

# La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética

Anabella Barragán Solís

Escuela Nacional de Antropología e Historia

**RESUMEN:** *En este trabajo se presentan la descripción y el análisis de las ideas y acciones de un grupo de pacientes de la Clínica del Dolor del Hospital General de México, ante el padecimiento de dolor crónico debido a secuelas de la infección viral por herpes zóster, la neuralgia posherpética, así como las prácticas de atención que un grupo de algólogos de la misma institución llevan a cabo ante dicha problemática. El trabajo se realiza a partir de las teorías y métodos de la antropología médica, a través de entrevistas a pacientes y médicos, con el fin de conocer el uso real de las estrategias curativas en el proceso de atención.*

**ABSTRACT:** *The purpose of this paper is to describe and analyze the perceptions and actions undertaken by a group of patients attending to the Pain Clinic at the General Hospital in Mexico City in a quest for a cure. The study is focused on the perceptions and actions under taken by patients suffering chronic pain as a consequence of viral infection produced by Herpes Zoster; it also analyzes the post herpetic neuralgia and the treatments applied by an algologist from the institution to help the patients to face the problem. This study develops inside the medical anthropology framework, based on its theory and methodology. The information derived from interviews with patients and medical doctors. The interviews explore the use of healing strategy in the healing process.*

**PALABRAS CLAVE:** *dolor crónico, herpes, algología, antropología médica*

## INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud que afectan a los individuos se convierten en elementos estructurales de todas las sociedades, cuyo comportamiento es diferencial, conformándose en ideas y prácticas encaminadas a solucionar dichas problemáticas. Para conseguirlo constituyen curadores que organizan, transmiten y aplican las estrategias de atención respecto de los padecimientos específicos.

La antropología médica como disciplina que estudia el proceso salud-enfermedad-atención en su contexto social y cultural, como hoy se practica, puede dedicarse a estudiar sistemas médicos globales o problemas específicos, que pueden

ir desde las prácticas curativas populares hasta el control médico o chamánico, pasando por problemas de enfermedad laboral, la descripción de nosologías médicas étnicas o la epidemiología social del cáncer, del “susto” o del alcoholismo [Menéndez, 1990].

Tradicionalmente la antropología médica se ha planteado el estudio de la llamada medicina popular o tradicional, entendida como la serie de prácticas mixtas que realizan los conjuntos sociales, las cuales incluyen prácticas y saberes que provienen de diversas fuentes, prehispánicas o coloniales, así como elementos de la biomedicina, de manera sincrética y dinámica. En las últimas décadas ha incursionado en el ámbito de la medicina moderna, y en ese momento se diversifica su campo de acción y no se limita a abordar los síndromes o padecimientos delimitados culturalmente (como el empacho, el mal de ojo o el susto, entre otros), sino que también enfoca su atención en las enfermedades biomédicas, como el padecimiento que nos ocupa en este trabajo, el dolor crónico en la neuralgia posherpética (NPH).

Las formas en que los grupos sociales utilizan los diversos recursos de atención para resolver o atenuar el problema del dolor, se reconstruyen a partir del concepto de carrera moral del paciente de Irving Goffman [1988 (1961)] y que en antropología médica se conceptualiza como “carrera del enfermo”, “carrera curativa” o “trayectoria de atención”, es decir, la sucesión encadenada de hechos prácticos encaminados a la terapéutica para encarar la enfermedad. Estas estrategias buscan la curación o el alivio parcial de la enfermedad utilizando diversas estructuras de atención, que no son excluyentes sino que reflejan la combinación de unas y otras, estén ellas conformadas en el modelo médico hegemónico, en el modelo médico alternativo o con la práctica de autoatención.

En este trabajo partimos de considerar de acuerdo con Osorio [1994], que las representaciones sociales son sistemas de nociones, creencias, orientaciones y actitudes que los conjuntos sociales expresan respecto de una realidad social determinada, donde se sintetizan contenidos ideológico-culturales determinados históricamente. Las prácticas sociales son el conjunto organizado de conductas y acciones, rutinarias o eventuales, que los conjuntos sociales llevan a cabo en distintas esferas de lo social; por ello la investigación que aquí presentamos se desarrolla a partir de la sistematización de la carrera curativa, a partir del análisis de las representaciones y prácticas durante el desarrollo del padecimiento de dolor crónico, en la neuralgia posherpética.

El sufrimiento de las personas que padecen dolor crónico es el aspecto fundamental que repercute en la calidad de vida, y a partir de dicho sufrimiento los individuos ven trastocado todo su mundo, puesto que la eficacia relativa de la atención médica y la incapacidad de comunicar su sufrimiento interfieren poco a poco en la personalidad y la forma de vida de las personas que padecen dolor

crónico. Un rasgo constituyente de esta forma de vida es que el padecimiento impulsa la búsqueda de alivio, sea dentro de la familia y el grupo de relación o en los diversos modelos de atención, con resultados de franca ineficacia o control relativo; de esto se concluye que el alivio del dolor no reside únicamente en el tratamiento médico o psicológico, ni en las múltiples alternativas de atención, sino que la responsabilidad de cada individuo para hallar la respuesta correcta debe asumirse como una premisa fundamental, donde la cooperación, el optimismo y la confianza son factores que contribuyen al éxito del control del dolor, además de las estrategias de atención que asumen los propios afectados.

## MATERIAL Y MÉTODO

En este trabajo utilizamos la descripción etnográfica, obtenida a partir de técnicas cualitativas de investigación: la observación participante y las entrevistas en profundidad a informantes clave, pacientes de ambos géneros con neuropatía posherpética; de manera complementaria se entrevistó a un grupo de médicos especialistas en el diagnóstico y tratamiento del dolor (algólogos), de la Clínica del Dolor del Hospital General de México, con el objetivo de conocer las medidas terapéuticas biomédicas para el tipo de padecimiento que afecta al grupo de estudio que nos ocupa.

Las entrevistas cualitativas nos proporcionan reconstrucciones presentes y retrospectivas de la vivencia con la enfermedad, lo que permite reconocer algunas prácticas y representaciones sobre ella. Es necesario acotar que los datos cualitativos no pueden ser validados en términos de su representatividad estadística, ya que la forma de obtener la información y las unidades de análisis son diferentes a los datos cuantitativos. Los datos obtenidos por métodos cualitativos basan su confiabilidad y validez en la calidad y profundidad de la información. El control de la calidad de la información consiste en captar los contrastes y diferencias entre el discurso y la práctica [*ibid.*].

La información obtenida durante el trabajo de campo data de 1995 y 1996. Nuestro grupo principal de informantes está constituido por 12 sujetos, seis hombres y seis mujeres, pacientes subsecuentes. Una vez obtenida su anuencia, se aplicaron de dos a cuatro entrevistas en profundidad, con el consentimiento previo de sus médicos tratantes; dichos encuentros se llevaron a cabo en los días que acudían a consulta clínica o en citas previamente concertadas; en este caso se realizaron en los espacios de la Clínica del Dolor o del mismo Hospital General de México. Todas las entrevistas se llevaron a cabo entre la investigadora y el informante, con excepción de una sesión en la que estuvo presente la hija de uno de los enfermos, quien debía permanecer en silla de ruedas (la hija debía humedecerle los labios constantemente durante el transcurso de la charla, porque uno de los efectos secundarios de los analgésicos es la sequedad en las mucosas).

Ya en entrevistas posteriores dicha ayuda no fue necesaria, dado que esos efectos disminuyeron notablemente, un hecho que los médicos atribuyeron a la menor cantidad de medicamentos requeridos para controlar el dolor.

Los resultados que aquí se exponen corresponden a la información proporcionada tanto por las mujeres como por los hombres; algunos de estos resultados se desagregan por sexo cuando encontramos diferencias importantes entre ellos; si no es el caso, aparecen en conjunto. En general, tanto hombres como mujeres participaron con agrado e interés en la investigación, e incluso varios de ellos consideraron que se les proporcionaba una atención privilegiada al elegirlos para las entrevistas y permitirles explicar ampliamente sus dolencias. Es necesario hacer notar que la construcción de las narraciones hechas por las mujeres requirió un esfuerzo menor por parte de la investigadora en lo que se refiere a la sugerencia de los tópicos a seguir durante las charlas o el orden de los mismos: ellas contaban su historia con mayor fluidez que los hombres, que en algunos casos requerían preguntas más puntuales y que se les insistiera más en la profundidad de sus relatos. Una dificultad que manifestaron ellas y ellos fue el dolor, siempre presente, aunque con distintas intensidades, lo que obligaba muchas veces a interrumpir la entrevista por algunos minutos o definitivamente posponerla para un día en que las condiciones fueran más propicias.

En todos los casos, y a pesar de las dificultades físicas de algunos de los informantes, el deseo de que el dolor “sirva de algo” era el estímulo para que se esforzaran por recordar y, como un rompecabezas, ir revelando las trayectorias de atención paso a paso. A pesar del tiempo transcurrido, sus experiencias aparecían renovadas, así como las sensaciones y vivencias en torno al dolor, lo que muchas veces les provocaba un gran sufrimiento, que intentaban ahogar entre el llanto y la transfiguración del dolor en hechos cómicos o que los movían a mofarse de sí mismos, o bien simplemente a reírse de la desgracia; gracias a ello el trabajo de campo se desarrolló con éxito y pude soportar la escucha de sus innumerables relatos de dolor.

De forma complementaria utilizamos la información de un grupo de 12 médicos algólogos (hombres y mujeres, médicos titulares y residentes), a quienes entrevistamos en diversas ocasiones, y les aplicamos entrevistas desarrolladas con profundidad. A semejanza de las entrevistas realizadas a los pacientes, las dirigidas a los médicos se estructuraron con ejes centrales comunes, que en el caso de estos especialistas permitieran la homogeneidad necesaria para comparar las terapéuticas que se aplican en el padecimiento de estudio.

Los pacientes radican principalmente en el Distrito Federal y en el Estado de México, tienen un promedio de edad de 54 años las mujeres y 64 años los hombres; las primeras se dedican principalmente a labores domésticas y los hombres son empleados o realizan diversos oficios con baja remuneración; su nivel educativo en promedio es de primaria.

Los médicos en general tienen una edad promedio de 33 años, radican principalmente en el Distrito Federal, y todos tienen la especialidad de anestesiología previa a la de algología; además realizan su práctica profesional en instituciones de salud públicas y privadas.

## EL PADECIMIENTO

A partir del análisis epidemiológico y demográfico de los archivos de la Clínica del Dolor y del Departamento de Bioestadística del Hospital General de México, logramos determinar que de los padecimientos atendidos en la Clínica del Dolor (neuropatías virales, osteoartropatías, neoplasias, cefaleas, artralgias, enfermedades vasculares y enfermedades asociadas con síndromes dolorosos), la neuralgia posherpética es la dolencia que aparece con mayor frecuencia en los registros clínicos en los últimos diez años [Barragán, 1999], y por este motivo elegimos pacientes con dicho padecimiento para llevar a cabo la descripción y el análisis de las representaciones y prácticas sobre el dolor crónico.

De acuerdo con la biomedicina, la neuropatía posherpética es una secuela del herpes zóster. El herpes zóster es una infección caracterizada por la presencia de vesículas dolorosas en la piel, y desde el siglo XIX se señala que esta enfermedad es provocada por el virus de la varicela. El herpes zóster y la varicela son dos entidades distintas producidas por un mismo agente patógeno, el llamado virus de la varicela zóster o herpes virus. El virus del herpes es un agente conformado por cadenas de ADN con dos o tres capas superficiales denominadas nucleocápside de gran capacidad infectiva. Este virus es poco resistente fuera del organismo, y es destruido rápidamente por los rayos ultravioleta del sol [Artiachi, 1996]. Los pacientes con herpes zóster deben considerarse pacientes de varicela, es decir, son potencialmente contagiosos para los lactantes y niños pequeños que nunca han padecido varicela, así como para cualquier adulto cuyo sistema inmunológico haya sido alterado por alguna enfermedad o por la administración de medicamentos. En general los pacientes con herpes deben evitar a cualquier persona con neoplasia o sometidos a tratamientos de largo plazo con corticoesteroides o que estén inmunosuprimidos [Epstein, 1985].

En las entrevistas los médicos afirman que el herpes zóster no se contagia como tal, sino que se puede considerar que la varicela es una infección primaria, por lo que el virus permanece en las células ganglionares nerviosas sensoriales donde se resguarda durante mucho tiempo, para posteriormente manifestarse en un momento de inmunodepresión en el organismo, en cuyo caso se reactiva la enfermedad.

Los desequilibrios hormonales pueden ser factores predisponentes para el desarrollo de infecciones por virus, como la menopausia, la depresión y en las enfermedades debilitantes como el cáncer, la diabetes, la vejez y el alcoholismo. En términos generales cuando el herpes zóster se acompaña de lesiones diseminadas,

ello indica la necesidad de indagar una posible enfermedad subyacente, a menudo una varicela concomitante es consecuencia del daño al sistema inmunológico del paciente; para el diagnóstico sólo se necesita una breve observación de las vesículas agrupadas sobre una base eritematosa (enrojecimiento difuso de la piel) que termina en la línea media [*ibid.*].

El herpes zóster afecta áreas cutáneas determinadas por los trayectos anatómo-fisiológicos de las fibras nerviosas, una evolución desfavorable de esta enfermedad provoca que después de la cicatrización de las lesiones cutáneas superficiales haya secuelas dolorosas de distinta intensidad debidas a la neuropatía, que consisten en la afectación de las raíces nerviosas correspondientes a las zonas lesionadas inicialmente. A este nuevo padecimiento se le denomina neuralgia o neuropatía posherpética, cuya evolución es intermitente; la respuesta al control del dolor es variable, y puede incluir la desaparición total de la sintomatología, un hecho que no indica la curación, pero que al ser un dolor neuropático queda latente la posibilidad de la recurrencia de la sintomatología dolorosa, la cual siempre está relacionada con las condiciones físicas y emocionales de las personas afectadas.

El grupo de pacientes entrevistados presenta tiempos diversos de evolución del padecimiento: 41% padece el dolor desde hace dos o hasta siete meses, 25% de dos a tres años y 33% de cinco a seis años. Las partes del cuerpo afectadas son principalmente el tórax (66%), la cara (16%) y los muslos (16%).

## LOS PUNTOS DE PARTIDA

A partir del análisis bibliográfico de investigaciones anglosajonas y europeas se distinguen las tendencias actuales de la experiencia dolorosa como fenómeno social: el dolor crónico predomina en las mujeres de todos los grupos estudiados y en general se observa una tendencia hacia la homogeneización de las creencias y prácticas sobre el dolor, influenciadas directamente por la difusión del discurso biomédico. En general las sociedades consideran deseable, técnicamente posible y justo luchar contra el dolor, a la vez que se reconoce una creciente medicalización del mismo. Las conductas estoicas o de resignación ya no son valoradas como ideales culturalmente, la búsqueda de ayuda y la lucha contra el dolor predominan en la mayoría de los grupos sociales en los que se ha estudiado este fenómeno [Cathébras, 1993; Del Vecchio, 1994; Garro, 1994].

La construcción de instrumentos metodológicos, como los “modelos médicos”, nos permiten explicar la dinámica de las distintas estrategias de atención a la enfermedad a las que recurren los grupos sociales; “modelo médico” es un concepto entendido como:

[...] aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica,

ideológica y socioeconómica de los “curadores” (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento [Menéndez, 1983:4].

Este autor reconoce tres modelos básicos:

- a) Modelo médico hegemónico
- b) Modelo médico alternativo subordinado
- c) Modelo médico basado en la autoatención

El modelo médico hegemónico supone a su vez tres modelos médicos: individual privado, corporativo público y corporativo privado. Los tres comparten los siguientes rasgos estructurales: biologicismo, una concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, la eficacia pragmática, percibir la salud como mercancía, una relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, la participación subordinada y pasiva de los consumidores de la salud, profesionalización formalizada, la racionalidad científica como criterio de exclusión de otros modelos, la tendencia al control social e ideológico y la tendencia inductora al consumo médico, entre otros.

En el modelo médico alternativo subordinado se integran las prácticas conocidas como ‘tradicionales’. Además de incluir prácticas médicas no occidentales como la herbolaria china y la acupuntura, comprende también la medicina curanderil urbana, las prácticas espiritistas, etcétera. Los rasgos estructurales de este modelo son: concepción globalizadora de los padecimientos y problemas, las acciones terapéuticas suponen casi siempre la eficacia simbólica y la sociabilidad como condicionantes de la eficacia, la tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, la asimetría en la relación curador-paciente, con la participación subordinada de los consumidores, la legitimación comunal de las actividades curativas, identificación de una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a la exclusión de los otros de su saber y prácticas curativas, así como la tendencia a la mercantilización.

El modelo médico basado en la autoatención consiste en el diagnóstico y atención que llevan a cabo la propia persona enferma o las personas cercanas a ella, pertenecientes a su grupo parental o comunal, donde no actúa directamente un curador profesional. En este modelo se agrupan las acciones conscientes encaminadas a la cura. Este modelo es estructural en todas las sociedades y supone el primer nivel real de atención. Se caracteriza por conceptualizar la salud como bien de uso, la tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, la participación simétrica y homogeneizante, la legitimidad grupal y comunal, una concepción basada en la experiencia, tendencia a la apropiación tradicional de las prácticas médicas, tendencia sintetizadora, tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos [*ibid.*].

Aunque la biomedicina tiende a ser hegemónica y en la cotidianidad de la cura medicaliza y normatiza, los grupos sociales se apropian, transforman o sintetizan otros sistemas médicos que son complementarios y subordinados al sistema dominante. Estos otros sistemas médicos se engloban en los modelos de atención denominados alternativos y en el modelo de autoatención [*ibid.*].

Por otra parte es posible caracterizar el uso de las estrategias de atención en el marco de estos modelos médicos cuando se conocen las vivencias de los sujetos reales por medio de la interacción personal entre el informante y el investigador durante las entrevistas, con lo que se conforma un corpus narrativo. Según Kleinman [1994], en dicho corpus se reflejan las categorías sociales de la enfermedad, la construcción cultural del curso de la enfermedad como experiencia, la interacción biocultural entre la familia, el trabajo y el factor psicofisiológico de las personas con dolor; según el mismo autor, esto permite diferenciar en el contexto de las palabras la intersubjetividad del sufrimiento experimentado y la interpretación cultural particular; asimismo, en las narraciones de la enfermedad se entiende el sufrimiento como una experiencia moral, para lo que se hace necesario un contexto etnográfico que describe cómo media el contexto social entre los procesos personales y sociales. Para Kleinman, en las etnografías se reflejará el conocimiento local de las prácticas diarias sobre el cuerpo, de la desgracia, el sufrimiento y las aspiraciones en general; este autor “recupera la distinción de Fábrega entre el concepto *disease*, como enfermedad, mal funcionamiento o mala adaptación a los procesos biológicos y/o psicosociales, un estado patológico, anormal de la estructura y la función de los órganos, del concepto *illness*, que se refiere a la experiencia psicosocial y al significado de la enfermedad (o la enfermedad percibida)” [Osorio, 2001:32]. Para Kleinman,

[...] la enfermedad y el padecimiento [...] deben ser entendidos sólo dentro del contexto de significado y de las relaciones sociales. Son modelos explicativos anclados en los diferentes sistemas explicativos y en los arreglos de la estructura social que involucra a los diferentes sectores de atención a la salud [Kleinman *apud* Osorio, 2001:33].

Good [1994] acota algunos aspectos que enriquecen la visión anterior, al señalar, también desde una mirada fenomenológica, que nosotros actuamos en el mundo a través de nuestros cuerpos, que nuestros cuerpos son los sujetos de nuestras acciones, a través de los cuales nosotros experimentamos, comprendemos el mundo y actuamos en él.

Este conjunto de ideas guían el presente trabajo, y en él la narrativa, a modo de forma literaria, permite que los pacientes construyan las historias de los distintos caminos que han seguido en su lucha contra la enfermedad y el dolor, su incursión en los distintos modelos médicos y, finalmente, las inscripciones



que estas trayectorias plasman en sus cuerpos y en sus interacciones personales y sociales.

## RESULTADOS

### *Las representaciones y las prácticas durante la carrera del enfermo*

La serie de estrategias de atención establecidas por los enfermos, a partir de las ideas sobre la importancia y gravedad de los signos y síntomas, conforman itinerarios determinados por los mismos individuos, así como sus características sociales y culturales. A este proceso se le llama 'carrera del enfermo'. A partir de los relatos de los enfermos entrevistados fue posible constatar lo ya señalado por Campos [1990] y Arganis [1998], que la carrera del enfermo es un proceso dinámico que supone la existencia de tres subniveles de acciones secuenciales, a veces simultáneas y combinatorias.

En el primero de esos niveles, después de elaborarse una aproximación diagnóstica, se establecen decisiones autocurativas; en el segundo, al continuar el problema, interviene un experto no técnico o se recurre a él, sea un curador familiar, amistades, vecinos o compañeros de trabajo que pueden confirmar o reelaborar el diagnóstico inicial y recomendar un tratamiento; en el tercer momento se acude a un experto técnico, sea un terapeuta tradicional, un médico o cualquier otro curador especializado, quien construye nuevamente el diagnóstico y aplica medidas terapéuticas. Si estas medidas no brindan curación se reincide en una búsqueda intensiva en la que se acude de nuevo a la autoatención y a diferentes especialistas.

En los casos que nos ocupan, ante los primeros signos y síntomas de herpes zóster, cada una de las personas afectadas elabora en primera instancia un diagnóstico preliminar en el contexto familiar o del grupo de relación, y esto le permitirá acceder a un tipo de tratamiento específico. Si los síntomas y signos no ceden o aumentan, se resignifican reelaborando el autodiagnóstico que determina la decisión de recurrir a diversos tipos de curadores profesionales con los que se cree se encontrará el remedio para el mal que le aqueja. Asimismo, cada sistema médico al que se recurre establecerá diversos diagnósticos con acciones correspondientes al establecimiento de la causa y gravedad de la afección.

### *Las prácticas de autoatención*

El primer recurso de atención en 91% de los casos es la autoatención. La presencia súbita de molestias como un "dolorcito" o dolor punzante, una sensación de entumecimiento, o fiebre, ardor, comezón, hinchazón o vesículas localizadas en

zonas específicas del cuerpo, cada una de las personas afectadas llevaron a cabo distintos procedimientos de atención encaminados a tratar dichos síntomas.

En un primer momento todos los pacientes consideraron que se trataba de una afección leve, pasajera, que no necesitaba cuidados especiales, que se trataba de una lesión ocasionada tal vez por un exceso de trabajo, por un descuido al salir al aire después de haber realizado alguna actividad que implicara esfuerzos físicos (en los que el cuerpo se “calienta” y luego recibe aire frío), puesto que “el cuerpo se resiente”; consideran que quizá se trata de un dolor muscular, una torcedura o, a lo sumo una fractura o una infección.

Ante estas ideas las acciones se encaminan a dejar bien limpia la zona afectada, lavarse con agua tibia o bañarse y tallarse fuerte con el estropajo impregnado con “mucho jabón” y “bastante agua”, ponerse “cremita” de la tía o Fresca pie (ambas marcas comerciales), vinagre, agua de carbonato, compresas con agua helada o Pomada de la Campana (otro producto comercial); si se dice que es una infección, se aplican violeta de genciana, merthiolate o alcohol. Sin embargo, como se siente ardor y comezón, el mejor remedio que algunos enfermos encontraron fue aplicarse sábila picada o asada en forma de emplasto. Como el ardor era continuo, algunos otros optaron por compresas de infusión helada de manzanilla, y ruda untada. Si la causa fue el aire o un enfriamiento, la solución fue frotarse con alguna pomada para las ‘reumas’ o para dolores musculares, aplicar calor con la plancha en la zona dolorida o un masaje en la zona afectada, o llevar a cabo la rutina de ejercicios aeróbicos de costumbre “para que se caliente el cuerpo” o bien, como último recurso, guardar reposo un día o dos. Para la fiebre y el malestar se eligen infusiones que han probado su eficacia en la familia: de hojas de limón, de naranjo o de alguna hierba para aliviar el dolor.

Para tratar de calmar el ardor aunque sea un rato, se comprueba que funcionan emplastos de cáscara de papaya bien fría, los “cristalitos” de sábila, sábila asada, hierba brujo, polvo de haba o penca de nopal, jediondilla con éter y azúcar, “pomada para las vacas” o “mamitol”, polvo de aspirina con alcohol, crema de tepezcohuite, isodine, pomadas para infecciones de la piel (Voltaren), pócima de árnica “como agua de uso”.

Estos métodos están encaminados a curar la enfermedad y principalmente a aliviar el dolor y la comezón, con lo que se hace más soportable la vida cotidiana. Algunos de estos remedios incluso son indicados por los mismos curadores biomédicos de la clínica del dolor, como el polvo de haba, la pomada Bamitol de uso veterinario que ha comprobado su efectividad en la disminución del ardor y la comezón por sus efectos analgésicos y desinflamatorios, y la aspirina en polvo mezclada con éter que, como el alcohol, permite la absorción a través de la piel y alivia los síntomas dolorosos.

También se establecen estrategias higiénicas para evitar que se desencadene o exacerbe el dolor, o que se contagie a otras personas. Es notable la diferencia de las prácticas entre hombres y mujeres, porque éstas ponen especial atención en prevenir el contagio a otras personas y extremar las medidas higiénicas de los espacios que habitan. Evitar el contacto sexual se señala como una medida para prevenir la transmisión de la enfermedad a la pareja, al igual que la separación de la ropa de cama y la protección específica que confiere la ropa de dormir. Asimismo, por si “las ronchas se pegan” suelen aislar el jabón y el estropajo, no cargar a los bebés, no salir a la calle para que no se infecten los “granitos” con el polvo, pero sobre todo para evitar lastimarse con algún roce; asimismo, evitan asolearse.

Todas las mujeres evitan el trabajo “pesado” y sólo dos hombres; esto también tiene relación con sus actividades laborales, ya que uno de esos dos hombres se dedica a la albañilería pero hace esfuerzos por evitar la sudoración, porque “cuando se calienta el cuerpo” el dolor cobra mayor intensidad; otro hombre, que se desempeña como panadero, también evita la cercanía con los hornos y los esfuerzos extremos, porque la transpiración le indica que ha excedido el límite en que el dolor es soportable, para transformarse en agobiante e insoportable.

También se advierten prácticas alimentarias que pretenden coadyuvar en el proceso de curación o evitar que se intensifique la enfermedad. Se observa un especial énfasis en las acciones para modificar la dieta cotidiana, puesto que las comidas ricas en grasas y picantes se consideran dañinas durante el desarrollo de la enfermedad. Para prevenir cualquier mal mayor, se evita comer carne de puerco y salsas picantes, que “irritan”; se considera que la carne de puerco es muy “dañosa” y se prefiere comer “pollito” y verduras.

Algunas medidas de autoatención están relacionadas con la interacción social, principalmente con las personas integrantes del grupo familiar doméstico. Otras son charlar con los amigos o familiares, participar en ritos religiosos, desempeñar el trabajo, leer, entre otras, que requieren concentrar la atención en las actividades y permiten desligarse por momentos de la vigilancia del propio cuerpo; también se realizan actividades que requieren esfuerzos físicos que permiten la producción de sustancias químicas corporales llamadas endorfinas, explican los médicos algólogos, porque éstas aumentan el umbral o resistencia al dolor, o bien provocan sensaciones placenteras.

Los tratamientos instituidos por los distintos grupos de curadores no excluyen el uso de la autoatención, sea a través de cuidados como guardar reposo o evitar emociones como cólera, angustia o depresión, o tomar remedios elaborados con plantas o bien consumir medicamentos de patente, así como dietas alimentarias e incluso técnicas ocupacionales y de relajación.

Las estrategias de autoatención, además de estar conformadas por saberes de la medicina popular sincrética (basada en el uso de la herbolaria), han incorporado

también elementos de la biomedicina y de las varias medicinas alternativas. En los casos que conforman nuestro estudio, los medicamentos biomédicos utilizados para aliviar el dolor en la NPH son productos de aplicación sistémica, como vitaminas inyectables o en cápsulas y tabletas de calcio, antisépticos de uso local, cremas y pomadas, entre otras.

La eficacia de estas medidas en el control del dolor es relativa; los medicamentos de aplicación local permiten una disminución de la intensidad del dolor o la comezón por breves periodos, sean minutos u horas, pero los enfermos señalan que su uso reiterado no tiene consecuencias indeseables. Las vitaminas y el calcio se consideran fortificantes para un cuerpo que se percibe debilitado.

Los medicamentos prescritos desde las medicinas alternativas como el naturismo y los utilizados en el proceso de autoatención son de uso local, y se recurre a ellos principalmente para aliviar la comezón y el ardor.

#### LA "MEDICINA CIENTÍFICA" COMO ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DEL DOLOR EN LA NEURALGIA POSHERPÉTICA

Si bien 91% de los informantes hombres y mujeres recurren a la autoatención como primera estrategia de atención al padecimiento, 83% de ellos optan por la biomedicina como segundo recurso de atención, luego de entretejer distintas instancias de atención como los recursos señalados por farmacéuticos, médicos privados con distintas especialidades médicas o consultas en hospitales privados y públicos. Sin embargo debemos señalar que el uso de la biomedicina como recurso curativo no excluye la autoatención, ni el uso de estrategias propuestas por las medicinas alternativas, como la acupuntura, homeopatía, el naturismo, la medicina popular y el espiritismo.

En un principio se acude a distintos tipos de curadores biomédicos privados, cuando el herpes se construye como una enfermedad crónica es difícil solventar los gastos que implica la atención particular, que los informantes consideraron muy altos. Acudir a un servicio de la Secretaría de Salud, donde únicamente se cobran cuotas de recuperación, no significa que los gastos del tratamiento se consideren baratos; algunos de los enfermos del estudio también los consideran caros, lo cual se comprende si se toma en cuenta su ocupación.

#### LOS TRATAMIENTOS EN LA CLÍNICA DEL DOLOR

Los tratamientos que se instituyen en la Clínica del Dolor corresponden a las representaciones del grupo médico sobre la causalidad de la enfermedad, una infección contagiosa de origen viral que provoca secuelas dolorosas a partir de la lesión provocada a un trayecto nervioso específico y localizado.

De acuerdo con la información de los médicos algólogos entrevistados, y a partir de la observación y la revisión de las historias clínicas, pudimos determinar que los tratamientos instituidos al grupo de pacientes de nuestro estudio fueron con mayor frecuencia bloqueos nerviosos (que consisten en la punción en el sitio anatómico de un trayecto nervioso, en el que se infiltran sustancias analgésicas, desinflamatorias o líticas), y la prescripción de medicamentos farmacológicos por vía oral, la Electroestimulación Nerviosa Transcutánea (TENS por sus siglas en inglés, realizada con aparatos electrónicos que estimulan las masas musculares), o combinaciones de todos ellos. Al contrario de las estrategias de autoatención y de las medicinas alternativas, los tratamientos farmacológicos locales son los medios menos utilizados en la Clínica del Dolor.

La eficacia de los tratamientos en esta institución es relativa, lo que conlleva la resignificación de la causalidad y el establecimiento de atención psicológica, ya que dicha clínica cuenta con este servicio, debido a que la propia evolución del padecimiento permite considerar el factor emocional como un coadyuvante de la sintomatología. En casos específicos se establece la posibilidad de una lesión en el sistema nervioso central, y se canaliza al paciente al servicio de neurocirugía. Sin embargo, de acuerdo con la experiencia de uno de los informantes de este estudio, las intervenciones quirúrgicas no garantizan la evolución satisfactoria del dolor.

Algunos pacientes que usan medicamentos farmacológicos por mucho tiempo señalan que han tenido efectos negativos con los medicamentos farmacológicos usados "por tanto tiempo", y si bien la mayoría refiere una mejoría significativa del dolor, los medicamentos provocan algunos trastornos como irritación gástrica, mareo, náuseas, vómito, pérdida del apetito, irregularidad en el sueño y sequedad de la mucosa oral.

Otra alternativa de atención en la Clínica del Dolor es la terapia psicológica; 25% de los enfermos de nuestro estudio se encuentran en tratamiento psicológico, pero señalan que la mejoría con este tipo de terapias es momentánea, porque el dolor se instaura pocos minutos después de concluida la sesión de consulta (debemos aclarar que estos pacientes han tenido una o dos consultas psicológicas y no hemos llevado un seguimiento de citas terapéuticas posteriores).

## LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS COMO RECURSOS DE ATENCIÓN

La búsqueda de curación, o al menos la disminución del dolor, es una de las causas que motivan acudir al recurso de las medicinas alternativas en distintos momentos de la evolución de la enfermedad, además del deseo de tratar algunos problemas que se presentan durante el mismo proceso de la enfermedad, como "los nervios", la angustia, "los corajes" y la tristeza.

La mayoría de los informantes (58%), utilizó recursos de las medicinas alternativas en la atención del herpes: curadores populares, homeopatía, acupuntura, naturismo y espiritismo.

En lo referente a los curadores populares, los recursos utilizados son la herbolaria prescrita en forma de tisanas, emplastos, lociones y las terapias conocidas como "limpias". Los resultados de estos tratamientos son relativos en cuanto a la eficacia en la mejoría del dolor, ya que la dolencia disminuía por algunas horas, sobre todo con tratamientos de acupuntura, pero sólo algunos minutos después de aplicarse una loción recomendada en un templo espiritista.

#### *Los resultados generales de los procesos de atención*

El alivio que se percibe con el conjunto de tratamientos a los que se someten los pacientes es muy variable; por lo general se adquiere cierto grado de mejoría de los síntomas dolorosos y de los problemas emocionales, pero las características propias de la neuralgia posherpética se reflejan en las constantes recaídas, con lo que se mantiene la búsqueda de nuevas alternativas, ya sea dentro del modelo médico hegemónico, de la autoatención o de los modelos médicos alternativos.

Las visitas itinerantes a diversos curadores continúa por meses y años. Se logran encontrar, de manera intermitente, remedios parcialmente eficaces que disminuyen el dolor y mejoran el estado emocional de las personas afectadas o, en su caso, el tratamiento emocional hace posible resignificar la percepción del dolor logrando una convivencia menos desgastante.

Al mismo tiempo que se sigue una terapia farmacológica o se someten a procedimientos invasivos o quirúrgicos, los pacientes acuden a los servicios curativos en los templos espiritistas, se colocan cataplasmas de barro y deciden continuar con su vida cotidiana. Se aceptan las visitas de familiares y amigos, se llevan acabo algunas labores domésticas o se reintegran en la medida de lo posible al trabajo. La combinación de estas acciones en un mismo lapso de tiempo suele tener como resultado una mejor calidad de vida.

A partir de la revisión de los expedientes clínicos y las entrevistas a los enfermos, podemos señalar que los resultados de los tratamientos a los que se han sometido en la Clínica del Dolor hasta el momento de la entrevista y tomando en cuenta el último registro en el expediente respectivo, son favorables en 58% de los casos, y en 42% de ellos no se ha logrado resolver el problema de dolor.

Los pacientes consideran que la evolución del tratamiento ha reducido el estado doloroso, y si bien en 42% de los casos se mantienen con dolor considerable, aun estos enfermos manifiestan que su dolor no tiene la intensidad con la que llegaron a la clínica, dicen haber mejorado "aunque sea poquito", y perciben que la atención médica otorgada les reconforta y les brinda la esperanza de aliviar el dolor aunque sólo sea por periodos fugaces.

En los casos en que ha disminuido el dolor notablemente, de 50 a 80% de su intensidad, los enfermos se sienten satisfechos y esperan que con los subsiguientes tratamientos el dolor desaparezca por completo o al menos les permita desarrollar sus actividades cotidianas.

Los dos casos en que los enfermos se han liberado del dolor prácticamente en su totalidad se sienten afortunadas por no haber desarrollado la NPH por mucho tiempo, y consideran que “fue una suerte” haber llegado a tiempo a la Clínica del Dolor.

## CONCLUSIONES

Las enfermedades crónicas permiten la interrelación de los distintos modelos de atención en una misma persona y para un mismo padecimiento, todo ello con la finalidad de encontrar alivio y tal vez la curación de la enfermedad. En el caso que nos ocupa, la búsqueda se enfoca hacia el alivio del dolor, y se soportan los tratamientos más agresivos con tal fin, ya que el dolor llega a ser “agobiante, insoportable, desesperante”. Ante este panorama, la alternativa es lograr vivir con un mínimo de calidad, disminuir el dolor, atenuarlo, ya no eliminarlo, porque en muchas ocasiones se le considera un síntoma “compañero de la vida”.

Ante la dificultad de modificar las características del dolor, sea por la resistencia a las acciones de los fármacos y a las diversas terapéuticas empleadas como recursos de autocuración (como las prescritas por los curadores profesionales biomédicos), se busca ayuda en los sistemas médicos alternativos; y entre ellos se refieren la homeopatía, el naturismo, la medicina popular, la acupuntura y el espiritismo, cuyos resultados en la eficacia del control del dolor son relativos; sin embargo, coadyuvan al mejoramiento de la calidad de vida y a mantener el sentido del proceso en la búsqueda de curación.

En términos generales se elige como modelo de atención de primera instancia la autoatención, en segundo lugar se recurre a los curadores pertenecientes a la biomedicina, y en tercer lugar aparecen en escena los recursos de las medicinas alternativas. En este último caso, los enfermos con residencia rural se inclinan por la medicina popular, y los individuos urbanos optan por el naturismo y la acupuntura.

A partir del análisis del itinerario de atención podemos señalar la secuencia que se repite con mayor frecuencia de acuerdo con el uso de los modelos de atención, tomando en cuenta que pueden utilizarse diferentes opciones a la vez, ya que no son excluyentes unos de otros, sino más bien complementarios.

Hasta aquí coincidimos con Osorio, en que a la luz de la carrera curativa podemos sistematizar la trayectoria real de atención, en tanto secuencia de decisiones y estrategias instrumentadas por los sujetos “para hacer frente a un episodio concreto de padecer” [Osorio, 2001:39].

En el listado a continuación intentamos objetivar las distintas estrategias de atención, de acuerdo con los modelos planteados como ejes de exposición.

- 1a. opción: Autoatención (11 casos = 91.6%)
- 2a. opción: Biomedicina (9 casos = 75%)
- 3a. opción: Medicinas alternativas (5 casos = 41.6%)
- 4a. opción: Biomedicina (3 casos = 25%)
- 5a. opción: Autoatención (3 casos = 25%)

En el modelo de atención biomédica es innegable la fundamentación en la existencia de las causas fisiológicas y bioquímicas del dolor, en su componente orgánico y su localización anatómica. Si bien desde hace algunos años la biomedicina involucra también a la psicología en el diagnóstico y tratamiento del fenómeno doloroso, ésta se encuentra en una posición subalterna tanto en lo teórico como en lo práctico. Las bases orgánicas del dolor siguen siendo las premisas explicativas del fenómeno, aunadas a los componentes de emotividad e individualidad que encasillan en un papel secundario los aspectos social y cultural.

En médicos y pacientes el objetivo de la utilización de los recursos de atención está encaminado a la eliminación o modificación de la sensación dolorosa, localizada en zonas corporales específicas, manifestando con ello la persistente dicotomía cuerpo-mente. Los pacientes, al igual que los médicos, consideran que los aspectos emocionales se modificarán como consecuencia del tratamiento del dolor, al contrario de lo que considera Kleinman [1994], quien señala que aspectos emocionales como la ansiedad provoca dolor crónico, de modo que el dolor se convierte en un idioma que comunica los problemas personales e interpersonales.

Finalmente, podemos señalar que luego de analizar los diversos sistemas curativos que interactúan en el proceso de atención del dolor crónico, se refleja el proceso de hegemonización de la medicina alopática como modelo de atención dominante, si bien no se excluyen las prácticas de atención alternativas. En este trabajo se ha hecho patente que los grupos sociales sintetizan y se apropian de las estrategias curativas de los diversos modelos médicos, por lo que demuestran en la práctica la complementariedad de dichos sistemas (y no su aparente subordinación al sistema biomédico), con el objetivo decidido de actuar ante los padecimientos que los aquejan.

## BIBLIOGRAFÍA

**Arganis Juárez, Elia Nora**

1998 *Estrategias para la atención de la diabetes mellitus, de enfermos residentes en Cosamaloapan, Veracruz, México, ENAH.*



**Artiachi de León, Gabriel**

1996 "Utilidad de las sustancias tóxicas 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**

1999 *Las múltiples representaciones del dolor. Representaciones y prácticas sobre el dolor crónico, en un grupo de pacientes y un grupo de médicos algólogos*, México, ENAH.

**Campos, Roberto**

1990 *Nosotros los curanderos. Aproximación antropológica al curanderismo contemporáneo en la ciudad de México*, México, ENAH.

**Cathébras, Pascal, J.**

1993 "Douleur et cultures: au delà des stéréotypes", en *Santè Culture/culture Health*, vol. x, núm. 1 y 2, Montreal Girame, Département d'Anthropologie Université de Montréal, pp. 229-243".

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

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

**Epstein, Ernest**

1985 *Enfermedades comunes de la piel*, México, Editorial Científica.

**Garro, Linda C.**

1994 "Chronic Illness and the Construction of Narratives", en Del Vecchio Good, Mary-Jo et al., *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*, California, University of California Press, pp. 100-137.

**Goffman, Irving**

1988 (1961) *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu.

**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.

**Kleinman, Arthur**

1994 "Pain and Resistance: The Delegitimation and Relegitimation of Local Worlds", en Del Vecchio Good, Mary-Jo et al., *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*, California, University of California Press, pp. 169-197.

**Kleinman, Arthur et al.**

1994 "Pain as Human Experience: An Introduction", en Del Vecchio Good, Mary-Jo et al., *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*, California, University of California Press, pp. 1-28.

**Menéndez, Eduardo**

- 1983 *Hacia una práctica médica alternativa, hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, México, CIESAS.
- 1990 *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, CIESAS, colección Cuadernos de la Casa Chata.

**Osorio Carranza, Rosa María**

- 1994 *La cultura médica materna y la salud infantil. Síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia*, México, ENAH.
- 2001 *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, INI/CIESAS/CONACULTA/INAH, colección Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana.