

Representaciones de la violencia en la experiencia dramática del dolor crónico

Anabella Barragán Solís*

ISSN: 2007-6851

p. 9 – p. 25

Fecha de recepción del artículo: mayo de 2020

Fecha de aceptación: agosto de 2020

Título del artículo en inglés: *Representations of violence in the dramatic experience of chronic pain.*

Resumen

El dolor crónico es un problema actual de salud pública y una experiencia de vida con múltiples significados y sentidos. En este artículo se describen y analizan las representaciones y la experiencia dramática de un sujeto con dolor crónico como parte de los resultados del trabajo etnográfico llevado a cabo entre 2002 y 2003 en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General de México (HGM). Los hallazgos refieren hechos de violencia que se representan como causalidad del padecimiento o son coadyuvantes al sufrimiento de dolor crónico, fenómenos que se imprimen en el cuerpo como sustrato del sujeto.

Palabras clave: dolor crónico, violencia, drama social, diabetes *mellitus*.

Abstract

Chronic pain is a current public health problem and a life experience with multiple meanings. In this work, the representations and dramatic experience of a person with chronic pain are described and analyzed as part of the results of the ethnographic work made in 2002 and 2003 at the Pain Clinic and Palliative Care of the General Hospital of Mexico (HGM). The findings include acts of violence that are represented as a cause of the condition or are contributing to the suffering, phenomena that are printed on the body as a substrate of the person.

Keywords: *chronic pain, violence, social drama, Mellitus diabetes.*

* Escuela Nacional de Antropología e Historia, INAH (anabsolis@hotmail.com).

Marco conceptual

En el campo de la antropología médica existen dos conceptos claves: padecimiento y enfermedad (*illness / disease*) (Fabrega, 1972). *Disease* refiere la dimensión biomédica, es decir, los procesos biológicos que constituyen la enfermedad; *illness*, por otro lado, se refiere al estudio de “las características que adquiere una enfermedad no sólo a nivel local sino en función de las categorías sociales formuladas y utilizadas por los sujetos y grupos” (Menéndez, 2011: 48). En este sentido, tratamos de comprender la experiencia siguiendo la propuesta del *drama social* de Turner (2002) ya que posibilita un acercamiento metodológico pormenorizado a la *carrera del enfermo* o *carrera moral*, esto es, “la secuencia regular de cambios que la carrera introduce en el yo de una persona, y en el sistema de imágenes con que se juzga a sí misma y a los demás” (Goffman, 2001: 133). Lo anterior implica aspectos subjetivos íntimos como la identidad y la imagen del yo, así como elementos de estilo de vida y relaciones institucionales, es decir “lo personal y lo público” (Goffman, 2001: 136).

Como se ha mencionado, la perspectiva planteada se complementa con la propuesta turneriana del drama social, cuyas fases puntualizan la subjetividad para describir el *itinerario de atención*, ya que permite una racionalidad y orden sistemático.

Los itinerarios de atención o trayectoria social recorrida por el enfermo, se engloban en cuatro fases dramáticas: *brecha*, *crisis*, *acción reparadora* y *reintegración*. Contrario a lo que se pueda suponer, no son fases perfectamente delimitadas, sino que en la realidad hay una dilución de fronteras entre los distintos episodios (Moreno, 2006). La brecha o *grieta* corresponde a la suspensión de normas y roles; la crisis, la expansión de la brecha que Turner denomina *mounting crisis*, es el momento en que la brecha se expande e involucra al sujeto, a su grupo social de relación, a las instituciones sociales, laborales, etcétera. La tercera fase es la de la acción reparadora, delimitadora (*redressive action*) que, para Mier, es la crisis misma donde se llevan a cabo las acciones colectivas de mediación y ajuste, que tiene la connotación de corregir, reparar, al llevarse a cabo aquí la “inclusión social” (Turner, 2002: 107): es aquí donde se establecen las múltiples estrategias de atención de la enfermedad, para delimitarla, detenerla, corregirla, ajustarla, repararla. La cuarta fase o reintegración corresponde a la legitimación social de la escisión o reconstrucción de relaciones; en el caso del padecer, se trata de la resignificación de la identidad, la integración a nuevos papeles y roles, a nuevos grupos, o la “escisión definitiva” (Barragán, 2005 y 2008; González, 2012: 189).

Por otro lado, en este trabajo se entiende a las representaciones sociales como “el conjunto de nociones, conocimientos, creencias, actitudes y valoraciones a través de los cuales se vivencian y aprehenden los padecimientos, se toman decisiones y se ejecutan acciones que conllevan significados y sentidos” (Osorio, 2001: 15). En la exploración de la trayectoria del padecer se entretienen dichas representaciones que, si bien se hallan en el discurso de un sujeto, son construcciones

colectivas que responden al sentir del grupo social de relación enmarcado en un contexto socio-cultural determinado, como se expondrá en el caso seleccionado para este trabajo.

El dolor como padecimiento sociohistórico y experiencia de vida

Desde la biomedicina, el dolor se considera “una experiencia sensorial y emocional desagradable, vinculada con lesión real o potencial de tejidos o descrita en términos de dicho daño” (Turk y Okifuji, 2003: 19) y, de acuerdo con el mecanismo fisiopatológico, el dolor se clasifica como *nociceptivo* y *neuropático*. El primero se refiere al dolor causado por una lesión captada por los nociceptores periféricos, sea por estímulos mecánicos, térmicos o químicos. Generalmente se produce como respuesta a estímulos nocivos, es fisiológico, adaptativo, y se divide en *somático* (bien localizado en piel y articulaciones) o *visceral* (localizado en vísceras huecas y órganos internos); se trata del dolor que nos ha afectado alguna vez a todos, se reconoce con facilidad y responde a los tratamientos de la causa y a los analgésicos.

Por su parte, el dolor *neuropático* resulta del daño neurológico y se deriva de una actividad neuronal anormal producida por una lesión del sistema somatosensorial; agrupa fenómenos aberrantes, siempre desagradables. Esta acepción anatomofuncional se complejiza en la experiencia subjetiva de los sujetos, quienes desde su inserción en un contexto sociocultural determinado, construyen múltiples representaciones que dan significado al dolor que experimentan, lo que condiciona las ideas sobre la causalidad del dolor, la afectación específica en la geografía corporal, así como las consecuencias físicas, sociales, económicas, laborales, estéticas y emocionales del padecimiento del dolor.

En el lugar de estudio –la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General de México (en adelante, Clínica del Dolor)–, el dolor más frecuente es el de tipo neuropático que con “frecuencia se describe como una punzada, puñalada o descarga eléctrica” (Borsook, LeBel y McPeck, 2000: 225). El dolor crónico suele ser desencadenado por una lesión o por factores diversos; patógenos físicos o emocionales que duran largo tiempo y cuya causa no está clara, ni la extensión del dolor. Su permanencia interactúa con factores ambientales y afectivos que, como señalan Turk y Okifuji (2003), contribuyen a la persistencia del dolor y a la percepción de sentirse enfermo. Cuando el dolor deviene en enfermedad y sufrimiento, el sentido se establece de acuerdo con un sistema de representaciones, nociones construidas socialmente que son la guía para comprender y actuar sobre la corporeidad y la cotidianidad según los contextos culturales de pertenencia. Así, el dolor puede representarse como castigo, ruptura, pérdida, desgracia, tragedia o drama, o ser una oportunidad para demostrar estoicismo; también cabe la posibilidad de asumir la experiencia desde una perspectiva optimista y enriquecedora, como un elemento que coadyuve el autoconocimiento y a la realización personal, a la creatividad, a la reflexión y a la necesaria elección de prioridades (Brodwin, 1994; DelVecchio, 1994).

Las premisas anteriores nos llevan a las siguientes preguntas: ¿cuáles son las representaciones de la violencia en la experiencia de dolor crónico? ¿Cómo es el devenir de la experiencia del dolor crónico en la diabetes *mellitus*?

Del dolor y la violencia: a modo de antecedentes

Se han documentado diversos contextos culturales en los cuales, a lo largo de la historia, el dolor ha tenido un uso social importante como elemento fundamental en rituales de iniciación. En ellos, los individuos participantes eran apaleados, tatuados, mordidos, aterrados, mutilados, cosidos, amarrados y amputados de diversas partes del cuerpo con la finalidad de llevarles a una transformación de la consciencia. Dichas prácticas demuestran una importante vinculación entre dolor y sacrificio de la libertad que devienen en experiencias inolvidables a través del dolor. Sin embargo, el más común de los usos del dolor es la violencia doméstica (Morris, 1993).

En el contexto de las ciencias sociales, la violencia se define como una conducta intencional dañina, y se clasifica considerando múltiples criterios. Atendiendo algunos de ellos, podemos referir a la violencia como *activa* o *pasiva* si se concentra en la acción o inacción; de acuerdo con el tipo de daño causado, se habla de *violencia física, psicológica, sexual y maltrato económico*; por el escenario en el que ocurre, puede ser *violencia en el hogar o doméstica*, en la escuela, en el trabajo, en las calles, etcétera.

Por su parte, el sujeto violentado puede ser un individuo o un grupo, y el perpetrador de la violencia un individuo o un grupo. Hay múltiples especificidades de la violencia como la que ocurre contra las mujeres por el hecho de ser mujeres; violencia de género (Sanmartín, 2010), entre otras clasificaciones.

El proceso de la enfermedad que se narra en este trabajo, se enlaza con la violencia dentro del hogar y en la comunidad. Se trata principalmente de violencia psicológica, entendida ésta como cualquier omisión u acción que causa o puede causar un daño cognitivo, emocional o conductual en el individuo. “Suele valerse del lenguaje, tanto verbal como gestual. Está paradigmáticamente representada por el insulto” (Sanmartín, 2010: 15), hecho que se inscribe y complejiza en la vivencia y representación de la causalidad, y que coadyuva al sufrimiento del sujeto.

Algunos datos internacionales sobre epidemiología del dolor crónico

En 2001, las principales enfermedades referidas en Estados Unidos que incluían dolor crónico fueron: osteoartritis, artritis reumatoide, lumbalgia, fibromialgia, neuropatías (en la que se incluye la neuropatía diabética) y cefaleas (Rodríguez, 2007). La prevalencia del dolor crónico es un problema grave de salud en ese país, pues se reportan de 50 a 80 millones de personas que padecen de dolor crónico (Allende y Castañeda, 2006: 3).

Los datos europeos que arrojó una encuesta aplicada a 46 000 adultos en 2002 y 2003, refieren que 19% sufrían de dolor crónico incluso desde hacía 20 años, en 10% de ellos con una intensidad de 5, en una escala de 0 a 10 puntos (Rodríguez, 2007: 282).

La magnitud del dolor crónico en México

La diabetes *mellitus* ocupaba el primer lugar de las veinte principales causas de muerte de la población mexicana en 2010 y 2011: con 82 964 casos en 2010 y 80 788 en 2011, 14 de cada 100 hombres y mujeres morían por esta causa (Aguirre, 2013). En segundo lugar figuraban las enfermedades isquémicas del corazón; en tercero las enfermedades cerebrovasculares; en cuarto lugar, padecimientos relacionados con el consumo de alcohol (cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado) y en quinto, agresiones (homicidios). Muchos de los padecimientos que se encontraron en los datos de mortalidad son incurables, de larga duración, y transcurren con dolor, el objeto de intervención de los médicos especialistas en el diagnóstico y tratamiento de éste; algólogos, en las clínicas del dolor, quienes con diversas estrategias quirúrgicas, farmacológicas, ortopédicas y de electroestimulación, entre otras, se abocan a controlarlo, paliarlo o eliminarlo.

De acuerdo con los resultados de la revisión directa de registros clínicos anotados en las libretas de consulta de primera vez y subsecuentes, y los datos epidemiológicos publicados por el HGM, en 2002, en la Clínica del Dolor se proporcionaron 10 016 consultas de primera vez y subsecuentes, y 10 248 en 2003. Entre los años 2000 y 2010, los padecimientos más frecuentes fueron –en orden de incidencia– las neuralgias virales o posherpéticas, tumores malignos, neuralgia trigeminal, neuropatías diabéticas y las osteoartropatías degenerativas: 7 de cada 10 pacientes atendidos fueron del sexo femenino, y tanto hombres como mujeres residían, en primer lugar, en la Ciudad de México y, en segundo, en el Estado de México. El promedio de edad en las mujeres fue de 62 años y de 58 en los hombres; el rango de edad en general osciló entre 19 y 93 años.

Años después, en 2014, se proporcionaron 9 144 consultas y, para entonces, el sexto lugar por el tipo de padecimiento lo ocupó la neuropatía diabética, precedida por las neoplasias malignas, las osteoartropatías degenerativas y las neuralgias (HGM, 2002; 2003; 2010; 2014).

Neuropatía diabética

El dolor neuropático es un conjunto diverso de síndromes de dolor en los que se cree que el mecanismo de sustentación incluye procesamiento somatosensorial aberrante en el sistema nervioso periférico o en el central (Kanner, 1999: 230). La neuropatía diabética es la complicación más frecuente de la diabetes *mellitus*, es un estadio clínico caracterizado por un deterioro en los nervios en el cual la persona manifiesta síntomas (dolor y parestesia) o muestra que tiene deficiencias neurológicas que pueden causar problemas futuros; por ejemplo, pérdida sensitiva,

polineuropatía sensitiva motora y simétrica, debido a la diabetes, que afecta predominantemente el segmento distal de los miembros inferiores (Bautista, 2004). Los datos internacionales señalan que a nivel mundial, más de 387 millones de personas padecen diabetes, y hay al menos 280 millones bajo riesgo identificable de desarrollarla. Se estima que para 2030 se alcanzarán cifras de hasta 552 millones de personas con diabetes, y 398 millones con alto riesgo de padecerla. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), estiman que en el continente americano hay aproximadamente 62.8 millones de personas con diabetes y que en Latinoamérica podría ser de 25 a 40 millones para el 2030 (Jiménez, 2015).

Haciendo un ejercicio retrospectivo, según datos de la Secretaría de Salud, en 1993 la diabetes *mellitus* afectó a 4.3 millones de personas en nuestro país, entre los 60 y 69 años de edad principalmente, y preveleían las mujeres. Se menciona que las poblaciones mayormente afectadas son las residentes en áreas urbanas, de entre ellas la Ciudad de México con mayor número de casos (Arganis, 2004). En los reportes de la Secretaría de Salud de México, se señaló que ocurren cinco defunciones cada dos horas a causa de la diabetes, enfermedad que afecta a entre 6.5 y 10 millones de habitantes de la República Mexicana, y que, por el número de defunciones por año, ocupa el primer lugar entre las causas de muerte; el 14% de los pacientes con diabetes presentan algún trastorno renal, y de cada cinco, dos desarrollan ceguera y problemas cardiovasculares, además de que 30% de los padecimientos de pie diabético termina en amputación (Chávez, 2015).

Material y método

Este trabajo forma parte de los resultados obtenidos de la etnografía desarrollada en la Clínica del Dolor entre 2002 y 2003 desde la perspectiva de la antropología médica, donde se aplicaron entrevistas en profundidad a 29 pacientes. El grupo de estudio se conformó por 15 mujeres y 14 hombres quienes padecían o habían padecido dolencia en distintos rangos de tiempo. El promedio de edad de los hombres fue de 60 años y de las mujeres de 54: vivían con su pareja el 62%; estaban separados o divorciados el 14%. Cuatro mujeres eran viudas (14%), y 10% eran solteros o solteras. Siete de cada 10 residían en la Ciudad de México, el 14% en el Estado de México y el resto provenían de otros estados. El 63% estudiaron primaria y secundaria. La mayoría de las mujeres se dedicaban al hogar, los hombres eran empleados, comerciantes, o ejercían algún oficio. Los padecimientos que aquejaban a este grupo de estudio fueron neuropatías no virales (neuropatía diabética), en el 21% de los casos; neuralgias virales (17%), osteartropatías (17%), síndromes dolorosos por cáncer (14%); enfermedad vascular periférica (14%), y neuralgia trigeminal (7%), enfermedades que ocupaban los seis primeros lugares según su frecuencia; el 10% padecía osteogénesis imperfecta, neuropatía periférica por lupus o causalgia (cicatriz dolorosa), dolencias representadas por un caso cada una.

De los 29 pacientes de nuestro estudio, dos hombres y dos mujeres estaban afectados por neuropatía diabética. Con ellos se profundizó en el itinerario de atención pues padecían dolor desde hacía tres meses a 25 años. Las partes del cuerpo afectadas fueron principalmente los miembros inferiores; a dos mujeres, una de 60 años edad y otra de 64, se los amputaron; a una de ellas los dos y a la otra sólo una pierna, pero esta última estaba programada para una segunda amputación debido a lo avanzado de la alteración circulatoria a consecuencia de la diabetes.

Para este trabajo se seleccionó el caso de Odilio, un hombre de 68 años de edad, originario del estado de Querétaro y residente desde su infancia en la Ciudad de México. Fue seleccionado debido a que representa las características de la mayoría de los pacientes de sexo masculino, generalmente unidos en pareja que es quien los provee de cuidados y acompañamiento principalmente; la edad es también semejante a la del grupo mayoritario, así como sus condiciones de vida y el devenir del padecimiento, pues comparte diversos aspectos sintomáticos, de la trayectoria de atención y del comportamiento social con otros enfermos entrevistados.

Las representaciones de la violencia en la experiencia del dolor crónico: el caso de Odilio

Odilio trabajó durante 36 años como empleado de una empresa de autobuses foráneos, ocupación a la que renunció, y desde entonces, trabajaba en un carrito de *hot dogs* con su esposa. Estaba casado y tenía siete hijos. Desde hacía más de 30 años vivía en una vecindad en una colonia del centro de la ciudad. Padecía neuropatía diabética desde hacía aproximadamente 20 años. A partir de sus palabras, se reconstruyen las representaciones de la violencia en el contexto del drama social del padecimiento y el dolor. Aparece en primer lugar la ruptura o brecha que irrumpe en la cotidianidad del personaje que nos ocupa, brecha que se disemina al entorno social involucrando a diversos actores, hechos que se ubican en la segunda fase del drama social turneriano, denominada crisis.

Odilio tuvo diversos síntomas relacionados con la diabetes durante varios años. Sin embargo, se negó rotundamente a consultar a un médico y a someterse a estudios diagnósticos. Fue a raíz de un hecho fortuito que irrumpió en su vida que este personaje dio inicio al proceso dramático del padecer: Odilio salió de su vivienda a realizar una actividad doméstica en el área común de los lavaderos de la vecindad donde vivía, y allí ocurrió la interrupción que, según sus representaciones, le provocó un coraje que desencadenó una serie de síntomas y un malestar general. Dada la construcción cultural de los roles de género arraigados en la identidad sexo-génerica de este personaje, su malestar fue originado por la imposibilidad de resolver el conflicto ocasionado por el insulto de una mujer con quien no podía enfrentarse violentamente para “desquitar” el coraje.

Grieta o brecha. Odilio: Me pelié [sic] con alguien, fue con una dama: ¡quería desbaratarla! Pero era una dama, si hubiera sido a golpes, ¡juta!, hubiera desquitado el coraje y no me hubiera pasado nada. Porque siempre alguna cosa que me sucedía, o tenía algún coraje con alguien y llegábamos a los puños, ya descansaba y nunca me pasaba nada. Me insultó y me la mentó [...]. Estaba yo lavando una cosa, en el lavadero, y por sus calzones fue y me quitó el agua. Y le digo:

–Por lo menos pide permiso y no me quites el agua.

Y me quedé con ese coraje entripado, agarré y me fui porque andaba yo vendiendo agua.

Estaba muy enojado, sentía que las piernas me temblaban, los brazos, unos brazotes, hasta ahorita no ha habido quien me pegara; unos torotes [...] y no me dejaba, resolvía mis problemas, pues les daba unos trancazotes [...] unas patadotas. Y esa vez, pues, como no podía yo desquitar, no desquité, de allí empecé con mucha sed, mucha sed, y mucha sed, y mucha sed, y de allí empecé.

Odilio explicó que se le olvidó que con un coraje no se debe tomar agua, pero que le dio tanta sed que no reflexionó en ello y tomó grandes cantidades de agua, como tres botellas de litro y medio, esa misma tarde.¹

Durante varios días continuó con sed y empezó a tener dolor en las rodillas. Debido a ello y a la insistencia de su esposa y de sus hijos, aceptó consultar a un médico. Acudió a una médica acupunturista quien le diagnosticó diabetes *mellitus* y le dio tratamiento.

Me llevó mi hermano con una doctora (acupunturista) que me empezó a decir: “No pues está su diabetes muy alta”. Que tenía yo 580, 580, y no bajaba yo de 580, y yo me peleaba casi con ella [...] no le creía [...]. No me daba medicina, nada más las agujas; y unas gotas, me las ponía cada seis horas.

Incrédulo, siguió con sus hábitos de alimentación a los que estaba acostumbrado y a los seis meses, según explicó Odilio, dejó de asistir a los tratamientos con acupuntura. Sin embargo, al continuar con diversos malestares como sed y hambre excesivas, orina frecuente, debilidad y repetidos cambios de humor, se vio obligado a consultar a otro médico, quien además de la diabetes le diagnosticó un tumor en la próstata que debía ser operado de urgencia. La noticia provocó la expansión de la brecha o crisis dramática.

Crisis o expansión de la brecha. Odilio: Luego fui a ver otro doctor. Me regañó porque no ponía cuidado, que no llevaba un control de la diabetes, que tenía algo en la próstata, bueno, me sugestionó, me mandó [a] hacer unos análisis de la próstata, y dicen: “Usted debe operarse”. “¡Nooo!”, [pensé]. “Si fuera posible, mañana”, [insistió]. De verdad me sugestionó mucho y por allí empecé con esto. Me sugestionó mucho y empecé a sentir los dolorcitos, los dolorcitos.

1. Según la información biomédica, los síntomas clásicos de la diabetes *mellitus* son: poliuria (orina frecuente), polidipsia (sed excesiva), polifagia (hambre excesiva), prurito (comezón) y pérdida de peso sin razón aparente (Arganis, 2004: 79).

Este hecho provocó que Odilio se sumergiera en la desesperación y buscara otras opiniones médicas y estrategias de autoatención; los miembros de la familia también se involucraron en la búsqueda de atención médica.

Contención del daño o acción reparadora. Odilio: Y ya, decidí irme a otro médico. El otro médico me dijo que sí tenía yo la diabetes, pero que no era la verdad eso de 580. Después tuve que regresar porque yo tomaba mucha agua, cuatro o cinco botellas de litro y medio. Cuando fui con ese doctor me recetó la medicina y [...] me controlé un poco, pero me enfermé y estuve internado en un hospital particular [...] Me enfermé de lo mismo [...], estuve creo seis días, me tuvieron allí encamado. Salí y me sentí mejor [...]. Bueno ya estuve con un compadre que es doctor, ya le estuve platicando y también me hizo la prueba de la diabetes, con una gotita de sangre, y dijo: “No compadre, no la amuele, no tiene tanto a 580, tiene usted arriba de 280, 260”, eso ¡ya fue una diferencia! Ya de allí me empecé a controlar un poco, ya no me angustié tanto.²

La cuarta fase del proceso dramático; de reintegración, reconstrucción de relaciones y resignificación de la identidad, se observó en la narrativa de la trayectoria de atención de Odilio. Al aceptar el diagnóstico y reconocer la cronicidad de la enfermedad que padecía, así como la posibilidad de contener y controlar el daño, su actitud dio un giro radical; tomó los medicamentos y se sometió a un régimen de alimentación apropiado para mantener los niveles de glucosa en valores adecuados. Sin embargo –como sucede en el modelo dramático cuyo comportamiento no es lineal sino que pueden surgir nuevas rupturas y crisis en la aparente vuelta o reconstrucción de la cotidianidad–, una mañana Odilio se despertó con molestias en el rostro. Sintió el labio “grueso” y al mirarse al espejo notó que su boca se le iba de lado. De inmediato acudió al hospital público más cercano a su domicilio.

La vuelta a la crisis. Odilio: fui al Hospital General [...] y como ya iba enfermo, ya bien chueco, me dieron cita para un mes, y yo con el dolor en toda la cara [...], me fui a una farmacia a qué me dieran unas vitaminas para calmarme el dolor, y con eso se me calmó. Ya después no faltó una persona que me dijo: “Estos doctores nunca lo van a aliviar”. Y ya, me llevaron con otro que es doctor y tiene homeopatía, porque no podía ni comer. Me llevó una amistad; ya fui y me vio, me puso boca abajo y me sobó la espalda, toda la espalda me sobó iniciando por la cabeza, y dijo: “Con esto se va a componer”. Y para el dolor me dio unas gotas. Cuando salí de ahí, la voluntad que se ve que le tienen a uno, la forma en que lo cuidan a uno y todo eso, ya salí mejorado, ya se me quitó el dolor.

2. Hay que aclarar que los valores de la concentración de glucosa en sangre utilizados como criterios diagnósticos son 200 mg/dl definida a cualquier hora del día sin importar el tiempo transcurrido después de la última ingestión de alimento; o de 140 a 126 mg/dl en ayuno, por lo menos de ocho horas. Valores propuestos por la *American Diabetes Association*, en 1997, y que han sido adoptados por casi toda la comunidad internacional (Arganis, 2004: 79).

Odilio fue mejorando poco a poco de la parálisis facial, a la vez que continuó con el régimen de alimentación basado principalmente en el consumo de verduras, principalmente nopales, acompañando a los frijoles, que prefería en vez de carne de pollo, res o pescado. Además, aceptó una restricción importante de consumo del pan y alimentos endulzados. A pesar de ello, el propio desarrollo de la diabetes le provocó la aparición de neuropatía que se le manifestó con ardor intenso en los miembros inferiores al grado de que incluso al roce de la ropa era insoportable.

Odilio: al año de la parálisis me dio lo del ardor de las piernas, en la parte interna de las piernas. Cuando me empezó el ardor fue un día que amanecí con ese ardor [...]. Fui al Centro de Salud, me pasaron con un médico [...] [y] ya le empecé a decir y me dice: “Esto es de lo mismo de la diabetes, es neuropatía”. El doctor me dio un pase [para el HGM] y de urgencias me pasaron para acá [Clínica del Dolor]. Este dolor es en las piernas se me corre hasta el tobillo. Estas punzadas en las piernas son las que me matan, aparte del ardor, por eso traigo mi *short* porque no consiento nada de la ropa.

El dolor de la neuropatía sumió a Odilio en la angustia; se desesperaba fácilmente, lloraba, no dormía las horas suficientes ni tenía apetito. Tampoco quería tomar los alimentos que su esposa le ofrecía, se limitaba a alguna pieza de pan integral y avena preparada con leche, alimentos que los médicos le habían explicado que eran contraproducentes para el control de la diabetes, pero él aceptaba parcialmente dichas razones. La imposibilidad de volver al trabajo le provocaba un gran sufrimiento al considerar frustrada su idea de reintegrarse a la vida productiva, a ser el proveedor de su hogar, y cumplir así con el mandato de género que le correspondía según las representaciones de la masculinidad que habían guiado su vida.

La vuelta a la crisis. Odilio: a partir de cuando he tenido estos ardores, no duermo [...]. Cuando me duele mucho, ummm, me pongo [...]; la verdad, le digo, que yo reniego tanto. Dios mío, si me trajo a padecer pues que no me tenga sufriendo tanto, que de una vez me mande la muerte o que me mande el remedio, porque yo me siento incapacitado de todo eso, inútil, no le puedo ayudar a mi esposa, ¿cómo cree que me voy a sentir? Si yo era una persona que andaba, pero así, rapidito, ya nada más ella se bajaba a ayudarme, pero yo despachaba todo, los *hot dogs*, las sincronizadas, las hamburguesas, todo. Espero en Dios en que lo vuelva a hacer. A los doctores, la verdad, no sé si les creo o no les creo, la verdad. No sé si les creo o no les creo, dicen que tengo una neuropatía diabética. Lo que me explicó el doctor es que me dio porque no me atendí la diabetes, ya pa'qué me pongo a alegar. ¡No me atendieron como debería de haber sido!

La acción reparadora o delimitadora. Odilio: ahora me volvieron a bloquear,³ ya me habían bloqueado antes. Cuando me iban a bloquear, me dijeron que iba a sentir un ardor, una dolencia. Y

3. El bloqueo nervioso es una intervención quirúrgica invasiva que consiste en inyectar sustancias analgésicas, antiinflamatorias y/o líticas directamente en un nervio determinado o en el origen de él, con fines terapéuticos o diagnósticos. Esta intervención tiene como resultado la interrupción de las señales nerviosas conducidas al cerebro, y con ello aliviar el dolor, prácticamente de forma inmediata.

bueno, cuando me lo estaban poniendo, tranquilo, tranquilo, como no le tengo yo miedo a las inyecciones, tranquilo. Como me dijo que me iba a poner anestesia, ahorita que estoy aquí gracias a Dios, me siento bien. No sé, ya caminando, ya que me empiece mí sangre a circular, no sé cómo me vaya a sentir; ahorita mis piernas las siento como frías, poco, poco. El dolor ahorita está en cero, no lo siento, porque apenas ahorita que me bloquearon [...]. Hace tiempo que tenía mucho dolor y no se me quitaba [...], ahorita ya las piernas las siento medio apretadas, como apretadas.

El proceso dramático del padecer transcurrió en medio de contradicciones para el sujeto que nos ocupa, la enfermedad incapacitante hizo mella en la identidad de este hombre cuyas ideas de masculinidad obstaculizaron la construcción de nuevas formas de relaciones sociales y económicas, que sí se observaron en otros casos de hombres con impedimentos físicos, quienes incurrieron en la producción de artesanías y/o apoyo al trabajo doméstico (Barragán, 2008).

Escisión y reintegración. Otilio: hace como cuatro meses que no trabajo y por eso me siento incapacitado, ¡inútil! El negocito, ahora ella es la que lo maneja, ahora que yo estoy en esta situación pues ella lo hace todo. Mis hijos a veces por ay nos dan una ayuda, ellos se portan bien, yo me porto bien con ellos; pero ahorita el brazo fuerte mío es, pues, mi esposa. Yo me la paso en el día sentado o caminando, ni la tele puedo estar viendo, no me llama la atención la tele [...] yo me distraigo caminando allí en el pasillo pa' [a]llá y pa' [a]cá. A veces cuando me carga mucho (el dolor), me acuesto.

Discusión

La magnitud y comportamiento de las afecciones con dolor crónico que se atienden en la Clínica del Dolor, de cuya población de pacientes se seleccionó el caso para este trabajo, coincide con los datos internacionales y nacionales. Como se observó en el relato de la experiencia del padecimiento, se representa su causalidad a partir de un acto de violencia en el entorno del hogar: el coraje, a consecuencia del conflicto interpersonal, desencadenó la enfermedad que posteriormente transcurrirá con dolor. El coraje o la muina y el susto, en diversos grupos sociales urbanos y rurales, se consideran causante de desequilibrios enfermantes: caso más grave es “el coraje entripado”, emociones negativas que se “guardan” en el cuerpo debido a la incapacidad de expresar dichas emociones. Fenómenos que desestructuran e irrumpen en la interacción social. El coraje o muina, y la gran necesidad de tomar agua, líquido que, según datos etnográficos, se vuelve extremadamente peligroso en estados corporales de intensa excitación (Zolla, 1999; Buendía, 2009), se conjuntan en este caso.

El temor de un padecimiento grave en la próstata agobió a Odilio, afectó la percepción de su cuerpo de tal forma que empezó a sentir dolor, y el coraje apareció como un aspecto importante en el proceso de la enfermedad. De acuerdo con Saldívar (2013), el coraje hace visibles los conflictos de las poblaciones, como se demuestra en este trabajo. Para algunas sociedades tradicionales

en México, el coraje es causante de enfermedad, así lo ha documentado Fagetti (2004), para las que la *bilis* es consecuencia del coraje, el susto, la muina. El *coraje*, como síndrome de filiación cultural, es enfermante principalmente cuando la persona no fue capaz de externar sus emociones, de “sacar el coraje por sí mismo” (Saldívar, 2013: 80). La sintomatología es diversa así como los tratamientos instituidos en el marco cultural específico. En el caso de la diabetes, se ha reconocido ampliamente la relación del coraje, el susto, la muina con la aparición de los síntomas que indican un diagnóstico de diabetes (Arganis, 2004; Jiménez, 2015). En este caso, la representación de la causalidad del dolor y la enfermedad hacen visibles las complejas relaciones sociales mediadas por actos de violencia que deben explorarse en las historias clínicas para reconocer la red de interacciones en los padecimientos y las enfermedades. Dichos procesos se materializan y se escenifican en la corporeidad porque el cuerpo es el escenario donde se encarna la experiencia. Un cuerpo que funge como campo de posibilidad biológica, social y cultural, codificador de las normas y valores sociohistóricos, como se observó en este caso.

Por otro lado, el carácter irascible del informante se señaló como resultado del dolor y la enfermedad: la negación de la enfermedad y la no aceptación de su nueva condición física, la cual le impedía laborar y ser proveedor de la familia como lo dictan las representaciones del rol de la masculinidad asumidas por Odilio, fueron causas de sufrimiento.

Se observó también la búsqueda de alivio en diversos sistemas médicos que, en este caso, fungieron como complementarios: acupuntura, homeopatía, biomedicina y la autoatención (incluyendo la automedicación). En relación con la atención médica en el devenir del drama del dolor, se reconoció que los enfermos se consuelan por el mero hecho de que alguien preste atención a sus quejas. Hinton señala que sólo la narración ya causa alivio y que “el malestar puede consistir precisamente en la incertidumbre llena de temor sobre lo que va a suceder. Las sensaciones que experimenta el enfermo pueden disminuir cuando él mismo logra considerarlas en la perspectiva correcta y esto requiere cierta medida de confianza” (Hinton, 1996: 136-138), como sucedió con Odilio después del masaje del médico y homeópata.

Conclusiones

La aplicación metodológica del drama social propuesto por Turner (2002) enriquece las posibilidades de reconstrucción de la trayectoria de atención que, como se vio en este caso, permitió recuperar los puntos de quiebre del proceso y describir las representaciones sociales que dan coherencia a las realidades sociales desde la perspectiva del propio sujeto afectado. Ello aporta elementos de reflexión y análisis que pueden coadyuvar a mejorar la atención médica y los apoyos de las redes sociales familiares.

Este trabajo demostró que la cronicidad del dolor y la enfermedad provocan innegablemente la reconstitución de las identidades y los roles sociales, cambios que transcurren con gran

sufrimiento e incertidumbre, elementos que deben alertar las decisiones sobre las estrategias multidisciplinares de la atención en las clínicas del dolor, donde los profesionales de la psicología podrían tomar nota de la esfera de la afectividad que se ve perjudicada de forma diferencial en hombres y mujeres (Calderón, 2012). Por otra parte, la interacción social marcada por la violencia de género es un aspecto que se observó en este trabajo, la ira que provocó una mujer que se atrevió a enfrentarse en un acto doméstico a la hegemonía masculina, irrumpió en el imaginario patriarcal del sujeto de esta historia (Rosemberg, 2011). Ese acto de violencia psicológica es el aparente punto de inflexión en la salud de Odilio con el que se abre la brecha o grieta del drama social; siguiendo a Ayala (2013), dicho acto y las consecuencias que se le atribuyen son metáfora de la pérdida de la salud y, con ella, del poder, la virilidad y el control que ya se venían gestando tiempo atrás, dado que el diagnóstico de diabetes *mellitus* fue posterior a la aparición de los signos y síntomas que tanto Odilio como su familia habían notado.

Podríamos concluir señalando que en el caso que aquí se mostró, el dolor crónico es una metáfora del conflicto de la hegemonía patriarcal; que se hace patente a través de la violencia verbal que, desde la propuesta de Sanmartín (2010), se trata de violencia psicológica al provocar un daño emocional y conductual, ya que el sujeto blanco de la forma paradigmática de este tipo de violencia, el insulto, se sintió afectado en su autoestima y le provocó emociones negativas que, según sus representaciones, fueron causa de la enfermedad que padecía.

Un aspecto que emergió en este caso y que se relaciona con la ruptura de los estereotipos de género, se reveló a partir de los relatos donde aparecieron dos mujeres que en esta historia fueron nodales; una que enfrentó con violencia la relaciones domésticas e insultó a Odilio, y la otra, la pareja de éste, que se ciñe a su rol de cuidadora primaria de su cónyuge, pero que a la vez, al ser alcanzada por el drama del padecer, cambió su estatus familiar, por excelencia masculino, para convertirse en la proveedora que salía al espacio público, a la calle, en busca de recursos económicos y nuevas relaciones sociales que paralelamente le permitían un breve espacio de libertad; mientras “el hombre de la casa” se quedaba en el lugar doméstico, terreno que en los estereotipos de género ha sido socialmente asignado a las mujeres. Esto provocaba en Odilio un sentimiento de minusvalía, se sentía disminuido, incapaz, inútil, hecho que le provocaba ira y sufrimiento en un círculo vicioso con la exacerbación del dolor.

A través de este caso de dolor crónico a causa de neuropatía diabética por diabetes *mellitus*, dimos cuenta del devenir de la experiencia en un contexto sociocultural en el cual la violencia psicológica se representó como causa del daño a la salud, y un contexto de vulnerabilidad específico debido a las condiciones socioeconómicas exiguas. Ello ejemplificó una realidad que pudiera multiplicarse en la experiencia de miles de personas, ya que la diabetes ha despuntado como causa de morbilidad y mortalidad en México desde 1980, y es reconocido que el 80% de los pacientes que padecen esta enfermedad acuden a instituciones públicas de salud (Page, 2014), entre ellas principalmente las que pertenecen a la Secretaría de Salud, como el Hospital General de México.

Este caso mostró la construcción errática de los diagnósticos y las prácticas de atención institucionales. Se expusieron también los recursos de atención que la agencia de los sujetos decide, como son los sistemas médicos alternativos (la acupuntura y la homeopatía) y la autoatención, en una relación de complementariedad acorde con las representaciones y la experiencia de la eficacia de los tratamientos en el sujeto de esta historia. El drama social del dolor crónico hizo visible la crisis de la biomedicina en el tratamiento de las enfermedades crónicas emergentes, como es la diabetes *mellitus*, para la que se exigen múltiples estrategias de atención y la confluencia de los diferentes modelos médicos en la experiencia ejemplificada en este enfermo, en cuya trayectoria también se observó el deterioro de los niveles primario y secundario de atención, como ya lo ha demostrado en múltiples trabajos la antropología médica (Page, 2014).

Por otra parte, la antropología ha insistido en descifrar todo aquello que en la cultura encarna las múltiples violencias, con el fin de desterrar la desigualdad y la exclusión (Herrera, 2017), de allí la importancia de descifrar su sentido oculto en el proceso dramático de enfermar y padecer.

Bibliografía

- Aguirre Botello, Manuel (2013). "México, principales causas de mortalidad desde 1938". *México máximo*. Recuperado de: <<http://www.mexicomaxico.org/Voto/MortalidadCausas.htm>>.
- Allende Pérez, Silvia y Castañeda de la Lanza, Celina (2006). "De la medicina del dolor anecdótica a la medicina basada en evidencias. Mitos más frecuentes en relación al dolor". *Gaceta Latinoamericana del Dolor*, 3(2), pp. 3-4.
- Arganis Juárez, Elia (2004). *Estar viejo y enfermo. Representaciones, prácticas y apoyo social en ancianos con diabetes residentes de Iztapalapa D.F.* (Tesis de Doctorado). Escuela Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.
- Ayala Murguía, David (2013). *La pérdida, trasmutaciones, alcances y formas* (Tesis de Doctorado). Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- Barragán Solís, Anabella (2005). *La experiencia del dolor crónico* (Tesis de Doctorado). Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- _____ (2008). *Vivir con dolor crónico*. Buenos Aires: Araucaria.
- Bautista Sánchez, Sergio Guillermo (2004). "Neuropatías consecutivas a diabetes". En Bautista Sánchez, Sergio et al. (ed.). *Dolor neuropático: dolor neuropático secundario a enfermedades sistémicas* (pp. 90-202). México: Sistema de Actualización Médica en Dolor Neuropático / Intersistemas Editores.
- Borsook, David, LeBel, Alyssa A. y McPeck, Bucknam (1999). *Massachusetts General Hospital. Tratamiento del dolor*. Madrid: Marbán.
- Brodwin, Paul (1994). "Symptoms and social performances: the case of Diane Reden". En DelVecchio Good, Mary-Jo et al. (eds.). *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective* (pp. 77-99). Berkeley: University California Press.
- Buendía Reyes, Jaime Mauricio (2009). *Causas de demandas de atención a la salud en zonas indígenas del estado de Veracruz (1997-2000). Una perspectiva etnoepidemiológica* (Tesis de Licenciatura). Escuela Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.
- Calderón Rivera, Edith (2012). *La afectividad en antropología. Una estructura ausente*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Ciencias Sociales / UAM.
- Chávez, Víctor (14-05-2015). "Cada dos hora mueren 5 por diabetes: SSA urge a fomentar prevención". *El Financiero*. Recuperado de: <<http://www.elfinanciero.com.mx/nacional/cada-dos-hora-mueren-por-diabetes-ssa-urge-a-fomentar-prevencion.html.pdf>>.
- DelVecchio Good, Mary-Jo (1994). "Work as a haven from pain". En DelVecchio, Mary Jo et al. (eds.). *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective* (pp. 49-76). Berkeley: University of California Press.
- Fabrega, Horacio (1972). "Medical Anththropology". En Siegel, Bernard J. (ed.). *Bienal Review of Anthropology 1971* (pp. 167-217). California: Stanford University Press.

- Fagetti, Antonella (2004). *Síndromes de filiación cultural. Conocimientos y prácticas de los médicos tradicionales en cinco Hospitales Integrales con Medicina Tradicional del Estado de Puebla*. Puebla: Gobierno del estado de Puebla / SSA.
- Goffman, Erving (2001). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- González Peña, Luisa Fernanda (2012). "Nadie me dijo ¡qué tan grande podía ser!". *Percepción y experiencia corporal en personas con acromegalia* (Tesis de Licenciatura). Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- Herrera Bautista, Martha Rebeca (2017). "La violencia ¿Un problema antropológico?". En González Quintero, Lauro y Barragán Solís, Anabella (coords.). *Antropología Física. Disciplina bio-psico-social* (pp. 411-439). México: Secretaría de Cultura / INAH / ENAH.
- Hinton, John (1996). *Experiencias sobre el morir*. Barcelona: Seix Barral.
- Hospital General de México (abril del 2002). "Anuario estadístico. Enero-diciembre 2002". *Hospital General de México*. Dr. Eduardo Liceaga. Recuperado de: <http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dir_plan/anuario_2002.pdf>.
- _____ (marzo del 2003). "Anuario estadístico. Enero-diciembre 2003". *Hospital General de México*. Dr. Eduardo Liceaga. Recuperado de: <https://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dir_plan/anuario_2003.pdf>.
- _____ (2010). "Informe de Autoevaluación del Director General del 1 de enero al 31 de diciembre 2010". *Hospital General de México*. Dr. Eduardo Liceaga. Recuperado de: <https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/informes_junta/info_ene_dic_04_10.pdf>.
- _____ (2014). "Anuario estadístico. Enero-diciembre 2014". *Hospital General de México*. Dr. Eduardo Liceaga. Recuperado de: <http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dir_plan/anuario_2014.pdf>.
- Jiménez Villegas, Angélica (2015). *Diabetes Mellitus: creencias, su influencia en el tratamiento y control* (Tesis para obtener el título de Especialista en Medicina Familiar). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Kanner, Ronald (1999). *Secretos del tratamiento del dolor*. México: McGraw-Hill / Interamericana.
- Menéndez, Eduardo (2011). "Modelos, experiencias y otras desventuras". En Haro, Jesús Armando (org.), *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a sus sentido, métodos y alcances* (pp. 33-66). Argentina: Lugar Editorial / El Colegio de Sonora.
- Moreno Altamirano, Laura María Antonieta (2006). *El drama social de la persona con diabetes* (Tesis de Doctorado). Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- Morris, David (1993). *La cultura del dolor*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Osorio Carranza, Rosa María (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: Instituto Nacional Indigenista / Consejo Nacional de Cultura / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Ciencias Sociales.
- Page Pliego, Jaime Tomás (2014). "Un acercamiento a la mortalidad por diabetes mellitus en Chiapas y Tenejapa desde la antropología". En Page Pliego, Jaime Tomás (coord.). *Enfermedades del rezago y emergentes*

- desde las ciencias sociales y la salud pública* (pp. 195-214). México: UNAM / Instituto de Investigaciones Antropológicas.
- Rodríguez Ortiz, Imelda Ana (2007). *Ensayo sobre el dolor humano*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rosemberg Seifer, Florence (2011). "Cultura y violencia de género en la familia: el caso de Ana". En Huacuz Elías, María Guadalupe (coord.). *La bifurcación del caos. Reflexiones interdisciplinarias sobre violencia falocéntrica* (pp. 349-375). México: Editorial Itaca.
- Saldívar Leos, Christopher (2013). *Síndromes de filiación cultural entre la población afrodescendiente de la Costa Chica de Oaxaca. El coraje de amor en la comunidad del ciruelo* (Tesis de Licenciatura). Escuela Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.
- Sanmartín Esplugues, José (2010). "Concepto y tipos de violencia". En Sanmartín Esplugues, José *et al.* (coord.). *Reflexiones sobre la violencia* (pp. 11-33). México: Siglo XXI / Instituto Centro Reina Sofía.
- Turk, Dennis A. y Okifuji, Akiko (2003). "Terminología y taxonomía del dolor". En Loeser, John D. (ed.). *Boníca. Terapéutica del dolor* (pp. 19-29). México: Mc Graw Hill.
- Turner, Victor (2002). "Dramas sociales y metáforas rituales". En Geist, Ingrid. *Antropología del ritual. Victor Turner* (pp. 35-70). México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Zolla, Carlos (1999). *El agua en la cosmovisión y terapéutica de los pueblos indígenas de México*. México: Instituto Nacional Indigenista.