



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Sociales  
Carrera de Sociología

**Documento de Cátedra 8: “Descifrando el dolor crónico”. Isabelle Baszanger (1997) en Anselm Strauss & Juliet Corbin (comps.) *Grounded Theory in Practice*, USA: SAGE Publications, Págs. 1-34.**

**Carolina Najmias (2004)**

**carolinanajmias@gmail.com**

**Cátedra de Metodología y Técnicas de la Investigación Social**

**Profesora Titular: Ruth Sautu**

Este Documento de Cátedra forma parte de una serie que tiene como propósito contribuir a la formación de alumnos de la Carrera de Sociología de la Universidad de Buenos Aires en cuestiones vinculadas al diseño y realización de investigaciones científicas en el campo de las ciencias sociales. Su contenido complementa los textos de metodología de lectura obligatoria y optativa incluidos en cada uno de los tres cursos que se dictan en la Carrera.

Estos documentos son material de uso interno y no pueden ser incorporados a ediciones impresas ni reproducidos comercialmente.

La Cátedra solicita a los usuarios de estos Documentos que citen a sus autores indicando las referencias completas, es decir: autores, fecha, título, número y tipo de documento (traducción, resumen, elaboración propia, etc.). En los casos en que el usuario utilice sólo parte del documento, haciendo referencia a algunos de los autores/obras originales allí incluidos, consignar que fue tomado de nuestro Documento de Cátedra. Por ejemplo:

E. O. Wrigth (1985), *Classes*, London: Verso, citado en Documento de Cátedra II.1., Plotno, G., Lederman, F. & Krause, M. (2007) “Escalas Ocupacionales”.

**Isabelle Baszanger: “Deciphering Chronic Pain” en *Grounded Theory in Practice*, compilado por Anselm Strauss y Juliet Corbin, USA, SAGE Publications, 1997, págs. 1 a 34. (Traducción de Carolina Najmias, 2004)**

## Comentario

(...)

## Introducción

El dolor crónico es, sobre todo, una realidad problemática. Es una experiencia privada de la persona, a la cual nadie más que ella misma tiene acceso directo. Los otros sólo acceden indirectamente. Debe ser comunicado por el que lo padece. Además hay otra razón por la cual el dolor crónico resulta problemático: en tanto que dura, es la prueba perdurable de un fracaso que cuestiona la validez de las acciones y explicaciones, presentes y futuras, de todos los involucrados, sean personas legas o profesionales médicos. Dado que el dolor es una sensación personal, privada que no puede ser reducida a una **objetivación**, no puede, en última instancia, ser establecido como un hecho incuestionable capaz de servir de base para la práctica médica y así organizar relaciones entre profesionales y personas legas<sup>1</sup>. Esta frágil **factualidad (factuality)** aumenta el trabajo que un médico debe llevar a cabo para descifrar el dolor del paciente.

El objetivo de este trabajo es examinar cómo los médicos especializados en medicina del dolor (pain medicine) trabajan en el desciframiento del mismo. Este trabajo es el que les resulta más arduo ya que no existe una doctrina unificada en la cual puedan, sin dudar y sin reservas, apoyarse para calificar la situación de dolor del paciente. Como he demostrado en otras ocasiones (Baszanger, 1987, 1990), estos médicos están construyendo el dolor crónico como una entidad médica original que abre un nuevo campo en la práctica clínica, la cual, a su turno, justifica la existencia misma de la entidad. Este continuo trabajo de construcción divide **bruscamente** al grupo profesional sobre cómo definir los estándares de práctica. Resulta crucial para este debate la cuestión acerca de cómo redactar una definición **fidedigna (authoritative)** del dolor crónico con el fin de delimitar la especialidad y organizar las prácticas. Por el momento, no es previsible que haya consenso.

Esta especialidad está tomando forma alrededor de dos polos sumamente diferentes. En el polo que podríamos llamar “curando a través de técnicas” (curing through techniques), el objetivo es curar el dolor mediante medios que abarcan desde drogas y los más simples métodos médicos hasta las más sofisticadas técnicas neuro-quirúrgicas. Aquí el dolor tiende a ser definido como función de las posibilidades técnicas para tratarlo. En el otro polo, al que podríamos llamar “curando a través de la adaptación” (healing through adaptation), el principal objetivo es controlar el dolor, el cual es definido como un comportamiento pobremente adaptado. Para alcanzar tal objetivo, plantean proveer un cuidado total recurriendo tanto a técnicas cognitivas y de comportamiento como a drogas y terapia física.

Estos dos polos se encuentran representados por dos centros hospitalarios especializados en tratar el dolor crónico. Cada uno de estos centros tiene gran número de casos, y es un emprendimiento **empresario (entrepreneur)**. Sus aproximaciones los han ubicado frecuentemente en posiciones enfrentadas sobre importantes puntos, tales como los deberes de un centro de dolor y el rol educacional. Examinando actividades **empresariales**

---

<sup>1</sup> Sobre la construcción de hechos científicos, ver: Latour y Woolgar (1979); y sobre la construcción de hechos privados, ver Claverie (1990).

(**entrepreneurial**) y discursos médicos profesionales en estos dos centros, fui capaz de reconstruir sus muy diferenciadas concepciones acerca del trabajo médico sobre el dolor. Estas dificultades (la problemática **factualidad (factuality)** del dolor y el debate doctrinal) afectan a las prácticas médicas cotidianas y las relaciones con los pacientes. Esto fuerza a trabajar con la **esquiva (elusive)** información proveída por los pacientes para dar lugar a algo llamado dolor crónico. Al hacer ésto, empalman varios, casi incompatibles, recursos. En el caso del dolor crónico, recurren a estratos del conocimiento con los cuales están más o menos familiarizados.

Uno es la ampliamente aceptada **gate-control theory**. Esta teoría científica está lejos de proveerles los significados de las reales prácticas reguladoras<sup>2</sup>. A pesar de que todos los médicos del dolor comparten este marco de referencia, están involucrados en una continua transformación de la teoría según la posición maximalista o minimalista que hayan adoptado. Las prácticas reales están fundadas en estas contrastantes opciones, así como lo está el trabajo de desciframiento de casos.

Complementando esta teoría, los médicos ponen en juego conocimientos de todo tipo –acerca del entorno, comportamientos psicológicos, factores sociales, etc.<sup>3</sup>. Además empalman varias fuentes científicas (biología, neuropsicología, anatomía, epidemiología, psicología, etc.) con el fin de forjar conocimiento práctico para tratar casos más que para explicar generalidades<sup>4</sup>. El esfuerzo intelectual para ‘atar los cabos sueltos’ no termina aquí. Se requiere otro paso: el trabajo médico es realizado sobre individuos, quienes no son datos “objetivos” para ser **no se ve lo que dice**. Las personas tienen sus propias ideas; pueden cambiar o resistir al cambio; expresan emociones, miedos y esperanzas. Cada paciente tiene una historia. Esto acarrea varias consecuencias (cf. Strauss et al., 1982; y Wiener et al., 1980) de las cuales una merece especial atención: durante las consultas médicas se exceden las actividades terapéuticas y de diagnóstico en sus acotados y usuales sentidos. De hecho, muchas y diferentes cosas son dichas, las que van desde quejas sobre el cuerpo hasta problemas personales, familiares y relacionados con el trabajo. Escuchar o no esta información, entenderla y usarla como datos (y cómo hacerlo) son decisiones que requieren más que la mera aplicación de conocimiento teórico. Pueden estar relacionados con el acercamiento personal del practicante (el que practica la medicina, sea medico, enfermero, etc.) o con el procedimiento profesional (cf. Silverman, 1983; y Dodier, 1990).

Aquí estudiaré la manera en que estas múltiples fuentes son puestas en uso por los médicos mientras forman sus juicios sobre cada caso. Más allá del problema del conocimiento práctico, me gustaría considerar las consecuencias para los pacientes. Las formas en que los médicos ponen sus variados recursos a trabajar puede ayudarnos a comprender cómo ellos estabilizan, al menos por un tiempo, la problemática realidad del dolor crónico intentando aferrarse al mismo. Estableciendo esta realidad en una interpretación, ellos pueden organizar las intervenciones en los pacientes. Usando como campo experimental dos centros con concepciones y prácticas opuestas deberíamos ser capaces de ver cómo los médicos en cada

---

<sup>2</sup> El hecho de que los médicos del dolor compartan una teoría, aunque desarrollada de forma diferente, los distingue del grupo profesional descrito por Mol y Lettinga (1990), el cual fue dividido en dos segmentos con premisas teóricas diferentes.

<sup>3</sup> Para un revelador análisis sobre cómo variados “niveles” de conocimiento son presentados en el discurso médico contemporáneo, ver Armstrong (1984).

<sup>4</sup> Este trabajo de un segmento profesional emergente puede ser comparado con la forma en que los jóvenes practicantes, al principio de su carrera, ponen en uso el “conocimiento enciclopédico” (book knowledge) adquirido en la escuela de medicina. Sobre la construcción del mundo profesional entre los jóvenes practicantes generales, ver Baszanger (1983). Dodier (1991) ha hecho un análisis similar sobre medicina ocupacional.

centro determinan las situaciones de dolor de los pacientes y los asesoran. Examinaré cómo las características de este trabajo involucran a médicos en sistemas específicos de relaciones con los pacientes, y cómo estos sistemas están relacionados con dimensiones del trabajo: o bien dando una justificación de las acciones del médico o a una confirmación o realineación del acuerdo inicial doctor-paciente.

## **Método**

El enfoque de grounded theory (teoría basada en datos o teoría densa), fue adaptado tal como ha sido desarrollado por Glaser y Strauss (1967). Los dos centros del dolor fueron seleccionados luego de una fase inicial de investigación, porque realizar una comparación podría servir para fundar (ground) afirmaciones teóricas. Ambos centros están ubicados en hospitales escuela de París, Francia. Reciben pacientes con patologías similares, mayoritariamente dolor en el sistema esquelético (lumbares, dolor de cervicales, secuelas de cirugías de espalda), dolor de cabeza producido por la tensión, migraña, dolor neurológico (...), de hecho cualquier dolor que haya durado más de 6 meses y haya sido resistente a todos los tratamientos regulares es allí tratado. De todas formas, a pesar de que estos dos centros admitan pacientes similares, no tienen el mismo acercamiento al dolor. El Centro I tiene un acercamiento de tipo “curando a través de técnicas” (curing through techniques). El tratamiento es considerado como una fase dentro del proceso médico total. En promedio hay tres consultas seguidas por una re-derivación hacia el médico habitual del paciente una vez que el tratamiento ha sido establecido y regulado. Un neurocirujano y dos anestesiólogos, que han adquirido las técnicas específicas para curar dolor, son los **emprendedores (entrepreneurs)** de este centro. La organización multidisciplinaria del centro toma forma alrededor de este “coro de médicos del dolor”. Están rodeados de asesores especialistas a quienes siempre que sea posible se derivan los pacientes para los que no existen tratamientos específicos cuando llegan al centro. Es diferente para el psiquiatra: si los tratamientos de los “médicos del dolor” no son exitosos, generalmente se define el caso como fuera de su jurisdicción y se lo deriva al psiquiatra. El segundo centro tiene un acercamiento de tipo “curando a través de la adaptación” (healing through adaptation) que lleva a la provisión de un cuidado extensivo e integrado del paciente. El promedio de tiempo que dura el seguimiento de un caso suele ser de entre 8 y 14 meses. Este seguimiento requiere de trabajo en equipo y de una **efectiva** organización multidisciplinaria. El eje central de este equipo son aquellos médicos que, sin considerar sus especialidades, han adaptado técnicas conductuales (behavioural) para el tratamiento del dolor. Asesores especialistas incluyendo un psiquiatra, trabajan con ellos en una perspectiva de cuidado total; varios doctores pueden simultáneamente seguir un solo caso<sup>5</sup>.

Observé consultas con varios médicos en los dos centros durante 8 meses. No alterné diariamente visitas a cada centro, ya que quería seguir algunos casos y no lo podría haber hecho sin una presencia constante en un solo centro. Sin embargo, luego de 3 meses en el segundo centro volví por unas semanas al primero. Como las comparaciones entre ellos resultaron fértiles, quise comparar “al revés” y, cambiando los entornos, limitar los efectos de la excesiva socialización que se dan cuando se pasa demasiado tiempo en un lugar. Además de observar consultas, participé en actividades de grupo en los dos centros, y aproveché las conversaciones con médicos y, menos frecuentemente, con enfermeras.

---

<sup>5</sup> En un reporte (1987), he recopilado la historia de estos dos centros de dolor, y analizado cómo están organizados y cómo trabajan.

Usé el método de comparación constante (constant comparative method) de análisis y sus procedimientos de codificación, primero comparando ítems en cada categoría, luego formando categorías y, finalmente, comparándolas. Para mí, estos dos centros representaron un único campo de investigación. Resultan relevantes algunas observaciones sobre las notas de campo. Es difícil anotar todo lo dicho durante una consulta con dos, frecuentemente tres, personas presentes, y dado que mi intención no era hacer análisis de conversaciones (el cual hubiera requerido anotar cada palabra, silencio e incluso gesto), decidí proceder como una etnógrafa. Algunos intercambios parecían tan importantes que requerían registrar cada palabra, entonces siempre tenía un pequeño anotador sobre mis rodillas totalmente visible. Esto no era inusual en el escenario hospital escuela de estos dos centros del dolor y nunca causó problemas. Reseñé al pie de la letra intercambios seleccionados, y anoté las secuencias durante cada consulta así como momentos decisivos en conversaciones y discusiones. Por ejemplo, indiqué los eventos previos a intensos intercambios y anoté si el examen clínico había tenido lugar al principio o al final de la consulta. En otras palabras, intenté establecer conexiones en líneas de razonamiento apuntando palabras clave con el fin de que me ayudaran a recordar lo que había ocurrido. Gracias a un médico en el segundo centro, se me permitió grabar algunas de las consultas. El tomar notas mientras grababa me permitió luego comparar estas dos técnicas de almacenamiento y mejorar mi forma de tomar notas. Aquí fueron considerados pasajes de entre las 326 consultas registradas en notas o grabaciones, y codificadas.

### Centro I

“Buscar, eliminar, verificar, asegurarse, permitirse error, determinar, asumir lógicamente”. Esta retórica de la acción, que los médicos en el primer centro usaron repetidamente durante las consultas, provee una idea sobre cómo el trabajo médico es realizado y hecho *visible* a los pacientes. Esta lógica invita a ser estudiada. Lo que el paciente dice sobre el cuerpo, lo que se señala, debe ser trazado en el sistema nervioso, convertido en porcentajes o promedios. La primera tarea del trabajo médico consiste en averiguar si el dolor puede ser proyectado en un mapa del cuerpo, para determinar si “hay algo o no hay nada”. Si bien los términos en esta alternativa pueden tener contenidos bastante diferentes necesitando acciones diferentes, ambos encajan en una única perspectiva: curar a través del uso de técnicas/tecnología.

### **Estableciendo la situación de dolor del paciente**

Por este “nada” que ellos utilizan tan seguido al hablar con los pacientes, los médicos no significan que no haya dolor. Lo que en verdad hacen es localizar al dolor, a ellos mismo y al paciente de un lado de la alternativa algo/nada. Esta alternativa, que podemos utilizar para analizar cómo toman las decisiones, es de hecho usada por ellos cuando cambian a un paciente de un lado a otro. Sin embargo, no es tan horizontal en términos equitativos. Es vertical, con términos en un orden jerárquico.

#### 1. Situaciones fáciles de decidir

Estos médicos usualmente pueden determinar la situación de dolor del paciente de forma relativamente fácil. Normalmente reciben, de parte del médico que derivó al paciente, una carta con el diagnóstico o con indicaciones suficientemente claras como para definir inicialmente la situación aún antes de encontrarse con el paciente gracias a la semiología médica y a la experiencia práctica. El problema es verificar esta definición cuando se entrevistan con el paciente y examinan el historial médico que trae consigo.

La primera consulta con el paciente siempre comienza con preguntas, ya sean específicas (“¿Así que tiene un herpes zoster?”, “¿Muéstreme dónde le molesta ahora?”) o preguntas abiertas (“¿Qué es lo que le sucede?”, “¿Qué es lo que lo trae aquí?” o “Comience por el principio y cuénteme lo que le sucede”). Si el paciente comienza hablando sobre síntomas físicos, el médico inmediatamente pide detalles. Habiendo ya tenido varias citas con otros practicantes, los pacientes a menudo utilizan términos médicos o hablan de tratamientos previos. En cualquier caso, el médico pone al paciente en el camino indicado. Un paciente que dijo “A veces tengo serias migrañas” fue corregido: “No. Usted tiene dolor de cabeza. ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Cómo?”. Cuando otro comenzó hablando sobre su trigémino, el médico lo interrumpió: “...Ahora, dígame cómo se lastimó.” Si un paciente acepta la invitación de las preguntas abiertas y comienza a contar su historia con todos los hechos, el médico, luego de un rato, lo interrumpe de forma de guiarlo desde el contexto del dolor a los síntomas:

*Paciente:* Tuve un accidente en 1984. Caí de espaldas desde la escalera, no me pude agarrar. Bueno, estaba cargando un balde. Estaba acostumbrado a trepar en una escalera de mano. Entonces estuve en cama tres meses con infiltraciones. Volví a trabajar en techos por casi un año. En 1985, cuando hacía frío, ahí fue cuando estaba crudo (raw) afuera, bajo cero –no sé si sea por eso- tuve que parar otra vez.

*Médico (interrumpiéndolo):* Entonces, ¿el dolor corre por su pierna?

*Paciente:* Sí.

*Médico:* ¿Dónde?

Al paciente no se le permite divagar interpretando sus síntomas. Cuando un paciente empezó “Todo comenzó cuando me caí dos o tres veces” el médico interrumpió: “Puede ser. Es muy difícil establecer la causa.”. Podemos sentir la determinación por especificar el dominio de cada parte. Más importante, podemos ver que el médico, al menos cuando ya tiene los medios para descifrar la situación (como en la última entrevista), considera la explicación causal del paciente irrelevante.

Los médicos buscan patrones de dolor haciendo preguntas a los pacientes sobre su dolor (por ejemplo, qué lo hace peor o mejor –pararse, sentarse, etc.-) y sobre los efectos de los tratamientos previos. Las preguntas no son hechas en un orden preestablecido; pueden darse antes, durante o después del chequeo (checkup), según como el médico reaccione a las declaraciones espontáneas del paciente. En los casos fáciles de decidir, el objetivo es ver si las sugerencias de la carta de remisión son de alguna utilidad y si las declaraciones del paciente y el historial médico están en concordancia. Durante la **revisación (examination)**, el médico busca evidencia para sostener estas pistas.

Durante las consultas con casos que podrían ser fácil y rápidamente determinados, lo que el médico busca es generalmente congruente con lo que le permite ver el examen, con las reacciones del paciente y con el historial médico. Esta congruencia a veces puede ser retrasada. Ocurrió que en el caso de un paciente al cual un dolor en su espalda y pierna le había persistido desde la operación de un disco deslizado, el médico había recibido una carta del cirujano, cirujano con el cual el centro trabaja frecuentemente. La carta diagnosticaba el caso y pedía un “tratamiento sintomático”. Sin dudar de este diagnóstico, el médico pidió al paciente que indicara dónde le dolía la pierna. Mientras hacía esto, el médico lo interrumpió: “Eso es extraño. Usted no es/está normal. El dolor generalmente se dispara en el frente.”. Trabajando con los rayos-X un poco después, dijo: “Uh-huh, es claro de ver. Tiene un L5, de modo que encaja, todo encaja.” Al usar un medio que **objetiviza (objectifies)** la causa del

dolor, el médico eliminó una desviación en la experiencia del paciente. En tanto que todo el resto de la evidencia era congruente, esta desviación de la norma podía ser descartada como irrelevante.

Lo que el paciente dice no es más que una indicación. No es competente para determinar lo que siente por dos razones. Ante todo, no tiene medios para generalizar: “Usted solo conoce su propia experiencia, mientras que yo conozco varios casos.”. En segundo lugar él es sujeto de sus sensaciones; las siente más que las mide<sup>6</sup>.

Durante la primera consulta el propósito es identificar el dolor del paciente utilizando tanto lo establecido por las **revisaciones** objetivas médicas previas como por lo que dice el paciente. En el esfuerzo por averiguar a qué corresponde el dolor del paciente, el médico redacta, verifica o elimina hipótesis de modo de reducir el número de posibilidades. El siguiente caso ilustra este proceso en su totalidad. En su primera cita en el centro, una mujer dijo que su **pierna dolida dolía (leg pain hurt)** “como una quemadura o como pellizcos/pinchazos”. Ella ya había ido a un reumatólogo, pero una radiografía de cadera “no develó nada”. Pensó que su muslo estaba inflamado y que el dolor era más intenso hacia la noche. Diciendo “¿Usted piensa que está más grande?” el médico verificó la diferencia midiendo objetivamente ambos muslos con una cinta, y dijo: “Estamos de acuerdo”. Al notar que las venas estaban cerca de la superficie de la piel, agregó: “Hay un problema superficial de venas, pero ¿es eso lo que está causándole problemas?”. Este se convirtió en el problema a ser resuelto. El médico procedió reduciendo el número de posibilidades. Mencionando el rayo-X, eliminó un posible problema de cadera. En tanto que no pudo establecer que el dolor siguiera un nervio: “podemos eliminar neuralgia femoral cutánea.” (femoral cutaneous neuralgia). Preguntando a la paciente sobre la periodicidad de su dolor y los factores que lo empeoraban, buscó saber si estaba relacionado con las venas. Dado que el dolor cesaba durante el fin de semana pero aumentaba cuando tenía que estar parada por mucho tiempo (como debía hacer en el trabajo), concluyó: “Entonces, es eso.”.

En este caso, los únicos puntos tratados fueron aquellos directamente relacionados con el dolor: ni el médico ni la paciente mencionaron nada más. Esto se mantiene para casi todas las consultas en las cuales la situación de dolor puede ser fácilmente identificada como “física” o como “algo”, según se dice en el centro. Lo que resulta notable acerca de tales casos es que el médico casi nunca hace preguntas sobre el trabajo y vida del paciente (la forma en que ha cambiado como consecuencia del dolor crónico, lo que el paciente puede y no puede hacer, etc.). Muchos pacientes hablan del impacto del dolor en sus vidas y relaciones familiares. Dicen que están “hartos” o exhaustos. Si bien los médicos los escuchan, no abrirán una nueva línea de investigación o un nuevo campo de tratamiento mientras puedan descifrar el caso usando otros recursos.

Los médicos no “trabajan” sobre la información dada por los pacientes sobre las causas del dolor y el impacto en sus trabajos, humor y más profundos sentimientos sobre valor e identidad personales (self-worth and self-identity). Más exactamente, cuando forman su juicio, no trabajan con este tipo de información tanto como con los signos y síntomas mencionados por los pacientes. Si bien estos médicos adhieren a una teoría del dolor que no considera la primera fuente de información como irrelevante o meramente expresiva de sentimientos personales, dicha información tiene un status más frágil que la evidencia física porque su validez en tanto que “hechos” puede ser cuestionada. La teoría **the gate-control**

---

<sup>6</sup> El problema acerca de quién posee un “conocimiento verdadero” sobre la experiencia de una persona es cercano a algunas cuestiones planteadas por Perakyla y Silverman (1991) en un escenario médico distinto.

**theory of pain** toma completamente en consideración los procesos físicos y los psicológicos con el fin de explicar la modulación de los mensajes del dolor. De esta manera tiene abierto el camino hacia dos interpretaciones médicas diferentes. Como marco de referencia, ha forzado a todos los centros de dolor a construir un discurso con espacio tanto para los aspectos del dolor psicológicos como para los físicos. Además los fuerza a adaptar prácticas que dan lugar para la psicología (por ejemplo, teniendo en el staff un psiquiatra o psicólogo).

El centro de dolor estudiado interpreta el dolor de una manera que minimiza los procesos cognitivos y psicológicos. Éstos están en segundo lugar con respecto a los procesos físicos, como los medios de calificación de causas del dolor y como objetos sobre los cuales los médicos deben trabajar. Esto es lo que significué con la alternativa jerarquizada nada/algo. Esta “nada” no es sinónimo de inexistencia. En cambio, refiere a algo más, al “lado inorgánico del dolor” (tal como dijo un médico del centro), el cual debe ser reconocido ya que abre el campo para conceptualizar y explicar ciertas patologías y puede ser usado para determinar casos difíciles. Sin embargo, este “algo más” no implica un trabajo médico específico.

Antes de explorar algunos de tales casos, necesitamos establecer un inventario de tipos de indicios que apuntan hacia una anomalía psicológica. A partir de los comentarios de los médicos y mis observaciones de consultas, redacté la siguiente lista. Debería enfatizarse que esta lista es común a todos los centros de dolor (lo que diferencia a los centros es el peso asignado a diferentes ítems).

Un conjunto de indicios está directamente relacionado con el dolor mismo, o la experiencia del paciente de ese dolor: dolor “ambulante” (“un día aquí, el siguiente allí”); dolor con varias ubicaciones (por ejemplo, dolor cervical y lumbar); dolor que desaparece cuando el paciente se va a dormir pero reaparece con intensidad máxima cuando se despierta; “dolor espontáneo” no provocado por ningún factor traumático ni mecánico; en sentido más amplio, cualquier dolor que permanece sin explicación luego de varios exámenes, rayos-X o chequeos biológicos; dolores que el paciente describe en términos muy vagos o incluso contradictorios (por ejemplo, cuando responden afirmativamente a todas las sugerencias que el médico hace sobre las sensaciones, o cuando las descripciones de los síntomas antes o durante “una crisis” no tienen sentido para el médico –como un frío helado en la **lower back** antes de que el estómago comience a doler); y toda una serie de signos físicos visibles que los médicos consideran exagerados (por ejemplo, cojeas cuando duele el codo o tocarse continuamente el punto lastimado). Otros ítems que caracterizan la relación del paciente con la medicina y la profesión médica son: proclamar que el dolor fue causado o dura por errores de doctores o paramédicos; ser quisquilloso (fussy) con la medicina (por ejemplo, “Hoy oís que no hay más razón para sufrir. Eso me hace reír.”); y un consumo excesivo de medicina (de drogas y doctores) sin mejoría. Finalmente, hay un conjunto de ítems que tienen que ver con el contexto en el cual el dolor se origina, y, más ampliamente, con las circunstancias de vida: un accidente laboral y el acuerdo financiero; y eventos desestabilizadores (tales como desempleo, divorcio, duelo) y situaciones del mismo tipo (tales como permanentes malentendidos o peleas constantes de pareja, la falta de cónyuge, y problemas en el trabajo o en la familia).

Para el médico, las pistas en ciertos casos pueden ser tan numerosas o aplicarse tan bien que cae en un patrón que lo lleva a formarse una opinión a priori. Así pues, el médico retiene como relevante la evidencia que el paciente produce en línea con este patrón. Por ejemplo, un médico leyó en voz alta, antes de recibir al paciente, una escueta carta de referencia general del practicante: “El Sr. X. ha estado sufriendo de un persistente dolor lumbar y cervical por años.”. De inmediato el médico me dijo: “A priori, este es un caso psicológico. Uno no



arrastra un problema como ese por varios años a pesar de ver a un montón de doctores.” La falta de un diagnóstico preciso en la carta, la doble localización del dolor, el término “persistente” (sugiriendo que todos los tratamientos habían fallado), el largo tiempo transcurrido desde que el dolor había comenzado, todos estos indicios formaban un arquetipo al cual el médico agregó otro, a saber, “ver a muchos doctores”, que resultó ser falso. Sin considerar las pistas confluyentes hacia una opinión a priori, la lógica de la acción permanece igual: indagar, eliminar, verificar, etc.

El proceso de toma de decisión es apenas trastocado cuando el médico, careciendo de base para una opinión a priori, construye las conclusiones en dos fases mediante un tratamiento postergado de ciertas piezas de evidencia. Durante la primera fase de la consulta la evidencia de un problema no-físico podría sumarse, pero no caer en un patrón antes de que el chequeo general y los controles hicieren posible separar el dolor del paciente de otros problemas físicos que podría tener. La separación puede ser entonces hecha y la posibilidad de un origen físico eliminado. Él o ella puede entonces juntar piezas dispersas de evidencia e intentar descifrar las quejas del paciente en otro sentido.

## 2. Situaciones para ser examinadas (tested)

Hasta aquí hemos visto situaciones que los médicos podían definir con relativa facilidad haciendo referencia a la alternativa “algo/nada”. Esto no siempre es así, aún cuando tales situaciones sean las más frecuentes. Reconstruí dos tipos de situaciones no fáciles de definir.

En el primero, los médicos no pueden eliminar sin investigaciones adicionales la posibilidad de un problema físico, por ejemplo, cuando el dolor es físicamente obvio o aparentemente explicable (si el paciente tiene una enfermedad seria o ha sufrido una cirugía mayor –en contraste con las cirugías plásticas cosméticas-) *salvo* cuando estas manifestaciones de dolor son contradictorias o difíciles de clasificar, o apuntan a procesos incompatibles. Para establecer tales casos, los médicos recurren a los llamados “**diagnósticos prueba**” (**diagnostic trials**).

Si bien esta frase podría referir a controles adicionales, generalmente implica que el médico realizará experimentos de prueba (trial test), tales como anestésicar un nervio o punto sensible al dolor con una sustancia, teniendo, en principio, efectos totalmente predecibles. Las reacciones del paciente pueden, entonces, compararse con promedios calculados durante experimentos farmacológicos. De esta manera se abre lugar a una interpretación en base a las observaciones del paciente de sus propias sensaciones. Cuando un paciente, luego de que se le administrase un anestésico, preguntó: “¿Usted quiere ponerlo a dormir y estudiar lo que pasa?”, el médico respondió “Usted va a decirnos qué pasa.”. No todos los médicos están satisfechos con medir y definir el dolor de esta forma. Siempre que un médico procede a un “**diagnóstico de prueba**” (**diagnostic trial**), se abre un campo de enjuiciamiento sobre las circunstancias en las cuales el dolor es originado. Este campo permanece abierto hasta que los resultados de la prueba están listos.

En el caso de una paciente con dolor en sus pies, el médico estaba perplejo porque los indicios encontrados mientras la examinaba no apuntaban claramente hacia **algodystrophy**, que era lo que la carta de referencia sugería. Tampoco parecían apuntar a cualquier otra “pista” física que la **algodystrophy** –y él lo discutió con sus estudiantes. Le dijo al paciente: “Dado que aún no tengo los resultados (de otro examen), no sé que es lo que tiene porque aparentemente no es eso.”. Entonces, enseguida, sin dejar que la paciente hiciese ninguna pregunta, cuestionó

(queried) si “todos estaban de acuerdo sobre la operación”, es decir, si todos concordaban en que la operación era una buena solución. Recién cuando ella hubo contestado afirmativamente, él preguntó si su esposo, familia y amigos cercanos lo habían aceptado. Cuando ella respondió “sí, nos dijeron que no era nada”, él comentó: “Bueno, lo veremos.”. En efecto, había abierto dos caminos de interpretación, pero no elegiría entre ellos hasta más adelante. Insinuó esto a la paciente: “En tanto que no tenemos prueba, deberemos esperar. No seremos capaces de **ver (see)** hasta ese momento. El tratamiento será o bien una infiltración (si se confirma la **algodystrophy**) o un antidepresivo (si es “algo más”).”.

En la segunda clase de situación, ciertos dolores, especialmente cuando localizados en músculos tensos, se prestan ellas mismas a una doble lectura. Por ejemplo, el punto dolorido en un músculo podría ser una secuela de una cirugía mayor y del “susto atroz” (awful scare) que el paciente tuvo al enfrentar los riesgos mortales de la operación. En otro ejemplo, un paciente podría tener migrañas y dolores de cabeza producidos por la tensión, dos entidades médicas diferentes aunque puedan ocurrir juntas. Esta situación podría llamar a descifrar el caso mediante el concentrarse en el paciente como persona. Los dolores musculares son ambiguos en eso: a pesar de su evidente **fisicalidad (physicality)**, las razones de su origen deben ser encontradas. Fuerzan a los médicos a adoptar una estrategia de esperar-y-ver que combina diagnósticos y tratamientos en el llamado “tratamiento de prueba” (trial treatment). Dado que tales casos no deben ser determinados de una vez y para siempre, los médicos enfrentan otro problema. Intentan ordenar prioridades y medir su compromiso terapéutico mientras hacen posible el ir y venir entre los términos de la alternativa algo/nada. Este trabajo de definición no es muy claro y puede volverse aún más duro cuando el paciente reacciona a este ir y venir (switching about).

### **Formulando recomendaciones para los pacientes: una lógica de descripción y demostración**

Los médicos en este centro formulan recomendaciones a los pacientes siguiendo una lógica de descripción y demostración. En la mayoría de los casos, la situación de dolor puede ser descifrada como una lesión o defecto orgánico. Los médicos restringen la descripción del dolor a sensaciones corporales. Sistemáticamente, al final de la consulta y frente al paciente, el médico dicta una carta para ser enviada al doctor **derivador/que inicialmente había derivado al paciente al centro de dolor (referring)**. Esta carta, la cual *describe* el dolor en detalle (su periodicidad, intensidad, indicios concomitantes **-concomitant signs-**, **nerve path**, etc.), se interpreta como una especificación técnica.

Hay poco espacio para el discurso del paciente. A veces, la situación es tan obvia para el médico que hace pocas preguntas. El paciente es periférico a la formulación de la recomendación sobre el caso. De hecho, la carta es usada para demostrar su caso a él mismo. A menudo, el médico habla del tratamiento, pero no de la causa, lo que podría mencionar luego, ya sea mientras explica el tratamiento o al responder alguna pregunta. Esta forma de omitir la causa, o mencionarla casualmente, se sigue de una lógica –la cual se considera el paciente comparte- que establece una continuidad entre causa, tratamiento y cuerpo como bases para una explicación.

Cuando se formulan las recomendaciones, el médico utiliza varios recursos para tornar visible la situación de dolor. Puede mostrarle al paciente los rayos-X o resultados de exámenes. Puede demostrar una prescripción o tratamiento con diagramas. Una reveladora diferencia entre los dos centros de dolor está relacionada con la neuro-estimulación (neurostimulation),

un método no muy usado. En este centro, el médico sucintamente explica el tratamiento al paciente dibujando sobre un bosquejo del cuerpo humano la trayectoria del dolor y marcando con dos 'x' los lugares aproximados para los electrodos. Este dibujo “**objetiviza**” (**objectifies**) la situación de dolor y sirve como demostración. De este modo el médico representa (depicts) la continuidad entre un dolor, su análisis y tratamiento.

Generalmente el médico formula recomendación como resultado de un proceso de razonamiento lógico basado en conocimiento médico. Uno dijo: “Hay dos cosas que podemos proponer. Pueden ser hechas en cualquier orden: bloquear la raíz o proveer estímulos externos. Pero es más lógico comenzar con la estimulación.”. Esta lógica implica una cierta progresión en el tratamiento en tanto sucesivas posibilidades son eliminadas: “Debemos comenzar con las cosas más simples; y si no funciona, continuaremos con las complicadas.”.

El futuro es dibujado en términos de una posible cura que podría ser lograda, aunque con dificultad. Por esta razón, el médico es incapaz de dar una opinión definitiva durante la primera consulta. El presenta la cura como una posibilidad y usualmente incluso como una probabilidad calculada en un porcentaje. Gracias a esta referencia a estadísticas y probabilidades, el paciente ya puede ser imaginado en varias situaciones futuras. En efecto, el futuro del paciente es una predicción estadística basada en las posibilidades graduadas de las acciones del médico. Ciertas fórmulas lo sugieren: “Es lógico empezar por...”, “Haremos esto primero, luego...” y “Hagamos esto para comenzar, y luego veremos”. La conclusión de la carta dictada en presencia del paciente refuerza esta idea de un futuro sobre el cual hay poco control. Como las principales líneas de acción por el momento y -si éstas no llevan a ningún lugar- las líneas para el futuro, están siendo **dejadas (lay down)**, el paciente es reducido a ser espectador de una demostración que prueba la competencia del médico y predice una posible, pero nunca segura, cura.

Esta demostración de un proceso de razonamiento lógico, de la dificultad del trabajo médico y de la competencia médica profesional, es aún más pronunciada cuando el médico pone el énfasis (shifts) en descifrar el caso en términos del paciente como persona más que como cuerpo. Aquí hay una ruptura de continuidad, como se torna claro cuando un médico decide derivar el paciente a un psiquiatra. Incluso si decide seguir el caso él mismo, hace comprender al paciente que el dolor es otra cosa que algo físico. A un paciente se le dijo: “El dolor está relacionado con un estado depresivo, conciente o no.”. Los médicos eligen un “contexto de conciencia abierto” (open awareness). Dado que casi todos los pacientes vienen al centro para ver a un médico, no a un psiquiatra, ellos no están listos para el cambio. Enfrentando tal caso, el médico no busca tanto comprender la naturaleza psicológica del dolor como probar al paciente que es psicológico. Esta es una diferencia esencial con el segundo centro de dolor, como tendremos que ver.

Al probar que el dolor está relacionado con factores psicológicos, el médico procede de varias maneras. **By broadening** su discurso del lenguaje de las sensaciones corporales para hablar sobre toda la persona y circunstancias de vida, puede ligar dolor y personalidad de forma tal de cambiar las bases para formular la recomendación. Esto puede observarse durante una consulta cuando el médico repetidamente formula un problema del paciente de forma de señalar el cambio. El médico podría también **objetualizar (objectify)** la existencia de dos tipos de explicaciones científicas y dar una corta lección al tiempo que ubica las quejas del paciente en factores no-físicos. Seguido usa resultados de pruebas y rayos-X que muestran que “no hay nada” de modo de cerrar el terreno físico.

En casos poco comunes, cuando se han hecho **importantes exámenes diagnósticos (major diagnostic test)**, el médico intenta probar al paciente que es imposible demostrar objetivamente la existencia del dolor. Siempre se utiliza el mismo procedimiento, a menudo con la ayuda del psiquiatra quien, con el consentimiento del paciente, seguirá el caso. Luego de anestesiar el punto dolido, el médico demuestra al paciente que sus dolorosas sensaciones son “anómalas/anormales” (abnormal) en tanto que él/ella no siente nada más cuando es pinchado con un alfiler o apretado pero aun así experimenta el dolor. Un médico explicó este procedimiento a un estudiante y a mí como “demostrando al paciente la **inorganicidad (inorganicity)** de su dolor, que su dolor proviene de algo más.”. Esta demostración también puede implicar comparar los resultados del paciente en ciertos exámenes con los resultados promedio. El propósito es forzarlos a ver que sus argumentos, e insistencia sobre ciertas sensaciones, son falsos, como un médico dijo: “Debe ser duro darse cuenta de que, durante todo este tiempo, usted estaba errado sobre su dolor.”. Esta última forma de **objetivación (hacerlo externo, objetivarlo)** está dirigida a motivar al paciente a “trabajar sobre él mismo”, como un psiquiatra me dijo.

Esta lógica de demostración conoce sus límites cuando una recomendación del médico viene y va del cuerpo a la totalidad de la persona. A veces incapaz de determinar un caso con la alternativa “algo/nada”, el médico dice a los pacientes: “Usted tiene dos problemas” con el fin de hacerlos darse cuenta que son “demasiado sensibles” y por lo tanto tensos y que este es un factor en el dolor. Sin embargo, a diferencia de en el segundo centro de dolor, los médicos no consideran que esta tensión sea de su incumbencia. Al hacer tales comentarios, abren la posibilidad de sentencia y acción, pero dejan cualquier decisión librada (leave up) al paciente, aun cuando ellos traten el caso y continúen yendo y viniendo entre descripciones médicas y legas.

### **Relaciones cara a cara - El trabajo de justificación**

Este trabajo médico con su lógica de demostración conlleva un específico régimen de relaciones cara a cara entre médicos y pacientes. Mediante el buscar, eliminar, verificar, determinar la situación de dolor y demostrar la irreductibilidad de su recomendación, los médicos asignaron a los pacientes una responsabilidad y lugar definitivo: como consumidores inteligentes/iluminados (enlightened). Así el compromiso del médico como experto es **obligado por (bounded by)** límites voluntarios e implícitos<sup>7</sup>.

Desde el principio hasta el fin de la consulta el médico dibuja el límite entre dos universos distintos. Representa el rol de científico experto frente al paciente aun cuando le muestra sus límites, dificultades e incertidumbres. Hace ésto realizando preguntas que insinúan que ciertas partes de la experiencia del paciente son más pertinentes. Despliega su lógica de demostración señalando indicios en el cuerpo, estableciendo hipótesis, haciendo un diagrama de árbol (tree diagram) de posibles causas, eliminando posibilidades y dejando de lado reglas operacionales. Establece la legítima división de trabajo.

---

<sup>7</sup> Tal como Strauss et al. (1982) y Baszanger (1986) han insistido, el paciente es un actor en el trabajo médico. Las páginas anteriores han aludido a algunos aspectos de ésto (tales como proveer información, quedarse quietos durante los chequeos y mantener las quejas dentro de límites razonables). Si bien mis notas de campo podrían ser analizadas desde este punto de vista, mi intención, aquí, es explorar cómo la manera en que el trabajo de los médicos los lleva a construir un cierto sistema de relaciones con los pacientes, sin considerar las actitudes finales.

El paciente, al menos durante la consulta inicial, frecuentemente “sigue” al médico, especialmente en la medida en que este último lo limita a describir sus sensaciones y formula recomendaciones vía una explicación basada sólo en el cuerpo. Cuando el paciente formula preguntas sobrepasando estos límites, la línea divisoria entre estos dos universos, implícita hasta ese punto, es entonces mencionada explícitamente:

No soy yo el que sufre su dolor. Es usted. Usted es el que será aliviado. Pero también es usted el que tendrá problemas si ésto no funciona. Yo explico cosas, pero usted es el que debe **manejarse/desenvolverse (to manage)**. Yo tengo recetas, usted tiene que decidir.

Dejando espacio para decidir, el médico remite ambas partes a sus respectivos universos: él mismo a su rol como hábil operador científico; y al paciente a su papel como consumidor inteligente/iluminado (enlightened) que debe decidir su propio destino. Los roles son distribuidos. Tomo ésto para significar que paciente y médico tienen áreas diferentes de acción. Para el médico, proveer esta información a un paciente garantiza que el último haya dado su aprobación.

Parece ser que esta concepción del acuerdo doctor-paciente, para los médicos, implica un “mercado de compromiso”, a saber, una relación “experto-consumidor”. El médico, habiendo proveído información suficientemente honesta, ha satisfecho su obligación moral. Sin embargo, esta suerte de “verdad en publicidad” (truth in advertising) sobre el tratamiento propuesto no debe cubrir las razones para el tratamiento propuesto. Lo que se busca es la aprobación global del paciente de las acciones del médico en el mejor interés de las dos partes. La cuestión del acuerdo es así cambiada de la definición inicial de la situación de dolor a evaluación de resultados.

Cuando un paciente vuelve al centro de dolor, él/ella es, en el mejor de los casos, liberado/librado del dolor o aliviado. En complacencia con el acercamiento de este centro, el médico intenta medir la mejoría y registrarla como porcentaje. Las percepciones de las dos partes a menudo difieren porque no confían en los mismos criterios para evaluar el progreso. El médico razona en términos de mejoría global desde el principio del tratamiento; el paciente, en términos de la intensidad del dolor durante cada crisis. Algunos pacientes dudan que los resultados puedan ser evaluados porque el tratamiento (como en el caso de las migrañas) está orientado a “bloquear” crisis. A menudo, la misma idea de medir sensaciones dolorosas con números les parece poco realista.

Usualmente el médico tiene que trabajar sobre la misma noción de mejoría antes de ser capaz de medir el cambio. El problema es llegar a un acuerdo con el paciente acerca de si la mejoría se dio. Los pacientes a menudo empiezan por decir “Todavía me duele”, “Es lo mismo” o “Es terrible ahora”; y los médicos deben recordar cómo solía ser el dolor (“Se acuerda cómo estaba usted la última vez”) o cómo ha mejorado (“Ahora, ahora usted sintió mejor”). Buscando probar que ha habido un cambio positivo por primera vez y gracias al tratamiento, el médico ha entrado en el proceso de justificar sus acciones... Subrayar la evaluación de los efectos del tratamiento es la definición inicial de la situación de dolor, una definición con la cual el paciente podría no haber estado de acuerdo o que él/ella habría gustado de discutir. Cuando una mujer que volvió un mes después dijo: “Aún es lo mismo”, el médico preguntó si el tratamiento (un analgésico y una pequeña dosis de antidepresivo) le había dado alivio. Respondió que nada había cambiado. El médico aumentó la dosis y le dijo: “Veremos en un mes.”. Mientras hacían la próxima cita, el siguiente cambio ocurrió:

*Paciente:* Aunque realmente (really though), estoy bastante decepcionada. Pensé que un centro de dolor proveería alivio, que el alivio vendría sin tomar drogas. Así que esta máquina de neuro-estimulación de la que todo el mundo está hablando no es para mí.

*Médico:* Pero, Señora X, ya le expliqué la última vez. Le duele el cuello, la **lower back**.

*Paciente:* Si, pero si yo obtuviese alivio en mi cuello.

*Médico:* Pero su dolor se mueve. No es como si estuviese localizado.

*Paciente:* Pero no es el mismo dolor en el cuello y otro lugar. No comenzó igual. Duele mucho más aquí arriba.

La paciente comenzó a definir su dolor de una forma que no podía ser reducida a la del médico. Pidió otro tratamiento, y el médico concordó en él para el futuro “una vez que se hubiesen ocupado del mal humor y de la depresión.”.

En situaciones más radicales, hay, acechando por debajo del “aun duele”, una crítica a la definición del médico de la situación de dolor. A una paciente se le recomendó, siguiendo la primera consulta, un antidepresivo -se le dijo- para su depresión. En el momento, ni la paciente ni su esposo dijeron nada. Un mes después no había mejoría. Luego de que el médico preguntara si dormía bien, la paciente respondió: “Dormir, cielos sí (heavens yes). Pero el dolor es aun el mismo.”. Señalando su cuello y su **lower back**, ella explicó que el dolor era muy intenso en la mañana cuando se despertaba. Cuando su marido expresó dudas sobre la necesidad de una pastilla para dormir dado que el dolor era peor cuando se despertaba, el médico comenzó a defender su análisis: “Pero yo no le di una pastilla para dormir. Es un antidepresivo, porque pensé que el dolor venía de un problema de depresión que no ha terminado. Todavía lo pienso.”. El tono continuó acusador y reivindicativo. Luego, mientras realizaba la **revisación (examination)**, el médico dijo: “Noto que está flexible. Cuando alguien puede hacer todo lo que usted hace, tocar el piso, incluso esquiar, eso no justifica buscar nada más.”. Prescribiendo una dosis levemente más baja del mismo antidepresivo, comentó: “Es necesario continuar así.”. Como la mujer y su marido no parecieron muy complacidos, agregó: “No estén decepcionados. Creo que está bastante bien. Obviamente, usted es quien tiene que pensarlo.”. El médico reconoció que había desacuerdo, pero le dio sentido ubicándolo en la existencia de dos universos diferentes.

## Centro II

“Comprender, ponderar, analizar, explicar”, esta es la retórica de la acción en el segundo centro de dolor. Es bastante diferente del basado en buscar, eliminar, verificar, etc. Aquí, trabajo médico significa médicos reconocidos tanto por el campo de conocimiento médico (“Ha sido establecido que”, “Sabemos ahora”, etc.) como por el reconocer el mundo del paciente y de su dolor (“Te creo”, “Nunca dije que no estuvieras con dolor”, etc.). El trabajo es asumido en toda su lógica en el límite entre estos dos universos. Esta lógica no invita a la indagación del cuerpo sino más bien a evaluar el dolor del paciente entretejiéndolo en la clasificación médica, llamada “síndrome de dolor crónico” (chronic pain syndrome).

### **Estableciendo la situación de dolor del paciente**

(...)

### **Formulando recomendaciones para los pacientes: una lógica de explicación y convicción**

(...)

## **Conclusión**

El principal interés de esta comparación es dirigir la atención hacia un esencial pero frecuentemente ignorado nivel del trabajo médico: conocimiento operativo (operational) o, para decirlo de otra forma, disposiciones prácticas por parte de los médicos de hechos hipotéticos (theoretical), los que son recursos que usan para organizar las intervenciones. La Tabla 1 pone de relieve destacados puntos de comparación. Mediante el examen de los mecanismos que los médicos utilizan para descifrar situaciones de dolor, la comparación ha mostrado cómo el conocimiento operativo subyacente en la toma de decisión de los médicos da origen a sistemas específicos de relación doctor-paciente. Esto lleva a dos comentarios.

TABLA 1.1 Comparación entre centros

<i>Centro I</i>	<i>Centro II</i>
<i>Referencia científica: gate-control theory</i>	<i>Referencia científica: gate-control theory</i>
<i>Conocimiento operativo basado en la alternativa “algo/nada”</i>	<i>Conocimiento operativo basado en el dolor como enfermedad, siempre como “algo”</i>
Datos del paciente ordenados jerárquicamente por su relevancia: se determina la situación de dolor eliminando posibilidades y mirando pistas	Todos los datos del paciente igualmente relevantes: se evalúa balanceando posibilidades y escuchando pistas.
Describe el dolor y demuestra recomendaciones. Dos esferas distintas: cuerpo y persona	Explica el dolor y convence al paciente de la recomendación. Una sola esfera: la persona y su dolor en una variable ligada
Objetivo: <b>cure</b> (sacar) el dolor. Un futuro estadístico, el paciente como espectador	Objetivo: <b>heal</b> (sanar) el dolor. Un futuro gradual, el paciente como actor
<i>Régimen de relaciones cara a cara</i>	<i>Régimen de relaciones basadas en el compromiso mutuo</i>
Dos universos distintos, o campos de acción separados (ustedes/nosotros), con lógicas paralelas	Un único universo de trabajo compartido. La experiencia del paciente un campo para acción conjunta necesitando una única y mínima lógica
Sin necesidad de un acuerdo inicial; consecuencia: trabajo suplementario de justificación sobre el cuidado médico	Necesidad de un acuerdo inicial; consecuencia: trabajo suplementario de reestructuración del acuerdo inicial

Primero: el mundo de la medicina tiene límites dados por un cuerpo de conocimiento teórico/hipotético (theoretical), el cual sirve como base de teorías desarrolladas por las especialidades médicas. En tanto que este marco teórico de referencia es global, deja mucho espacio para las prácticas cotidianas. Estas prácticas y este cuerpo central de conocimiento (o teoría, como Armstrong lo ha puesto), puede estar ligado en muchas formas, como los siguientes ejemplos muestran:

- los médicos que tratan con dolor crónico, aun usando una sola teoría como punto de partida, obviamente siguen, como ya hemos visto, diferentes lógicas de acción;
- los médicos especializados en medicina ocupacional pueden suspender su rol como expertos y remitir al juicio del paciente con el fin de tomar decisiones (Dodier, 1991); y
- médicos especializados en cardiología pediátrica pueden cambiar de un modelo médico de toma de decisión a uno democrático cuando, por ejemplo, las

posibilidades para cirugía son limitadas o cuando debe decidirse entre una cirugía de bajo riesgo, paliativa o una cirugía peligrosa, correctiva.

En lo que se volvió un trabajo estándar, Amstrong (1984), analizando discursos profesionales, ha reconstruido dos maneras históricamente diferenciadas de concebir el trabajo clínico, el cual percibe la enfermedad con códigos diferentes. Concluyó que estos dos conceptos están presentes en la medicina contemporánea debido a la tensión entre teoría y experiencia: el discurso que es vehículo para esta nueva percepción necesariamente no posee efectos inmediatos o reales en la práctica médica. Actualmente la mayor parte de la práctica médica – particularmente la basada en hospitales (hospital based)- probablemente esté apoyada en un marco de interpretación anterior. Las tensiones se deben a un conflicto fundamental entre niveles de teoría y experiencia (Amstrong, 1985, p. 243).

La comparación ha ilustrado con referencia a la práctica, la pertinencia del análisis de Amstrong. Sobre la base de mis observaciones, construí dos formas de interpretación del dolor crónico: una con respecto al cuerpo y otra con respecto a “la opinión del paciente”. Igualmente, esta comparación también da lugar a preguntas sobre la tensión entre teoría y práctica. A través de los ejemplos listados anteriormente, podemos ver que las múltiples relaciones de los médicos con la “teoría” obtienen forma mediante constructos, mediante categorías intelectuales de las que dependen, pero también generan los códigos para percibir la enfermedad. Si olvidamos estos procesos duplicados, siempre nos veremos forzados a analizar teoría y experiencia separadamente, y también a dejar la cuestión del conocimiento operativo como un punto ciego o “caja negra” en la sociología de la acción médica.

En segundo lugar, este estudio de ejemplos contrastantes sobre cómo los médicos descifran las situaciones de dolor del paciente arroja luz sobre un asunto central: el problema del conocimiento médico, de hacerlo operativo. La conexión del conocimiento operativo (operational) con el régimen de relaciones doctor-paciente indica que hay varias maneras para postular las bases de la interacción. Este conocimiento no es repetido todos los días en la práctica médica. Sirve como guía para las acciones de pacientes y médicos. En otras palabras, este contexto cognitivo constriñe parcialmente las acciones de los actores en el trabajo médico y las interacciones entre ellos. En este sentido, los contextos cognitivos de los actores pueden ser entendidos como marcos a los cuales los médicos ajustan sus experiencias clínicas. Freidson (1970) ha mostrado cómo los médicos basan sus intervenciones en experiencias clínicas personales, las que a su vez dependen de las características sociales de cada médico e, incluso, de los factores cambiantes (como el tipo de paciente generalmente tratado, la carga de trabajo o las interconexiones entre colegas) en el ambiente de trabajo. Este análisis situacional, con su insistencia en las “circunstancias de práctica”, ha estimulado muchas investigaciones basadas en “contextos clínicos”, una noción con significados ampliamente divergentes, tales como: determinantes económicos en los análisis marxistas (Waitzkin, 1979); la organización secuencial de discursos de médicos y pacientes durante consultas en análisis de conversación (Fisher, 1984); y variantes en el “orden ceremonial” en Strong (1979). El trabajo de Silverman, que parcialmente se adecua a esta última línea de investigación, representa, a mi parecer, el último logro en el estudio de los contextos de prácticas. Silverman ha explorado sistemáticamente variaciones en las relaciones médico-doctor, en las formas de consulta y en los modelos de toma de decisión. Ha mostrado que, para comprender estas variaciones, es importante considerar, entre otras cosas: la “evidencia” de la situación patológica del paciente, las trayectorias de posibles tratamientos para diferentes problemas patológicos, y la organización espacial de los consultorios. Sin embargo su intento se ha ocupado de (has been to deal with) “la organización social del discurso en el



cual las decisiones son anunciadas, disputadas y confirmadas” (Silverman, 1983, p.43). Esto deja de lado el saber-cómo (know-how) operativo usado para tomar decisiones. El reconocimiento de la importancia del contexto cognitivo arroja nueva luz sobre otro aspecto de las acciones médicas y de las relaciones doctor-paciente.

El objetivo no es limitar a médicos y pacientes a posiciones de suministradores y receptores de conocimiento. En lugar de ello, el objetivo es reconocer cómo el conocimiento operativo es central para el trabajo médico, el que pone estas dos partes en contacto. Luego de examinar el trabajo de interpretación de los médicos (cómo determinados arreglos prácticos de hechos hipotéticos (theoretical) abren el camino hacia regímenes específicos de relaciones doctor-paciente), deberé, durante algún estudio futuro, intentar comprender cómo en estos variados sistemas los pacientes intentan comunicar la “realidad” de su dolor, el que para ellos es un hecho demasiado problemático.

CNRS-CERMES  
París, Francia.

## Reconocimiento

Este paper fue preparado para “La Interacción Simbólica se enfrenta a los ‘90”, una reunión de la Sociedad para el Estudio de la Interacción Simbólica, 7 y 9 de Febrero de 1991, San Francisco.

## Referencias<sup>8</sup>

- Armstrong, D. (1984) The patient's view. *Social Science and Medicine* **18**, 737-744.
- Baszanger, I. (1983) La construction d'un monde professionnel: entrées des jeunes praticiens dans la medecine générale. *Sociologie du Travail* **3-83**, 275-294.
- Baszanger, I. (1986) Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue Française de Sociologie* **27**, 3-27.
- Baszanger, I. (1987) Entre comprendre et soigner. Les débuts des centres de la douleur en France. Paris. Rapport de recherche, CNRS-MIRE.
- Baszanger, I. (1989) Pain. Its experience and treatments. *Social Science and Medicine* **29**, 425-434.
- Baszanger, I. (1990) Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur. *Revue Française de Sociologie* **26**, 257-282.
- Claverie, E. (1990) La vierge, le désordre et la critique. Les apparitions de la vierge à l'âge de la science. *Terrain, mars*, **60-75**.
- Corbin, J. and Strauss, A. (1988) Unending Work and Care. Managing Chronic Illness at Home. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Dodier, N. (1990) Jugements médicaux, entreprises et protocoles de codage. Raisons pratiques, 1. *Les formes de l'action*, **115-148**.
- Dodier, N. (1990) How are medical judgements transcribed? Conference The social construction of illness, Bielefeld, Germany.
- Dodier, N. (1991) Experience privée des personnes et expertises médico- administratives. Une enquête dans la médecine du travail. *Sciences Sociales et Santé*.
- Freidson, E. (1970) Profession of Medicine. New-York: Dodd, Mead.

---

<sup>8</sup> Referencias copiadas de (1992) Deciphering chronic pain. *Sociology of Health & Illness* **14** (2), 181-215. doi: 10.1111/ 1467-9566.ep11343694

- Glaser, B. and Strauss, A. (1967) *The Discovery of Grounded Theory*, Chicago, Aldine.
- Herzlich, C. (1984) *Médecine moderne et quête de sens*. In M. Auge and C. Herzlich, (eds) *Le Sens du Mal*. Editions des archives contemporaines. Paris- Montreux.
- Latour, B. and Woolgar, S. (1979) *Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts*. London: Sage.
- Mol, A. and Lettinga, A. (1990) Bodies, impairments and the social constructed: the hemiplegia case, Conference: The social construction of illness, Bielefeld, Germany.
- Nettleton, S. (1989) Power and pain: the location of pain and fear in dentistry and the creation of a dental subject. *Social Science and Medicine* **22**, 1183-1190.
- Silverman, D. (1983) *Communication and Medical Practice. Social Relations in the Clinic*. London: Sage Publications.
- Strauss, A.; Fagerhaugh, S.; Suczek, B. & Wiener, C. (1982) The work of hospitalised patients. *Social Science and Medicine* **16**, 977-986.
- Strauss, A. (1987) *Qualitative Analysis for Social Scientists* Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauss, A., Shizuko, F., Suczek, B. and Wiener, C. (1985) *Social Organization of Medical Work*. Chicago. The University of Chicago Press.
- Strong, P. (1979) *The Ceremonial Order of The Clinic*. London: Routledge.
- Waitzkin, H. (1979) Medicine, superstructure and micropolitics. *Social Science and Medicine* **13**, 601-609.
- Wiener, C. (1980) Patient power: complex questions need complex answers. *Social Policy*, **30-38**.