Aproximación al estudio del dolor crónico: estrategias desde la Biomedicina frente al padecimiento

Romina L. Del Mónaco (FSOC- UBA)
rominadelmonaco@yahoo.com.ar

Introducción

Actualmente, los dolores crónicos se han convertido en un tema de estudio relevante tanto para las Ciencias Sociales como para la Biomedicina –ambas con perspectivas y resultados completamente distintos- no solo por el progresivo aumento de la población que padece estas dolencias, sino también porque su falta de diagnóstico y tratamiento genera desde el saber Biomédico estrategias que desplazando la responsabilidad del curso de la enfermedad de los médicos hacia los pacientes trastoca completamente el circuito "tradicional" del proceso salud-enfermedad-atención.

Asimismo, si bien el padecimiento de un dolor es del orden de lo individual, sus características trascienden al sujeto al convertirse en una experiencia que además de modificar las interacciones con su entorno puede revestir el carácter de legítima o no de acuerdo a la significación que posea dentro de un contexto sociocultural determinado.

En este sentido, el dolor crónico refleja la resignificación de roles, permitiendo ver no solo el modo en que los sujetos interactuan, sino también las contradicciones del sistema biomédico en torno a la resolución de ciertas enfermedades ya que si bien desde la Biomedicina, el dolor agudo cumple una función vital como símbolo de alarma, el dolor crónico en cambio ha pérdido dicha función y se ha convertido en la enfermedad misma, un padecer que irrumpe y trastoca la cotidianeidad por tiempo indeterminado.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es analizar algunas de las posibles soluciones que el modelo Biomédico adopta como respuesta ante los dolores crónicos intentando dar cuenta de las implicancias de ello para el sujeto que padece.

Antecedentes

Los estudios Antropológicos sobre el dolor y el sufrimiento han puesto de relieve el lugar incierto de los padecimientos crónicos dentro del Sistema Biomédico debido a la falta de

status oficial que tienen sus definiciones conceptuales. Más aún, ante la imposibilidad de la Biomedicina de dar respuestas a estas dolencias se generan por parte de los profesionales de la salud cuestionamientos sobre la autenticidad del dolor (Garro 1994), convirtiéndose en un tema de estudio para disciplinas como la Sociología y la Antropología las narrativas que las personas hacen de sus padecimientos.

Por otro lado, debido a que las experiencias de los dolores se construyen intersubjetivamente y son precisamente estas construcciones las que pueden convertirlos en legítimos o ilegítimos, distintos estudios cuestionan la conceptualización de la experiencia del dolor crónico como representación de resistencia ya que la misma puede significar una limitación para una correcta comprensión del fenómeno (Kleinman 1994).

Desde la Sociología y la Antropología se han identificado un tipo de dolencias que incluidas dentro de la categoría de dolor crónico deben analizarse no solo en relación a las condiciones económicas y políticas de las sociedades contemporáneas, sino también en relación a los problemas de diagnóstico y tratamiento, y por lo tanto a los *procesos de des-legitimación social del dolor como tal***.** Más aún, el análisis de estos padecimientos señala que debido a las particularidades e ineficiencia de la Biomedicina, estos malestares se transforman en una experiencia personal, única y privada que sufre aquel que lo padece y que se expresa más como una conducta que como una sensación debido a la dificultad de transmitir la experiencia sensorial del fenómeno (Clark 1990).

En nuestro país, se han desarrollado investigaciones sobre el modo en que se cronifican determinadas enfermedades focalizando en el nivel de ruptura y desorganización que producen en la autonomía e identidad de la vida cotidiana y en la interacción con los otros al convivir con una dolencia por periodos de tiempo indeterminados (Pecheny, Jones, Manzelli: 2003).

Además, se han analizado cuestiones que -si bien se desarrollaran a continuación- describen el modo en que el sistema Biomédico mediante nuevas formas de Medicalización promueve la adopción de un determinado modo de vida y cuidado de sí por el cual se responsabiliza a los sujetos del curso que tome la enfermedad denominando a este proceso "Estrategias de Autocuidado" (Epele 1997). Siguiendo esta perspectiva, otros estudios sobre la cronificación de enfermedades como la hepatitis C y el VIH/SIDA desarrollaron la categoría de "Expertización" para referirse al conjunto de conocimientos que los sujetos adquieren sobre su enfermedad con el objetivo de "aumentar" su autonomía respecto del sistema biomédico y acercarse -mediante la información- a quienes detentan el saber legítimo (Pecheny, Jones, Manzelli 2002).

Análisis

La *Biomedicina* –cuyo modelo epistemológico de referencia es el de las Ciencias Naturales, más precisamente la Biología- busca constantemente detectar, prevenir, designar y anular la "causa" de la enfermedad para aliviar el sufrimiento, residiendo en ello su legitimación social (Laplantine 1999). Consecuentemente, la formación Biomédica hace eje en el aprendizaje y tratamiento de un conjunto de sensaciones displacenteras -cuya duración es desde algunos minutos hasta pocos meses- asociadas al daño tisular, ya sea por inflamación o por lesión directa de tejidos y/o estructuras nerviosas denominadas enfermedades agudas (Finkel 2008).

En ese sentido, uno de los obstáculos con los que se enfrenta la Biomedicina, es el surgimiento de padecimientos que no responden al modelo etiológico normatizado, es decir, dolencias a cuyos síntomas no se les puede asignar ninguna determinación etiológica y en general tampoco una localización anatómica. Dentro de esta categoría se encuentran los *padecimientos crónicos*, descriptos desde la perspectiva Biomédica como un cuadro que persiste más allá del curso normal de la enfermedad aguda y que no tiene una función biológica de protección o de alarma siendo complejo su diagnóstico y tratamiento porque los mecanismos involucrados en su génesis no siempre son bien comprendidos (Finkel 2008).

Es decir, si al médico la posibilidad de diagnosticar una enfermedad le permite "materializarla" para luego identificarla, certificarla y normalizarla señalando algún tipo de horizonte en cuyos límites extremos se ubiquen la cura y la muerte, no ocurre lo mismo en las enfermedades crónicas donde el horizonte es incierto y los límites difusos (Pecheny, 2002). Más aún, esa dificultad de diagnosticarlas hace que escapen no solo de las categorias Biomédicas sino también de las construcciones sociales de los padecimientos debido a la falta de un sistema coherente de valores y creencias que emerjan de la experiencia del dolor (Good 1994).

Por ese motivo, constituyen una experiencia personal, única y privada que sufre aquel que lo padece y que se expresa más como una conducta que como una sensación debido a la dificultad de transmitir la experiencia sensorial del fenómeno[1].

Consecuentemente, esta clase de padecimientos modifica considerablemente la calidad de vida de las personas afectadas implicando no solo una disminución de las relaciones con los otros sino también un aumento del gasto mensual destinado a tratamientos y medicamentos. Además, la incertidumbre con respecto a la evolución y duración de los padecimientos crónicos lleva a los sujetos afectados a situaciones de depresión, angustia, dificultades laborales, vinculares, problemas emocionales, trastornos en la calidad del sueño, pérdida de días de trabajo/estudio, disminución de actividades sociales, riesgo de suicidio, etc. En este sentido, la restricción de ciertas actividades o el impedimento de llevar una vida independiente por causas que se relacionan con el dolor crónico hace que los ritmos normales pasen a ser modelados por las demandas del cuerpo y remplazados por los nuevos ritmos del tratamiento y la atención (Good 1994).

Por otro lado, como se mencionó previamente el estricto especifismo etiológico de la Biomedicina no considera con interés a aquellos síntomas que no permiten la detección clara de una enfermedad al no poder conectarse con un orígen. Entonces, se genera un interesante círculo vicioso de descrédito donde por un lado los profesionales de la salud al saber que su fuerza y legitimación social reside en la identificación (y posterior eliminación) de la causa de la enfermedad, descreen de los pacientes crónicos. En el caso de los sujetos afectados, ante la respuesta "*usted no tiene nada"* surge incertidumbre y desconfianza no solo en lo que respecta a una mejora o solución del padecimiento sino que además el cuestionamiento a la legitimidad del saber Biomédico como tal adquiere una relevancia central en estos casos.

Modelos de Salud-Enfermedad-Atención y padecimientos crónicos

Si bien en este trabajo se focalizará en el estudio de la relación entre Biomedicina y padecimientos crónicos, es relevante señalar que la complejidad de analizar las estrategias de atención de este tipo de dolencias se debe principalmente a que la falta de respuestas y tratamientos permite que las trayectorias de los sujetos oscilen de un sistema a otro o incluso se complementen y articulen sin necesidad de que exista contradicción en ello -a pesar de que los mismos aparenten ser excluyentes-. Más aún, desde una perspectiva antropológica

[1] Clark P. Medición clínica del dolor. Rev Mex Reumatol 1990; 4-9.

cualquier forma de atención –y no solo la Biomédica- que busque prevenir, tratar, controlar, aliviar y/o curar una dolencia se incluye dentro de la categoría de tratamientos.

En la actualidad, debido al progresivo aumento de personas que padecen dolor crónico y a la dificultad de la Biomedicina de dar respuestas en el alivio y/o cura de sus síntomas se asiste a un proceso por el cual la articulación entre este saber y la Medicalización (Foucault 1990) hace se complejicen los factores que dentro del paradigma biomédico se consideran implicados en el desarrollo de ciertas patologías, adquiriendo importancia las variables sociales que deben ser conocidas y controladas con el fin de impedir la enfermedad (Epele 1997).

Biomedicina y nuevas respuestas: el paciente se hace cargo del padecimiento

Las *estrategias de autocuidado y los procesos de expertización* son ejemplos en los cuales la Biomedicina medicaliza aquellos malestares, dolores y padecimientos para los cuáles no cuenta con una cura definitiva e incluso un alivio consistente de los síntomas.

En primer lugar, las lógicas de Autocuidado proponen que aquellos que conviven con una dolencia crónica adopten determinado modo de vida que propicie el "cuidado de sí" (alimentación, actividad física, rutinas diarias, etc.) siendo una de las consecuencias más importantes de esta delegación la responsabilización de los sujetos por el curso que tome la enfermedad[2]. Es decir, no solo son sometidos a un control permanente por parte de los profesionales de la salud mediante las prescripciones médicas -que encubiertas en el concepto de autocuidado son vividas como mandatos imposibles de cumplir- sino que además consecuentemente se produce una culpabilización hacia el sujeto de falta de cuidado de sí cuando la enfermedad adquiere otro rumbo y no cumple con las expectativas esperadas (Epele 1997).

Por otro lado, se designa Expertización al proceso por el cual personas que viven con enfermedades crónicas adquieren un determinado número de conocimientos que los alejan de su situación de legos, en particular en materia médica, y los acerca a aquellos que detentan el saber legítimo –los profesionales- , pudiendo ser estos conocimientos "discursivos" (que pueden expresarse en palabras) o "prácticos" (conocimientos tácitos, saber-hacer) (Giddens 1994) (Pecheny 2002). En este sentido, se crea una situación por la cual se aparenta presenciar

[2] Epele María La lógica de (auto) cuidado y sus consecuencias en la institucionalización del VIH-SIDA.

una relativa igualdad en la relación médico- paciente, ya que el aprendizaje que desarrollan las personas abarca diversos aspectos relativos a la sintomatología, a los resultados de los análisis, a los tratamientos, a los médicamentos, al uso de terminología médica, etc. Sin embargo, si bien en nuestro país la Expertización no adquirió todavía los niveles de importancia que tiene en distintos países de Europa (principalmente España y Reino Unido) el Expert patient[3] busca afirmarse como un sistema alternativo y reconocido a partir de la afirmación de que en el siglo XXI la enfermedad crónica representa para los sistemas de salud un gran desafío por los importantes recursos que se necesitan para garantizar grados de calidad de vida aceptables. Por ello, se plantea como necesario que los pacientes asuman la responsabilidad de cuidar su salud, de prevenir enfermedades y –en caso de estar enfermos- participar en la elección del curso terapeútico promoviendo cada vez más la idea del paciente "competente", quien aprovechando los avances de los programas de Autocuidado adopta un papel activo a fin de mantener o recuperar su salud (Mira, José). Por ejemplo, el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido supone un cambio en la política y en la forma en que se entiende la interacción entre médico-paciente, capacitando a este último para hacer uso de sus habilidades y tomar el control de su proceso crónico (disminuyendo de esta forma la concurrencia a los centros de salud). Asimismo, es relevante mencionar que aquellos estudios que promueven el "Expert Patient" enfatizan que "el paciente competente no es un paciente receloso o que desconfía del médico. No pretende cuestionar, y mucho menos sustituir al profesional sanitario. Es un paciente que participa activamente en el cuidado de su salud, en la prevención de la enfermedad y en los tratamientos. El paciente competente es un paciente **capaz** de trabajar por su calidad de vida…"[4]

Sin embargo, el paciente bien informado no es aquel que se convierte en un "paciente experto del modelo biomédico", que sigue las indicaciones de este saber y que concurre esporádicamente a los centros de salud para mantenerse informado, por el contrario, se trata de un sujeto que es capaz de discutir con este conjunto de conocimientos dando lugar a la incorporación de otras prácticas en el proceso de salud-enfermedad-atención (Menendez, 2005).

En ese sentido, ambas estrategias –Expertización y Autocuidado- evidencian que mientras el proceso de medicalización más tradicional concentra el poder y el saber en la Institución médica, las lógicas analizadas suponen un descentramiento de este lugar y una multiplicación de los focos de la red medicalizadora a través de los cuales no solo se extiende sobre la

[3] Donalson L. Expert patients Usher in a new era of opportunity for the NHS. BMJ 2003;326:1279-80
[4] Mirá Joaquín José El paciente competente: una alternativa al paternalismo España

cotidianeidad un saber ajeno a este dominio, sino que además dentro de esta lógica "el estilo de vida" en general se ve sometido a una mirada normatizadora que lo evalúa y sanciona en relación al conocimiento Biomédico (Epele 1997).

La Autoatención como alternativa frente a la Expertización Biomédica

En primer lugar es necesario resaltar que al hablar de Autoatención se puede hacer referencia a dos categorias que si bien se complementan, a los fines de este trabajo es útil distinguirlas.

Por un lado, desde un sentido amplio la Autoatención remite a todas las formas de necesidades que aseguran la reproducción biosocial de los sujetos y comunidades utilizadas a partir de objetivos y normas establecidas por la propia cultura del grupo. En este nivel se pueden incluir no solo la atención y prevención de padecimientos, sino también las actividades relacionadas con alimentación, aprendizaje, etc.

Por otro lado, la definición restringida de Autoatención hace referencia a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso de Salud-Enfermedad-Atención que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnósticar, explicar, atender controlar, aliviar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan a la salud en términos reales o imaginarios sin la intervención central –directa e intencional- de curadores profesionales (Menendez 2005).

Este modelo se propone lograr una mayor independencia del saber Biomédico intentando que los grupos sociales se ayuden entre sí mediante la socialización de conocimientos y prácticas que -pertenecientes a los distintos modelos de atención- permitan intervenir en la cura y/o alivio de las enfermedades. Más aún, debido al aumento de las personas que padecen dolencias crónicas (se estima que es un 14% de la población) las probabilidades de que los tratamientos sean implementados por el enfermo y/o su grupo aumentan considerablemente no solo porque de lo contrario la calidad de vida de los mismos se ve reducida drásticamente sino que además la aparente falta de eficacia del saber biomédico favorece la desconfianza y discontinuidad de los pacientes hacia esos tratamientos (Menendez, 2005).

Frente a este modelo, la Biomedicina denuncia cuan peligroso es que los sujetos se automediquen sin prescripción médica culpando de falta de educación e ignorancia a las

personas que llevan a cabo dichas acciones. Sin embargo, en este sentido el error de la Biomedicina reside en igualar dos categorias –Autoatención y automedicación- que no significan lo mismo ya que si bien las actividades de automedicación y autocuidado son elementos que se encuentran incluidos en el modelo de Autoatención no necesariamente lo constituyen como totalidad.

Autoatención vs Autocuidado

Entonces, de acuerdo a lo expresado en este trabajo, el motivo por el cual la Biomedicina denuncia el modelo de Autoatención promoviendo las estrategias de Autocuidado reside en que con este último el Sistema Biomédico logra por un lado que los pacientes crónicos disminuyan sus visitas a los centros de salud manteniendo la dependencia a los mismos intacta mediante la idea de que los sujetos deben adoptar un papel activo y participativo en el proceso de saludo-enfermedad-atención. Con la Autoatención, en cambio, las personas toman el control total y no parcial de su cuerpo mediante la posibilidad de elegir distintas opciones –dentro de las cuales si bien se encuentra la Biomédica, no es la única- en lo que respecta a medicamentos, tratamientos y formas de atención.

Por otro lado, la Autoatención se diferencia del carácter más individualista de las estrategias de Autocuidado y Expertización en lo que respecta a la forma de tratamiento, quedando demostrado que en estas últimas el circuito de información –biomédica- se agota en la relación médico-paciente, no promoviendo alternativas diferentes de atención ni la posibilidad de constitución de grupos que compartan un mismo padecimiento crónico donde sea posible socializar los conocimientos adquiridos –salvo que este sea promovido y realizado en el mismo Hospital bajo supervisión médica-.

Por último, si bien los procesos de Expertización y las estrategias de Autocuidado aparentan crear en los sujetos la sensación de estar tomando decisiones de manera autónoma e independiente del sistema de salud, las particularidades de ambas estrategias logran descentrar el poder de la institución médica –a diferencia del proceso de medicalización tradicional- multiplicando los focos de la red medicalizadora (Epele, 1997) e invadiendo las experiencias, los hábitos y las situaciones de la vida cotidiana de un saber ajeno a su cotidianeidad que convierte a los sujetos en “expertos” de un solo saber: el Biomédico.

Conclusiones

A pesar de que se estima que aproximadamente un 14% de la población se encuentra afectada por padecimientos crónicos que producen modificaciones en la vida cotidiana de los sujetos (dificultades laborales, vinculares, problemas emocionales, pérdida de días de trabajo/estudio, disminución de actividades sociales, riesgo de suicidio, depresión, etc.) estos forman parte de un conjunto de dolencias que al no tener una localización anatómica no se encuentran dentro del modelo etiológico de la Biomedicina, evidenciando una situación conflictiva en el proceso de salud-enfermedad-atención debido a la falta de respuestas y eficacia del saber biomédico en el alivio y/o cura de los síntomas.

Entonces, la Biomedicina intenta saldar sus contradicciones internas en torno al tratamiento de este tipo de padecimientos mediante la promoción de estrategias de autocuidado y procesos de expertización a través de los cuales impulsa que las personas afectadas adquieran conocimientos que les permitan hacerse cargo del cuidado y control de ciertos aspectos de su vida delegando en ellos la responsabilidad del curso que tome la enfermedad (produciendo un desplazamiento de la atención y del tratamiento tradicionalmente a cargo del médico).

En este sentido, el progresivo aumento de las enfermedades crónicas permitió poner en evidencia no solo las contradicciones y la falta de conocimiento de la Biomedicina en lo que refiere a dar cuenta de las posibles causas y tratamientos de estos padecimientos. Sino que además a pesar de la dependencia al acceso de un cierto tipo de información y terminología médica los conocimientos adquiridos por los sujetos afectados producen un cambio radical en la relación médico-paciente, adoptando estos últimos una actitud más desafiante y de mayor desconfianza –a diferencia de quienes padecen enfermedades agudas- ante la autoridad médica. Por último, ante la respuesta "usted no tiene nada" emitida por los profesionales de la salud a aquellos sujetos invadidos de falta de certezas cuyo padecimiento crónico trastoca considerablemente su subjetividad modificando su relación con sí mismo y con los otros, es

necesario preguntarse si ¿no es acaso esa "nada" la que hace sufrir, y la que nuestra cultura no nos ha enseñado a comprender, ni como médicos ni como enfermos? (Laplantine, 1999).

Referencias bibliográficas:

- Alonso, Juan Pedro (2005) "La experiencia de la atención en Cuidados Paliativos. Un abordaje desde la trayectoria de los pacientes con la enfermedad". 3ª Jornadas de Jóvenes Investigadores del IIGG. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Barragán Solís, A. (2008) Vivir con dolor crónico. Buenos Aires: Libros de la Araucaria
- Csordas, T. (1992) "The body as representation and being in the world" en *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Epele, María (1997) La lógica del (Auto) cuidado y sus consecuencias en la Institucionalización del VIH/SIDA. V Congreso de Antropología Social. La Plata Argentina.
- Foucault, M. (1996) La vida de los hombres infames. La Plata, Argentina. Editorial Altamira
- Giddens, Antony (2006) La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, Erving (2006) La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu.
- Good, B. (1994) "How Medicine Constructs its Objects" en Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective. Cambridge, Cambridge University Press.

- Good, B. (1994) “A body in pain. The making of a World of Chronic Pain” en *Pain as Human experience. An anthropological perspective*. Berkeley, University of California Press.
- Kleinman, A. (1994) The Deligitimation and Religitimation of Local Worlds en *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective.* Berkeley, University of California Press.
- Kleinman, A. (2000) “Violence of Everyday life. The multiple forms and Dynamics of Social Violence” en *Violence and Subjectivity*. V. Das, A. Kleinman M. Ramphele and P. Reynolds (eds.). University of California Press, Berkeley, pp.226-241)
- Laplantine, F. (1999) Antropología de la enfermedad. Buenos Aires. Ediciones del Sol.
- Menedez, Eduardo (2005) Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. Revista de antropología social. CIESAS. SPAM. México
- Menendez, Eduardo Modelos de atención de los padecimientos de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
- Pecheny Mario, Manzelli Hernán, Jones Daniel (2003) Vida cotidiana con VIH/Sida y/o Hepatitis C. Centro de estudios de estado y sociedad. Serie de seminarios salud y política pública.
- Schultz, Alfred (2003) Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires: Amorrortu.