

# Representaciones del dolor crónico en un grupo de enfermos y sus médicos

Anabella Barragán Solís\*

**RESUMEN:** *En este trabajo se presenta la descripción y el análisis de las representaciones del dolor crónico de un grupo de pacientes y un grupo de médicos de la Clínica del Dolor del Hospital General de México, debido a secuelas de la infección viral por herpes zoster. El trabajo se realiza a partir de las teorías y métodos de la antropología médica.*

**ABSTRACT:** *The purpose of this paper is to describe and analyze the representations of pain in a group of patients and physicians, related to the suffering of chronic pain due to sequels of the viral infection caused by herpes zoster, in the Pain Clinic of the General Hospital in Mexico City. This study is developed under the framework of medical anthropology, this is, its theory and methodology.*

**E**l dolor es la manifestación principal en el padecimiento de numerosas enfermedades, por eso ha sido motivo de preocupación en diversas épocas históricas, se han dado múltiples explicaciones sobre su origen, se significan sus causas y se proponen un sinnúmero de estrategias de atención, ha sido una de las inquietudes primarias en la medicina y su génesis ha tenido un sinnúmero de explicaciones. Se ha asumido como un castigo divino, un privilegio del ser humano, un mal necesario, una enfermedad, una sensación de alarma o como fuente de placer, entre otras concepciones.

En términos generales el dolor se ha dividido tanto médica como popularmente en dolor moral y dolor físico. Ello fundamentado en la idea tradicional de la biomedicina de separar el cuerpo de la mente. Generalmente se ha clasificado al dolor físico en dolor agudo y dolor crónico; el primero es aquel que después de un breve lapso de tiempo desaparece, sea espontáneamente o a partir de una atención específica. El dolor crónico es el que persiste por largos periodos y no desaparece ni con múltiples tratamientos terapéuticos. Ningún tipo de dolor está exento de involucrar tanto al cuerpo como a la mente debido a que la experiencia dolorosa es una

\* ENAH

percepción y, como tal, una interpretación del hecho significado de múltiples formas en las diversas sociedades a partir de determinaciones biológicas, sociales y culturales.

El dolor como elemento fundamental en determinadas enfermedades es una realidad concreta, se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y de vida. Es a partir de los años setenta que los datos epidemiológicos indican un incremento significativo de las enfermedades llamadas crónicas y crónico-degenerativas, muchas de ellas presentan un dolor crónico constante que se ha convertido en un problema de salud pública, porque su sintomatología tiene como consecuencia además del sufrimiento y el deterioro en la calidad de vida de los individuos que lo padecen y su grupo de relación, incapacidad laboral y gastos económicos tanto dentro de la familia como en las instituciones encargadas de su atención.

A partir de la anestesiología, la biomedicina ha creado una especialidad médica, la algología, encargada del tratamiento del dolor crónico. En México esta especialidad se aplica en el área clínica de atención denominada Clínica del Dolor, donde los algólogos utilizan las técnicas terapéuticas propias de la especialidad de anestesiología en el tratamiento del dolor crónico, con las que se logran resultados total o parcialmente satisfactorios.

Por otro lado, las respuestas de los grupos sociales ante el dolor de solución difícil, se conforman por múltiples estrategias de atención que incluyen la autoatención, la consulta a curadores de a diversos sistemas médicos, sean del área biomédica con distintas especialidades o curadores de la medicina alternativa (acupuntura, homeopatía, medicina popular, espiritismo, naturismo, etcétera).

El dolor es una construcción social, una experiencia sujeta a múltiples determinaciones, inmersa en un contexto específico conformado por el proceso de desarrollo de la misma enfermedad, la edad, el sexo, el nivel educativo, la religión, la ocupación, las interacciones con el grupo sociocultural de pertenencia y los antecedentes de procesos dolorosos vividos. La forma de percibir y de vivir el dolor depende de diversos factores tanto individuales como sociales, si bien el dolor es una experiencia individual, la forma de vivirlo, de explicarlo y de tratarlo está inmersa dentro del contexto social al cual pertenece el paciente.

Desde la perspectiva teórico-metodológica de la antropología médica se reconoce que los procesos de salud-enfermedad-atención, así como las significaciones y prácticas se organizan en un contexto social condicionado por las características económicas, sociales y políticas. Se pretende dar cuenta de la estructura social que conforma el sustrato donde se desarrolla el dolor crónico desde el punto de vista de los actores, en este caso pacientes y médicos, también se busca reconocer cuál es el conjunto de representaciones sobre el dolor, que tienen las personas que lo padecen

y sus médicos tratantes, se parte de la premisa de que estos saberes están estructurados.

Las concepciones culturales específicas en cuanto a la percepción y la vivencia del dolor en pacientes y en el personal médico, proporciona elementos que contribuyen a corroborar que este fenómeno, tan universal y tan particular a cada grupo social, se encuentra configurado por elementos diferenciales y contradictorios en aspectos específicos, además, se presentan elementos compartidos, que constituyen así un sistema racionalizado de ideas, valores, opiniones, vivencias y prácticas que se manifiestan oportunamente durante el desarrollo de la enfermedad.

Las ideas de los pacientes acerca de las causas u origen de su padecimiento se ven permeadas por el saber médico hegemónico, así como las ideas de los médicos, sobre la percepción del dolor, están impregnadas de concepciones culturales que no necesariamente corresponden a las teorías biomédicas dentro de las cuales se pretenden inscribir. La comparación entre las concepciones específicas de ambos grupos de estudio demuestra la permanencia de creencias culturalmente condicionadas.

El dolor se vive de distinta manera en cada una de las personas afectadas, esto va a depender de la percepción del cuerpo, del tipo de enfermedad y su comportamiento propio, así como de las partes del cuerpo afectadas y el grado de incapacidad que provoca. Los antecedentes personales en cuanto a experiencias con el dolor modifican y traspasan las representaciones de la vivencia actual.

El presente trabajo tiene como objetivos fundamentales describir y analizar algunas de las representaciones que elaboraron un grupo de enfermos con respecto al dolor crónico, y un grupo de médicos especializados en el tratamiento del mismo, este análisis intenta coadyuvar a conocer el contexto de la problemática del dolor crónico como sintomatología fundamental en múltiples padecimientos crónicos y crónico-degenerativos.

Esta investigación fue realizada entre 1995 y 1996 en la Clínica del Dolor ubicada en el Hospital el General de México, en el Distrito Federal. El estudio se basa en la información obtenida en expedientes clínicos, 25 entrevistas realizadas a 12 pacientes (seis mujeres y seis hombres) que padecen dolor crónico causado por una neuropatía posherpética (NPH), y 22 entrevistas aplicadas a un grupo de 12 médicos algólogos (siete hombres y cinco mujeres).

#### CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LOS PACIENTES

Todos los pacientes pertenecen a estratos sociales bajos con ocupaciones poco remuneradas, en la mayoría su escolaridad es de nivel primaria incompleta, 83% ha-

blan español, uno de ellos habla fundamentalmente totonaco y una mujer habla tanto español como náhuatl. El promedio de edad es de 64.8 años en el caso de los hombres y 54.8 años en mujeres.

La mayoría de los pacientes han tenido una pareja estable y han sido casados, algunos actualmente son viudos o separados, 50% de los casados aún permanecen con su pareja. Su lugar de residencia son principalmente la ciudad de México y el Estado de México, la mayoría (83%) cuenta con vivienda propia y servicios de agua, luz y drenaje. 83% carece de servicios de salud.

El grupo de pacientes de este estudio además de la NPH padecen enfermedades concomitantes como la diabetes (41%) y otras enfermedades como hipertensión, obesidad y estrés. 58% ha padecido la NPH de dos a seis años, lapso que ha provocado trastornos en su vida laboral y familiar, de tal manera que cinco de los seis hombres que conforman el grupo masculino se consideran relegados por la familia. La enfermedad provoca diferentes grados de incapacidad, sin embargo, los pacientes —tanto hombres como mujeres— sólo limitan sus actividades en los periodos de mayor intensidad del dolor, integrándose a ellas de una u otra forma a pesar de las molestias.

Los familiares de los enfermos, generalmente las mujeres, asumen la responsabilidad —que a veces comparte el o la enferma— en cuanto a la preparación de alimentos y limpieza de sus habitaciones. Con respecto a los gastos económicos son apoyados principalmente por sus hijos y por sus hijas. Todos los pacientes han visto afectado su estado emocional debido a la enfermedad, se vuelven irascibles, intolerantes o se deprimen.

#### CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LOS MÉDICOS

Los médicos trabajan en instituciones de salud de gobierno y privada, sus características individuales, familiares y laborales les permiten permanecer en un buen nivel socioeconómico con cierto grado de bienestar.

El promedio de edad, entre 33 y 45 años, representa a una nueva generación de especialistas en el diagnóstico y tratamiento del dolor, insertos en las nuevas tendencias del tratamiento integral del dolor crónico. Todos los médicos y médicas de este estudio son especialistas en anestesia y realizaron su adiestramiento profesional como algólogos en la Clínica del Dolor del Hospital General de México, la mayoría reside en la ciudad de México (91.6%), 75% son casados, sólo 33% tienen casa propia, 83% posee automóvil. 50% de los médicos cuentan con contratos laborales de base en instituciones gubernamentales de salud, el otro 50% son estudiantes de

posgrado becados o que solventan sus gastos de manera personal; 83% trabaja en instituciones de salud privadas o consultorios médicos propios.

## EL PADECIMIENTO

A partir del análisis epidemiológico y demográfico de los archivos de la Clínica del Dolor y del Departamento de Bioestadística del Hospital, se pudo determinar que la enfermedad más frecuente en la población es la Neuropatía posherpética, por esta razón se eligieron pacientes con este padecimiento para llevar a cabo la descripción y el análisis de las representaciones sobre el dolor crónico.

La Neuropatía posherpética es secuela del *herpes zoster*, enfermedad infecciosa viral cuya mala evolución provoca la afectación de las raíces nerviosas produciendo dolor crónico de distinta intensidad. El término herpes deriva del griego y significa faja. Algunos pacientes en la clínica del dolor le denominan faja, faja de la reina o fajilla, además de roña, "herpe" o herpes. El *herpes zoster* es una infección que se caracteriza por la presencia de vesículas dolorosas.

El *herpes zoster* y la varicela son dos entidades distintas producidas por un mismo agente patógeno, el virus de la varicela *zoster* o *herpes virus*. El virus del herpes es un agente conformado por cadenas de DNA con dos o tres capas superficiales denominadas nucleocápside de gran capacidad infecciosa. Este virus es poco resistente fuera del organismo porque se destruye rápidamente por los rayos ultravioleta del sol. [Artiachi, 1996]

Con los pacientes infectados por *herpes zoster* se debe tener mucho cuidado como si padecieran varicela, pues es altamente contagioso tanto para los lactantes y niños pequeños que no han padecido varicela, como para cualquier adulto cuyo sistema inmunológico haya sido alterado por alguna enfermedad o por la administración de medicamentos; en general, los pacientes que padecen herpes deben evitar el contacto con cualquier persona con neoplasia o que mantengan tratamientos a largo plazo basados en corticoesteroides o inmunosuprimidos. [Epstein, 1985]

Los desequilibrios hormonales pueden ser factores que predispongan el desarrollo de infecciones por virus, en la opinión de uno de los médicos entrevistados:

[. . .] en la menopausia hay alteraciones hormonales que provocan la disminución de las defensas y te da herpes [...] la depresión, la angustia, las preocupaciones, bajan las defensas, las enfermedades debilitantes como el cáncer, la diabetes, la vejez y el alcoholismo también bajan las defensas [. . .].

## RESULTADOS

Con el fin de establecer parámetros de comparación entre las concepciones de unos y otros actores se presenta la descripción y el análisis de las representaciones que

elaboraron pacientes y médicos sobre el dolor: la causalidad o etiología del padecimiento, los elementos que predisponen y desencadenan la sintomatología dolorosa y la representación de dolor insoportable. Una de las problemáticas en el diagnóstico y tratamiento del dolor crónico es la dificultad de comunicación entre médicos y pacientes, debido a la utilización de imágenes y conceptos discordantes.

#### EL DOLOR EN LAS REPRESENTACIONES DE LOS ENFERMOS: LOS SÍNTOMAS

En términos generales, las sensaciones percibidas son fundamentalmente el dolor y las lesiones vesiculares o “granitos”. La mayoría de los pacientes manifestaron haber tenido una sensación de ardor, punzadas o piquetes en la piel de una zona bien definida del cuerpo, o dolor quemante con grados distintos de comezón, que podía presentar o no, ronchas. Otros pacientes sintieron la zona afectada intensamente fría, helada, “como si tuviera un hielo metido”.

El dolor se va volviendo cada vez más intenso y abarca tanto las zonas superficiales como profundas: “[. . .] está adentro como pegado al pulmón, penetrante”, hasta llegar a ser insoportable, “[. . .] me corría como un calambre intensísimo, era el presagio del dolor [. . .]”, la sensación de quemadura, se convierte en “fuego vivo”, es insoportable tocarse e incluso se evita el contacto con la ropa, “[. . .] donde le toquen le molesta, le duele [. . .].” Tanto hombres como mujeres dicen haber tenido una sensación de choque eléctrico. El dolor puede ser intenso, intermitente o continuo que impide concretar los horarios de sueño acostumbrados, los enfermos dejan de alimentarse adecuadamente por la pérdida de apetito. La búsqueda de remedios a su mal y los resultados no siempre favorables los van convirtiendo en personas irritables, malhumoradas y con recurrentes conflictos familiares y personales.

Para las mujeres el dolor es tan intenso que las incapacita: “Está uno desesperado, no halla qué hacer, no tiene paz ni calma, no podía respirar, ni hablar, llorar, caminar, no podía hacer nada, es un dolor horrible. [. . .]”

Para explicar las características del dolor las mujeres utilizan metáforas que tienen que ver con la vida doméstica cotidiana:

[. . .] andaba como enchilada, no podía ni comer, eran piquetes como con un fierro o con una aguja de tejer —de ganchito, del finito—; me ardía como si me clavaran algo, el dolor era caliente, como si me acabara de quemar, sentía como si me estuviera quemando en vida, como si estuviera en la lumbré; siento como toques, como un rayo de luz. [. . .]

En general los enfermos explican el dolor como algo que proviene del exterior:

Sentí como animalitos que caminaban por el cuerpo, yo me los imaginaba como patones, pequeñitos, yo decía: me están espulgando mi cuerpo, por la comezón me desesperaba,

por los pasitos que sentía, pensaba que era un animalito, me jalaba la ropa para quitármelo, pero el dolor era por dentro, como un chorrito de agua fría, como si te entrara aire y te oprimiera. [. . .]

Tanto para los hombres como para las mujeres, es difícil distinguir claramente entre el dolor, el ardor y la comezón, pero en ningún caso se consideró la comezón como una forma de dolor:

Me dolía a la vez que me ardía, no soportaba el calor, la comezón me tenía loca, es desesperante, a fuerza te tienes que tocar y al tocarte transmites el dolor más profundo, la comezón es superior al dolor, de un momento a otro siente una sensación de rascarse, no interesa el dolor. [. . .]

Los hombres se refieren al dolor mediante metáforas que se relacionan con instrumentos de trabajo considerados masculinos o con actividades masculinas:

Dolores como cuando agarra un cable eléctrico que le da toques, como si un picahielos se lo encajan e inmediatamente viene la comezón, intensa, los piquetes haga de cuenta que le meten un picahielos. [. . .]

Al dolor lo han calificado como violento, que agrede al cuerpo o como algo que tiene existencia propia: “Una dolencia furiosa, juerte, es una cosa espantosa, horrible, son unas punzadas y unos ardores que pienso que tendré cáncer [. . .] cuando me agarra el dolor no duermo. [. . .]”

Para el grupo masculino el dolor provoca diversos grados de incapacidad: “No podía tener abierto el ojo, es una cosa terrible eso del herpes, cuando me duele no puedo hablar nada, la voz se me quiebra. [. . .]”

#### LAS CAUSAS DE LA ENFERMEDAD SEGÚN LOS PACIENTES

A partir de las primeras manifestaciones del padecimiento la mayoría de los pacientes, tanto hombres como mujeres elaboran un autodiagnóstico de acuerdo a la experiencia previa con lesiones o síntomas semejantes, generalmente vividos por algún miembro de la familia o del grupo social de relación y que corresponden a causas específicas.

De acuerdo a este diagnóstico se toman las medidas de atención que se consideran adecuadas. Generalmente, al principio se considera que son malestares pasajeros, que desaparecerán de un momento a otro de la misma manera que aparecieron, con simples medidas higiénicas o con algún remedio usado comúnmente para lesiones o síntomas semejantes. Cada persona aduce diversas causas, a veces contra-

dictorias pero en ningún caso se considera una causa única. Los síntomas de la enfermedad son percibidos de múltiples formas. Se considera que el dolor que aparece de repente ha sido causado por aire, sol, un enfriamiento, por exceso de trabajo o de ejercicio, o por algún movimiento brusco: "Sudaba mucho por el sol, porque tenía que formar a los animalitos [...] por el calor o por los alimentos que no comía [...]" (mujer que se dedica al pastoreo de borregos).

En cuanto a las vesículas, se piensa que son producto de la picadura de algún insecto, que es algún tipo de acné, irritación de la piel por alguna secreción animal que accidentalmente hizo contacto con la zona afectada o por la falta de higiene. Puede ser una intoxicación debido a la ingestión de algún alimento en mal estado o ingerido en exceso. "Pensé que era un piquete de mosco, de araña o de algún animalito de la humedad, que era un bichito que sería de mis perros, por el agua de los pescados o por el gato. [...]"

Uno de los enfermos señala que desde el primer momento pensó en una enfermedad infecciosa debida a una iatrogenia, según él esto no ha sido descartado por su médico en la Clínica del Dolor.

Cuando el dolor es muy intenso no se ubica en la superficie del cuerpo, sino en los órganos profundos, se cree que puede tratarse de una luxación o incluso una fractura. Conforme pasan los días y surgen las vesículas provocando un dolor más intenso, se resignifican las causas que se cree originan la enfermedad, se le da mayor importancia a ésta, podría ser una infección adquirida por contagio, una enfermedad latente aún desconocida o un microorganismo que se desarrolla por la debilidad del cuerpo, a lo que coadyuva una supuesta mala alimentación.

La cronicidad permite la resignificación de las causas, se empiezan a buscar orígenes más complejos como una situación emocional disconforme, la vida cotidiana angustiante y con sobresaltos, así como los múltiples problemas económicos que provoca un estado de tensión constante que debilita al cuerpo y lo hace fácil presa de enfermedades que, precisamente por encontrarse en un cuerpo debilitado por padecer la enfermedad, se presentan con mayor gravedad con síntomas de mayor intensidad. "Me dio *herpes* porque hace años que vivo triste, no soy feliz con mi esposo [...] no tengo con quien hablar, a quien decirle de penas y de nervios, de eso se hace el *herpes*. [...]"

Cuando se padece una enfermedad crónico-degenerativa se relaciona con la nueva enfermedad, se considera que el cuerpo está débil por el padecimiento previo o por la edad ya que el envejecimiento se concibe como un factor que debilita al cuerpo.

Si hubiera estado yo más joven no habría tenido tantos problemas, cuando uno se va haciendo viejo, le va creciendo el virus hasta que estalla, el cuerpo se descompensó y le ocasionó eso, pudo haber sido gastritis u otra enfermedad. [...]

La intensidad del dolor funge como un elemento de alarma, se empieza a considerar que los síntomas corresponden a algo más grave de lo que en un principio se pensó. Se inicia la construcción de diagnósticos alarmantes como enfermedades del corazón, SIDA o cáncer. Una conducta moral inadecuada se interpreta como posible causa de la enfermedad, el contacto físico con otras mujeres puede ser otra razón de la enfermedad, también puede ser por causas sobrenaturales u ocasionada por el destino.

Por qué Dios me castigó, quizás es algo que debo de pagar, uno tiene la culpa de que se enferme, algún contagio, por lo vivo, porque tiene malas compañías. Dios no se queda con nada, todo lo vas a pagar [...] como fui muy mujeriego, ése fue un vicio que tuve toda la vida [...] pero no creo que me hayan hecho brujería. [...]

A partir del aumento en la intensidad del dolor se empiezan a determinar las nuevas causas posibles, y se cambia el diagnóstico de acuerdo a las nuevas experiencias con el grupo de relación y los curadores de distintos modelos médicos a los que se recurre en busca de alivio. Se llega a aceptar que el origen de la enfermedad es una infección en el tejido nervioso causada por un virus que aprovecha la deficiencia inmunológica.

Que se me bajaron las defensas por ese virus, como que anda por a'hi, me comió algo y eso me causó que se me bajaran las defensas, nadie me contagió el virus, que yo lo tenía por la varicela. [...]

Al mismo tiempo que se aceptan y resignifican las explicaciones de los curadores biomédicos considerando a la enfermedad dentro de los padecimientos científicos, encontramos contradicciones, ya que se entrecruzan los significados: un antojo, un susto, una brujería o un mal, entonces los pacientes dan explicaciones distintas acerca del origen o causa de la enfermedad, relacionándolas con causas sobrenaturales o emocionales, principalmente.

Pienso que será maldad, porque médicos y médicos todo el tiempo y nada, pienso yo será maldad, alguien, alguna cosa me hicieron, algún brujo, porque ya me hicieron muchas cosas, me robaron, me quitaron parcela y mi solarcito. [...] o es una enfermedad como de antojo, se me antojó cosas de antojo, como calabaza, chayote, con dulce y no lo comí, no lo comemos y da la enfermedad. [...]

La percepción de la enfermedad se resignifica a medida que se desarrolla volviéndose crónica; en un principio, con la aparición de los primeros síntomas de dolor se piensa que se trata de un malestar pasajero, pero al aumentar la intensidad del do-

lor se piensa que se trata de “algo” realmente grave, que quizá pone en peligro la vida misma.

La intensidad y cualidad del dolor permiten distinguir sus diversas propiedades, a la vez que se construyen explicaciones sobre el origen de la enfermedad dentro de un contexto personal y familiar, posteriormente se sintetizan estas ideas junto con los aspectos biomédicos que se adquieren principalmente por medio de los curadores profesionales.

El grupo de pacientes de este estudio comparte las teorías acerca del origen de la enfermedad construida en el marco biomédico y además conserva su interpretación social y cultural sobre el mismo fenómeno. Las penas, los sustos, los antojos, los nervios y los corajes vuelven susceptible al cuerpo, lo hacen fácil presa de los virus y se refuerza la idea de que la enfermedad es causada por algo alejado de lo biológico como la brujería, el daño provocado por terceros, respuesta a un conflicto económico ancestral, la tenencia de la tierra; el virus, *herpe* o *herpes*, se instala y provoca dolor como un castigo a la transgresión sexual, o debido a la debilidad del cuerpo y a la edad.

#### FACTORES QUE DESENCADENAN EL DOLOR

El dolor reinicia con sensaciones específicas en cada paciente ante lo cual se toman actitudes encaminadas a disminuir su intensidad, evitar su aparición o eliminación.

En el grupo masculino se manifestó que el clima frío, el agua fría y el aire frío, el sol y el calor, así como los cambios bruscos de temperatura son elementos que desencadenan el dolor:

En el amasijo [etapa en que se prepara la masa para hacer pan] estoy calentito y no me duele, solo cuando terminamos luego, luego el dolor, con el aire me inicia el dolor [. . .] luego, luego que me quito la ropa siento el piquete. [. . .]

Los estados emocionales también son elementos que coadyuvan a desencadenar el dolor: “Cuando hay alguna discusión [en la familia] aumenta. [. . .]”

Para el grupo de mujeres el sol es uno de los elementos que desencadenan el dolor, y para los hombres sólo en un caso se estableció esta relación, cinco mujeres lo refieren como causa del inicio del dolor: “Me duele con el sol directo, aun con ropa. [. . .]”

El calor, el aire y el frío, el ejercicio físico, así como los estados de ánimos son también elementos que generan el dolor: “Cuando hago algún coraje me comienza el dolor, con el frío me duele, si lavo me duele, si cargo una bolsa pesada me duele, lo que no aguanto es barrer. [. . .]”

La percepción de los elementos del entorno físico y social encuentran en el cuerpo el sustrato para constituirlos como sensaciones corporales, el dolor se manifiesta a partir de elementos desencadenantes que son físicos o emocionales, los cambios bruscos de temperatura, el esfuerzo físico o estados de tensión emocional. El dolor se convierte entonces en un indicador de las condiciones externas e internas en las que se desarrolla la vida de los enfermos.

### ¿CUÁNDO ES INSOPORTABLE EL DOLOR?

La mayoría de los pacientes que fueron entrevistados (75%), consideraron que el dolor producido por el *herpes* es insoportable. La percepción y la actitud ante el dolor insoportable es distinta en hombres y en mujeres.

Para las mujeres un dolor que obliga a gritar y/o llorar es insoportable:

Un dolor de muelas es insoportable, te hace gritar [ . . . ] lloraba, de tan fuerte que era el dolor, nada más está uno, ¡ay, ay, ay, ay! Dios le da a uno fuerzas para soportar. [ . . . ] Me hacía llorar y gritar, yo lloraba, no podía creer que me doliera tanto. [ . . . ]

Es insoportable porque es continuo y provoca diversos grados de discapacidad, con respecto a las actividades físicas y la interacción social:

Quisiera tener un parto y no esto, un parto son dos o tres horas y ya. Pero esto no sé cuándo voy a salir, no puedo hacer nada. [ . . . ]

Insoportable porque lo tiene continuamente, no se quita, me hacía llorar y esconderme para que no me vean los demás, cuando se me caían las costras, allí fue cuando me dolía más [ . . . ] ya no hallaba qué hacer, adelgacé [ . . . ] no podía comer, en ese momento ni hambre da. [ . . . ]

El dolor intenso puede causar una sensación de desprendimiento del cuerpo:

Es un dolor tan intenso, sentía la pierna, como que no la sentía. [ . . . ]

Todo tu pensamiento y tu sentir está atento a lo que te está doliendo, es tanto dolor que ya no sientes, piensas que no es a ti a quien le duele, que es a otro, que no eres tu. [ . . . ]

La intensidad del dolor hace que lo perciban como un dolor de muerte: "Uno se quiere morir mejor, si no me hubiera curado, me hubiera muerto de dolor. [ . . . ]"

Tanto los hombres como las mujeres relacionan al dolor con la muerte, pero las mujeres manifestaron esperar la muerte debido al dolor mientras que los hombres dijeron que buscarían la muerte debido a la intensidad del dolor.

Uno está decidido hasta quitarse la vida, con tal de no estar sufriendo, yo estaba dispuesto a que me pusieran una inyección letal, tenía ganas de quitarme la existencia, cuando sufrí los dolores tan intensos del *herpes* [...] estaba decidido a darme un tiro. [...]

Cuando los dolores son fortísimos, inaguantables, está al borde de la locura o del suicidio. [...]

Yo decía que me quería morir, porque yo sabía que no lo podía soportar[...] me hubiera quitado la vida, me doy un plomazo. [...]

Para los hombres la manifestación de lo insoportable es un dolor permanente que se refleja en el cuerpo y en la discapacidad, en el estado de ánimo que provoca reacciones agresivas, violentas hacia sí mismo:

Sudaba del dolor, no me dejaba caminar, ya no resistía, cuando era más que sudar, era doblarse del dolor [...] me arrastraba, era un guiñapo humano [...] con los calambres me aventaba yo al suelo, me daba de golpes en la pared [...] pensaba que dándome golpes se me quitaría. [...]

Para algunos hombres es difícil describir el “dolor insoportable”, los pacientes entrevistados consideraban no tener palabras para decir cómo era el dolor. En el caso de las mujeres, ninguna mencionó sentirse incapaz de explicar lo que consideraban insoportable. Tal vez esto se relacione con que las mujeres tienen mayor capacidad —culturalmente construida— para usar el lenguaje verbal, además del aprendizaje que durante su desarrollo adquieren acerca de los cambios de su propio cuerpo, lo que se relaciona fundamentalmente con las características sexuales secundarias que las capacitan para la reproducción.

Son las mujeres quienes socialmente se encargan de observar y explicar los procesos biológicos de sí mismas y de sus hijos, ellas son las encargadas de cuidar la salud y la alimentación de la familia y usan el lenguaje para comunicar a otras mujeres dichos cambios. Tal vez por esto no manifestaron sentirse incapaces de describir lo insoportable del dolor.

Algunos de los hombres consideraron incomunicable sus experiencias: “No puedo ni explicarlo, de tanto que me dolía, intenso, inenarrable, indescriptible [...]” está más allá de su energía. [...] Ante el dolor insoportable los hombres señalan que su único objetivo en ese momento era:

hacer algo, lo que sea, ¡pero ya; Me daba de golpes en la pared. [...] Me inyectaba en la vena y ni así se me quitaba. [...]

Se siente instantáneo, esos momentos exuberantes se eliminan con el bloqueo, no sé cómo Dios me dio licencia para poder vivir. [...]

La incapacidad que confiere el dolor insoportable avergüenza, enoja, desespera y lo hace llegar al límite de la incapacidad de sentir (torpor) o se experimenta una sensación de desprendimiento corporal. El dolor invade todas las esferas de la vida, entonces se llega a desear la muerte con el propósito de salir de ese estado de intenso sufrimiento.

Las actitudes ante esta situación extrema son distintas entre hombres y mujeres, en ambos casos mediadas por las determinaciones sociales y culturales que permite a las mujeres expresar con mayor libertad sus emociones, los hombres se encuentran ante una situación inexplicable, vergonzosa, a la que responden con ira e ideas autodestructivas a la vez que buscan la manera de solucionar su estado.

#### REPRESENTACIONES DEL DOLOR COMO SINTOMATOLOGÍA EN EL GRUPO DE MÉDICOS

Los médicos entrevistados señalan diversas ideas en cuanto a la definición de dolor, consideran, por un lado, que es una experiencia positiva y benéfica, resultado de la interrelación del cuerpo humano con el medio ambiente: "[...] es una forma de defenderse del medio externo, una forma de protegernos de la naturaleza. [...]"

Por otro lado se supone que el dolor es una experiencia negativa, un hecho perjudicial: "[...] es una lacra de la humanidad, es lo más agobiante para cualquier entidad biológica. [...]"

Ellos distinguen dos tipos de dolor en términos generales. El físico, que implica lo orgánico, lo biológico del cuerpo y el moral que tiene que ver principalmente con las emociones y con los sentimientos: "Te pegaste, te duele, te quemaste, te duele; puede ser un dolor sentimental, te dejó la novia, te dejó la esposa, te sentiste traicionado [...] también es un dolor. [...]"

De acuerdo a esta tipología, algunos médicos piensan que el dolor es una sensación corporal desagradable y otros consideran que es un sentimiento molesto, incómodo; estas características indican que: "No es posible separar el sufrimiento del dolor [...] porque el dolor ocasiona angustia y sufrimiento [...]" y cada persona al estar consciente le da una interpretación emocional al dolor. [...]

El dolor se define como una sensación, si bien, esa sensación se encuentra en la naturaleza orgánica, los individuos la interpretan como:

Una aflicción, una congoja, es sufrimiento físico y emocional [...] lo opuesto a la sensación de bienestar [...] Toda sensación desagradable es dolorosa, desde la muerte de un ser querido; es una sensación horrible, desagradable. [...]

Los médicos utilizan metáforas que permiten ubicar al dolor como algo que afecta al cuerpo originado en el exterior, fuera del propio cuerpo, tal vez sea una entidad

autónoma que se percibe contradictoriamente. “Es nuestro ángel de la guarda [...] no es nuestro enemigo, por el contrario es nuestro gran amigo, nuestro aliado. [...]”

Al dolor se le confieren funciones positivas específicas. Se cree que es un indicador de la anormalidad del cuerpo, un mensajero de diversos problemas que pudieran estar ocurriendo en el organismo cuya gravedad está directamente relacionada con la intensidad del dolor.

Gracias a él sabemos cuándo algo puede causar daño, o cuándo estamos enfermos [...] es como una alarma que no permite que se nos acerque nada que nos haga daño, que nos pueda lastimar. El dolor nos avisa que hay un daño, que hay problemas [...] y realmente la respuesta está condicionada a la intensidad de dolor. [...]

El dolor es universal, es parte estructural de la enfermedad:

Es uno de los síntomas universales de todas las enfermedades, es un aviso de que algo está pasando en el cuerpo, una interpretación individual y subjetiva ante un daño real. Todos podemos estar expuestos a eso, y sin embargo es poco medible.

En estas apreciaciones señalamos que el dolor no es algo agradable a pesar de que puede tener funciones benéficas, es innegable que es desagradable, sin embargo, en la mayoría de los comentarios se advierte que es un mal necesario que no se presenta cuando el individuo está sano. El dolor prácticamente se convierte en sinónimo de enfermedad, de daño corporal, a pesar de la dificultad para reconocer dicho daño. La presencia de dolor es un indicador de que ese daño existe, afecta tanto el aspecto orgánico como el emocional porque el cuerpo es uno, pero tiene dos elementos fundamentales: el físico y el emocional.

Para los médicos “[...] el dolor siempre pasa por la consciencia, para provocar sufrimiento tiene que ser consciente. [...]”

El dolor se define como “[...] la respuesta a un estímulo, se presenta por alguna razón además de ser algo triste que a alguien le pasa. [...]” El dolor es inseparable del sufrimiento: “[...] todo el que tiene dolor sufre. [...]”

Para los médicos un dolor puede ser agobiante y a la vez un aliado ya que funciona como señal de alarma, quizá puede ser incómodo pero funge como un ángel de la guarda porque está defendiendo al cuerpo de una lesión real o potencial. El dolor se considera un síntoma universal de las enfermedades, se divide en dolor moral y dolor físico; de acuerdo a la causa que lo origina, su percepción es consciente aunque algunas manifestaciones corporales son independientes de la consciencia. Desde la perspectiva de su función se concibe como un hecho positivo o negativo.

## CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

Para elaborar una clasificación del dolor se utilizaron las respuestas de los informantes a las preguntas sobre los tipos de dolor que conocen, no se pretende una clasificación académica. Este hecho nos permite describir la clasificación que los médicos utilizan cotidianamente y que en términos generales corresponde a una realidad determinada por su experiencia profesional con poblaciones específicas y con padecimientos concretos.

El dolor de acuerdo a su intensidad puede ser leve, débil, severo o sólo adoloramiento, al mismo tiempo puede ser soportable, insoportable o intenso y hasta se puede concebir como “dolor de muerte”. Por su origen, se le clasifica en: físico, anatómico, fisiológico, emocional o anímico, idiopático y dolor de origen oscuro. Por sus consecuencias se considera incapacitante, curable o incurable. Y de acuerdo a su localización anatómica, se determina como dolor profundo o visceral, somático, neuropático, dolor fantasma, dolor de muelas, dolor de espalda y dolor bien localizado o difuso.

Se supone que el tipo de dolor depende de múltiples factores como es el órgano o las estructuras incluidas en el problema que implica alguna alteración, donde dicha alteración es la causa del dolor. Se cree que el dolor en los “[. . .] órganos macizos, como el bazo, tiene dolor tipo adolorimiento opresivo y las vísceras huecas cuando duelen dan dolor tipo cólico [...] el dolor de muelas es continuo y punzante. [. . .]”

En el cuadro de la siguiente página se presenta la clasificación que los médicos señalaron de acuerdo a los síntomas. (Véase Cuadro I)

Es importante señalar que en ninguna entrevista se mencionó “la comezón” como un tipo de dolor, esto resulta significativo si se toma en cuenta que la mayoría de los pacientes entrevistados especificaron de manera recurrente que la comezón es una de las problemáticas más severas y “desesperantes” en la evolución del *herpes zoster* y la NPH. Los médicos subrayan este elemento como una característica muy frecuente en dichos padecimientos para lo cual se instituyen diversas alternativas terapéuticas.

Los médicos caracterizan el dolor de acuerdo a diversos aspectos, como la intensidad, el origen, la duración, las consecuencias para las funciones corporales, así como la localización de las partes del cuerpo donde se origina la sensación. Se conforma además una diferenciación basada en la interpretación de la percepción.

La manera de expresar el dolor a través de los gestos o lenguaje no verbal (facies de dolor), es distinta de acuerdo a las características y los elementos socioculturales de cada individuo. Según la opinión del grupo médico:

La forma de percibir el dolor es una expresión de nuestro pensamiento, es una integración de algo orgánico a algo que probablemente tiene que ver con la conducta, con el sentimiento, con el alma. [. . .]

**Cuadro I. Clasificación del dolor de acuerdo con los síntomas,  
según los médicos**

Opresivo	- Súbito	- Placentero
Cólico	- Paroxístico	- Progresivo
Ardor o ardoroso	- Punzante	- Sufriente
Quemante, quema	- Pungitivo	- Desesperante
Toque eléctrico	- Rítmico	- Mordente
Calambre	- Lancinante	- Agonizante (como desmayo)
Sordo	- Pesantez	- Insoportable
Bajo	- Calambre	- Dolor de muerte inminente
Incontrolable	- Gradual	- Pica
Angustioso		- Como golpe, como que le pegan
Depresivo		- Terrible

FUENTE: Entrevistas. Clínica del Dolor del Hospital General de México, 1995.

La cara es la región del cuerpo más significativa para determinar una expresión o facies de dolor, ya que:

La cara es expresiva y puedes catalogar distintas facies [...] tiene una expresión de angustia, desasosiego, disconfort [...] la cara refleja angustia, preocupación, depresión. [...]

Los músculos faciales se ponen en acción, la comisura labial se ve hacia abajo igual que la comisura de los ojos, puede haber lágrimas, generalmente existen lágrimas de acuerdo a la intensidad del dolor. [...]

Los ojos se ven opacos, se tiene una expresión de angustia [...] se ven los rasgos duros, la frente ceñida, deformidad en la comisura labial acompañada de quejidos, sonidos angustiosos [...] hay dilatación de la pupila, sequedad de boca; si es agudo, taquicardia, respiración agitada, disnea, sensación de angustia [...] si es dolor crónico, está muy angustiado, no se mueve, se mantienen en posición fetal, porque así sientes que te proteges. [...]

#### CAUSAS DEL DOLOR

Los médicos reflexionan sobre las causas del dolor y manifiestan que su origen puede conocerse, ser incierto o desconocido. Cuando la causa logra determinarse, las principales causas de dolor crónico en los pacientes de la Clínica del Dolor son:

1. Una respuesta del cuerpo a una lesión que se presenta en el tejido, es el aviso de un daño. En el caso del dolor crónico puede deberse a un foco infeccioso ya sea

bacteriano o viral, una secuela dolorosa debida a una lesión traumática efecto de los accidentes de tránsito los que pueden causar dolor somático como consecuencia de los golpes.

2. El dolor también puede tener su origen en la presión o lesión de un nervio, debido a trastornos vasculares, o ser el efecto posterior a una lesión con arma de fuego.
3. Como causa importante en el dolor crónico se resalta la falta de calidad de los curadores al manejar padecimientos para los cuales no se tiene suficiente conocimiento o pericia, y en cuyo caso se puede ocasionar una iatrogenia o permitir el agravamiento del padecimiento, en los casos específicos de los tratamientos de *herpes zoster* y de accidentes automovilísticos ya que en ambos casos puede haber secuelas dolorosas.
4. Los tumores cancerosos provocan dolor crónico ya sea por presión de un nervio, lesión del mismo, desplazamiento de órganos, etcétera.
5. La amputación de un miembro puede provocar síndromes de dolor fantasma.
6. Las problemáticas psiquiátricas pueden provocar respuestas aberrantes, en donde:

El cuerpo por sí mismo genera impulsos nerviosos internos dolorosos, para los cuales no hay posibilidad de localizar su origen, podría entonces tratarse de dolor idiopático, porque no tiene causa aparente o puede tratarse francamente de una enfermedad psiquiátrica como cualquier otra [ . . . ] E incluso ciertas actitudes inconscientes durante la etapa de sueño provocan fenómenos dolorosos. [ . . . ]

7. Las disarmonías sexuales, principalmente en las mujeres pueden provocar dolores somáticos de espalda, cuello y dolores de cabeza.

En términos generales las causas que se consideran generadoras del dolor, de acuerdo con los médicos, se inscriben en el nivel de la patología orgánica principalmente y de manera secundaria se alude a las problemáticas emocionales.

LA INTENSIDAD DEL DOLOR:

“DOLOR INSOPORTABLE”

De acuerdo a la intensidad, los médicos señalan que el dolor puede ser soportable o insoportable. En el primer caso, el dolor soportable, es aquel que permite realizar ciertas actividades, se puede seguir viviendo con dolor, permite, comer, dormir, trabajar, caminar, etcétera. No es severamente incapacitante. En el segundo caso, puede percibirse con tal intensidad que se considera insoportable. Es severamente incapacitante:

[. . .] algunos pacientes quisieran hasta perder la vida por no tener ya el dolor. [. . .]  
Les da por aventar cosas, enojarse, pedir lo que sea para que ya se quite el dolor [. . .],  
llega el paciente aullando de dolor. [. . .]

Según la opinión de una médica, es posible morir de dolor:

[. . .] un dolor incontrolable, terrible puede ocasionar un infarto, por un golpe en un accidente donde hay descargas de sustancias activas que generan presión alta, frecuencia cardíaca alta y morir de dolor. [...]

Se muere de dolor cuando se agrega miedo y el dolor es muy intenso, hay liberación de catecolaminas y ocasionan un infarto [...] un choque neurogénico agudo intenso o a veces crónico [. . .] puede ocasionar la muerte. [. . .]

Los procesos que provocan mayor dolor son las patologías que ocasionan mayores grados de discapacidad por la limitación del movimiento o aquéllas relacionadas con los órganos pélvicos femeninos, como el cáncer cervicouterino y de mama. Procesos fisiológicos como el parto y la menstruación también se describen como extremadamente dolorosos.

De acuerdo a la información de los médicos, el estado emocional de los pacientes influye significativamente en las manifestaciones y percepciones del dolor, de tal manera que un paciente estresado no puede abstraerse de la fijación del dolor, así como una persona deprimida se aísla, está ensimismada, introvertida y se vuelve más atenta a lo que sucede a su cuerpo, exagera el dolor, exagera las manifestaciones: “[. . .] puedes exagerar el dolor de acuerdo a tu estado de ánimo. [. . .]”

También existen enfermedades que se complican por los problemas emocionales sobre todo si se trata de NPH. Sin embargo, a pesar de ello algunos médicos no consideran que “los corajes” sean una causa de exacerbación o que desencadenen el dolor, ya que “[. . .] los pacientes dicen que tienen dolor por un coraje pero no dicen que antes tuvieron una comilona tremenda. [. . .]”

El estado emocional tiene dos diferentes acepciones en la opinión de los médicos, por un lado, las emociones negativas pueden deprimir la resistencia a las enfermedades y el dolor, y por otro lado el dolor mismo afecta el estado emocional de los pacientes.

De acuerdo a las ideas de los médicos entrevistados, la manifestación del dolor es un proceso aprendido que se lleva a cabo a partir de las propias experiencias y está determinado por las manifestaciones observadas en miembros de la familia y el grupo de relación.

## CONCLUSIONES

A partir de los datos analizados se puede decir que es imposible separar el dolor físico y el dolor moral, ya que todo dolor físico implica sufrimiento moral en mayor o menor medida. También es posible enfatizar la funcionalidad de toda experiencia dolorosa, si bien el dolor agudo cumple una función biológica como mensaje de alarma relacionado con una patología o lesión específica, el dolor crónico no maligno carece de propósitos biológicos pero cobra significados sociales específicos, se convierte en un idioma que comunica los problemas personales e interpersonales, es una expresión de angustia explícita, escondida o simulada, en síntesis es una experiencia personal que se articula con procesos sociales y subjetivos.

A partir de la experiencia dolorosa del grupo de estudio y con fundamento en los antecedentes bibliográficos se puede concluir, siguiendo a Good [1994] y Morris [1991], que el dolor permite la construcción de su propio mundo, conformado por un lenguaje específico compuesto de llanto, gritos, gemidos, lamentos y silencios; un lenguaje corporal que se manifiesta mediante sudoración, espasmos faciales, contorsiones, debilidad, estremecimiento, palpitaciones. Un espacio poblado con imágenes de seres monstruosos, gigantescos o microscópicos, enigmáticos, huidizos, de ojos penetrantes, dientes afilados y garras peligrosas; de instrumentos amenazantes, espadas, taladros, cuchillos, martillos, estiletes, cables y agujas. Todos ellos enmarcados en ambientes quemantes o congelantes, oscuros y húmedos o iluminados con luces intensas e hirientes.

Las representaciones del dolor del grupo de enfermos de este estudio están influenciadas de manera importante por la cultura religiosa cristiana, donde el sufrimiento causado por la enfermedad y el dolor es una manera de expiación por los pecados cometidos, los individuos entonces significan el dolor como castigo por las transgresiones sociales voluntarias o involuntarias, hayan sido cometidas por el enfermo o por algún miembro de la familia de cuya conducta moral se consideran responsables.

El dolor se vive de manera diferente entre hombres y mujeres, los primeros lo experimentan con una mayor soledad, que Morris [1991] define como *aislamiento defensivo*; entre los varones que participaron en este estudio se evidenció con mayor frecuencia que se encuentran aislados del núcleo familiar, esto no sucedió con las mujeres que generalmente se encuentran participando en un amplio grupo de relación, son atendidas por sus hijas, vecinas o amigas, a diferencia de los hombres que son atendidos generalmente por esposas, hijas y nueras, aunque menos solícitamente.

Las representaciones de los médicos sobre el dolor crónico, se constituyen desde una perspectiva donde el dolor actúa como indicador de una lesión tisular real o

potencial, inscrita en el marco explicativo del origen microbiano de la enfermedad, sin embargo, también están permeadas por imágenes sociales con las que se caracteriza diferencialmente a los grupos sociales. En consecuencia son estos aspectos los que explican el fenómeno y determinan la elección de las terapéuticas que se instituyen en la Clínica del Dolor.

Algunos médicos estiman que en el caso del dolor crónico el aspecto emocional es fundamental y que muchas veces el paciente acude a sus citas subsecuentes no por la intensidad de dolor, sino porque necesita la atención personal que no tiene en la familia. El dolor, afirman, les es útil para obtener atención de los hijos o nietos, a partir de él adquieren beneficios económicos que de otra manera no obtendrían. El diagnóstico elaborado en la institución legitima sus quejas ante la familia ya que con el tiempo se ha perdido la credibilidad, porque no existen evidencias de lesiones ni de daño orgánico.

#### BIBLIOGRAFÍA

**Artiache de León, Gabriel**

1996 "Utilidad de las sustancias tópicas en el manejo de la neuropatía posherpética", en *VI Curso anual de actualización en clínica y terapia del dolor* (Memorias), México, HGM, pp. 87-90.

**Barragán Solís, Anabella et al.**

1998 "La anestesiología: especialidad de alto riesgo. Un análisis antropológico", en *Revista médica del Hospital General de México, SS*, vol. 61, núm. 1, México, pp. 31-36.

**Del Vecchio Good, Mary-Jo et al.**

1994 *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*, USA, University of California Press.

**Epstein, Ernest**

1985 *Enfermedades comunes de la piel*, México, Editorial Científica, S.A. de C.V.

**Good Byron, J.**

1994 "A Body in Pain: The Making of a World of Chronic Pain", en Del Vecchio Good, Mary-jo et al. *Pain as human experience. An anthropological perspective*, California, University of California Press, pp. 29-48.

**Menéndez, Eduardo**

1990 *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 179, México, CIESAS.

**Morris, David**

1991 *La cultura del dolor*, Chile, Andrés Bello.