
El dolor y el sufrimiento en el *médico paciente*: aspectos sociológicos

Carlos Andrés Arroyave Bernal*

Introducción

La presente investigación constituye un esfuerzo inicial por comprender, desde una perspectiva sociológica, el proceso de construcción social de la enfermedad en la profesión médica. Para tal fin, se realizaron entrevistas en profundidad a *médicos pacientes* colombianos con enfermedades agudas (cáncer) y/o crónicas (diabetes). Mediante estas entrevistas se hizo el rastreo de la *carrera moral* del *médico paciente* captando su trayectoria social como enfermo e identificando simultáneamente ejes temáticos representativos en su proceso de enfermedad. Ejes tales como el dolor y el sufrimiento surgen como un elemento transversal de todo el estudio donde mediante la vivencia de esta situación el grupo social de médicos se cuestiona –a través del conflicto de roles (entre el rol del médico y del paciente)– su propia profesión, el sistema de atención en salud, el éxito del conocimiento aplicado, y el significado social de la enfermedad, dando elementos para la comprensión de la enfermedad desde las definiciones sociales de los propios expertos (médicos) cuando son pacientes.

La construcción social de la enfermedad en la profesión médica

Cuando se habla por lo general de estudios sobre salud y enfermedad no es difícil encontrar la dicotomía entre los roles del médico y del paciente, donde subyace el médico como observador lejano y objetivo y el paciente como agente vivencial de su padecimiento.

¿Pero qué sucede cuando estos dos fenómenos son simultáneos?

Esto, teniendo en cuenta que la “Medicina ha obtenido una jurisdicción casi exclusiva para determinar qué es enfermedad y consecuentemente cómo debe actuar la gente para ser tratada como enferma” (Freidson, 1978). Luego, la trayectoria (o *carrera moral* al estilo de Goffman, 2004) del *médico paciente* respondería al interrogante de cómo se construye socialmente la enfermedad desde la perspectiva propia del profesional de Medicina.

“La Medicina tiene la autoridad para establecer si la queja de una persona es una enfermedad y la de la otra no, se puede decir que la Medicina está comprometida en la creación de enfermedad como un estado social que un ser humano puede asumir” (Freidson, 1978).

A la luz de un análisis sociológico del conflicto de roles entre el rol del enfermo y el rol del médico se podrían vislumbrar nuevas aproximaciones a las definiciones sociales de la enfermedad en la profesión médica.

A menudo la Medicina se considera como creadora de las posibilidades sociales para representar la enfermedad; en ese sentido, el monopolio de la Medicina incluye el derecho para crear la enfermedad como un rol social oficial (Freidson, 1978).

Se podría pensar que es incuestionable la Medicina en tanto se dedica a una realidad biológica inalte-

* Sociólogo de la Universidad Santo Tomás. Artículo resultado de la investigación “La construcción social de la enfermedad –en la profesión médica– a la luz de la *carrera moral* del *médico paciente*” presentada para el premio Internacional del Dolor “Héctor Tejada Hernández” en el marco del XVIII Congreso Internacional de Dolor, V Congreso Latinoamericano de Dolor, VIII Encuentro Iberoamericano de Dolor.

rable, tan independiente del hombre como son las leyes de la física o de la química.

Esta concepción se sustenta en los desarrollos médicos del siglo XX, y después de integrar en una visión biopatológica las concepciones anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica de la enfermedad, características del siglo XIX, donde se llegó a plantear que la enfermedad era un proceso única y exclusivamente biológico (Molina, 2007).

Pese a esto, historiadores de la Medicina como Sigerist (1987) deja en claro mucho –antes que la epidemiología multicausal y la Medicina social contemporánea lo dijeran– que para el individuo la enfermedad no es solo un proceso biológico, sino también una experiencia que puede afectar profundamente su vida entera y puesto que el hombre crea la civilización, la enfermedad influye en su creación al afectar su vida y sus actos.

Mucho tiempo después, el sociólogo Eliot Freidson (1978) afirma que la visión de la enfermedad como desviación biológica es esencialmente abstracta y pragmática. Donde si bien podemos suscribirnos a esta visión como a una dimensión de “verdad”, no podemos basarnos en ella como única guía para el análisis ignorando completamente el carácter interpretativo de la realidad social.

“En la sociedad humana, el designar algo como enfermedad tiene consecuencias independientes del estado biológico del organismo. Consideremos dos individuos en sociedades distintas, ambos con la misma infección extenuante; en un caso se dice que la persona está enferma, se la pone en cama y es atendido por otros; en el otro caso, se dice que es perezoso, y es maltratado por los demás. El curso y el resultado de la enfermedad pueden ser biológicamente los mismos en ambos casos, pero el interjuego entre el enfermo y los otros son significativamente diferentes” (Freidson, 1978).

Pero más allá del reiterado debate entre lo “biológico” y lo “social” en torno al proceso de la enfermedad, lo que se debe resaltar es que la enfermedad es una construcción histórica, cultural y social, dentro de lo que evidentemente se adscribe la experiencia somática de manera integral.

Para el análisis sociológico lo que interesa es la enfermedad como producto de una definición social.

Ya que se vive y se reacciona a los padecimientos, entre otras cosas, de acuerdo a la cultura de una determinada clase social o grupo social específico, reacción que está en estrecha vinculación con el conocimiento.

La idea que se tiene respecto al enfermo depende de su situación o grupo social. La forma en que responde una persona de clase alta a la enfermedad es distinta que la de un obrero. Así mismo que la de un médico a una persona que no lo es. El grado de conocimiento condiciona un papel específico para cada enfermo y casi para cada enfermedad.

Además del conocimiento, hay otros factores claves en el proceso de construcción social de la enfermedad, como es en definitiva su trayectoria o carrera. Definida no solo en torno al desenvolvimiento físico de la enfermedad de un paciente, sino a la organización total del trabajo que se realiza durante el curso de la enfermedad, también al impacto en quienes están involucrados con dicho trabajo y con su organización, y así mismo con su estrecha relación con el entramado de relaciones sociales del paciente.

Para analizar sociológicamente la construcción social de la enfermedad de un grupo social específico (los profesionales de Medicina) a la luz de la *carrera moral del médico paciente* no deberíamos restringirnos a la adopción de concepciones médicas de enfermedad y su tratamiento. Como advierte Freidson (1978):

“Primero, puede ser imprudencia a la luz de la historia. Aun la lectura más rápida de la historia de la Medicina lleva al conocimiento de que muchas concepciones médicas de enfermedad actuales no son iguales a las de la Medicina ‘moderna’ del pasado, y que al menos algunas concepciones de la Medicina ‘moderna’ del futuro serán contradictorias con las actuales. Segundo, se debe recordar que, juzgado por normas científicas de verificables o confiables, el corpus de la Medicina moderna constituye una colección de enfermedades extremadamente heterogéneas, que van desde signos firmes y quejas relacionadas directamente con un microorganismo infeccioso en un extremo, hasta cosas tan vagas como la ‘enfermedad mental del otro’. Tercero, y la más importante, no hay necesidad real para un sociólogo de la Medicina de adoptar la ontología de la Medicina, a menos que desee realizar la misma tarea que la del médico ejerciente o del investigador, probar y perfeccionar

las concepciones médicas de enfermedad y su tratamiento. Si hay algo que es privativo de la sociología, es su preocupación con la realidad social de la vida humana la que, si bien nunca es completamente independiente de otros niveles de realidad, puede ser tratada últimamente como una realidad en sí misma”.

Desde el punto de vista sociológico, el problema a abordar es la idea de la enfermedad misma, como los signos y los síntomas llegan a ser clasificados o diagnosticados como una enfermedad, como un individuo llega a ser designado como paciente o enfermo y como se moldea la conducta social por medio del proceso de diagnóstico y tratamiento.

“Podríamos definir enfermedad como una forma de desviación social cuyo tratamiento es el dominio autorizado de la profesión médica. El interés sociológico genérico es el estudio científico de la conducta que gira en torno de lo que se denomina enfermedad: lo que es social en cuanto al ser y llegar a estar enfermo y acerca del diagnóstico de la enfermedad. En cualquiera caso empírico particular, la enfermedad puede, o no, ser ‘real’ biológicamente, pero el rol del enfermo siempre es ‘real’ socialmente” (Freidson, 1978).

Para poder analizar ese rol del enfermo o de paciente es necesario dar cuenta de su trayectoria social de la enfermedad. Podemos investigar los mecanismos que vinculan a los individuos y su experiencia con la comunidad profana y profesional, dado que a través de su paso de una posición a otra, el individuo tiene experiencia con distintos agentes y entidades de control social.

Esta trayectoria —leída a través de la *carrera moral del médico como paciente*— intenta evidenciar la construcción social de la enfermedad en la profesión Médica. Posee varios elementos que son comunes a cualquier enfermo pero que se diferencian según el grupo social al que se aplique. Estos elementos son el tratamiento, el diagnóstico, el dolor y sufrimiento y el hecho social de afrontar la enfermedad. Estos elementos desbordan el mero hecho clínico biológico de la enfermedad y expresarían su constructo socioclínico.

“El diagnóstico y el tratamiento no son actos comunes a los ratones, monos y seres humanos, sino actos sociales peculiares a las personas. La enfermedad como tal puede ser una afección biológica, pero

la idea de enfermedad no lo es, ni tampoco lo es el modo en que los seres humanos responden a ella. En estos términos, la desviación o enfermedad biológica se define socialmente mediante actos sociales que la condicionan” (Freidson, 1978).

Elementos tales como el diagnóstico y el tratamiento son variables permanentes en la actividad médica, donde sus calificaciones no son homogéneas ya que no hay un acuerdo único respecto a la designación al diagnóstico y tratamiento entre los profesionales de la salud.

“Hay tan distintas escuelas y opiniones en Medicina que la designación (diagnóstico) aplicada a un individuo con problemas y los métodos usados para manejarlos o para aliviar su dolor, variarán en una medida considerable independientemente de sus quejas y conducta. La Medicina no es una institución completamente homogénea, puesto que el diagnóstico y los prejuicios terapéuticos se organizan en ‘escuelas’ libres que van más allá del sector salud. Otro modo de apuntar a este problema es referirse al reconocimiento de distintas ‘opiniones’ médicas acerca de la interpretación y del manejo de signos y síntomas, todas más o menos legítimas” (Freidson, 1978).

A partir de la existencia de tales escuelas se puede deducir que el ser diagnosticado y tratado de cierta forma depende en parte de lo que “realmente” está mal, y en parte de la preferencia del agente profesional que se elige y del sistema de referencias sociales en el que se encuentra.

Si bien se puede considerar común a la Medicina la existencia de distintas opiniones, éste no es un hecho insignificante. Es importante en tanto apunta a diferencias organizadas de manera sistemática que se sustentan a sí mismas con respecto a la designación y al tratamiento de la desviación en Medicina que, por su misma existencia, ponen en discusión la estabilidad y la objetividad del conocimiento médico. “Lo que es compartido por todos los médicos es la tendencia a imputar enfermedad; lo que los divide en algunos casos es la enfermedad a ser imputada o, si no la enfermedad, el enfoque a adoptar hacia la misma” (Freidson, 1978).

“¿Cómo puede el ejerciente estudiar un diagnóstico y un método de tratamiento determinados para los cuales hay insuficiente evidencia de sustentación como para forzar la unanimidad a todo lo largo de la

profesión? ¿Cómo se sustentan los distintos conceptos de enfermedad (y designaciones) para la misma queja?

¿Cómo se sustentan las distintas filosofías de tratamiento? ¿Cómo se establecen y mantienen los diferentes roles del enfermo? Las respuestas a estas preguntas, creo, residen en el carácter subjetivo de la experiencia clínica del profesional de Medicina” (Freidson, 1978).

Cabe decir, que además de este carácter subjetivo, lo que está implícito en una concepción de enfermedad es la participación en una cultura o grupo social determinado, como así mismo en un sistema de conocimiento y significado.

“En el proceso de atribuir significado a su experiencia el paciente individual no inventa los contenidos por sí mismo, sino más bien utiliza los significados y las interpretaciones que le ha proporcionado la vida social” (Freidson, 1978).

“(…) Puede ocurrir que la misma persona note que algo puede funcionar mal en ella. Pero en el paso siguiente del proceso no puede actuar como un individuo: si realmente intenta actuar como si estuviera enfermo pidiendo privilegios y exención de las obligaciones ordinarias, requiere tanto la aprobación de quienes lo rodean como su acuerdo en cuanto a que sus quejas ‘realmente’ representan enfermedad. Si quienes lo rodean no concuerdan con su interpretación de su dificultad, exigirán que cumpla con sus obligaciones. Él tiene la probabilidad de obtener acuerdo y apoyo sólo si muestra evidencia de síntomas que los otros consideran que es enfermedad y si él los interpreta de un modo que sea admisible para los demás. (...) En rigor, la estructura social puede obligar a las personas a actuar como enfermos aún cuando ellas no se consideren como tales” (Freidson, 1978).

Debe quedar claro que el rol del enfermo se configura desde la estructura social a partir de una serie de elementos culturales involucrados en las respuestas de la enfermedad como la visión del cuerpo, la interpretación del dolor y de distintos síntomas, el conocimiento de la enfermedad y las actitudes hacia la Medicina moderna.

Elementos tales como el dolor son producto de significaciones sociales que ha pesar de tener un funda-

mento biológico, su respuesta no es meramente biológica.

“Las respuestas al dolor tienen una tendencia a variar más que los estímulos objetivos que se supone están motivando el dolor. Los individuos, por supuesto, difieren entre sí en el modo que responden al dolor, pero como sociólogo estoy más interesado en la evidencia de que las respuestas al dolor son predecibles sobre la base de la pertenencia a un grupo y que los significados sociales adscritos al dolor son compartidos por miembros de grupos” (Freidson, 1978).

Claramente el dolor no es una simple variable que pueda ser tratada como una constante biológica en el proceso de la construcción de social de la enfermedad, ni tampoco es una variable que pueda ser explicada exclusivamente en referencia a diferencias psicológicas individuales.

“Las respuestas del dolor varían según la experiencia cultural del grupo social (...) además, dado que la variable decisiva no es tanto el dolor mismo como el significado del dolor, se deduce que para comprender cómo la gente se llega a considerar enferma cuando siente dolor, debemos aislar algunos de los significados fundamentales que giran en torno a la percepción del dolor” (Freidson, 1978).

Así mismo, el sufrimiento juega un papel importante porque –aun más– tiene que ver con las relaciones sociales del paciente y en definitiva con su entorno. Es quizás una evidencia social, resultado del mismo dolor.

El enfrentar la enfermedad es otro tema vital, porque da cuenta de cómo se afronta y/o se supera un padecimiento, sobre todo si este implica cierta gravedad que provoque rompimientos con el estilo de vida anterior, luego aquí se configuran elementos como el conocimiento, la significación, las estrategias y la relación con el entorno social en el constructo de la trayectoria de la enfermedad.

La reacción “organizada” a la enfermedad es parte fundamental en su construcción social, para esto, es necesario tener en cuenta no solo al personal médico y sus respectivos pacientes, sino distintos ámbitos sociales como el grupo familiar y los amigos. Porque la enfermedad, sobre todo cuando es de cierta gravedad –como el cáncer o la diabetes– sobrepasa

sa el mero hecho individual para convertirse en un hecho social.

“(...) he subrayado el concepto de sistema de referencias personales porque este lleva implícito la idea de una reacción de la sociedad organizada a la enfermedad, una reacción que es selectiva para centralizar la atención en un atributo más que en otro, que declara qué es grave y qué menor, y que ejerce una importante presión para que el individuo se comporte conforme a esto” (Freidson, 1978).

Teniendo en cuenta todos estos elementos descritos –que los consideramos fundamentales para abordar la enfermedad como construcción social– poseemos por ende, las herramientas suficientes y pertinentes para poder hacer un análisis sociológico que trascienda la tradicional dicotomía entre el rol del médico y paciente, que aún hoy en día está permanentemente presente de manera casi monotemática en los estudios en el área de la sociología de la Medicina:

“(...) consideraciones sobre las diferencias entre las aproximaciones de la enfermedad por parte del profano y del especialista científico.

1. Los profanos y los especialistas poseen conocimientos totalmente divergentes acerca de los acontecimientos de la enfermedad. Si bien en nuestra cultura el conocimiento de las enfermedades por parte del profano depende en gran parte del conocimiento científico de la enfermedad y viene informado por sus perspectivas generales, el conocimiento del profano es científicamente muy imperfecto, tanto en detalles como en generalidades.
2. La persona que tiene una enfermedad no sólo la comprende de modo diferente, sino que la considera desde una perspectiva distinta que el médico. Se encuentra emocionalmente incluido de un modo que no lo estarían los demás, y particularmente los especialistas, que poseen conocimiento científico abstracto y una metodología como instrumentos para enfrentarse a la enfermedad. Por ello, mientras que el médico evalúa objetivamente el significado de los síntomas, la perspectiva del enfermo es subjetiva, pues es el único que siente el dolor y cuya vida está afectada por la enfermedad.

3. El especialista suele considerar un caso de enfermedad en términos de los conocimientos que posee, si bien los médicos, aunque posean gran experiencia, aprenden ciertamente de sus enfermos; el profano, ordinariamente, cambia notablemente su perspectiva de la enfermedad como consecuencia de su experiencia como enfermo, sobre todo a causa de lo que aprende de los especialistas a los cuales consulta.
4. La base para decidir qué acción hay que emprender con respecto a la enfermedad suele ser muy diferente para el enfermo que para el profesional. El médico posee un conocimiento detallado de la patología como base frente a la cual evaluar lo que está haciendo. En particular, está capacitado para emitir un pronóstico o una estimación de las probabilidades de cada enfermo, a la vista de lo cual puede conocer la posible enfermedad del paciente y su condición fisiológica general” (Rodney, 1973).

Se puede deducir entonces que por lo general, el profesional de Medicina es el que está “autorizado” para aplicar la etiqueta social de enfermedad. De ahí que cuando los médicos son pacientes se puede abordar –a través de esta paradoja– la configuración de las significaciones sociales que hace de la enfermedad el propio sistema médico.

De tal manera, mediante el análisis sociológico del conflicto de roles entre el médico y el paciente –a la luz de su *carrera moral* como enfermos– se puede indagar de una manera alternativa la construcción social de la enfermedad que realiza la cultura profesional médica donde sobresale de manera especial el dolor y el sufrimiento como eje transversal de la trayectoria que padecen los *médicos pacientes*.

El dolor y sufrimiento en el *médico paciente*

Las enfermedades suelen producir (aunque no todas) dolor y sufrimiento. El dolor se puede manifestar de forma diferente en cada persona, de acuerdo con sus características socioculturales. Las personas y las sociedades desarrollan estrategias diversas contra el dolor. La dolencia del cuerpo suele vulnerar a las personas generando paralelamente una situación de soledad. Se intenta abordar el dolor en el propio

médico paciente. El dolor además de físico y mental, está socialmente construido, por lo que se espera que el médico realice su construcción a partir de ser conocedor de la enfermedad y de su dolencia.

Dolor y sufrimiento son los aspectos que más miedo (y angustia) generan en la mayoría de la población. Suelen ser el detonante para establecer un diagnóstico y pedir ayuda:

“Me desperté con un dolor ni el berraco, con un dolor de puñalada, y no sabía qué era, me tomé alguna cosa, traté de manejarlo y no pude. Le dije a mi esposa que también es médica, y le dije: ¡Me estoy jodiendo, tengo algo raro! Entonces me dio algo más, algún espasmódico, y conclusión a las 4 de la mañana le dije: O nos vamos para el hospital o nos vamos para la clínica”. (MP3: p.60. Se trata de la entrevista en profundidad número tres, y página 60 de transcripción¹).

Dolor y sufrimiento son dos aspectos que se pueden diferenciar. El dolor hace referencia a un malestar individual del cuerpo, mientras que el sufrimiento tiene que ver más con las relaciones sociales; a pesar de esto no son dos aspectos que se excluyen entre sí y se podría decir que ambos se sostienen en formas socioculturales:

“Bueno el dolor es una experiencia desagradable que uno tiene, que lo lleva pues a un sufrimiento (...) el dolor es directamente proporcional a la cultura del individuo, entre más culta es la persona, más le duele las cosas, entre menos cultura tiene, menos le duele y uno en la práctica lo ve con alguna persona en el mercado que se le cayó un bulto encima, que se le cae una uña del pie y el pie se le pone vuelto nada y el tipo sigue trabajando como si nada, entonces la escala del dolor es muy diferente a una persona que aunque no sea mayor el daño que se haya hecho, pero pega el grito en el cielo” (MP4: p.84).

Otro *médico paciente* afirma: “El dolor es irremediable, el sufrimiento es una opción para mí” (MP2: p.44). Cabe resaltar que el sufrimiento principal durante el proceso de padecimiento de la enfermedad

puede ser la soledad: “En mi experiencia siempre tendí a negar el sufrimiento, yo tenía un poco de sufrimiento por el abandono, o por una sensación de abandono así no sea cierta” (MP2: p.44).

De tal forma el dolor es un indicador de que algo no va bien en el cuerpo (o en la mente). Es a veces difícil que los dolores determinen el tipo de dolencia que se tiene, pero en muchos casos ayuda a comprender la sintomatología de la persona: “Mi experiencia ha sido eso, que el dolor me salvó la vida” (MP1: p.11).

Socialmente suele temerse más al dolor que a la enfermedad, aunque el dolor no es más que un indicador de que en el cuerpo ocurre una disfunción. El interés está en detener ese sufrimiento a través de medicamentos. El dolor es un factor de desestabilización que suele generar incertidumbre. El conocimiento adecuado de los síntomas puede permitir calmar ese sufrimiento, pues se sabe hasta dónde pueden llegar esos síntomas.

Por lo general en la carrera médica no se suele enseñar sistemáticamente acerca del manejo del dolor. Sin embargo esto ha cambiado en los últimos años, ha cambiado en tanto se interesa más la Medicina por estos temas, como por nuevas interpretaciones:

“El dolor ha cambiado mucho, desde la época en que yo estudiaba hasta esta parte ya que aparecieron todas las nuevas teorías y todo esto, y para uno fue la nueva interpretación que hoy se le da, hasta llegar a lo que hoy en día son las clínicas de dolor y los médicos especializados –los algólogos– que son médicos especialistas exclusivamente en manejo de dolor agudo y crónico” (MP4: p.85).

Pese a estos avances, cuando es el propio médico que se convierte en paciente suele cuestionar muchas de estas teorías y por ende su propio conocimiento médico:

“A mí particularmente no me sirvió mucho. <Risa> (...) es mi parecer personal. Otra persona dirá: ¡muchísimo!, gracias a ser médico. Eso puede sonar

1 Para la citación de las entrevistas en profundidad se aclara que la abreviatura MP se refiere al *médico paciente*. Esta abreviatura va con número respectivo (entre 1 y 5) que se refiere al número de la entrevista. Además se coloca el número de página de la transcripción. Estas entrevistas se pueden consultar con previa solicitud al investigador a este correo electrónico: Carlosarroyave11@gmail.com.

un poquito petulante llegar uno a esa afirmación, pero no puedo juzgar esto. Pero en mi caso no sirvió para nada, al contrario le voy a decir algo muy personal, hasta muchas de las teorías psicológicas que tenía acerca del dolor se cuestionaron, por decir las etapas de la aceptación del dolor, el duelo, a mí eso no me sirvió para un icarajo!" (MP1: pp.13-14).

En el *médico paciente* es de esperar que el comportamiento del dolor sea diferente, de ahí que se suponga que en algunos casos los médicos no tienden a socializar su dolor, ya que se presume que ellos mismos son capaces de solucionarlo: "Siempre lo negué, nunca les comenté, solo en el caso que no resistía el dolor pues les avisaba" (MP5: p.107). Luego, se tiende al ocultamiento del dolor a familiares, amigos o profesionales de la salud, como indicador de enfermedad negada.

Los dolores ponen a prueba la capacidad de los *médicos pacientes* para afrontarlos. Un dolor invalidante, en que no se aclara la procedencia, puede preocupar seriamente al médico, pues se supone que debe saber algo de su procedencia y por ende saber algo más para solucionarlo:

"Haciendo interpretaciones de esto o aquello para hacer un diagnóstico de una tendinitis, de unos cálculos, de una amibiasis, una colitis amibiana o algo, y compartimos opiniones, pero en vista que el dolor no..., en esta etapa final, que después de dos meses entonces cuando los colegas pues claro, que inicialmente muchos de mis colegas también no daban al principio y me examinaron y me hacían y me seguían como aumentando esta ignorancia de qué era lo que estaba pasando" (MP1: p.4).

Esta experiencia de dolor y sufrimiento del *médico paciente* genera que se quejen por la mala atención de otros profesionales e incluso cuestionen su propio sistema ortodoxo en salud:

"Acudía a la Medicina alternativa y fue genial, cabe resaltar que a diferencia de la Medicina tradicional ellos tienen evidentemente un mejor trato con los pacientes, son más sensibles con los pacientes prácticamente terminales" (MP5: p.108).

Cabe resaltar que a diferencia del resto de la población el médico utiliza su conocimiento para diferenciar los dolores y por ende enfrentarlos en las distintas etapas:

"Ehhhhhhhh, el tratamiento produce un dolor tranquilo que calma, es un dolor, un dolor de salud, es un dolor sanador. El dolor del daño, el dolor..., yo lo tuve, tuve un cosquilleo, él estuvo agazapado, pero es la misma sensación que cuando usted tiene un problema en una muela y se la calma, le duele pero cada día está mejor, es un dolor reparador, no sé si me hago entender" (MP2: p.45).

Cuando se trata de un dolor producido a consecuencia de una intervención quirúrgica se llega a pensar en los errores que se cometen durante una cirugía:

"La posición que me colocaron en la cirugía me desplazó un poquito las vértebras y mientras ellas se cuadran otra vez..., tuve los dolores más horribles que usted se haya podido imaginar, pasé un postoperatorio de 30 días insufribles, aún cuando la anestesia fue muy rica. Resulta que no permití jamás en la vida, que en ninguna cirugía me pusieran esos medicamentos, porque una era de origen opiáceo, entonces me podía causar adicción, y fue un placer, y nunca más. Nunca lo permití, ni lo consumí por mi conciencia sobre el uso, por los adictos y todo eso, porque son medicamentos adictivos" (MP2: p.49).

El conocimiento puede producir sufrimiento en algunos casos. El médico sabe los riesgos que tiene una intervención y su seguridad está basada en la confianza que tiene de los profesionales que lo atienden. Sin embargo, es posible que se cometan errores. El dolor en sí mismo alerta sobre una supuesta equivocación, pues se supone que al pasar por un tratamiento quirúrgico esos médicos restablecen la salud. Se suele perder el control sobre lo que se desconoce. Para algunos *médicos pacientes* es una situación embarazosa, porque sus conocimientos les producen incertidumbre sobre su enfermedad.

La utilización de calmantes o ciertos medicamentos es un tema complejo para los médicos. Depende del dolor y, sobre todo, de la evolución de la enfermedad. Ciertos médicos prefieren no utilizar analgésicos o si los utilizan son muy suaves, tal vez porque sus conocimientos les permiten un mayor control sobre el dolor. También es probable que se cuestione sobre la relevancia de la formulación de los medicamentos:

"Uno debe ir de los analgésicos más suaves y que tengan menos efectos secundarios, porque los que tienen efectos secundarios son más difíciles de mane-

jar y pueden tener algunas contraindicaciones porque en Medicina es preferible saber qué se debe dar y qué no se debe dar, si yo sé qué debo dar, lo hago adecuadamente y si sé qué no debo dar, todavía lo hago mejor, porque dejo que otro que sepa lo haga. ¿Si me entendiste cómo es? Si yo quiero darle a una persona algo –y lo veo en la práctica médica– que hay gente... es lo que se llama escopeta de regadera: le disparan cinco drogas para ver si alguna le pega y eso no se debe hacer, si uno no tiene conciencia y sabe qué es lo que debe dar es mejor que no lo haga y deje a otro colega que sí sabe qué es lo que tiene el paciente y le va dar los medicamentos adecuados, el famoso principio en latín ‘primum non nocere’ (primero no hacer daño) nos lo enseñaron como principio médico” (MP4: p.86).

El médico tiene expectativas sobre el comportamiento del paciente. A veces, algunos médicos esperan que el paciente demande el servicio que es posible darle. Cuando el médico asume su rol de enfermo espera comportarse de acuerdo a lo que se exigiría de sus pacientes en circunstancias similares:

“Entonces no podía sino acatar lo que él me decía, entenderlo, asumirlo, y llevarlo. Ahora ser un buen paciente, en el sentido de no joder, o joder lo menos que uno pueda, es que... el quejetero es tan peligroso como el que no dice nada, uno tiene que ser fidedigno a los síntomas y a todo, y eso fue lo que procuré hacer, y jodí mucho alrededor del vómito porque es que la pasé muy mal, muy mal, muy mal, pero de resto estuvo todo fue bien” (MP2: p.51-52).

De esta forma se deduce la idea –falsa– que los profesionales de la Medicina aguantan más la enfermedad y aún el mismo dolor. El comportamiento frente al dolor de estos médicos depende, entre otras cosas, de su experiencia profesional con los pacientes. Ese conocimiento frente a las actitudes del dolor y la enfermedad suele faltar en los enfermos. Los pacientes no tienen una gran necesidad de cuidar sus comportamientos mientras pasan por un dolor o sufrimiento a causa de una enfermedad. El médico percibe la enfermedad y el dolor como las demás personas, pero es el entorno profesional lo que le presiona para comportarse de una manera distinta. Su rol como médico que además sufre de un dolor es atípico incluso para el personal médico que lo atiende.

Se podría afirmar que el dolor depende de aspectos culturales y de la clase social del paciente. Por eso

cuando un médico tiene un dolor se espera que su control sea mayor: “Si, todo fue atípico, a mí me atendieron por fuera de tiempo, por fuera de los horarios, por fuera de todo, eso ha hecho que el acceso a la atención médica es diferente, más fácil” (MP2: p.42).

El dolor y el sufrimiento pueden producir un cambio en el comportamiento de los médicos y además a raíz de su vivencia pueden trascender la mera explicación patográfica:

“El dolor me ha enseñado muchísimo más a entender que el sufrimiento de cada persona es único e importantísimo en ese momento, entonces, muchísimo, me ha enseñado muchas cosas, es decir, entonces me hace tener una prudencia absoluta, primero en los conceptos que voy a decir y lo primero que busco es que el interlocutor sienta que estoy totalmente identificado con él a través de ese dolor. Ya después veré qué pasará, yo trato con el tiempo, yo veo que va pasando, si esa persona va dejar que yo lo pueda ayudar, pero por el momento me hace tener una prudencia y un respeto absoluto sobre este dolor de aquella persona” (MP1: p.12).

La Medicina suele acostumbrar a sus profesionales a cierta frialdad y distanciamiento frente al dolor y el sufrimiento de los demás. Pero esto se cuestiona cuando el dolor es propio. Por ende, su sufrimiento es un momento de tensión porque produce una reflexión sobre la experiencia de ser médicos y tratar el dolor con la población enferma.

Gran parte de los médicos saben los problemas de soledad que suelen generar las enfermedades; sobre todo, cuando se trata de enfermedades graves o terminales en que los pacientes necesitan el apoyo familiar, de amigos o colegas para enfrentar su problema. Las personas no están preparadas para la muerte. Un objetivo de la Medicina es tratar de mantener con vida a una persona a pesar de que la enfermedad lo lleve inevitablemente a la muerte. La profesión médica está de manera constante enfrentando esos problemas. Es de suponer que los médicos están preparados para enfrentar el sufrimiento de los pacientes o bien el propio cuando ellos mismos caen enfermos. Sin embargo, esto no parece ser así; evidencia de ello es cuando enfrentan la soledad que conlleva una enfermedad grave como el cáncer:

“El momento fue..., a mí me pasó un frío por todo el cuerpo. Alcancé a ver como el abandono de mis

hijos, ehhh mi ex mujer y que todo se quedaba puesto, pero yo no me amedrenté para nada, nos fuimos de una, con todo lo que había que hacer, y así fue. (...) Me sentí muy solo todo el tiempo, aún de mi esposa y de mis hijos, –para mis hijos era como si tuviera gripa o algo así– vomitaba todo el día, eso fue horrible!, no podía comer, no podía dormir bien” (MP2: p.40).

Esto también evidencia la dificultad que tienen algunos profesionales de la Medicina en convencer a las personas más cercanas que están enfermas, esto tal vez sucede por quizás se espera que el médico maneje más fácilmente el dolor y el sufrimiento, por lo que se supone que estos médicos son capaces de tratarse a sí mismos su malestar.

Los médicos sufren y tienen dolor de maneras diferentes al resto de la población. Se puede inferir que los médicos al conocer sobre su enfermedad se encuentran en una situación de soledad porque no se espera que se comporten como la población. Algunos médicos definen dolor y sufrimiento de acuerdo con la enfermedad que padecen. Se habla de dolor cuando se tiene una molestia física del cuerpo, mientras que el sufrimiento depende de la percepción subjetiva de la enfermedad. Un médico puede tener un dolor sin tener sufrimiento. En cuanto a los dolores de diagnóstico rápido, se sabe cómo medicarlos y llegar a una cura. Pero también puede haber sufrimiento sin dolor. Un médico que a través de un

diagnóstico sabe que tiene cáncer puede no tener dolor y, sin embargo, pasar por un sufrimiento considerable. Dolor y sufrimiento pueden vivirse a un mismo tiempo. En cualquier caso, el conocimiento (médico) transforma tanto el dolor como el sufrimiento respecto a la enfermedad.

De tal modo se evidencia (figura 1) mediante el análisis cualitativo de la información de las entrevistas a los *médicos pacientes* a través del programa informático Atlas. Ti versión 5.2 cómo en el dolor y el sufrimiento de los profesionales de Medicina confluyen diversos factores que dan cuenta del proceso de la enfermedad no como un hecho meramente biológico sino también como una construcción histórica, cultural y social. Es aquí donde el dolor y el sufrimiento a la luz del conflicto de roles (entre el rol del médico y del paciente), conjugado con el conocimiento médico (sobre la enfermedad de los otros), cambia la actitud ante la salud y la enfermedad al enfrentarse con la enfermedad propia.

Las características especiales en que se encuentra el médico en la sociedad le otorgan una autoridad sobre el conocimiento de las enfermedades. Si además es el médico quien está como paciente, es entonces posible averiguar la eficacia que tiene el conocimiento médico para tratar los padecimientos. También nos proporcionaría más elementos para averiguar sobre la significación social de la enfermedad, sobre el manejo del dolor y el sufrimiento, el

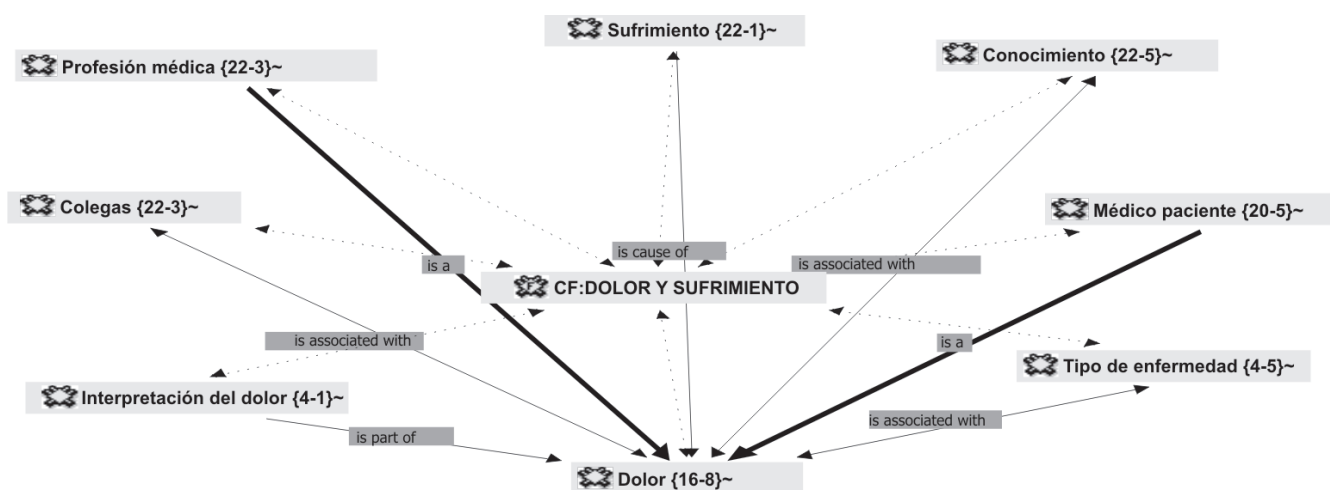


Figura 1. Análisis cualitativo –mediante el programa informático Atlas. Ti versión 5.2– de las entrevistas a *médicos pacientes* que corresponde al eje temático del dolor y sufrimiento en donde se evidencia la conjunción y/o relación de diversos elementos sociales en torno a la construcción social de la enfermedad en el profesional de Medicina.

quehacer del profesional de Medicina, la atención en salud y la ruptura de los roles sociales de paciente y experto.

Conclusiones

El dolor y el sufrimiento, además de físicos y mentales, están socialmente contruidos, por lo que se espera que el médico realice su construcción a partir de ser conocedor de la enfermedad y de su dolencia.

En el análisis se demuestra que a diferencia del resto de la población el médico utiliza su conocimiento para distinguir los dolores y, por ende, enfrentarlos en las distintas etapas; pero algunas veces ante la imposibilidad de solucionar el dolor y el sufrimiento los *médicos pacientes* acuden a la Medicina alternativa. Cuestionan los errores médicos sobre todo en el ámbito quirúrgico. Son más cuidadosos y críticos con el uso de medicamentos. Su doble rol como médico y paciente los hace actuar de manera distinta frente al dolor y el sufrimiento. La soledad es un factor relevante cuando el médico es paciente, donde se evidencia algunas veces la negación de su propio sufrimiento ante su red familiar y de amigos. Pese a esto también estas redes se convierten en su gran apoyo. Cuando los *médicos pacientes* viven su propio dolor y sufrimiento llegan a entender aún más el del otro (sus pa-

cientes) y eso genera transformaciones en su atención en salud.

Bibliografía

1. Alonso, L. Delgado y J. Gutiérrez (Coord). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales, Madrid: Síntesis, 1994.
2. Berger, Peter y Luckmann, Thomas. La Construcción social de la realidad. Amorrortu editores, 2003.
3. Cockerman, William. Sociología de la Medicina. Madrid: Pearson Educación, Prentice Hall, 2002.
4. De la Cuesta Benjumea, Carmen. Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. Editorial Universidad de Antioquia, 1999.
5. Elias, Norbert. La soledad de los moribundos. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1987.
6. Comelles, J. y Martínez, A. Enfermedad, cultura y sociedad. Madrid: Editorial Eudema, 1993.
7. Freidson, Eliot. La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península, 1978, p. 209-290.
8. Goffman, Erving. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu Editores, 2004.
9. Molina Guzmán, Gustavo. Historia y sociología de la Medicina (selecciones). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Programa interfacultades Doctorado en Salud Pública, 2007.
10. Sigerist, Henry E. Civilización y enfermedad. México, Fondo de Cultura Económica, 1987.
11. Rodney, M. Coe. Sociología de la Medicina. Alianza Editorial. 1979, p. 57-69.

CONVOCATORIA NACIONAL E INTERNACIONAL

- PREMIO INTERNACIONAL DE INVESTIGACION EN DOLOR "HÉCTOR TEJADA HERNÁNDEZ"
- PREMIOS NACIONALES DE INVESTIGACION EN DOLOR A MEJOR:

MALLA CURRICULAR
DOLOR EN EL PREGRADO
MONOGRAFIA EN DOLOR,
ESTUDIANTES DE PREGRADO
PROYECTO DE INVESTIGACION:
ESTUDIANTES DE POST GRADO EN DOLOR

PREMIO INTERNACIONAL DE INVESTIGACION EN DOLOR "HECTOR TEJADA HERNÁNDEZ"

Se crea el "Premio Internacional de Investigación en Dolor "Héctor Tejada Hernández" para promover la investigación en todos los campos del dolor, dentro del contexto nacional e internacional y, a su vez, honrar la memoria del Profesor Héctor Tejada Hernández, pionero en la transmisión y génesis de conocimiento en este campo y Miembro Fundador de la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor.

Se crean los Premios Nacionales de Investigación en dolor, con el fin de incentivar las disciplinas del dolor en las instituciones formadoras de recursos humanos en salud en Colombia, teniendo en cuenta a la institución misma con su malla curricular, a sus estudiantes de pregrado en salud y a los estudiantes de post-grado en dolor.

PREMIOS NACIONALES DE INVESTIGACION EN DOLOR

Con el fin de estimular a los CENTROS FORMADORES DE RECURSOS HUMANOS en la investigación de la génesis del conocimiento del dolor, fomentar la investigación y condiciones académicas en dichos centros educativos, se crean tres premios nacionales, a saber:

- Estimulo a facultades de pregrado, que tengan MEJOR MALLA CURRICULAR.
- Estímulo a estudiantes de Pregrado, que presenten la mejor MONOGRAFIA EN DOLOR.
- Estímulo a estudiantes de Post-Grado, que presenten el MEJOR PROYECTO DE INVESTIGACION

Premio Internacional de Investigación en Dolor "HÉCTOR TEJADA HERNÁNDEZ" y Premios Nacionales de Investigación en Dolor

DIRIGIDO A:

- El Premio Internacional "Héctor Tejada Hernández" En él, pueden participar de manera individual o colectiva, todas las personas que desarrollen investigación en cualquier aspecto del dolor, dentro del territorio colombiano o en cualquier país, con representación de la International Association for the Study of Pain IASP.
- Premios de Investigación Nacionales:
 - MONOGRAFÍAS ACERCA DEL DOLOR: Estudiantes de Pregrado de Ciencias de Salud
 - PROYECTOS DE INVESTIGACION: Estudiantes de Post-Grado en la Especialización en Dolor.
 - PROYECTOS A FACULTADES DE CIENCIAS DE LA SALUD:

Facultades de Ciencias de Salud del Pregrado: Que presenten la mejor MALLA CURRICULAR.

BASES DEL CONCURSO:

- Investigaciones originales o inéditas que a la fecha del cierre de la convocatoria evidencien resultados parciales o definitivos; así como las trabajos realizados a la fecha tipo MONOGRAFÍAS EN DOLOR, MALLA CURRICULARES que presenten con claridad los aspectos programáticos en dolor y la presentación de PROYECTOS DE INVESTIGACION

AVALADOS en los programas de POST-GRADO en Dolor.

- Remisión en original y tres copias impresas y en medio magnético a la sede de la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (Calle 134 # 7B-83 Of. 715), de cada uno de los productos comentados.
- Envío de un resumen de 250 palabras máximo incluyendo título y seudónimo en sobre cerrado: "Premio Internacional en Dolor Héctor Tejada Hernández", "Premio mejor MONOGRAFIA EN DOLOR", "Premio a MEJOR MALLA CURRICULAR", premio a "MEJOR PROYECTO DE INVESTIGACION EN DOLOR", a la sede de la ACED, así como la dirección y teléfono de los autores.
- Se seleccionarán un trabajo ganador, por cada modalidad, así: para el PREMIO INTERNACIONAL, un trabajo ganador a MEJOR MALLA CURRICULAR, un premio para la MEJOR MONOGRAFIA EN DOLOR, un premio para el MEJOR PROYECTO DE INVESTIGACION; los cuáles serán presentados y premiados en el marco del Congreso Internacional de Dolor.
- Los trabajos serán calificados en forma ciega por un jurado integrado por 4 miembros de reconocida experiencia en los campos del dolor y la investigación.
- La fecha límite de entrega, será el día 15 de Abril del año 2010 a las 6:00 p.m. Serán válidos los enviados por correo certificado, cuyo sello de envío esté dentro de este plazo.
- Los miembros del jurado, asignarán porcentajes de calificación a los siguientes aspectos:
- Importancia y aplicación de la investigación en el campo del dolor
- Metodología
- Presentación

INSTRUCCIONES DE PRESENTACION

- Los manuscritos deben ser enviados en papel, tamaño carta, en interlineado de 1.5 líneas, en letra Arial, tamaño 12, en lenguaje Microsoft Word.
- Se aceptan figuras y tablas en blanco y negro. No se aceptarán ilustraciones en color. Las figuras y las tablas deben ir numeradas independientemente, con números arábigos y con sus correspondientes pies de foto o descriptores de las figuras y tablas.
- Las referencias bibliográficas no se citarán en el texto, sino al final del artículo, por orden alfabético, sin numeración.

Las referencias se deberán incluir en la siguiente forma:

Revistas

- Apellido del autor, iniciales de sus nombres seguidas de dos puntos, título del artículo, nombre de la revista, seguido de punto seguido, número del volumen, número de páginas seguido de coma y año de publicación.
- Ejemplo: PAULI P, WIEDEMANN G, NICKOLA M: Pain sensitivity, cerebral laterality, and negative effect. 80:359-364, 1999
- Si se trata de mas de cuatro autores, se citarán los tres primeros seguidos de "et al".

Capítulos de Libros:

- Apellido del autor, iniciales del nombre seguidas de dos puntos, título de capítulo, número del capítulo, seguido de punto y la palabra ES (si es en Español) o IN (Si es en Inglés) seguida de dos puntos, autor del libro, título del libro, ciudad donde se editó el libro, editorial, páginas donde figura el artículo y año.
- Ejemplo: BEHAR O: Semaphorin Genes and Dorsal Root Ganglion Axonal Guidance, Chapter 2, In: D.Borsook (Ed.) Molecular Neurobiology of Pain. Seattle, IASP Press, 13-22, 1997.

XIX

CONGRESO INTERNACIONAL DE DOLOR



Mayo 12 de 2010

PRIMER TALLER TEÓRICO PRÁCTICO
DE INTERVENCIONISMO AVANZADO
EN DOLOR PARA ESPECIALISTAS
Universidad El Bosque



Mayo 15 de 2010

SEGUNDO TALLER TEÓRICO PRÁCTICO
DE INTERVENCIONISMO AVANZADO
EN DOLOR PARA ESPECIALISTAS
Universidad El Bosque

PROFESORES:

Oscar de León Casasola
Jaime Martina
Abel Murillo
Michael Gofeld
Mauricio Forero
Carlos Restrepo
Julio Páez
Rafael Miguel
Carlos Yépes

ASOCIACIÓN COLOMBIANA PARA
EL ESTUDIO DEL DOLOR

Calle 134 No. 7B-83 Of. 715 Tels.: 6271897 - Fax: 6271645
E-mail: admdolor@etb.net.co - dolor@etb.net.co
www.dolor.org.co



CAPÍTULO COLOMBIANO IASO

