

Experiencia liminal en el dolor crónico

Anabella Barragán Solís*

Escuela Nacional de Antropología e Historia. INAH

RESUMEN: *En este artículo se describe y analiza la experiencia y la trayectoria de atención de padecer dolor crónico diagnosticado como neuralgia trigeminal, bajo las premisas teóricas y metodológicas de la antropología médica y el drama social turneriano, en el caso de un paciente de una institución pública de salud en la Ciudad de México. Se recupera la experiencia a través de la observación de un ritual terapéutico durante la atención clínica y con la aplicación de entrevistas para construir el contexto de atención y la narrativa de la trayectoria del padecer en tanto experiencia vivida, las percepciones y repercusiones del padecimiento de dolor crónico en el sujeto y en su entorno familiar y social, dando cuenta de la complejidad de la experiencia de la corporeidad en situaciones liminales.*

PALABRAS CLAVE: *dolor crónico, experiencia, neuralgia trigeminal, drama social, liminalidad.*

Liminal experience in chronic pain

ABSTRACT: *This article describes and analyzes the experience and care trajectory of a patient suffering from chronic pain, diagnosed as trigeminal neuralgia, under the theoretical and methodological premises of medical anthropology and the Turnerian social drama; the patient in question was attended by a public health institution in Mexico City. The experience is recreated herein through the observation of a therapeutic ritual during clinical care, along with the application of interviews, which contributed to provide the context of care and the narrative of the trajectory of the suffering as a life experience, to the perceptions and repercussions of the suffering of chronic pain in the subject, as well as in his family and social environment, thus portraying the complexity of the experience of corporeity in liminal situations.*

KEYWORDS: *Chronic pain, experience, trigeminal neuralgia, social drama, liminality.*

* anabsolis@hotmail.com

Fecha de recepción: 15 de noviembre de 2019 • Fecha de aprobación: 10 de julio de 2020

INTRODUCCIÓN. ACERCA DEL DOLOR CRÓNICO

El dolor es un fenómeno que ha estado presente a lo largo del devenir humano, así lo demuestran las representaciones en las diferentes culturas antiguas como la mesopotámica, egipcia, griega, romana, mesoamericana, etc. En todas ellas se construyeron interpretaciones del dolor en el contexto religioso principalmente, un hecho común en todas las sociedades de las que se tiene conocimiento es que el dolor ha intentado eliminarse o paliarse debido al sufrimiento y la repercusión en la vida de los sujetos y de los grupos sociales, ya que el dolor y la enfermedad pertenecen al ámbito social y no sólo al biológico. Las explicaciones sobre la causalidad del dolor y las acciones encaminadas a su eliminación y control se han ido complejizando con los saberes científicos cuya tendencia los considera en el ámbito exclusivo de la naturaleza. Sin embargo, desde las ciencias antropológicas, como la antropología física y la antropología médica, la observación etnográfica del comportamiento del dolor y la enfermedad, obligan a reconocer no sólo sus implicaciones fisiológicas y cognitivas, sino el sentido y significado culturalmente construidos, ya que son experiencias socioculturales e históricas que se realizan en tiempos y espacios determinados, por lo tanto, se trata de vivencias diferenciales.

Actualmente, en el ámbito biomédico clínico es tan importante la magnitud de la frecuencia del dolor que se propone que sea explorado como un signo vital adicional, así todo dolor sea agudo o crónico debe evaluarse y tratarse oportunamente, debido a que provoca diversas alteraciones orgánicas, psicológicas y sociales [Boletín de la Academia Nacional de Medicina de México 2014].

El diagnóstico de dolor crónico pertenece al terreno de la biomedicina y en este trabajo se explora precisamente en el contexto clínico de una institución pública de atención a la salud, la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General de México (HGM), creada en 1976. Debido a las características anatomofisiológicas del dolor, la biomedicina lo ubica como un síntoma corporal, una sensación de alarma, una interpretación de daño y una experiencia desagradable. Según el tiempo de evolución se clasifica en agudo o crónico, el primero se refiere al síntoma que acompaña a una lesión o proceso patológico y que remite paralelamente a éste; en cambio, el dolor crónico es aquél que persiste aún después que han desaparecido las lesiones o el daño tisular, o se presenta como parte del proceso mórbido de enfermedades crónico-degenerativas, incurables o en enfermos en las últimas fases de la enfermedad.

Dicho fenómeno está condicionado por diversos tipos de lesiones y enfermedades que lo provocan, como diabetes *mellitus*, enfermedades cardiovasculares, osteodegenerativas, tumores malignos, infecciones virales, traumatismos, etc. La necesidad de eliminar el dolor crónico a pesar de la imposibilidad de curación y por las implicaciones de sufrimiento e incapacidad que provoca, lo han convertido en una enfermedad.

EL DOLOR CRÓNICO: PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

En la actualidad el dolor crónico es un problema de salud pública en el ámbito mundial debido a que a partir de los años setenta del siglo xx está íntimamente relacionado con las enfermedades crónico-degenerativas, principales causas de morbilidad y mortalidad, originadas en gran medida por las condiciones de vida actuales y el cambio demográfico en el mundo, donde se observa el incremento histórico de la esperanza de vida, consiguendo el proceso de envejecimiento de la población.¹ En el panorama epidemiológico para el siglo xxi los estudiosos de estos fenómenos esperan que los pacientes sean sujetos con enfermedades avanzadas y crónicas, con hospitalizaciones recurrentes, con múltiples consultas y consumo de medicamentos, y parten del supuesto que el paciente terminal requerirá de cuidados paliativos, cuando el control del dolor será un aspecto fundamental [Flores *et al.* 2009; Barragán 2011].

La respuesta a estas problemáticas se ha dado en el campo de la biomedicina, que es el modelo médico hegemónico [Menéndez 1990]; en las sociedades llamadas occidentales se han formado especialistas en el dolor, algólogos o algiólogos, médicos que forman parte de la estructura multidisciplinar de la atención en las clínicas del dolor, como parte del organigrama de la atención hospitalaria.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (oms) demuestran que entre 25% y 29% de la población mundial padece dolor y es significativo señalar que se considera que entre 70% y 80% de las personas con cáncer o sida, y el 67% de pacientes con enfermedades cardiovasculares o enfermedades pulmonares obstructivas, experimentan dolor crónico entre moderado e intenso; por otra parte se sabe que las personas con dolor crónico son

¹ En Estados Unidos, para el año 2030 la población de 65 años y más será de 70 a 78 millones y comprenderá de 19 a 21% de la población total [Harkins 2003]. En México, proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), con base en el xii Censo General de Población y Vivienda, se estima que la población total de adultos mayores de 70 años aumentará 45.9% en 2030 y a 55.5% en 2050 [Zúñiga *et al.* 2004].

cuatro veces más susceptibles de padecer depresión o ansiedad [Jiménez Pérez 2017; CSG 2018].

En México, según datos de Human Rights Watch, alrededor de 28 millones de personas enfrentan situaciones de dolor sin acceso adecuado a tratamientos eficaces y seguros para disminuirlo o eliminarlo [El Economista 2017; Jiménez Pérez 2017], de allí la importancia de explorar las particularidades de la experiencia y la necesidad de adecuar los esquemas jurídicos y de tratamiento del dolor en las instituciones de salud en México. Si bien, desde 2014 existen criterios normativos para la atención del dolor en enfermos terminales en cuidados paliativos; todavía no se establecen esquemas integrales en todo el país en los que las instituciones médicas cuenten tanto con atención de Cuidados Paliativos o con Clínica del Dolor, protocolos de atención cuya necesidad es imperiosa dada la emergencia de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes *mellitus* que genera dolor neuropático (neuropatía diabética), así como las cardiovasculares, entre otras.

En el año de 2006 el 90% de los pacientes de cuidados paliativos se atendían en instituciones públicas (entre ellas el Hospital General de México) por especialistas algólogos o algiólogos que, por lo general, son anestesiólogos con entrenamiento en manejo del dolor y cuidados paliativos, especialistas que aún son insuficientes dada la magnitud de la demanda de atención, ya que en ese año había 38 clínicas del dolor registradas en México donde atendían principalmente médicos algólogos, pero debido a la demanda de atención, en estos centros también participaban otros especialistas: oncólogos, médicos internistas, geriatras, pediatras y médicos generales, que se hacían cargo de la atención del dolor crónico [Flores *et al.* 2009].

Sobre la magnitud de la atención al dolor crónico y los cuidados paliativos debemos señalar que a partir del Plan Nacional de Desarrollo del que deriva el Sistema Integral de Calidad en Salud, se estableció en 2010 el Programa Nacional de Cuidados Paliativos y con base en éste, en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del HGM se conformaron tres coordinaciones multidisciplinarias, una atiende a pacientes oncológicos, otra a pacientes terminales no oncológicos y una tercera a pacientes pediátricos. El equipo multidisciplinario se encuentra integrado por médicos algólogos, psiquiatras, psicólogos, oncólogos, geriatras, nutriólogos, trabajo social y enfermería [González *et al.* 2012]. Así la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos (en adelante Clínica del Dolor), amplió su cobertura a pacientes internados en los diversos servicios del hospital, donde los equipos realizan interconsultas algológicas o de cuidados paliativos, que se suman a las consultas que se realizan en las instalaciones de la propia Clínica del Dolor, a pacientes ambulatorios adultos y pediátricos.

Desde enero hasta diciembre de 2017, del total de 804 712 consultas por especialidad realizadas en el HGM, 1.5% fueron otorgadas por la Clínica del Dolor, siendo en total de 12 481, en las que 65.7% fueron pacientes mujeres y 34.3% hombres [HGM 2017]; estos datos corroboran la información epidemiológica nacional e internacional que señala que son las mujeres las principales usuarias de los servicios de salud y son ellas quienes se atienden por dolor crónico con mayor frecuencia [Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2011; Hamui *et al.* 2013; SED 2019].

NEURALGIA TRIGEMINAL

En esta participación se seleccionó el caso de un hombre con el diagnóstico de neuralgia trigeminal,² a partir de éste se ejemplifica la experiencia del padecimiento de dolor crónico. La neuralgia se trata del dolor causado en la distribución de uno o varios nervios, es un término utilizado para describir la sensación de dolor que se extiende sobre uno o más de los nervios craneales o espinales, aunque su uso se restringe a síndromes clínicos específicos, tales como la neuralgia del trigémino. Varias neuralgias de cara y cabeza se acompañan de otros fenómenos que incluyen disminución de la sensibilidad (hipoalgesia) y sensaciones de adormecimiento (parestesia), pérdida de la sensibilidad (anestesia), disturbios motores (movimientos musculares involuntarios, rigidez, falta de coordinación) e hiperactividad autonómica (como aceleración de la frecuencia cardiaca, sudoración, fiebre y dilatación de la pupila) [Kassian 2004; Bello *et al.* 2019].

La neuralgia del trigémino es una entidad dolorosa que afecta al quinto par craneal (trigémino), se caracteriza por episodios de dolor intenso, penetrante, paroxístico, lancinante, quemante, tipo choque eléctrico en la cara sobre la distribución del nervio trigémino en alguna de sus tres ramas (nervio oftálmico, nervio maxilar y nervio mandibular), el dolor se refiere como una punzada unilateral facial o frontal, que puede durar breves segundos o algunos minutos; al tener dos ramas innervando los molares el dolor va a ser muy semejante al dolor de muela. Se presenta por accesos de un segundo a dos minutos, durante el lapso de algunos días o meses, con periodos de remisión irregulares. El dolor se atribuye a la compresión de la zona de entrada del nervio, debido a tumores o vasos sanguíneos [Kassian 2004; Segura 2010; García *et al.* 2012; Bello *et al.* 2019]. La literatura menciona que los

² La neuralgia trigeminal es una entidad dolorosa que afecta la trayectoria de una o más de las tres ramas del nervio trigémino, este nervio tiene su origen en el encéfalo y se distribuye e inerva parte de la cara. El dolor que provoca se describe como intensamente punzante o como choque eléctrico insoportable y recurrente.

episodios paroxísticos son más frecuentes durante el día que en la noche y a medida que avanza la alteración, la recurrencia es más frecuente y severa.

La neuralgia del trigémino es una de las enfermedades más enigmáticas de los padecimientos que se tratan en la Clínica del Dolor.³ El mecanismo de afectación de este nervio probablemente tenga que ver con las fibras periféricas y centrales. La causalidad puede ser desmielinización⁴ de las fibras aferentes por la compresión del nervio o debido a infecciones, incluidas las dentarias, puede ser postraumática, secundaria a una fractura facial o como consecuencia de cirugías, por disfunción temporomandibular o esclerosis múltiple, entre otras causas. Las tres distintas ramas del trigémino pueden afectarse o lesionarse de manera independiente o en conjunto. Esta afectación produce un dolor tipo choque eléctrico, paroxístico, extremadamente intenso, que se desencadena con tan sólo la salivación, al intentar hablar o deglutir, al sonreír, al contacto con alimentos calientes o fríos, al lavarse la cara, etc. [Segura 2010]; está relacionado con la extracción previa de dientes, con tratamientos de endodoncia, o por algún traumatismo en el área circundante. El acceso doloroso tiene posibilidad de repetirse de cinco a 10 crisis al día cuando es una afectación benigna y muy frecuentemente el dolor se acompaña de calor en la cara, lagrimeo y escurrimiento nasal. Los periodos dolorosos pueden remitir espontáneamente por meses o años, pero puede agravarse cuando las crisis son más fuertes y más frecuentes.

Generalmente la neuralgia del trigémino se presenta después de los 40 años [Jiménez Olvera 2004; Bello *et al.* 2019], con incidencia pico entre los 50 y 70 años, en la Clínica del Dolor del HGM se observó un incremento de

³ De 10 800 pacientes atendidos en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del HGM, en 1999, un total de 439 expedientes médicos tenían el diagnóstico de neuralgia trigeminal, neuralgia facial, dolor facial y tic doloroso. De ellos 416 fueron clasificados como neuralgia del trigémino, lo que resulta en una tasa de 3.85 casos por mil personas. Las enfermedades concomitantes más frecuentes fueron: hipertensión arterial, padecimientos dentales, diabetes *mellitus* y síndrome depresivo. El inicio de los síntomas ocurrió con mayor frecuencia entre los meses de mayo a julio; el tipo de dolor referido principalmente fue el de paroxístico o fulgurante, punzante y urente. La mayoría ocurrió en pacientes en el grupo de 60 años, con predilección del lado derecho de la cara [Kassian 2004]. Según un estudio retrospectivo de 10 años en el HGM, la edad media de presentación fue de 54 años, el lado derecho fue el más afectado. La rama maxilar fue la más afectada y la oftálmica la menos. El 20% de los pacientes con esa alteración presentó hipertensión arterial, lo que corrobora que éste es un factor de riesgo [García *et al.* 2012].

⁴ El deterioro del nervio por desmielinización genera presión en el ganglio de Gasser, que es el ganglio donde se originan las tres ramas del V par craneal o nervio trigémino: la rama oftálmica, la del maxilar superior y la del maxilar inferior; dicha presión es lo que desencadena el dolor [Bello *et al.* 2019].

la incidencia en los meses de invierno, y los sitios más frecuentes donde se ubicaron los puntos o zona “gatillo” fueron las regiones perioral y perinasal, que al ser estimuladas de manera mecánica desencadenan el episodio doloroso que provoca en la persona una actitud prácticamente de pánico de ser tocada en esas zonas [Jiménez Olvera 2004; García *et al.* 2012; HGM 2013].

Es común que los pacientes signifiquen el dolor como una odontalgia y vayan al dentista a extraerse la pieza que creen afectada, el mismo odontólogo puede confundir los síntomas y extraer uno y otro diente sin lograr eliminar el dolor. En muchos casos los individuos con esta alteración llegan a la Clínica del Dolor después de múltiples extracciones dentales sin haber encontrado remedio, se trata de uno de los dolores que con más frecuencia provoca suicidio o intento de suicidio.

EL HORIZONTE DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

A partir de la antropología entendida como ciencia de la cultura, consideramos que el dolor se constituye de sensaciones que responden a procesos neurobiológicos y de percepción, sin embargo las sensaciones en sí mismas están desprovistas de sentido, se encuentran en el orden de lo fisiológico, y es hasta cuando el sujeto significa esa afección a partir de su entorno y de su cultura que la sensación adquiere un significado: “El dolor y el placer no son construcciones fisiológicas, sino estrictamente culturales [...] se aprende a sufrir y a gozar, quizá lo más importante, se aprende a comunicar, es decir, a predicar las sensaciones” [Sandoval 2006: 223], ello hace del cuerpo un portador de saberes, de memoria y de experiencia, una potencia de sentido y de comunicación. Desde la antropología de la experiencia se reconoce que la experiencia es un proceso que concluye precisamente con la comunicación [Turner 2002a].

La descripción de la experiencia desde la práctica etnográfica se enfoca a casos particulares, pero ello tiene la finalidad de hallar en lo individual lo colectivo, por eso los dolores personales refieren a representaciones y prácticas colectivas, ya que el dolor es sentido y expresado de forma diferencial por sujetos pertenecientes a culturas distintas, cuyas representaciones sociales y prácticas no son estáticas sino dinámicas, con la capacidad de transformarse y recrearse adoptando nuevas formas simbólicas que modifican y acrecientan los saberes, y se convierten en guías de las actitudes y acciones que han de seguirse frente a la vida.

Con base en estas ideas podemos afirmar que el dolor es un proceso individual e histórico social incorporado, ya que el cuerpo es el eje de las sensaciones y percepciones, sitio donde se manifiestan las emociones que se

experimentan y que se construyen en la interacción social de los sujetos en un horizonte cultural determinado. La construcción del sentido y la significación de la experiencia se sustentan en la memoria de lo vivido, se determina el sentido del dolor según las implicaciones afectivas o emocionales mediadas por el tiempo de duración de la sensación, las partes del cuerpo afectadas, las ideas sobre la causalidad, la intensidad y sus repercusiones individuales y sociales. Así, el dolor se convierte en una compleja experiencia de percepción con componentes fisiológicos periféricos y componentes centrales de dimensiones psicológicas, es una experiencia integrada por sensaciones generadas y convertidas en señales nerviosas, pero su significado y el comportamiento ante dicha experiencia está condicionado por el sistema cultural del grupo social de pertenencia y la historia vivida de los sujetos, una historia que no es individual sino colectiva, construida en interacción.

Culturalmente el dolor tiene usos sociales, y la antropología ha dado cuenta de diversas prácticas sociales como los procesos rituales, donde el dolor forma parte importante del proceso iniciático, en el que la intensidad de la experiencia de dolor puede encontrarse en el límite de lo soportable, hecho que provoca que tal evento se viva como un renacimiento, una vuelta al mundo con una nueva identidad. Por otra parte en experiencias de padecimientos en extremo dolorosos como puede ser la neuralgia trigeminal, el alivio del dolor “tiene el valor de una reinstalación en el mundo [...] el alejamiento del dolor nos vuelve al mundo con una sensación de renacimiento” [Le Breton 1999: 268].

Desde la antropología el objetivo primordial es dar cuenta de la enfermedad (*disease*), entendida desde una perspectiva biológica como alteraciones en los aspectos anatomofisiológicos y bioquímicos del individuo y el padecer (*illness*), correspondiente a la vivencia subjetiva y sus implicaciones individuales y sociales [Fabrega 1972]. Con el conocimiento de estos procesos se pretende coadyuvar a una mejor comprensión y atención de los mismos, y la antropología cumple con hacer notoria la compleja relación de la objetividad de los datos y la subjetividad de los actores sociales. La meta es dibujar la experiencia desde una perspectiva fenomenológica del acontecer cotidiano del padecer de dolor crónico en la biografía de los sujetos en su contexto e interacción social. Este trabajo procura demostrar que el dolor crónico es una compleja experiencia de percepción y un drama social que involucra al cuerpo no sólo como sustrato anatomo-fisiológico sino que compromete a las emociones y a la identidad socialmente construida e implica a diversos actores sociales del grupo de relación del sujeto afectado, así como a las instituciones de salud, entre otras. Es precisamente esta com-

plejidad la que se desvela a partir de los relatos de los actores sociales que debido al dolor y la enfermedad se encuentran en situaciones dramáticas liminales que obligan a la suspensión de los roles e identidad social, cuyas experiencias denotan la resignificación no sólo del padecer sino de la vida misma [Hamui 2019; Paulo 2019].

En este trabajo partimos de la interrogación sobre ¿cómo se vive la experiencia del drama social del dolor crónico? El objetivo central es mostrar que los sujetos se hallan en una situación liminal dramática, que obliga a la realización de rituales de aflicción que posibilitan no sólo la cura, sino la resignificación del padecer y la identidad, para finalmente reintegrarse a la estructura social. Por otra parte queremos señalar que en la trayectoria de atención o carrera del enfermo [Goffman 2001] se hacen visibles las contradicciones sociales, se demuestra la construcción social y la performatividad de la identidad, del padecer y enfermar de dolor, para concluir que el dolor crónico es una experiencia corporal significada culturalmente determinada.

EL DOLOR EN EL ESTADIO DE LA LIMINALIDAD

Aplicando el modelo de drama social de Turner [2002a; 2002b] reconocemos que la enfermedad irrumpe en la vida de los sujetos y desencadena un proceso dramático formado por cuatro estadios: en el primero se abre una brecha que separa a los sujetos de los roles socialmente construidos, dicha suspensión de roles y actividades se disemina y afecta al ámbito social de pertenencia, desencadenando la segunda fase del proceso, la crisis o expansión del daño, que obliga a transitar a la tercera fase dramática donde se deciden las acciones encaminadas a buscar la contención o reparación del daño. Y es en esa incursión de búsqueda de atención que, según la antropología médica, se desarrolla la trayectoria de atención en la que se llevan a cabo los rituales curativos, para eliminar o paliar el dolor, a la vez que se construyen nuevos sentidos y significados al padecimiento, que permite el tránsito a la cuarta fase del modelo dramático, con lo que se concluye dicho proceso, que es la reintegración de los sujetos a la estructura de la vida social o la construcción de nuevas identidades y roles sociales.

Haciendo énfasis en la tercera fase, podemos observar y analizar la trayectoria de atención y desvelar los sentidos y significados del padecer, ya que en esta fase se dejan entrever las contradicciones de los sistemas médicos de atención, a la vez, que como veremos en el caso que se describe en este trabajo, el dolor intenso obliga al sujeto a permanecer en un tiempo y espacio liminales, que provoca una indefinición social de su estar en el mundo, una suspensión del estatus social que le corresponde. Por otra

parte, en los propios rituales curativos se sintetizan diversos aspectos de la cultura y en ellos se entretejen las nuevas identidades y la resignificación de la dolencia, que quedará como una impronta en la memoria.

El drama social que provoca la irrupción del dolor intenso debido a diversas lesiones o alteraciones tisulares se instala en la corporeidad de los sujetos, quienes de forma intempestiva se reconocen desposeídos, inermes, reducidos al cuerpo [Le Breton 1999], en una búsqueda errática de alivio del padecer y del sentido y significado de la dolencia. La intensidad del dolor y la urgencia de alivio, convierten a las personas que lo padecen en sujetos liminales, enajenados de su propio cuerpo, inmersos en un campo de indefinición. Estas premisas se ejemplifican en el devenir del dolor y el sufrimiento del sujeto de estudio. Se trata de un ejemplo individual que bien puede corresponder al colectivo, dadas las características de atención del dolor en nuestro país, como se adelantó en los párrafos anteriores.

MATERIAL Y MÉTODO

Aquí se muestra un fragmento del caso de un paciente de la Clínica del Dolor del HGM, que forma parte de un estudio antropológico más amplio. El trabajo de campo se realizó en 2003, durante ese periodo se hizo observación de la atención clínica y se aplicaron entrevistas a 29 informantes. Para este trabajo se seleccionó el caso de Mauro, debido a que ejemplifica la experiencia del padecimiento de dolor extremo que permite visualizar el estado liminal en el proceso de drama social del dolor. Mauro es un hombre de 36 años de edad, originario y residente de la ciudad de Morelia, Michoacán, casado y con dos hijos; se dedicaba al comercio de ropa y objetos de piel; desde hacía año y medio padecía neuralgia trigeminal, un tipo de dolor crónico por el que era atendido en la Clínica del Dolor.

Se aplicaron entrevistas en profundidad y observación de la atención clínica y quirúrgica en la institución de estudio. Las entrevistas se transcribieron y después de la codificación se elaboraron grupos de categorías con las que se construyó la narración del padecimiento. Aquí se apuntan algunos aspectos de la trayectoria de atención del dolor crónico, para proporcionar elementos de reflexión y hallazgos que permitan reconocer las representaciones, prácticas y saberes de los grupos sociales ante el padecer, materializados en la corporalidad. Enseguida se presenta un fragmento del registro de observación del ritual terapéutico, un procedimiento médico quirúrgico, como parte de la atención clínica, con el fin de mostrar el contexto de la atención médica y la performatividad del dolor, es decir la construcción de la manifestación y la comunicación del dolor a través de

la corporeidad. En la exposición narrativa, como se acordó con todos los actores sociales, se utilizan nombres ficticios con fines de confidencialidad.

EL CASO DE MAURO: EL PADECIMIENTO

El drama social que inicia en la fase de ruptura o brecha, en este caso la irrupción del dolor y la enfermedad de forma inesperada son el origen del drama, como explica Mauro: “fui al dentista, tenía la muela del juicio un poquito chueca, le dije que me la sacara porque me estorbaba, cuando me la sacó, fue que me empezó a dar el dolor más fuerte”, hasta convertirse en algunos días en “insoportable”, eso lo mantenía en una permanente zozobra porque no sabía en qué momento le volvería a dar el dolor. Dejó de trabajar ya que el dolor era constante:

Después de la extracción, había ratitos que se quitaba y luego daba otra vez [...] pensaba suicidarme [...] me quitaron todas las muelas de abajo, porque pensaban que eran mis muelas [...] es un dolor muy fuerte, haga de cuenta que es, de repente, como un choque algo así, es de los peores dolores que hay [Mauro].

La falta de un diagnóstico certero provocó la pérdida de sus órganos dentarios, en una clara iatrogenia. Mauro se encontraba en la incertidumbre de no saber qué es lo que le sucedía, ya había perdido varios dientes y el dolor persistía con mayor intensidad. Se encontraba sumido en la desesperación, así que decidió buscar atención con un especialista. La ruptura o brecha se expandió, y el drama se instaló en la crisis, lo que lo obligó a actuar y buscar la reparación o contención del daño, acciones que se pueden ubicar en la tercera fase del modelo de drama social. Mauro era un comerciante independiente con éxito económico pero carecía de derechohabencia, así que acudió a un hospital privado. De inmediato podemos notar que la narrativa de la experiencia muestra la mercantilización de la atención médica y la iatrogenia por el mal manejo del padecimiento y la falta de un diagnóstico preciso:

Después de las extracciones vi un neurólogo allá en Michoacán, y me dijo, ¡ve! tienes problema de neuralgia, vete a México al hospital que quieras. Me vine de Morelia para acá, y estuve en Neurología de Insurgentes. Y ellos me ponían cócteles, que le llaman, diario, en la vena. Estaba súper drogado, fue la adicción que me hicieron muy fuerte, ellos. Eso es lo que me está tratando el doctor López [en el servicio de Neurocirugía del HGM]. Me hicieron la adicción a todo. Como 15 días me estuvieron inyectando.

¿SE TE QUITABA EL DOLOR?

No, se olvida, sólo como que no me interesaba nada, como en otro planeta. Pero sí sabía que tenía el dolor, pero no me importaba. Primero me inyectaban cada 24 horas, después cada 12. Estaba en un hotel aquí [en la Ciudad de México]. Ya no podía comer nada y sólo dormía cuando me drogaban.

El dolor aparecía de repente, no comiendo, o por otra cosa, nada. De día y de noche, y ya no mejoraba con nada. Lo que quería era que me inyectaran, para estar así, para no tener conciencia del dolor. Cuando tenía yo el dolor, me ponía muy agresivo, quería matarme, quería que me dijera alguien algo pa' [sic] matarlo, hacerle cosas, yo sentía que con eso iba a desquitarme.

Estuve con esos medicamentos como unos dos meses. Sí con eso tuve para esa adicción, fuerte. Cuando no tenía el efecto me daba desesperación, sudaba frío, eso era lo que me provocaba. Tenía un ansia muy fuerte.

Ya después me mandaron a Psiquiatría. En Psiquiatría me valoraron y vieron que estaba muy bien, que nada más fue por el problema del dolor. Yo estaba en Neurología y de Neurología me mandaron a Psiquiatría, allí el doctor López me dijo: "Yo te puedo ayudar de esta forma, te llevo al hospital, aquí al Hospital General, yo te voy a curar, yo te ayudo". Y la verdad, le debo mucho a ese doctor, porque me apoyó en todo. Me abrieron atrás del oído, aquí me operaron me hicieron craneotomía.

El doctor López me hizo la cirugía para ver si se me quitaba el dolor, y sí, se me quitó. Pero la [sic] ansia que tenía, es la que me está tratando. Todavía ahora que está en Francia, le habla al doctor Hernández, y le pregunta si yo todavía voy. Ya casi dejé todo [los medicamentos que le causaron la adicción]. Y este tratamiento lo voy a dejar hasta que el doctor López, me diga que ya [Mauro].

En el transcurso del relato se observa que el dolor y la enfermedad hacen vulnerables a los sujetos que se encuentran en el margen de la estructura social, en una situación liminal, en este caso Mauro está separado del espacio de su cotidianidad y alejado de las redes de relación que pudieran protegerlo. El dolor y el manejo inadecuado de fármacos analgésicos y narcóticos le inducían la percepción de enajenación de su cuerpo y le ocasionaron tolerancia a los medicamentos. Ello ya no sólo le provocaba la percepción de desprendimiento y la urgencia de alivio del dolor, sino la ansiedad por el síndrome de abstinencia debido a la dependencia a los fármacos, causada por una atención evidentemente iatrogénica y antiética.

A modo de una peregrinación, Mauro se desplazó de su hogar a la Ciudad de México en busca de atención médica, y al carecer de redes de apoyo

permaneció en un hotel, hecho que resulta significativo, ya que se trata de un espacio marginal, liminal, impersonal y anónimo, sitio donde reina la posibilidad [Geist 2005].

La indeterminación del sujeto en el estadio liminal lo convirtió en peligroso, no sólo para sí mismo, sino para su entorno, ya que en este caso afloró la violencia, la desesperación, el coraje y la posibilidad de hacer daño a otros, o a sí mismo. Afortunadamente el alivio del dolor permitió la transición a la cuarta fase dramática: la reintegración, y volver a la vida social, al estatus y al espacio de pertenencia, así con la experiencia vivida Mauro resignificó no sólo el dolor sino la vida misma:

En mi familia están muy contentos. Tengo dos hijos, de nueve y cuatro años. Cuando ellos me veían con ese dolor, ¡no!, pues los traumé a ellos, ellos se traumatizaron al verme cómo me ponía yo; me decían papito, ¡ya no, ya no! me veían cómo me ponía y me agarraban, pensaban que me iba a pasar algo. ¡Pegaba con las manos! [en las paredes] era desesperante. Agarré una pistola y me iba a dar un tiro, mi esposa me vio y luego, luego me agarró y me quitó la pistola. La verdad me hubiera matado. La verdad yo decía para qué voy a estar así. Con este dolor no puede hacer uno nada, le grito a mi esposa, regaño a los niños, hago cosas que no tengo por qué hacerlas. Me iba a dar el balazo, porque no soportaba el dolor, ¡ya! Ya era mucho tiempo con el dolor y no me lo podía quitar. Ya tenía tres meses [Mauro].

En el caso de Mauro se logró eliminar por completo el dolor y él volvió a la vida cotidiana. Sin embargo, el dolor crónico es recurrente y enigmático; al año y medio volvió a aparecer el dolor en el mismo lado de la cara, entonces Mauro acudió al HGM y esta vez lo trataron con éxito en la Clínica del Dolor. Pero de nuevo, a los cinco meses de ese segundo evento neurálgico, ya tratado con éxito, el dolor lo volvió a afectar, esta vez apareció en el lado izquierdo de la cara. En esta tercera ocasión la vuelta al dolor y ante una nueva brecha o ruptura dramática, los significados se establecieron mediados por la experiencia y la memoria de lo vivido, como lo explicó Mauro en un intento por ordenar la trayectoria dramática del dolor y el sufrimiento:

Con la cirugía se me quitó un tiempo, y me volvió a dar, como al año y medio se me manifestó en el mismo lado derecho. Ya hacía mi vida normal, pues mejor en todo, en todo, mi forma de ser cambió, no tener dolor, la verdad no sé cómo expresarlo, para mí es lo mejor. Y ahora que se manifestó otra vez ya no soy agresivo como antes, no trato de matarme, ni de matar a nadie. Se manifestó así nada más, como a los cinco meses me volvió a dar, pero así de repente se me

soltó otra vez. ¡Ya empecé otra vez! Y es más traumático porque ya es segunda vez, ya me traumé como más, sentía: ¡ya va a empezar otra vez! Tal vez no era tan fuerte pero yo lo hacía, lo manifestaba. Por miedo, porque yo sentía el dolor, tal vez no era tan fuerte, pero yo lo sentía así, pero ya era por el trauma que yo había pasado anteriormente. Volví a ver al doctor López. Y me mandó aquí a la Clínica del Dolor. Aquí el doctor me lo quitó. Me bloqueó [*sic*], y hasta ahorita del lado derecho no tengo nada. Hace como unos cinco meses de eso.

La neuralgia trigeminal se manifestó en el lado contrario, el izquierdo, para iniciar de nuevo el proceso dramático del padecer, el dolor inició de nuevo la fase de ruptura y la crisis que se expandió al provocar la separación de sus actividades cotidianas y la afectación de sus relaciones sociales, Mauro se alejó de nuevo de su ciudad natal para continuar con la trayectoria de atención, que corresponde a la tercera fase del drama social: la contención o reparación del daño.

Mauro volvió al servicio de Neurocirugía del HGM, de donde lo canalizaron de nuevo a la Clínica del Dolor. En el momento de nuestro encuentro, hacía una semana que le habían practicado un bloqueo nervioso para eliminar el dolor provocado por las ramas del trigémino que inervan la parte superior de la cara; el bloqueo tuvo resultados positivos y se eliminó el dolor de esa área de la cara: “El de arriba [rama maxilar del trigémino] se me quitó por completo” afirmó Mauro; pero aún continuaba con dolor intenso en el área izquierda correspondiente a la mandíbula (inervada por la rama mandibular del nervio trigémino), por lo que se sometió a un nuevo bloqueo con el que esperaba desapareciera por completo la dolencia, el cual se describe a continuación.

EL RITUAL TERAPÉUTICO

La descripción del procedimiento del ritual terapéutico de la aplicación de un bloqueo nervioso durante la intervención clínica revela múltiples aristas, cuyo registro sólo es posible a través de la observación etnográfica, lo que posibilita no sólo dar cuenta de la construcción dialógica de la realidad de la atención médica, sino que permite que el lector sea la audiencia que interprete el acto performativo y con ello sea partícipe del intercambio de experiencias [Paulo 2019].

En el ritual terapéutico intervinieron tres actores, el paciente Mauro y dos médicos, un algólogo titular. Juárez, profesor y asesor de la médica residente Rosas, quien realizó el procedimiento del bloqueo lítico, cumpliendo con las indicaciones que permanentemente señalaba el médico titular,

que permaneció a su lado durante todo el procedimiento, en este caso fue de 34 minutos.

El proceso ritual según Turner [2002c] y Van Gennep [1986] se constituye de tres momentos: la separación, el margen o liminalidad y la reintegración. En el caso de los rituales de aflicción como son los terapéuticos, el sujeto se separa del espacio de su cotidianidad y se introduce en un espacio sagrado o liminal, interdicto, al que sólo tienen acceso los iniciados, en este caso los pacientes y los sacerdotes u oficiantes (los médicos). Se lleva a cabo, como señala Leach [1989] un procedimiento o ritual de lavado o purificación, con el fin de eliminar la contaminación debida a su condición marginal, en este caso la ropa de calle se dejó en un lugar apartado y se vistió al “iniciado” con ropa estéril y se trasladó al espacio donde se llevó a cabo el ritual de curación. El especialista vestía también ropas apropiadas y se separó del resto de los sujetos en el momento de efectuar el ritual de curación.

Durante el tratamiento Mauro es un sujeto liminal que se abandona y dócilmente se somete a las acciones terapéuticas en aras de recuperar la salud, de eliminar el dolor o paliarlo, para volver a insertarse en la vida cotidiana y recuperar su lugar en el entramado social.

OBSERVACIÓN DE LA APLICACIÓN DE UN BLOQUEO⁵ DEL QUINTO PAR CRANEAL (NERVIO TRIGÉMINO)

⁵ El bloqueo nervioso moderno se basa en el concepto de que el dolor es un signo de alarma sensorial conducido por fibras nerviosas específicas, susceptible, en principio, de ser modulado. O interrumpido en cualquier nivel de la conducción nerviosa. Los primeros intentos de modificar el dolor neurálgico fueron publicados a mediados del siglo XIX, por Francis Rynd (1801-1861), quien introdujo la idea de administrar una solución de morfina hipodérmica en la proximidad de un nervio periférico, con la intención de aliviar el dolor neurálgico de dicho nervio [Fink 1991: 3]. Desde la introducción de la anestesia regional por parte de Karl Koller en 1884, los bloqueos nerviosos con anestésicos o sustancias neurolíticas se han utilizado para el tratamiento del dolor crónico benigno y maligno. Cuando se aplican correctamente, constituyen uno de los métodos más eficaces para aliviar el dolor. Los bloqueos pueden tener una aplicación diagnóstica, pronóstica y terapéutica. Una vez obtenido el alivio sintomático del dolor mediante los bloqueos nerviosos pueden utilizarse otras medidas terapéuticas como la TENS (por sus siglas en inglés de; estimulación nerviosa eléctrica transcutánea) y la fisioterapia, para prolongar y mantener el alivio del dolor. Generalmente se intenta realizar bloqueos terapéuticos con sustancias neurolíticas para obtener una anestesia prolongada, especialmente en aquellos pacientes con dolor producido por un cáncer, una pancreatitis crónica o una paraplejía espástica. Los bloqueos terapéuticos combinados con anestésicos locales y corticosteroides, únicos o repetidos, se han utilizado también terapéuticamente para la neuralgia posherpética y para el dolor de espalda [Raj 1991: 917-918].

Mauro se encuentra recostado en la camilla del área de tratamientos de la Clínica del Dolor, dicha área se ubica en el extremo derecho del edificio, al que se accede por un angosto y largo pasillo, y al que sólo pueden entrar los pacientes que van a ser intervenidos y el personal de salud; tanto el equipo médico como el paciente deben portar ropa esterilizada. Mauro está cubierto con una bata, una gorra y varios campos quirúrgicos de color azul, que sólo permiten ver parte de la cara y la cabeza del lado izquierdo, área donde se realiza el bloqueo. Ambos médicos tiene puesta la bata y gorra quirúrgica, cubrebocas y guantes de látex. Yo permanezco en el umbral del cubículo, a unos centímetros del borde de la camilla, con bata blanca, cubrebocas y gorra quirúrgica.

Ya la médica residente ha introducido una aguja quirúrgica en el área muy cerca del pómulo izquierdo del paciente y maniobra con ella para encontrar el punto óseo que corresponde a la base del cráneo, el que debe tocar con la punta de la aguja, lo que le indicará que está lo más cerca posible al área donde nacen las fibras nerviosas del nervio trigémino, allí es donde debe infiltrarse el fármaco para interrumpir el círculo vicioso del dolor. Previamente a Mauro se le inyectó una sustancia anestésica que disminuye en gran medida la sensibilidad de la piel y los músculos del área comprometida, para poder realizar las maniobras necesarias con el menor dolor posible. A continuación se presenta un fragmento de la observación del bloqueo nervioso, en el que intervienen los siguientes personajes:

Juárez: médico titular que dirige el procedimiento.

Mauro: paciente.

Rosas:⁶ médica residente, anestesióloga, que realiza la especialidad en Clínica del Dolor.

Juárez: ¿Ya no está chocando, segura? [preguntó a la médica residente]. Si escurre algo en la garganta nos dices eh [se dirige a Mauro] ¿Allí estas? [preguntó a Rosas].

Rosas: Sí, ese es.

Juárez: Probablemente un poco más abajo ¡que no se te doble la aguja!

Rosas: ¿Qué pasó? ¿Duele? [preguntas dirigidas a Mauro].

Juárez: ¿Duele pero no es toque eléctrico, descarga eléctrica?

⁶ Se utilizan apellidos asignados a los médicos, porque es la forma común de nombrarse en la interacción cotidiana, y el nombre de pila del paciente porque cuando se trata de personas jóvenes es frecuente que los médicos y enfermeras se dirijan a ellos por su nombre. No ocurre así con las personas mayores, a quienes se dirigen de usted o se antepone señor o señora al apellido, o en su caso don o doña antes del nombre.

Mauro: No, no.

Rosas: Ya me voy, ya no choco con nada.

Juárez: ¿Dolor, pero no de toque eléctrico?

Mauro: No, no es toque eléctrico, no.

Rosas: ¿Qué pasó? [Pregunta al observar un gesto de dolor en Mauro, quien se queja un poco y cierra con fuerza los ojos y frunce el ceño].

Juárez: ¿Seguro toque eléctrico?

Mauro: Sí.

Rosas: ¿Hasta dónde? ¿Hasta dónde se corrió el toque?

Mauro: De abajo nada más [se refiere a la mandíbula]. [Respondió en voz baja pero firme].

Rosas: ¿Cómo está el labio?

Mauro: Normal.

Rosas: ¿La lengua?

Mauro: Normal.

Rosas: ¿No se ha dormido?

Mauro: No.

Juárez: Más atrás, más o menos en el mismo sitio.

Rosas: ¿Se corrió el toque hasta la lengua?

Mauro: No, como una punzada en la lengua.

Juárez: ¿Seguro?

Mauro: Sí.

Rosas: Ya no estoy chocando con la apófisis [dijo la médica residente y mira interrogante a Juárez, su profesor].

Juárez: Yo lo sé.

Rosas: ¿Estoy? [se dirigió a Mauro mirando fijamente la reacción de su rostro].

Mauro: A la garganta.

Rosas: Se fue a la garganta [el líquido del medicamento que se pretendía infiltrar].

Juárez: ¿A la garganta?

Mauro: Sí.

Juárez: ¿Sacaste la aguja?

Rosas: Sí.

Juárez: ¡Nooo! ¿Por qué?

Rosas: Saqué la aguja, pero si pasó el medicamento.

Juárez: ¿Sentiste agua en la garganta?

Mauro: Sí.

Juárez: ¿Fría o caliente?

Mauro: Fría, sabor como amargo.

[La médica residente vuelve a introducir la aguja].

Juárez: Estás muy adentro. Vuelve a chocar con la apófisis pterigoides [ordenó a la médica residente].

Rosas: Ya me sigo yendo, ahí estoy con la apófisis. Ya no choco con la apófisis.

Juárez: Pero más o menos dale la altura de la apófisis pterigoides.

Rosas: Lo marqué y ya me voy más de la apófisis.

Juárez: Márcale con el dedo, clava tu aguja, márcale y a esa misma distancia.

Rosas: Ya estoy medio centímetro más que la marca.

Juárez: No. Acuérdate que está a la misma altura, sácale ese medio centímetro.

Rosas: Allí estoy chocando.

Juárez: Marca esa distancia, agarra la aguja con tu mano y marca.

Rosas: Allí está la apófisis pterigoides.

Juárez: Eso mismo, nada más cambia la dirección.

Rosas: ¡Allí no choco nada! No, no.

Juárez: Más para atrás, la misma profundidad.

Rosas: ¿Allí hay molestias, Mauro?

Mauro: No.

Rosas: ¿Hasta dónde?

Mauro: ¡Allí sí, sí, sí!

Rosas: ¿Está en toque?

Mauro: ¡Sí!

Rosas: ¡Está en toque doctor!

[Se trata de un procedimiento a ciegas, sin ayuda de rayos X, por lo que se requiere la máxima pericia basada en el saber anatómico].

Juárez: ¿Ya se entumió el labio? ¿Cómo siente su cara?

Mauro: Bien.

Juárez: ¿No está dormido el labio derecho?

Mauro: No. Poco así, apenas.

Juárez: Apenas está empezando a dormir.

Mauro: Sí, poquito.

Rosas: ¿Ya se está durmiendo más o sigue igual?

Mauro: Poco más.

Rosas: ¿Cómo está? ¿Está dormido o no?

Mauro: Sí.

Rosas: ¿Alguna molestia?

Mauro: No.

Rosas: ¿Cómo está Mauro?

Mauro: Bien.

Rosas: ¿Cómo sientes?, ¿dormido?

Mauro: Sí.

Rosas: ¿Cómo estás?

Mauro: Bien.

Rosas: Sigue con tus ojos mi dedo [trazó una línea imaginaria de derecha a izquierda con el dedo índice a la altura de los ojos de Mauro, que la siguió con la mirada, con una actitud que denotaba haberlo hecho ya varias veces].

Mauro: Estoy bien.

Rosas: Hay que corroborar, no importa [lo dijo en tono de disculpa].

Rosas: ¿Cómo está Mauro?

Mauro: Bien.

Rosas: Hay que corroborar, no importa. A mí me cuesta mucho trabajo ésta [se refería al tipo del bloqueo que acababa de realizar. Se dirigió a Mauro apenada por su impericia, Mauro la miró con simpatía].

Rosas: ¿Cómo está Mauro?

Mauro: Bien.

Rosas: ¿Está dormido todavía?

Mauro: Sí.

Rosas: ¿Todo?

Mauro: Sí.

Rosas: ¿El labio?

Mauro: Sí.

Rosas: ¿Ya más?

Mauro: Sí.

Rosas: Ya acabamos Mauro, ¿cómo estás?

Mauro: Bien.

Juárez: ¿Está dormida tu cara?

Mauro: Sí.

Juárez: ¿Bien dormida?

Mauro: Sí.

Juárez: Quédate allí acostado un rato [el doctor Juárez, estuvo en el umbral de la puerta todo el tiempo, lo separaba de Rosas y de Mauro sólo un paso, simplemente dio media vuelta, se quitó los guantes, el gorro y el cubrebocas, los arrojó a la cubeta de basura y se retiró con las manos en las bolsas de la bata blanca donde hurgó en busca de su celular, caminó tranquilo sobre el pasillo hacia la salida del área de tratamientos, se dirigió a su consultorio, donde ya lo espera otro paciente, que mientras tanto era atendido por otro de los residentes.

La médica residente caminó unos pasos y en el umbral de la puerta del cubículo que ocupaba Mauro, se quitó los guantes, el cubrebocas y el gorro, los echó a la cubeta y se fue siguiendo los pasos de su profesor. Mauro cerró los ojos y parecía que dormitaba, su silueta se dibujaba en las sábanas blancas y los campos quirúrgicos azules, apenas cabía en la camilla porque

del borde sobresalían los pies. Esperé con paciencia, mientras él reposaba, salí por un momento, regresé y lo observé en silencio. Tuve la impresión que hacía mucho tiempo no descansaba tan plácidamente, tranquilo, con una frecuencia respiratoria sostenida. Rosas, de vez en vez, se acercaba y checaba con la mirada al paciente, iba y venía con su celular en la mano. Me retiré y después de un rato regresé, esperé a que Mauro tuviera los ojos abiertos o que se moviera un poco para saber que estaba despierto. Cuando despertó aceptó de buena gana comentar su trayectoria de atención. En algunos momentos me daba cuenta que la médica residente se asomaba discretamente, para vigilar la evolución de Mauro, mientras yo platicaba con él. Con voz calma Mauro explicó:

Ya llevo tres bloqueos con este [en el lado izquierdo] hasta ahorita no se me quita; me hicieron el martes [hacia una semana] uno [bloqueo] y se me quitó de arriba y por eso ya ahora me hicieron el de abajo [rama mandibular del trigémino]. El de arriba [rama maxilar del trigémino] se me quitó por completo. Ya vine ahora y me hicieron el de abajo. Yo siento que si se me va a quitar porque se me durmió, ahora tengo bien dormido todo el labio, por dentro la lengua, y así es, cuando me hicieron el lado derecho así quedé. Les tengo mucha confianza aquí porque la verdad sí es bueno, incluso al doctor lo he visto en la televisión, salió en el canal 11 y en el *Discovery Channel* sacaron un reportaje. Para mí es lo máximo. Incluso yo le recomiendo a la gente que yo conozco, yo los traigo si quieren aquí, porque yo veo lo que hicieron conmigo que es algo muy bueno. Esto que hacen [el bloqueo nervioso] es un dolor fuertísimo, la verdad, este bloqueo es un dolor muy fuerte, que yo he visto que se desmayan, sé que se desmayan, yo no, de repente cuando dan, que toca el nervio con la aguja es cuándo se siente, pero ya después se quita. Es una cosa, un dolor muy fuerte. Este dolor es lo mismo, cuando lo bloquean tocan el nervio que me está doliendo, es el mismo dolor.

Ahora que me ven ya sin dolor, es otra cosa, mis hijos se me acercan, me abrazan, me besan, y antes no. Antes me veían pero con miedo, y ese problema de la adicción ya lo estoy dejando, todo, ya ahorita, ya no tengo ansiedad, me han dado medicamentos muy buenos y eso me ha resultado.

Pero pues la verdad, ando mal económicamente, vendo ropa, pero me ha ido muy mal, porque he perdido mucho tiempo. He gastado mucho de medicamentos y todo, gastos de pasaje y todo, gasto mucho. Todo lo que yo gano, al contrario de lo que yo invertí ya lo estoy gastando. Antes vivía muy bien, pero por esto, y por ¡una muela nada más! se me manifestó el dolor [Mauro].

Mauro relató su experiencia recostado en la camilla, donde tuvo que permanecer en recuperación durante dos horas, estuvo relajado, con la confianza que le dan los antecedentes de otros bloqueos exitosos. Al despedirnos, aclaró: “Me siento bien, mucha gente se marea, yo me siento bien. Me voy en taxi hasta la Central, y en el autobús voy dormido”. Le di las gracias y le dije: que te vaya muy bien, espero no volverte a ver aquí; me dijo adiós y se despidió con una amplia sonrisa que dejó ver sus dientes anteriores perfectos, cuidados con esmero, observé el brillo de una piedra preciosa, tal vez un brillante incrustado en el incisivo central superior izquierdo.

CONCLUSIONES

Ya en el consultorio del médico titular (Juárez), éste comentó acerca del caso de Mauro:

Mauro tenía neuralgia trigeminal bilateral, eso es poco común, hay que descartar esclerosis múltiple o una tumoración en tallo cerebral, pero los estudios ahorita han salido normales. Pero por experiencia sabemos que hay pacientes que ahorita salen normales y dentro de tres años sale una tumoración, o se hace evidente una esclerosis múltiple.⁷ Hay que estar pendiente, él sabe que hay que vigilarlo; pero ahorita no hay ninguna contraindicación para bloquearlo puesto que los exámenes son normales, es una neuralgia de causa desconocida, que es muy frecuente [Juárez].

Las referencias del médico confirman las premisas epidemiológicas que se apuntaron en los apartados anteriores y se señala la necesidad de una vigilancia y seguimiento del caso debido a la incertidumbre del comportamiento sintomático, sobre todo por no tener la certeza del origen de la neuralgia. El caso que se presentó resultó paradigmático de este tipo de dolencias, de acuerdo con las referencias biomédicas que se presentaron

⁷ La esclerosis múltiple es un trastorno neurológico crónico que afecta el sistema nervioso central (cerebro y médula espinal), cuya causa es desconocida. El proceso de la enfermedad ocasiona inflamación y daño a la mielina (aislamiento de las fibras nerviosas) y otras células dentro del sistema nervioso. Debido a que la mielina ayuda a conducir las señales nerviosas, el daño a la mielina ocasiona un deterioro en la señalización entre los nervios y puede afectar la sensación, el movimiento y el pensamiento normales [JAMA 2006]. Otros estudios señalan que la neuralgia trigeminal (NT) en personas menores de 50 años puede estar relacionada a *lupus* eritematoso generalizado, un trastorno autoinmune de etiología desconocida, y la NT puede ser una de sus manifestaciones neurológicas, por ello es importante el uso de ayudas diagnósticas como la resonancia magnética cerebral [Bello *et al.* 2019].

en el texto; por otra parte la reconstrucción de la trayectoria de atención a partir del modelo de drama social permitió ejemplificar diversas realidades durante el proceso de la enfermedad y el padecer se observó la vulnerabilidad de los sujetos ante el dolor crónico intenso, que los ubica en un estado indefinido debido a la suspensión de su estatus y la ruptura de su cotidianidad. Mauro fue sometido a tratamientos erráticos o claramente iatrogénicos y fue hasta que se formuló un diagnóstico preciso y se establecieron tratamientos adecuados que pudo resolver la dolencia y reintegrarse a su mundo social.

Este caso mostró que el padecimiento de dolor crónico se constituye por la biomedicina como la enfermedad en sí misma, para la que se establecieron diversas estrategias de atención, sin embargo la práctica de la algología como especialidad médica no se agota en el tratamiento del dolor, sino que se plantea claramente la necesidad de buscar el origen de la dolencia, lo que obliga a un diálogo multidisciplinario, donde intervienen diversas especialidades y múltiples estrategias teórico-técnicas para elaborar el diagnóstico, que es una de las premisas de las clínicas del dolor como centros multidisciplinarios para el tratamiento del dolor [Loeser 2003]. Así se observó en el caso que se presentó, en el que desde la perspectiva del sujeto afectado, la experiencia del dolor, su urgencia e intensidad, no le permitieron reflexionar en el posible origen de la sintomatología, la cual pudiera explorarse y atenderse, ello quedó obnubilado ante la exigencia de eliminar el dolor. Por otra parte el médico sí consideró el dolor como un signo de alarma de un mal que pudiera existir; sin embargo en el discurso de Mauro no se encontraron elementos que indicaran que conoce esta inquietud del médico que lo trata, lo que refleja que el acuerdo terapéutico se centró en el control urgente del dolor.

El énfasis de este trabajo se focalizó en las representaciones del dolor, en las prácticas de atención y la performatividad de la experiencia, que se analizaron a través del modelo del drama social turneriano, lo que permitió denotar el contexto liminal de los comportamientos sociales del sujeto de estudio. La crisis de vida que suscitó el dolor y la incertidumbre por los diagnósticos y tratamientos biomédicos colocaron al sujeto en una indeterminación y una tensión del mandato de género, debido a la imposibilidad de cumplir con los roles esperados de ser proveedor exitoso, padre y esposo, al estar atrapado en el cuerpo a través del dolor que no daba tregua e irremediablemente le provocaba incapacidad, a lo que se sumó la adicción a los fármacos, profundizando con ello la crisis dramática del padecer, que puso en riesgo no sólo la integridad física del doliente, sino que lo volvió una persona peligrosa socialmente, una característica de los sujetos limina-

les. Por otra parte, el ritual curativo permitió prestar atención al proceso de enseñanza-aprendizaje de la algología, así como observar el desarrollo de la interacción social del sujeto enfermo y sus curadores, en una situación de subalternidad e indeterminación propia de los iniciados, sujetos liminales por excelencia y que en el ámbito biomédico se corresponden también con la jerarquización de la práctica médica y la distancia social entre los legos y los sabios.

La recurrencia del dolor y las respuestas a las nuevas crisis demostraron que la experiencia se constituye en un eje de memoria que guía el sentido y la acción social en el proceso dramático de enfermar y padecer. El estudio de este caso demostró que la aplicación del modelo de drama social turneriano es pertinente para analizar los materiales etnográficos de las experiencias de la enfermedad y el padecer, ya que permite visualizar este proceso dramático y detectar los puntos de inflexión en los que es posible la intervención de los especialistas biomédicos, quienes a partir de los resultados obtenidos con esta herramienta antropológica pudieran tomar decisiones y optimizar las estrategias de atención que contribuyeran a mejorar la calidad de vida de las poblaciones, que es la misión del Sistema Nacional de Salud en México, del que forma parte la Clínica del Dolor.

REFERENCIAS

Barragán Solís, Anabella

2011 La metáfora raíz como categoría de análisis en las representaciones de los cuidados paliativos. *Cuicuilco*, 18 (52), septiembre-diciembre:133-153.

Bello, Leonardo, Katherine Anzola, Eduardo Palacios et al.

2019 Signos de alarma en neuralgia del trigémino. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 28 (3): 178-181. <<https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/reperatorio/article/view/959/1073>>. Consultado el 24 de julio de 2020.

Boletín de la Academia Nacional de Medicina de México

2014 La clínica del dolor. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 57 (3), mayo-junio. <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000300053>. Consultado el 3 de octubre de 2019.

Consejo de Salubridad General (CSG)

2018 *Guía de manejo integral de cuidados paliativos*. Consejo de Salubridad General, Early Institute, Instituto Nacional de Cancerología. Ciudad de México. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo>. Consultado el 31 de julio 2020.

El Economista

2017 OMS Califica el tratamiento del dolor crónico como un derecho humano. 18 de octubre. <<https://clustersalud.americaeconomia.com/gestion-hospitalaria/oms-califica-el-tratamiento-del-dolor-cronico-como-un-derecho-humano>>. Consultado el 13 de septiembre de 2019.

Fabrega, Horacio

1972 Medical Anthropology, en *Bienal Review of Anthropology 1971*, Bernard J. Siegel (ed.). Stanford University Press. Stanford, California: 167-217.

Fink, Raymond

1991 Historia del bloqueo nervioso, en *Bloqueos nerviosos*, Michael Cousins (ed.). Editorial Doyma. Barcelona: 3-17.

Flores Cantisani, José Alberto, Argelia Lara, Marcela López et al.

2009 Clínicas del dolor y cuidados paliativos en México: manejo del estreñimiento inducido por opiáceos. Conclusiones de un grupo de expertos. *Revista de la sociedad Española de Dolor*, 16 (8), noviembre-diciembre. <<file:///C:/Users/Anab/Desktop/Dolor%20sept%202019%20BIBLIO/Clínicas%20del%20dolor%20>>. Consultado el 13 de septiembre de 2019.

García Hernández, Mariana Guadalupe, Juan Pablo Sánchez, Sergio Tenopala

2012 Neuralgia del trigémino. *Anales Médicos*. Asociación Médica. Centro Médico ABC, 57 (1): 39-47. <<https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2012/bc121f>>. Consultado el 13 de septiembre de 2019.

Geist, Ingrid

2005 *Liminalidad, tiempo y significación. Prácticas rituales en la Sierra Madre Occidental*. INAH. México.

Goffman, Erving

2001 *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores, Buenos Aires.

González, Cristina, José Méndez, Juan I. Romero et al.

2012 Cuidados paliativos en México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 75 (3): 173-179. <<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-cuidados-paliativos-mexico-X0185106312562525>>. Consultado el 31 de julio de 2020.

Hamui Sutton, Liz

2019 Introducción. Experiencia, intersubjetividad y sentido: las narrativas en las ciencias sociales y de la salud, en *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*, Liz Hamui Sutton et al. (coords.). UNAM, Manual Moderno, México: xv-xxi. México.

Hamui Sutton, Liz, Ruth Fuentes García, Rebeca Aguirre Hernández et al.

2013 *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud de México: Un estudio de satisfacción con la atención médica*. UNAM. México.

Harkins, Stephen W.

2003 Envejecimiento y dolor, en *Bónica. Terapéutica del dolor*, John D, Loeser (ed.). Mc Graw Hill. México: 966-978.

Hospital General de México (HGM)

2013 *Guías diagnósticas de clínica del dolor*. <http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/c_dolor/4algias-faciales>. Consultado el 2 de noviembre de 2013.

2017 *Informe de Autoevaluación enero-diciembre 2017*. <http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/informes_junta/info_ene_dic_04_17.pdf>. Consultado el 31 de julio de 2020.

Jiménez Olvera, Miguel

2004 Neuralgias faciales, en Dolor neuropático: *Dolor neuropático secundario a enfermedades sistémicas*, Sergio Guillermo Bautista Sánchez et al. (coords.). Sistema de Actualización Médica en Dolor Neuropático (SAM). Intersistemas Editores. S.A. de C.V. México: 213-224.

Jiménez Pérez, Carla María

2017 El tratamiento del dolor: un derecho humano limitado en México. *Revistas Jurídicas*, 38, marzo-abril. <<https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/11134/13146>>. Consultado el 13 de septiembre de 2019.

Journal of the American Medical Association (JAMA)

2006 Esclerosis múltiple. *Revista de la Asociación Médica Americana. Trastornos neurológicos*. JAMA, 296 (23). <http://www.doctormateos.com/documentacion/esclerosis_multiple>. Consultado el 4 de noviembre de 2013.

Kassian Rank, Alicia

2004 Frecuencia de la neuralgia del trigémino en el Hospital General de México. *Clínica, Dolor y Terapia*, II: 19-23.

Leach, Edmund

1989 *Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos*. Siglo XXI. Madrid.

Le Breton, David

1999 *Antropología del dolor*. Seix Barral. Barcelona.

Loeser, John D. (ed.)

2003 *Bónica. Terapéutica del dolor*. McGraw Hill, Interamericana. México.

Menéndez, Eduardo

1990 *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

2011 *Unidad de Tratamiento el Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid. <<https://>

www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad_de_tratamiento_del_dolor.>. Consultado el 29 de julio de 2020.

Paulo Maya, Alfredo

2019 Las audiencias en las narrativas del padecer, en *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*. Liz Hamui Sutton *et al.* (coords.). UNAM, Manual Moderno. México: 157-174.

Raj, Prithvi

1991 Bloqueos pronósticos y terapéuticos con anestésicos locales, en *Bloqueos nerviosos*, Michael J, Cousins (ed.). Editorial Doyma. Barcelona: 917-927.

Sandoval Sandoval, Edgar

2006 Cuerpo y sentido. Hacia una semiótica de las afecciones, en *Cambio social antropología y salud*. Florencia Peña Saint Martin y Arturo Luis Alonso Padilla (coords.). CONACULTA. INAH. México: 219- 228.

Sociedad Española del Dolor (SED)

2019 Hombres y mujeres no responden de la misma manera al tratamiento contra el dolor crónico ni lo perciben igual. Madrid, 2 de julio de 2019. <<https://www.sedolor.es/hombres-y-mujeres-no-responden-de-la-misma-manera-al-tratamiento-contra-el-dolor-cronico-ni-lo-perciben-igual/>>. Consultado el 29 de julio de 2020.

Segura, Mauro

2010 Entrevista. <<http://neuralgiasegura.net/09/09/2010>>. Consultado el 2 de noviembre de 2018.

Turner, Víctor

2002a Dramas sociales y metáforas rituales, en *Antropología del Ritual*. Victor Turner, Ingrid Geist (comp.). ENAH. México: 35-70.

2002b Víctor Turner: Dewey, Dilthey y drama. Un ensayo en torno a la antropología de la experiencia, en *Antropología del Ritual*. Victor Turner, Ingrid Geist (comp.). ENAH. México: 98-102.

2002c Del ritual al teatro, en *Antropología del Ritual*. Victor Turner, Ingrid Geist (comp.). ENAH. México: 71-88.

Van Gennep, Arnold

1986 *Los ritos de paso*. Taurus. Madrid.

Zúñiga Herrera, María Elena, Daniel Vega, María Eulalia Mendoza

2004 *Envejecimiento de la población en México: reto del siglo XXI*. CONAPO. México. <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Envejecimiento_de_la_poblacion_de_Mexico_reto_del_Siglo_XXI>. Consultado el 2 de diciembre de 2017.