

Prácticas y representaciones en la carrera curativa del dolor crónico

*Anabella Barragán Solís**

RESUMEN

En este trabajo se presenta 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 neuropatía posherpética, así como las ideas y las prácticas de atención que llevan a cabo un grupo de algólogos de la misma institución para atender esta 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 los sistemas curativos en el proceso de atención.

Palabras clave: dolor crónico, herpes, algología, Antropología Médica.

ABSTRACT

This paper describes and analyzes the perceptions and actions of a group of patients with chronic pain (secuelae of a posherpetic neuropathy following an episode of Herpes Zoster viral infection) who attend the pain clinic in a public hospital in México City (Hospital General de México). The study also analyzes the perceptions and actions taken by the algologist from the institution in charge of such patients. This study is developed from a medical anthropological approach. The information was derived from interviews with patients and medical doctors exploring the actual use of the curing systems in their care process.

Key words: chronic pain, herpes, algology, Medical Anthropology.

Fecha de recepción: marzo 13 de 2001
Fecha de aprobación: marzo 18 de 2003

*Escuela Nacional de Antropología e Historia
Correo electrónico: anabsolis@hotmail.com

Introducción

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

La antropología médica como disciplina que estudia el proceso salud-enfermedad-atención en su contexto social y cultural, tal como hoy se la practica, puede dedicarse a estudiar sistemas médicos globales o problemas específicos, que pueden ir desde las prácticas curativas populares hasta el control médico o shamánico, 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 que incluyen prácticas y saberes que provienen de diversas fuentes, prehispánicas o coloniales, así como elementos de la biomedicina, de manera sincrética y dinámica. Es en las últimas décadas que ha incursionado en el ámbito de la medicina moderna diversificándose su campo de acción, ya no sólo aborda los síndromes o padecimientos culturalmente delimitados (como el empacho, el mal de ojo o el susto, entre otros), sino que también enfoca su atención a las enfermedades biomédicas, como es el padecimiento que nos ocupa en este trabajo, el dolor crónico en la neuropatía 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 de lo que en antropología médica se conceptualiza como carrera del enfermo, carrera curativa o trayectoria de atención, que es 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 a través de la utilización de diversas estructuras de atención, éstas no son excluyentes sino que, reflejan la combinación de unas y otras, sean estas 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. Y que 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, es por ello que 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 neuropatía posherpética.

El sufrimiento de las personas que padecen dolor crónico es el aspecto fundamental que repercute en la calidad de vida y es a partir de dicho sufrimiento que los individuos ven trastocado todo su mundo, la eficacia relativa de la atención médica, así como 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, entre los rasgos que lo constituyen están los siguientes:

El padecimiento impulsa la búsqueda de alivio ya sea dentro de la familia y el grupo de relación como en los diversos modelos de atención con resultados de franca ineficacia o control relativo, con lo que se concluye que el alivio del dolor no reside únicamente en el tratamiento médico o psicológico, o en las múltiples alternativas de atención, sino que la responsabilidad de cada individuo para hallar la respuesta correcta debe asumirse como una premisa fundamental: la cooperación, el optimismo y la confianza porque 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 a profundidad con informantes clave, pacientes, hombres y mujeres con neuropatía posherpética, y un grupo de médicos especialistas en el diagnóstico y tratamiento del dolor denominados algólogos, en el contexto de la atención médica de la Clínica del Dolor del Hospital General de México.

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, así como 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 (Osorio 1994).

La información obtenida durante el trabajo de campo data de 1995 y 1996. Nuestro grupo general de informantes está constituido por 12 pacientes subsecuentes y 12 médicos algólogos (hombres y mujeres, médicos titulares y residentes), a quienes entrevistamos en diversas ocasiones; aplicamos entrevistas a profundidad previamente estructuradas con ejes centrales comunes que permitieran la homogeneidad necesaria para la comparación.

Los pacientes radican principalmente en el Distrito Federal y el Estado de México, las mujeres tienen un promedio de edad de 54 años y los hombres 64 años; las mujeres se dedican principalmente al hogar y los hombres son empleados o realizan diversos oficios poco remunerados, su nivel educativo en promedio es de primaria.

Los médicos en general tienen una edad promedio de 33 años, radican mayoritariamente en el Distrito Federal, todos tienen la especialidad de anestesiología, previa a la de algología y 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 la enfermedad más frecuente en la población atendida en la Clínica del Dolor del Hospital General de México es la neuropatía posherpética, razón por la cual elegimos pacientes con este padecimiento para llevar a cabo la descripción y el análisis de las representaciones y prácticas sobre el dolor crónico.

El herpes zoster, afecta áreas cutáneas determinadas por los trayectos anatómo-fisiológicos de las fibras nerviosas, una evolución desfavorable de esta enfermedad ocasiona después de la cicatrización de las lesiones cutáneas superficiales, secuelas dolorosas de distinta intensidad, debido a la afectación de las raíces nerviosas correspondientes a las zonas inicialmente lesionadas, a este nuevo padecimiento se le denomina neuropatía posherpética.

El grupo de pacientes entrevistados presenta tiempos de evolución del padecimiento diversos: 41% padece dolor crónico entre dos y 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 el muslo (16%).

Antecedentes de investigación sobre dolor crónico y conceptos básicos

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 dirección hacia la homogenización 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).

Se reconocen 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: el médico individual privado; el médico corporativo público y el médico corporativo privado. Los tres comparten los siguientes rasgos estructurales: biologismo, una concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, la eficacia pragmática, la salud como mercancía, 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 y tendencia a la mercantilización.

El modelo médico basado en la autoatención, consiste en el diagnóstico y atención que lleva a cabo la propia persona o personas inmediatas a su grupo parental o comunal y donde no actúa directamente un curador profesional. En este modelo se agrupan las acciones conscientes encaminadas a la cura. Este modelo es estructural a todas las sociedades y supone el primer nivel real de atención, se caracteriza por: concepción de la salud como bien de uso, la tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, la participación simétrica y homogeneizante, la legitimidad grupal y comunal, 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 (Menéndez, 1983).

A pesar de que la biomedicina tiende a ser hegemónica y que 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 (Menéndez, 1983).

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, conformaron itinerarios determinados por los mismos individuos y 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 que en ocasiones son simultáneas y combinadas.

En el primero, después de elaborarse una aproximación diagnóstica, se establecen decisiones autocurativas, en el segundo, al continuar el problema interviene o se recurre a un experto no técnico, sea un curador familiar, amistad, vecina o compañero de trabajo quienes pueden confirmar o reelaborar el diagnóstico inicial y recomendar un tratamiento, y en el tercero se asiste a un experto técnico sea un terapeuta

tradicional, un doctor o cualquier otro curador especializado quien nuevamente construye el diagnóstico y aplica medidas terapéuticas; de no brindar curación, se reincide en una búsqueda intensiva donde la autoatención y la recurrencia a diferentes especialistas se repiten.

En los casos que nos ocupan, ante los primeros signos y síntomas de herpes zóster, cada una de las personas afectadas elaboró en primera instancia un diagnóstico preliminar en el contexto familiar o del grupo de relación que le permitiría acceder a un tipo de tratamiento específico. Si los síntomas y signos, no ceden o aumentan, estos se resignifican reelaborando así 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, así mismo 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

Recurrieron a la autoatención 91% de los enfermos, como primer recurso ante la presencia súbita de molestias o un "dolorcito", dolor punzante, sensación de entumecimiento, 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.

Todos los pacientes consideraron que se trataba de una afección leve, pasajera que no necesitaba cuidados especiales que se trataba de una lesión tal vez ocasionada 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 al recibir aire frío el "cuerpo se resiente", tal vez se trataba de un dolor muscular, una torcedura o por muy grave que fuera podría tratarse de una fractura o una infección.

Ante estas ideas las acciones se encaminaron a: dejar bien limpia la zona afectada, lavarse con agua tibia o bañarse y tallarse fuerte con el estropajo, con mucho jabón y bastante agua, ponerse "cremita" de la tía®, o fresca pie®, vinagre, agua de carbonato, compresas con agua helada o pomada de la campana®; por si acaso estaba infectada violeta de genciana®, merthiolate o alcohol, pero como arde y da comezón sábila picadita, o asada porque se considera buena en emplasto. Si sigue ardiendo, entonces compresas de agua helada previamente hervida con manzanilla, ruda untada y si fue por aire o un enfriamiento, pomada para las reumas o para dolores musculares, calor local con la plancha, masaje en la zona afectada o llevar a cabo la rutina de ejercicios aeróbicos de costumbre o de plano guardar reposo un día o dos.

Los enfermos establecieron estrategias higiénicas para evitar que se desencadenara o exacerbara el dolor o que se contagiara otras personas. Es notable la diferencia de las prácticas entre hombres y mujeres, estas últimas ponen especial atención en prevenir el contagio a otras personas y a extremar las medidas higiénicas de los espacios que habitan; evitan el contacto sexual como medida para prevenir la transmisión de la enfermedad a la pareja; de igual forma separan la ropa de cama y la protección específica que confiere la ropa de dormir. Y por si las ronchas "se pegan", aíslan el jabón y el estropajo, evitan asolearse; cargar a los bebés y salir a la calle para que no se vayan a infectar los "granitos" con el polvo, pero sobre todo para no lastimarse con algún roce.

El trabajo "pesado" lo evitaban todas las mujeres y sólo dos hombres, ello también tiene relación con sus actividades laborales, ya que uno de ellos quien se dedica a la albañilería hace esfuerzos por evitar la sudoración, porque "cuando se calienta el cuerpo" es cuando tiene mayor intensidad de dolor, otro hombre, que se desempeña como panadero, también evita la cercanía con los hornos y el esfuerzo extremo porque la transpiración le indica que ha excedido el límite en que el dolor es soportable, para transformarse en agobiante e insostenible.

Así mismo, se advirtieron prácticas alimentarias que pretendían coadyuvar en el proceso de curación o evitar que se intensifique la enfermedad. Se observó un especial énfasis en las acciones tendientes a modificar la dieta cotidiana; las comidas grasas y picantes se consideran negativas durante el desarrollo de la enfermedad. Para la fiebre y el malestar un té de hojas de limón o de naranjo, té de alguna hierba para el dolor. Y para prevenir cualquier mal mayor, no comer carne de puerco ni salsas picantes que "irritan", sobre todo la carne de puerco que es tan "dañosa" y preferentemente comer "pollito" y verduras.

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, "mamito!...", 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 disminuye el 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 también alivia los síntomas dolorosos.

Algunas medidas de autoatención están relacionadas con la interacción social, principalmente con las personas integrantes del grupo familiar doméstico, charlar con los amigos o familiares, la participación en ritos religiosos, el desarrollo del trabajo, la lectura, entre otras, que implican concentrar la atención en actividades que permiten desligarse por momentos de la vigilancia del propio cuerpo así como al efectuar actividades que requieren esfuerzos físicos que permite la producción de sustancias químicas corporales llamadas endorfinas, explicaron los médicos algólogos, las cuales aumentan el umbral o resistencia al dolor o provocan sensaciones placenteras.

Los tratamientos instituidos por los distintos grupos de curadores no excluyen el uso de la autoatención, sea esta a través de cuidados como el guardar reposo o evitar emociones como cólera, angustia, depresión o tomar remedios elaborados con base en plantas o 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 ha incorporado también elementos de la biomedicina y de las varias medicinas alternativas. En el caso de los informantes de nuestro estudio los medicamentos biomédicos utilizados para aliviar el dolor en la neuropatía posherpética (NPH) son productos de aplicación sistémica, como vitaminas inyectables o en cápsulas y tabletas de calcio, antisépticos de aplicación local, cremas y pomadas, entre otras.

Su eficacia en el control del dolor es relativa; los medicamentos de uso local permiten una disminución de la intensidad del dolor o la comezón por breves intervalos, sean minutos u horas, sin embargo los enfermos señalaron que su uso reiterado no tiene consecuencia indeseable. Las vitaminas y el calcio se consideraron fortificantes para un cuerpo que se percibe debilitado.

Los medicamentos pertenecientes a las medicinas alternativas utilizadas en el proceso de autoatención, como el naturismo son de uso local, principalmente alivian la comezón y el ardor.

La biomedicina como estrategia de atención del dolor en la neuropatía 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, a partir de entretener distintas instancias de atención como son: los recursos señalados por el farmacéutico, por médicos privados con distintas especialidades médicas, 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 puede acudir a distintos tipos de curadores biomédicos privados, sin embargo al constituirse el herpes en una enfermedad crónica es difícil solventar los gastos que implica la atención particular, costos considerados por los informantes como muy altos. Al acudir a un servicio de la Secretaría de Salud, en donde únicamente se cobran cuotas de recuperación, no significa que los gastos del tratamiento se consideren baratos, si bien son más cómodos, para algunos de los enfermos del estudio resultan también caros, lo que se explica al tomar 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 del seguimiento de los tratamientos instituidos en el grupo de pacientes de nuestro estudio, se utilizan con mayor frecuencia los bloqueos nerviosos y la prescripción de medicamentos farmacológicos por vía oral, la electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS), o una combinación de todos ellos. Los tratamientos farmacológicos locales son los medios menos utilizados como recursos de atención para el dolor en la NPH.

La eficacia de todos ellos es relativa, lo que conlleva la resignificación de la causalidad y el establecimiento de atención psicológica, ya que dicha clínica cuenta con este servicio, siendo 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 central y se canaliza al paciente al servicio de neurocirugía. Sin embargo las intervenciones quirúrgicas no garantizan la evolución satisfactoria del dolor.

Con el paso del tiempo algunos pacientes señalan que han tenido efectos negativos con los medicamentos farmacológicos usados por "tanto tiempo", si bien la mayoría refiere una mejoría significativa del dolor, los medicamentos

han causado algunos trastornos como irritación gástrica, mareo, náuseas, pérdida del apetito, irregularidad en el sueño y sequedad de la mucosa oral.

De los enfermos de este estudio, 25% se encuentran en tratamiento psicológico; señalan que la mejoría con este tipo de terapias es sólo momentánea, instaurándose el dolor pocos minutos después de concluida la 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 por las cuales se recurre a las medicinas alternativas en distintos momentos de la evolución de la enfermedad, además del deseo de tratar algunos de los problemas que se presentan durante el mismo proceso de la enfermedad como "los nervios", la angustia, "los corajes" y la tristeza.

Del total de entrevistados, 58% ha utilizado recursos de las medicinas alternativas en la atención del herpes: curadores populares, homeopatía, acupuntura, naturismo y espiritismo.

Según el recurso de atención, los curadores populares utilizaron la herbolaria prescrita en forma de tisanas, emplastos, lociones y las terapias conocidas como "limpias".

Los resultados de los tratamientos dentro del modelo médico alternativo tuvieron una eficacia relativa ya que la mejoría del dolor sólo persistió por algunas horas después del tratamiento en el caso de la acupuntura. Con una loción recomendada en un templo espiritista la mejoría duraba algunos minutos después de colocar la mezcla.

Los resultados de los procesos de atención

El alivio que se percibe con el conjunto de tratamientos a los que se someten los pacientes es variable, generalmente se adquiere cierto grado de mejoría de los síntomas dolorosos y de los problemas emocionales, sin embargo las características propias de la neuropatía posherpética se reflejan en las constantes recaídas que incitan a la búsqueda de nuevas alternativas, ya sea dentro del modelo médico hegemónico, de la autoatención o de los modelos médicos alternativos.

Esta búsqueda se continúa por meses o años hasta encontrar remedios eficaces que permitan una adecuada calidad de vida, disminuyendo el dolor y con ello mejorando 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.

Se acude al mismo tiempo a una terapia farmacológica o procedimientos invasivos o quirúrgicos, a los servicios curativos en los templos espiritistas; se colocan cataplasmas de barro y se decide continuar con la vida cotidiana. Se aceptan las visitas de familiares y amigos, se llevan acabo algunas labores domésticas o se reintegra en la medida de lo posible al trabajo. La combinación de estas acciones en un mismo intervalo de tiempo tiene como resultado generalmente 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 (CD) hasta el momento de la entrevista y tomando en cuenta el último registro en el expediente correspondiente, son favorables en 58%, y en 42% no se ha logrado resolver el problema de dolor.

Los pacientes consideran que la evolución del tratamiento ha beneficiado el estado doloroso, si bien en 41% de los casos se continua con dolor importante, aún estos enfermos manifiestan que su dolor no tiene la intensidad con la que llegaron a la CD, dicen haber mejorado "aunque sea poquito...", y perciben que la atención médica otorgada les reconforta y les da la esperanza de aliviar el dolor aunque sólo sea por periodos fugases.

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 termine por desaparecer o al menos permitirles desarrollar sus actividades cotidianas.

Los dos casos en que los enfermos se han liberado del dolor prácticamente en 100% se sienten afortunadas de no haber desarrollado la NPH por mucho tiempo y consideran que fue una "suerte" haber llegado a la Clínica del Dolor a tiempo.

Conclusiones

Las enfermedades crónicas, podemos concluir, 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; en el caso que nos ocupa la búsqueda se enfoca hacia el alivio del dolor, se soportan los tratamientos más agresivos con tal fin, ya que el dolor llega a ser "agobiante, insoportable, desesperante", entonces la alternativa es lograr vivir con un mínimo de calidad, disminuir el dolor, atenuarlo es el objetivo, más que eliminarlo, ya que en muchas ocasiones se 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, tanto recursos de autocuración, como prescritas por los curadores profesionales biomédicos, se busca ayuda en los sistemas médicos alternativos: la homeopatía, el naturismo, la medicina popular, la acupuntura, el naturismo y el espiritualismo, con resultados de eficacia relativa, que 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 el modelo de atención que se elige como primera instancia corresponde al de autoatención, en segundo lugar se recurre a los curadores pertenecientes a la biomedicina, en tercer lugar aparecen en escena los recursos de las medicinas alternativas, con una tendencia en los enfermos de residencia rural por la medicina popular y en los individuos urbanos 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 al uso de los modelos de atención, tomando en cuenta que pueden utilizarse diferentes opciones a la vez que no son excluyentes unas de otras, sino más bien complementarias.

Cuadro 1

Itinerario de atención según modelo

Opción	Casos	Porcentaje
1a. autoatención	11	91.6
2a. biomedicina	9	75
3a. medicinas alternativas	5	41.6
4a. biomedicina	3	25
5a. autoatención	3	25

n = 12

Respuestas totales = 31

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. A pesar de que desde hace algunos años la biomedicina involucra también a la psicología en el diagnóstico y tratamiento del fenómeno doloroso, esta se encuentra en una situación de subalternidad tanto teórica como práctica. Las bases orgánicas del dolor siguen siendo las premisas explicativas del fenómeno, aunadas éstas con los componentes de emotividad e individualidad que encasillan a un papel secundario el aspecto social y cultural.

En médicos y pacientes el objetivo de la utilización de los recursos de atención está encaminada 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, contrariamente a lo que considera Kleinman (1994), quien señala que aspectos emocionales como la ansiedad provoca dolor crónico, convirtiéndose así el dolor en un idioma que comunica los problemas personales e interpersonales.

Finalmente podemos señalar que a partir del análisis de 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, a pesar de lo cual no se excluyen otras prácticas de atención alternativas. En este trabajo se ha hecho patente que los grupos sociales a través de la síntesis y apropiación de las estrategias curativas de los diversos modelos médicos demuestran en la práctica la complementariedad de dichos sistemas, contrariamente a su aparente subordinación al sistema biomédico, asumen la decisión de actuar ante los padecimientos que los aquejan.

Bibliografía

- Argañiz Juárez, Elia Nora** (1998). *Estrategias para la atención de la diabetes mellitus, de enfermos residentes en Cosoamaloapan, Veracruz, 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*. X(1-2): 229-243. Département d'anthropologie université de Montréal. Published by Girame. Montréal (Québec).
- Del Vecchio Good, Mary-Jo, et.al.** (1994). Pain as human Experience. En: *An Anthropological Perspective*. USA, University of California Press.
- 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*. USA, University of California Press. pp. 100-137.
- 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*. USA, University of California Press., pp. 29-48.
- Kleinman, Arthur** (1994). Pain and Resistance: The Delegation and Relegitimation of Local Worlds. En: Pain as Human Experience. *An Anthropological Perspective*. USA, University of California Press.
- Del Vecchio Good, Mary-Jo. et.al** (1994). Pain as human Experience. En: *An Anthropological Perspective*. University of California Press. USA, pp 169-197.
- Menéndez, Eduardo** (1983). *Hacia una práctica médica alternativa, hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México. CIESAS.
- Menéndez, Eduardo** (1990). Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. En: *Cuadernos de la Casa Chata*. 179. Capítulos, 2, 3, 7 y 8 México. CIESAS.
- 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.