

El dolor tratado con medicamentos. La experiencia farmacoterapéutica de los pacientes usuarios de analgésicos

Martha Milena Silva Castro

Proyecto Final del Master Oficial en Antropología y Etnografía



Universitat de Barcelona

Facultad de Geografía e Historia

Departamento de Antropología

Barcelona, 2015

Memoria presentada por

Martha Milena Silva Castro

para optar al título de Master

Tutora

Cristina Larrea Killinger



Universitat de Barcelona

Facultad de Geografía e Historia

Departamento de Antropología

Barcelona, 2015

A Gloria y Alfredo,

Dennis y Danielle,

Empar y Viçens,

porque dan sentido a este trabajo,

por ustedes y para ustedes.

“La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara.

*A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los
sanos y la del reino de los enfermos.*

*Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano, cada uno
de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como
ciudadano de aquel otro lugar”.*

Susan Sontag.

*“La medicina moderna tiene importantes características transformadoras
ya que los médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros profesionales de la salud
contribuyen al proceso mediante el cual cada vez más y más formas de
descontento humano se canalizan a través de la medicina, descontento que es
tratado, aunque no «curado», farmacéuticamente...”*

Nancy Scheper-Hughes

A través de este proyecto se pretende analizar la realidad percibida por los pacientes que usan analgésicos para aliviar el dolor crónico mediante el enfoque etnográfico. Se parte de la tesis de que los fenómenos sociomédicos pueden afectar la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes y se quiere comprobar en términos prácticos que el dolor tratado con medicamentos como enfermedad crónica, como experiencia vivida en la totalidad del ser, implica una modificación del sentido de la realidad y la transformación del mundo de quien sufre y se recupera usando analgésicos.

En términos metodológicos se pretende poner a disposición de la práctica clínica el enfoque y la metodología etnográfica para analizar cualitativamente la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes que usan analgésicos para tratar el dolor en su vida cotidiana. El escenario: la farmacia comunitaria y el uso de los medicamentos por pacientes no ingresados. El contexto asistencial: la práctica del seguimiento farmacoterapéutico y la optimización de la farmacoterapia. La autora: farmacéutica de profesión, en proceso de formación en antropología, quien a través de este proyecto de investigación efectúa el ejercicio de abstraerse de su rol profesional para ubicarse desde un rol antropológico con el propósito de aportar una mirada etnográfica al análisis de los fenómenos culturales que rodean los procesos salud-enfermedad-atención que involucran farmacoterapia.

CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	5
II.	ANTECEDENTES	9
A.	EL ESCENARIO DE SALUD: CRONICIDAD Y POLIMEDICACIÓN	9
B.	PLURALISMO ASISTENCIAL: ATENCIÓN, AUTOATENCIÓN, AUTOMEDICACIÓN. PERSPECTIVA PARA EL MODELO DE ANÁLISIS	13
C.	EL MEDICAMENTO: MATERIA MÁGICA Y BIOMÉDICA.....	17
D.	LOS FENÓMENOS SOCIOMÉDICOS	18
III.	PRECONCEPTOS Y MARCO TEÓRICO ANTROPOLÓGICO	21
A.	ELEMENTOS DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA PARA ANALIZAR EL USO DE LOS MEDICAMENTOS	21
	1. Desde Durkheim al interaccionismo simbólico.....	21
	2. Eficacia simbólica	23
	3. Relaciones de hegemonía y subalternidad	25
	4. La fuerza de las emociones.....	26
B.	PERSPECTIVA DEL DOLOR DESDE LA ANTROPOLOGÍA.....	29
	1. Fenomenología del Dolor Crónico	29
	2. Dolor y experiencia. Experiencia individual que no escapa al vínculo social	31
	3. Enfoque relacional. Diferenciación cultural de la experiencia dolorosa	34
IV.	PRESUPUESTOS Y MARCO CONTEXTUAL FARMACOTERAPÉUTICO	37
A.	CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESCENARIO ASISTENCIAL	37
	1. Los medicamentos, producto de consumo y la influencia de la industria farmacéutica en los sistemas de salud	37
	2. La farmacia comunitaria. ¿Botica o Botiga? Del estereotipo de la tienda de cajitas del farmacéutico a la farmacia clínica epicentro del pluralismo asistencial.....	40

3. Entre ir al médico o acudir a la farmacia.....	41
4. La farmacia como lugar donde sucede el pluralismo asistencial.....	44
B. VALORACIÓN DEL DOLOR EN FARMACIA COMUNITARIA.....	46
1. Aspectos biopsicosociales del dolor.....	46
2. Evaluación Clínica de la intensidad del dolor.....	49
3. Evaluación farmacéutica de la analgesia	51
V. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS	55
A. INTENCIONES INVESTIGATIVAS	55
B. ACERCAMIENTO ETNOGRÁFICO PARA LA INVESTIGACIÓN EN FARMACIA COMUNITARIA	56
C. DEFINICIONES PREVIAS RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA ASISTENCIAL.....	58
D. ENFOQUES ANALÍTICOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	60
E. TÉCNICAS CUALITATIVAS PARA LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	60
1. Observación Participante	60
2. Entrevistas a pacientes usuarios de analgésicos	61
3. Grupos de Discusión.....	62
4. Contextualización	64
F. ANÁLISIS DE DATOS	64
1. Registro en el trabajo de campo en farmacia comunitaria	64
2. Registro de grupos de discusión externos a la farmacia comunitaria	65
G. ASPECTOS ÉTICOS	65
VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	67
A. ENTREVISTAS A PACIENTES USUARIOS DE ANALGÉSICOS ATENDIDOS EN FARMACIA COMUNITARIA.....	67
B. GRUPOS DE DISCUSIÓN CON DIVERSOS ACTORES	69
C. SOBRE LO QUE EXPRESAN LOS PACIENTES SOBRE EL DOLOR TRATADO CON MEDICAMENTOS	69
1. Construcción de la experiencia analgésica antes de un diagnóstico	72
a) Primero se señala dónde duele, más que explicar la sensación, predomina la localización.....	72
b) La experiencia sensorial. Las palabras no alcanzan	75
c) Aparición del dolor. De intermitente a constante hasta la denominación como agudo o crónico	79
d) La intensidad del dolor. Entre la cuantificación y la espontaneidad.....	84
2. Significación de la experiencia analgésica después del diagnóstico.....	86
a) Diagnósticos relacionados con el dolor.....	86
b) Causas y situaciones desencadenantes del dolor	89
c) El envejecimiento como causa y explicación del dolor	90

D.	EL DOLOR ENTENDIDO COMO ENFERMEDAD CRÓNICA	92
1.	<i>El cuerpo tratado con analgésicos como lugar de experiencia</i>	92
2.	<i>La fuerza emocional de la experiencia analgésica</i>	95
3.	<i>La analgesia relacionada con el ámbito de las creencias</i>	98
4.	<i>Tiempo y edad. La relación íntima con el dolor y el momento de significado</i>	99
5.	<i>El dolor y su relación con la identidad</i>	102
6.	<i>El papel del diagnóstico en la significación de la experiencia analgésica</i>	104
7.	<i>Episodios de dolor y experiencias farmacoterapéuticas amenazantes y desencadenantes de ruptura biográfica</i>	108
8.	<i>La trayectoria del dolor desde el enfoque relacional, el dolor social</i>	110
9.	<i>Las implicaciones de estudiar la experiencia analgésica en la farmacia comunitaria</i>	115
VII.	CONCLUSIONES	121
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
IX.	AGRADECIMIENTOS	135

I. INTRODUCCIÓN

Como investigadora he estado ubicada previamente en la mirada de una farmacéutica asistencial dedicada al «Seguimiento Farmacoterapéutico» tanto en el ámbito de la farmacia hospitalaria como en la comunitaria. Esta experiencia asistencial me otorgaba cierto tipo de comprensión sobre las posibles vivencias de los pacientes que derivan del uso de medicamentos. Sin embargo, con este proyecto de investigación antropológico estoy viviendo diversas re-ubicaciones al ir comprendiendo lo que las diversas corrientes antropológicas pueden analizar de la «Experiencia Farmacoterapéutica».

Es así como el mismo hecho de haber teorizado y realizado una práctica asistencial farmacéutica durante varios años ha reforzado la necesidad de reubicar mi ejercicio profesional, inclusive criticarlo y cuestionarlo. Parte de mi interés personal y profesional de plantear un proyecto etnográfico es descubrir y describir los fenómenos culturales que rodean estos procesos complejos de salud-enfermedad-atención que involucran sustancias farmacológicas.

A partir de mi formación académica en la profesión farmacéutica y en mi práctica asistencial cotidiana la «Experiencia Farmacoterapéutica» se había simplificado en una narrativa del paciente que era necesaria para establecer la versión subjetiva que manifiesta sobre el uso de su medicación. Básicamente los “datos” que he recogido durante años los he utilizado para realizar un proceso cognitivo de análisis de efectividad y seguridad de la medicación en un caso clínico concreto y resolver problemas de salud derivados del uso de medicamentos. Pero, a pesar de esto, intuía que esta experiencia, al margen del análisis que yo pudiera hacer de ella, estaba relacionada directamente con la dimensión experiencial del sufrimiento humano.

Después de mi formación doctoral he estado en contacto con temas antropológicos que han implicado sucesivas re-ubicaciones, siguiendo el concepto de Rosaldo (2000).

Como investigadora era un «sujeto ubicado» previamente en la mirada de una farmacéutica asistencial dedicada al Seguimiento Farmacoterapéutico, pero tal como explica Renato Rosaldo (2000), con este contacto con la Antropología ahora estoy siendo un «sujeto re-ubicado» al ir comprendiendo lo que las diversas corrientes antropológicas pretenden analizar de un fenómeno como la Experiencia Farmacoterapéutica. Este proyecto ha supuesto un proceso en el que progresivamente sigo “enmendando” mis cuestiones al respecto. En consecuencia, este trabajo de investigación me está conduciendo a “moverme” desde mi postura analítica que ha intentado forzosamente ser “crítica” hasta tratar de comprender la experiencia farmacoterapéutica del paciente como un hecho, como lo que le sucede, como algo que le pasa y vive en primera persona. Que sucede en un contexto determinado y que es un hecho relacional.

Para situar este proyecto de investigación he reflexionado acerca de las orientaciones fenomenológicas y las orientaciones críticas, como marco de intenciones teóricas. Todo esto con el propósito de encontrar un vínculo con la metodología etnográfica que me permita plantear un proyecto de antropología aplicada, que para mi caso sería el análisis de la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes que he atendido como farmacéutica en la unidad de optimización de la farmacoterapia de la farmacia comunitaria donde ejerzo mi profesión.

Específicamente la antropología médica, viene aportando una mirada diferente al fenómeno de la «curación farmacológica» que sería de gran utilidad para detectar aspectos que pueden ser omitidos con gran facilidad si sólo se considera la perspectiva biomédica para el análisis de la realidad que rodea el uso de medicamentos. De hecho, desde que tuve la oportunidad de participar en diversos proyectos de implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico para pacientes tratados con medicamentos tanto en farmacias hospitalarias como en farmacias comunitarias (Silva-Castro, 2010), iba en aumento mi preocupación acerca de cómo experimentan los pacientes sus tratamientos farmacológicos. Diariamente trabajo con pacientes que tiene regímenes farmacoterapéuticos muy complejos y diversos, que están prescritos para tratar enfermedades crónicas aún más complejas tales como son diabetes, hipertensión arterial, enfermedades respiratorias, enfermedades endocrinas, enfermedades osteoarticulares, enfermedades infecciosas,

enfermedades del sistema nervioso, entre tantas que pueden estar presentes, a la vez, en un mismo paciente. Y en esta realidad que vivo he tratado aprovechar al máximo lo que el enfoque etnográfico podría aportar a esta cuestión de la experiencia farmacoterapéutica.

En varias ocasiones, en mi rol de farmacéutica, he brindado Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes que usan diversos analgésicos, visiblemente presentan cambios en sus expresiones por la medicación que usan, otros toman antidepresivos o ansiolíticos como coadyuvantes a su tratamiento analgésico, y muchos tienen alivio temporal, no permanente, del dolor que les queja. La Antropología ha estudiado el dolor y el sufrimiento como experiencia vivida y la considera un hecho relacional, por tanto es propicio enfocar el análisis de la experiencia farmacoterapéutica dolorosa estableciendo un diálogo entre el conocimiento antropológico y la realidad observable que experimentan los pacientes al usar analgésicos. En este caso, por parte de los pacientes atendidos en farmacia comunitaria.

Si bien supone un desafío la abstracción del rol farmacéutico para que pueda dar lugar al rol etnográfico, también supone una oportunidad la dualidad de la mirada.

II. ANTECEDENTES

Considero cuatro aspectos fundamentales que anteceden al marco teórico y contextual, necesarios para situar este proyecto de investigación como son: (a) el escenario de salud protagonizado por la cronicidad de las enfermedades y la polimedicación, (b) el pluralismo asistencial, como perspectiva para el modelo de análisis, (c) el medicamento como materia, y su transformación de sustancia mágica a sustancia biomédica, (d) los fenómenos sociomédicos y su influencia en el uso de medicamentos.

A. El escenario de salud: cronicidad y polimedicación

Los avances médicos, la creciente especialización, las mayores expectativas de los pacientes sumados a la magnitud y diversidad de los servicios sanitarios proporcionados supone que los profesionales de la salud trabajen actualmente en un contexto cada vez más complejo (Pope y Mays, 1995: 42-45). En lo que respecta al uso de medicamentos por la población, a este contexto complejo le afecta directamente y añade complejidad a la cronificación de las enfermedades y el correspondiente aumento de la esperanza de vida gracias a las consecuencias de la polimedicación. De hecho, existe una nueva connotación de los pacientes reconocida por los sistemas sanitarios como «pacientes crónicos polimedicados» (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

En el terreno de las enfermedades crónicas y enfermedades infecciosas como el VIH-SIDA, Conde-Gutiérrez (2002: 395) enfatiza que:

“los cambios inducidos por estas enfermedades conllevan la transformación de los «sujetos/objetos» configurados previamente por la revolución anatómico-clínica y por la medicina de laboratorio. Es un doble cambio de enfermos «pacientes/objetos» a «actores sociales/sujetos» y de «población de individuos» a «actores sociales» en conflicto. Precisamente este autor menciona que “la Salud se ha convertido en un tema de conflicto y demanda social a nivel colectivo e institucional en las sociedades occidentales democráticas. Conflicto político, económico y social que tiene su lucha discursiva, en las palabras, en la elaboración de discursos sociales, un ámbito clave de desarrollo”.

En este mismo sentido menciona Schepper-Hughes (1996) que:

“la medicina moderna tiene importantes características transformadoras ya que los médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros profesionales de la salud contribuyen al proceso mediante el cual cada vez más y más formas de descontento humano se canalizan a través de la medicina, descontento que es tratado, aunque no «curado», farmacéuticamente”...“aunque hace tiempo se viene interpretando la medicalización de la vida como una característica propia de las sociedades industrializadas avanzadas, los antropólogos médicos se han mostrado remisos a explorar el proceso y los efectos de la medicalización en las partes del mundo donde está empezando a introducirse”.

Y yo añado, en los procesos asistenciales directamente implicados en los beneficios o perjuicios (de cualquier índole) del uso de medicamentos en cualquier colectivo. Los fármacos y los servicios sanitarios asociados a su uso, junto con el desarrollo del estudio de las epidemias, han generado un desplazamiento hacia el terreno del ámbito cuantitativo de las ciencias médicas, desde el estudio del caso individual al estudio de las poblaciones, con la estadística como herramienta de trabajo a añadir a las ya existentes. Como habían mencionado Pope y Mays (1995: 42-45), la rápida expansión de la investigación de la sanidad y los servicios sanitarios y la relativamente reciente demarcación de un único campo de «investigación en servicios sanitarios», dependen considerablemente de los médicos y otros profesionales de la salud, ya sean investigadores, participantes o críticos. Sin embargo, algunas de las cuestiones más importantes sobre servicios sanitarios se refieren a organización y cultura de aquellos que proporcionan cuidados médicos, como por ejemplo, las razones de que los hallazgos obtenidos gracias a pruebas aleatorias controladas sean a menudo difíciles de aplicar en la práctica médica cotidiana.

La amplia gama de cuestiones sobre investigación generadas por esta compleja situación ha incitado a la búsqueda de nuevas formas de conducir la investigación asistencial, y más la que se refiere a los pacientes crónicos polimedicados. Esto, a consecuencia de que se ha reducido la complejidad de las ciencias de la salud a la de uno de sus componentes, «el paradigma biomédico», cuando la aproximación biomédica sólo constituye uno de los abordajes posibles al fenómeno multidimensional de la Salud, ya sea en el terreno individual o colectivo.

Evidentemente hay que partir de la idea de que los sistemas médicos y las ideas sobre la salud y la enfermedad, en toda sociedad dada, son plurales, complejos y

dinámicos; es decir, están en constante evolución. En concreto desde la antropología, el estudio de los «procesos asistenciales» que, tal y como describen Comelles y Martínez-Hernández (1993), remiten a los pasos específicos que los grupos sociales llevan a cabo para gestionar su salud en cada contexto determinado. Una mirada etnográfica permitiría indagar en la demanda y el uso que hace la población de dichas medicinas y recursos, y cómo son articulados en la práctica.

En el escenario de salud condicionado por la cronicidad y la polimedicación puede ser de gran utilidad partir de «*Explanatory Models*». Todo esto teniendo en cuenta lo que advierte Martínez-Hernández (2008: 98) y sin dejar de comprender que es un concepto reconsiderado por su mismo autor. Según Kleinman (1980: 105):

“Los Modelos Explicativos son las nociones acerca de un episodio de enfermedad y su posible terapéutica que son empleadas por todos aquellos involucrados en el proceso clínico. La interacción entre los modelos explicativos de los pacientes y los modelos explicativos de los profesionales es el componente fundamental de la atención en salud. El estudio de los modelos explicativos de los profesionales habla de cómo ellos escogen y valoran los diferentes tratamientos. El estudio de los modelos explicativos de los pacientes y familiares expresa cómo ellos dota de sentido un episodio de aflicción y cómo escogen y valoran los diferentes tratamientos. La investigación de la interacción entre los modelos explicativos de profesionales y pacientes permite un análisis de problemas que aparecen en la comunicación clínica.” (Kleinman 1980: 105, citado por Martínez-Hernández 2008: 98)

De hecho, dichos procesos se basan en las «representaciones» que se tienen sobre la salud y la enfermedad (Kleinman, 1986. Osorio, 2001). Según Kleinman (1992), son estas formas de pensar la salud y la enfermedad – las «representaciones»-, las que permiten comprender las prácticas y los comportamientos que la población lleva a cabo respecto su salud, así como la utilización que hace de los diferentes recursos terapéuticos disponibles en cada sistema particular de atención en salud. El estudio de las representaciones de la salud y de los procesos asistenciales permite indagar en la demanda y el uso que hace la población de dichas medicinas y recursos terapéuticos, y cómo éstos son articulados en la práctica. En este sentido, Osorio (2001: 5) indica que las «representaciones de la salud y la enfermedad» tienen que ver con los conocimientos, las imágenes, los valores que se elaboran y comparten socialmente, y que proporcionan una matriz a partir de la cual los grupos sociales y los sujetos aprehenden e interpretan la realidad, moldean sus experiencias y orientan sus prácticas en salud.

El reconocimiento de la realidad terapéutica plural por parte de los distintos recursos terapéuticos, así como el estudio de los procesos asistenciales en su globalidad, son herramientas imprescindibles para una buena atención en salud por parte de los mismos dispositivos. Como menciona Martínez-Hernández (2008: 99) son contribuciones de la aplicación de estos modelos “la apertura de la perspectiva etnográfica al terreno biomédico y la consolidación de un análisis interpretativo del sufrimiento y de la aflicción”. Por tanto, la aproximación etnográfica puede aportar otra perspectiva más incluyente y holística.

Respecto a estos modelos y representaciones en paciente crónicos, es relevante mencionar el estudio de Bury (1982) *Chronic illness as biographical disruption* que hace referencia a que la enfermedad crónica exige un reconocimiento del mundo del dolor y sufrimiento, incluso de la muerte, conceptos que normalmente se mantienen alejados de la cotidianeidad. Citando al autor para ampliar este argumento:

“hay profundas alteraciones en los sistemas explicativos utilizados normalmente por las personas, de manera que se hace un replanteamiento fundamental en la biografía personal que afecta al concepto de sí mismo”. El autor indica que esta alteración de los sistemas explicativos en el desarrollo de una enfermedad crónica “está acompañada de la interrupción de los supuestos y los comportamientos que el individuo daba por sentado, es decir, sufre una ruptura de los límites del sentido común. Además de la respuesta a la perturbación que implica la movilización de recursos frente a la situación alterada” (Bury 1982: 167-168)

En un entorno más reciente y cercano Massana (2013), en su tesis doctoral *El temps del mal. L'experiència i la gestió de la cronicitat en adults* indica que “el tiempo, la edad, el cuerpo y las relaciones sociales son los conceptos claves para enfocarse en la experiencia y manejo de la enfermedad crónica a través de la mirada del enfermo crónico”. En esta tesis, la investigación cualitativa a través del método etnográfico captura las perspectivas de las voces de los pacientes a partir de estos cuatro elementos.

Recientemente se han hecho otras aproximaciones a enfermedades crónicas que cursan con dolor, por ejemplo Sánchez Hövel (2014: 61) en su capítulo sobre la artritis reumatoide en la narrativa: vivencias desde una perspectiva antropológica, dice:

“No construimos la salud como la ausencia de la enfermedad hasta que no vivimos la enfermedad como ausencia de salud. Lo que diferencia al enfermo crónico de la persona sana son, en definitiva, dos aspectos conceptuales: la conciencia acerca de su propio cuerpo y el proceso de objetivación de la enfermedad. Ligado a estos dos hay un tercer aspecto: la construcción de la normalidad.”... Este conjunto producirá una sensación de

inalcanzabilidad de la normalidad; ni recuperará el pasado, ni será como las personas sanas, ni logrará la curación total debido a la medicación. (Sánchez Hövel, 2014: 68)

De este estudio se puede inferir que los medicamentos analgésicos, son recursos “conocidos” y “legitimados” por el sistema biomédico para responder a la perturbación que supone el dolor crónico. Y además están comprendidos desde la perspectiva del pluralismo asistencial.

B. Pluralismo Asistencial: atención, autoatención, automedicación. Perspectiva para el modelo de análisis

Según Cosminsky (1983) el pluralismo asistencial puede ser entendido como “la red de dispositivos – formales y no formales- de asistencia a los que la población se dirige para mejorar su salud y/o para solucionar un problema de salud en un momento dado”. Perdiguero (2004: 140) lo definió como “el fenómeno de la utilización por parte de la población de instancias asistenciales y terapéuticas diferentes de las oficialmente reconocidas”. Desde un enfoque antropológico relacional, la coexistencia en un determinado espacio-tiempo de modelos diversos de representar y actuar en la salud y la enfermedad es lo que se conoce como pluralismo médico, terapéutico o asistencial (Muela, 2007; Menéndez, 2005).

Recientemente Uribe y Perdiguero (2014: 7) señalan que la perspectiva del pluralismo asistencial:

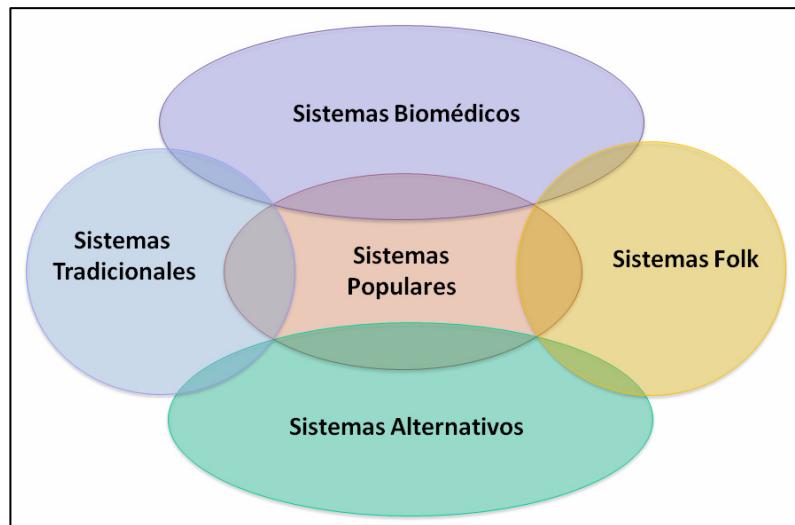
“ha pasado de un abordaje básicamente descriptivo y enumerativo sobre otras formas de enfermar, otras visiones del curar y otros espacios de sanar, a una mirada crítica y atenta a la pluralidad de recursos que tenemos a nuestro alrededor, y a las implicaciones técnicas, ideológicas y normalizadoras de dichos recursos”.

En este orden conceptos, Perdiguero y Comelles (2014: 33) indican el compromiso mencionado por González-Fernández (2000 y 2013) que “la etnografía tiene un valor fundamental en la comprensión de las construcciones culturales vinculadas al pluralismo asistencial y el indispensable valor de la mirada etnográfica en la práctica médica”.

Para facilitar la comprensión del pluralismo asistencial y para identificar cinco grandes modelos médicos y de atención que pueden estar presentes de forma sincrónica

en una sociedad determinada, Martínez-Hernández (2008) lo esquematiza de la siguiente manera:

1. el modelo biomédico
2. el modelo tradicional
3. el modelo alternativo
4. el modelo folk
5. el modelo popular o de auto-atención.



La consideración del pluralismo asistencial permite dar paso a los estudios de los «procesos asistenciales», que tal como describen Comelles y Martínez (1993), remiten a los pasos específicos que los grupos sociales llevan a cabo para gestionar la salud en el marco del amplio abanico de recursos terapéuticos existentes. Las investigaciones llevadas a cabo desde la antropología de la salud remiten a descripciones de usos que van desde usos complementarios, consecutivos, sustitutivos, zigzagueantes, etc. entre modelos (Fleischer, 2006: 51-75). El comportamiento pluralístico suele ser pragmático, basado en el intento y en el error (Cosminsky y Scrimshaw, 1980), e influenciado por factores que a menudo tienen más que ver con la accesibilidad (geográfica y económica), la cobertura y la cualidad que no con la preferencia cultural propiamente dicha.

Como explica Haro (2000: 103), el «sistema de cuidado lego», entendido como todas aquellas actividades relacionadas con lo sanitario que existen al margen de la medicina profesional, ha demostrado abarcar un amplio abanico de actividades que van desde el auto-cuidado cotidiano como conducta protectora de la salud –alimentación, limpieza, higiene-, y la prevención y el autotratamiento en caso de enfermedades o malestares –utilización de remedios caseros, recurrir a la opinión de personas legas, vendedores ambulantes, entre otros casos presentes en distintas sociedades. En el sistema de auto-

atención se dan actividades que *a priori* no siempre parecen estar relacionadas con la salud, pero la mayoría implican la activación de redes sociofamiliares, e incluso a veces, la formación de grupos organizados de autogestión que construyen sus propios dispositivos de atención sanitaria y de protección social independientemente de los sectores médicos profesionales. Si bien estos sistemas populares de cuidado en salud no han recibido por lo general el reconocimiento apropiado por parte de los sistemas sanitarios oficiales, su consideración desde la farmacia comunitaria, como veremos más adelante, puede resultar esencial.

En su estudio de sobre pluralismo médico y procesos asistenciales Muela (2007) describe, a través del caso de la Malaria en Ifakara (Tanzania), que la estructura interna de un sistema médico plural variará de una sociedad a otra en función de los modelos médicos que la conforman y de cómo se organizan los dispositivos formales de atención. El contexto político, social y cultural donde tienen lugar, en cada caso, los conocimientos y prácticas relacionados con la salud, influirán en la configuración de un sistema médico o asistencial plural y específico. A nivel macrosocial, sin ir más lejos, las distintas políticas dan lugar a diferentes condiciones de consumo que, articuladas en contextos socio-culturales diversos, facilitan un abanico dispar de prácticas de uso y consumo de los distintos modelos asistenciales. Por poner algunos ejemplos, en 2009 en España, hubo un gasto farmacéutico público de un 1,32% del PIB, y privado (gasto por hogar) de un 0,47% del PIB. Mientras en EEUU, por ejemplo, fue de un 1% y un 1,09% respectivamente, y en México, fue de un 0,84% y un 0,90% respectivamente (Lago Moneo, 2012). Los distintos grados de gasto farmacéutico (% PIB) público y privado a escala internacional dan cuenta de la diversidad de las condiciones de financiación de los productos farmacéuticos alrededor del mundo. Estos distintos escenarios de financiación son relevantes en la medida en que favorecerán unas u otras prácticas terapéuticas por parte de la población.

En definitiva, los medicamentos hacen parte de las prácticas terapéuticas tanto de la atención médica profesional como del sistema de cuidado lego, situación por la cual es indispensable mencionar en este apartado la denominada «automedicación».

Ya mencionaba Perdiguero (2004: 140) sobre la automedicación que: “ha sido estudiada desde una postura apriorística que no permite su contextualización en el marco

del comportamiento ante la enfermedad que lleva a cabo la población”. De hecho, una mirada antropológica hacia la automedicación es la que presenta Menéndez (2003: 185, 203) quien la considera tanto el consumo de sustancias o fármacos como la realización de acciones físicas o procedimientos mentales. Y además inmersa en un sistema de transacciones entre la biomedicina y la autoatención. Ampliando esta idea Menéndez plantea que:

“Existen transacciones que existen entre ambas, especialmente a través de la prescripción de fármacos y de la automedicación. Este proceso transaccional tiende a ser ignorado por la biomedicina, que critica los procesos de automedicación, lo que resulta paradójico dado que la biomedicina y sobre todo el sector salud impulsan procesos de autoatención que incluyen la automedicación, sin reflexionar sobre la articulación y sobre las consecuencias que estas transacciones tienen para el proceso salud/enfermedad/atención. Sin negar la gran cantidad de éxitos farmacológicos generados desde la biomedicina, advierte sobre “la cantidad de usos incorrectos que la población aprendió directa o indirectamente de la intervención médica, entre ellos el de la polifarmacia”. De esta manera se ha asistido a una “omisión de los efectos negativos no sólo de la prescripción médica, sino de su notoria influencia en el uso de la automedicación por la población. Lo cual no es un hecho del pasado, sino que sigue vigente”.

“La biomedicina ha desarrollado una relación contradictoria y escotomizante respecto del proceso de autoatención, dado que por una parte lo cuestiona en términos de automedicación, mientras por otra impulsa constantemente actividades de autocuidado y de otras formas de autoatención”.

En el caso de los medicamentos Menéndez (2009) respecto de que dado el incremento y consecuencias de la automedicación en la actualidad, propone que lo que debería hacerse es enseñar a la gente a automedicarse bien en lugar de cuestionarla y hasta perseguirla, entra en confrontación con las concepciones no sólo clínicas sino epidemiológicas de la biomedicina.

Además de entender la dinámica de estos procesos a través de sus consecuencias en los conjuntos sociales, según Hardon y van der Geest (1987: 469-471), la comprensión de las lógicas subyacentes a la auto-medicación, al cumplimiento terapéutico, o a la idea que las personas usuarias tienen sobre la efectividad de cada medicamento, se configura como un aspecto clave para mejorar la atención proporcionada, partiendo del punto de vista del paciente.

C. El medicamento: materia mágica y biomédica

A lo largo de la historia humana y en todas las culturas, las personas han atribuido especiales poderes transformadores a las sustancias materiales. Van der Geest, Whyte y Hardon (1996: 153-178) refieren que los primeros antropólogos describieron la lógica cultural (simbólica), de los medicamentos en las llamadas sociedades primitivas. Lo llamaron magia, fetichismo, o animismo, la creencia en la inmanencia de las fuerzas que la gente trata de poseer, controlar y manipular en beneficio propio. Sin embargo, los autores en esta publicación de 1996 advierten que pocos antropólogos extendieron esa perspectiva cultural al análisis de los productos farmacéuticos, las sustancias terapéuticas que constituyen el núcleo duro de la biomedicina.

En otro artículo denominado *The charm of medicines: metaphors and metonyms*, los mismos Van der Geest y Whyte (1989: 345-367) plantean que el secreto del poder atribuido a los medicamentos reside principalmente en su concreción. Su "*thinginess*" proporciona a los pacientes y terapeutas (médicos, curanderos, farmacéuticos) un medio para hacer frente al problema de salud a tratar. Indican que la cualidad de los medicamentos está conferida por ser tangibles y porque puedan utilizarse de manera concreta: pueden ser ingeridos, aplicados en la piel, insertados en orificios, incluso inyectarse en el cuerpo. Estas actividades son las que mantienen la promesa de un efecto físico. Al ejecutar la aplicación de una "cosa", se transforma el estado de disforia en algo concreto, en alguna cosa a la que el paciente y otros pueden dirigir sus esfuerzos. Es así como los autores explican que los medicamentos encajan lógicamente en la biomedicina y en la mayoría de las otras tradiciones médicas. Por definición, los medicamentos son sustancias que tienen la capacidad de cambiar la condición de un organismo vivo, para bien, como en el caso ideal de los medicamentos, o para mal como el caso de la hechicería. Los medicamentos son la materia médica que alivia al enfermo y le ayuda a recuperar su salud, y la importancia de las medicinas para la mayoría de la gente se encuentra en su efectividad o capacidad curativa.

D. Los fenómenos sociomédicos

Es así como el uso de los medicamentos por la población es un hecho social. Directamente vinculados a este hecho, están los fenómenos sociomédicos, es decir, aquellos fenómenos condicionados conjuntamente por factores biológicos y sociales que finalmente afectan el éxito de los tratamientos, la evolución y la curación de ciertas enfermedades. Distintos estudios, entre ellos el de Farmer (2010) que hace un análisis a profundidad de estos fenómenos sociomédicos mediante un ensayo denominado *Social Scientist and the New Tuberculosis* en donde el uso de fármacos antituberculosos juegan un papel diferencial en la evolución de la nueva tuberculosis. En este estudio se hace una mirada crítica desde la medicina y desde la antropología simultáneamente sobre la aportación de los dos puntos de vista de estas disciplinas a la comprensión de la tuberculosis como una enfermedad social. Es evidente que esta problemática no sólo tiene que ver con los fármacos antituberculosos. De hecho, los medicamentos son las alternativas terapéuticas más utilizadas para resolver numerosos problemas de salud, pero cuando no consiguen sus objetivos terapéuticos o producen efectos adversos como consecuencia de su uso, contribuyen al aumento de las tasas de mortalidad y morbilidad (Johnson y Bootman, 1995; Phillips Christenfeld y Glynn, 1998; Kanjanarat et al, 2003). En Estados Unidos, la morbimortalidad relacionada con medicamentos tuvo un coste hospitalario estimado de más de \$177.4 billones, y esta causó 24.576.000 ingresos hospitalarios; cuatro de cada 1000 ingresos hospitalarios prevenibles eran causados por problemas de salud relacionados con medicamentos, lo cual les sitúa como la segunda causa de ingresos hospitalarios prevenibles (Ernst y Grizzle, 2001). En Barcelona, estudios como el realizado en el Hospital de Sant Pau por Tuneu et al (2000: 177-192) detectaron que el 19% de las visitas a urgencias hospitalarias en este hospital estaba causado por problemas relacionados con medicamentos. La morbimortalidad relacionada con medicamentos es un problema de salud pública reconocido por las autoridades sanitarias internacionales y locales, y adquiere notoriedad en un momento económico crítico de una reducción constante de los recursos de salud. Razón por la cual se reconoce que estos aspectos tienen una relevancia sanitaria muy importante y también tienen un coste derivado de la inversión de recursos, que no obtendrán el beneficio esperado, o de los

recursos que el sistema deberá invertir para tratar los problemas de salud derivados de la utilización de fármacos. Hoy en día se tiene claro que conseguir un uso adecuado, efectivo y eficiente de los fármacos, es una tarea compleja que implica a numerosos agentes; desde los reguladores al propio usuario y que está condicionada por elementos que van más allá de los meramente sanitarios (Segú, 2011).

Respecto a esta realidad que rodea al uso de medicamentos Van der Geest (2001: 9-15) revela en su artículo denominado *The Urgency of Pharmaceutical Anthropology* que su uso constituye un nexo de social y es epicentro de procesos culturales que incluyen conocimientos, símbolos y creencias, la política, los fines de lucro, la confianza y los conflictos, de tal manera que muestran “*in fraganti*” a la cultura y a la sociedad. De hecho, los problemas de salud y el sufrimiento son comúnmente relacionados con el uso, la falta de uso y el mal uso de la medicación, pero el trasfondo de estos “problemas” son las verdaderas preocupaciones urgentes de la desigualdad desgarradora en la atención sanitaria y la salud.

Van der Geest y Hardon (2006: 2-48) en su artículo *Social and cultural efficacies of medicines: complications for antiretroviral therapy*, señalan que los efectos sociales y culturales de los productos farmacéuticos deben tenerse en cuenta ya que los “efectos no médicos” poseen una profunda influencia en el resultado médico de uso de los medicamentos. Indican que la mirada antropológica no ignora ni pasa por alto su función terapéutica, pero que quiere llamar la atención sobre los aspectos que se suelen pasar por alto: sus efectos sociales, culturales, económicos, religiosos y emocionales. En principio, el planteamiento antropológico supone, según estos autores, que los efectos médicos y no médicos no son ajenos. De hecho, entienden que juntos forman el efecto total del medicamento. Estos efectos pueden reforzarse mutuamente (efecto placebo) o trabajar en contra de la otro (efecto nocebo). En este sentido en su libro de *Social lives of medicines*, Whyte acompañado de Van der Geest y Hardon (2002) utilizaron una metáfora antropológica del planteamiento de Appadurai (2000) del concepto de 'la vida social de las cosas' para captar la dimensión social y cultural de los medicamentos. Plantean que las cosas adquieren significado, cuando entran en la vida de las personas. Allí comienza la «vida social» de las cosas y dejan de coincidir completamente con sus cualidades

materiales. Cada ‘cosa’, en este caso el medicamento trasciende su entidad y se relaciona con papeles sociales, culturales, psicológicos en el mundo de los seres humanos. Es así como los medicamentos ineludiblemente tienen significados simbólicos. Esa calidad semiótica de las cosas, es decir, los signos que producen en la vida social probablemente aumentan si los objetos son más valiosos. Según esta mirada antropológica los medicamentos son un buen ejemplo de las “cosas valiosas” que asumen una gran variedad de significados, mucho más allá de sus propiedades fisicoquímicas.

Asimismo, tal como analiza Méndez (2000: 513-538), el medicamento es un objeto relacional. Esta autora propone que estudiar los medicamentos abre aproximaciones a la comprensión de dinámicas cotidianas que vinculan al individuo con el mundo social. Desde el laboratorio de fabricación pasando por el consultorio del médico hasta llegar al cuerpo del paciente, el medicamento incorpora un mundo de representaciones sociales, de poderes y de símbolos que al cabo lo revisten de múltiples facetas. Desde una perspectiva socio-cultural, esas trayectorias ponen de relieve los sentidos atribuidos al medicamento y a sus efectos. En esta investigación la autora concluye que todo lo relativo al medicamento y sus efectos está sujeto a la confianza y al temor, a la subjetividad y la artificialidad, a las creencias y los experimentos, a las bondades y los riesgos, a lo relacional y lo racional, y precisamente en esas ambivalencias reside su poder simbólico y material.

En síntesis, el uso de medicamentos lleva implícitos los fenómenos sociomédicos además de las lógicas de la biomedicina y del cuidado lego que interactúan de una manera dinámica. Los pacientes que utilizan fármacos para tratar enfermedades crónicas intervienen activamente en la polimedicación, más allá de la generada por el propio sistema biomédico como “consecuencias de sus saberes y de los en las condiciones de salud y de vida de los conjuntos sociales” a los que pertenecen Menéndez (2006: 206). Entendiendo que a través de los medicamentos se materializa simbólicamente el conocimiento biomédico y que a través de ellos se establecen relaciones en los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención.

A continuación se da paso a la revisión de los principales enfoques antropológicos que se utilizarán en este trabajo de investigación para analizar la experiencia farmacoterapéutica analgésica.

III. PRECONCEPTOS Y MARCO TEÓRICO ANTROPOLÓGICO

A. Elementos de la Antropología Médica para analizar el uso de los medicamentos

Siguiendo la revisión de la trayectoria de la Antropología Médica como disciplina descrita por Menéndez (2012) estructuraré los diversos enfoques de análisis que pueden constituir el marco teórico para esta investigación a través de las diferentes propuestas antropológicas mencionadas que se pueden aplicar a los procesos específicos de salud/enfermedad/atención-prevención (s/e/a-p), entendiendo que los medicamentos son “la materia” de los procesos de atención-prevención y que son un objeto relacional.

1. Desde Durkheim al interaccionismo simbólico

Durkheim (1982 [1897]) afirmaba que la magia tenía un papel en el control social. En el caso del uso de los medicamentos muchos pacientes refieren que tienen “fe” en los medicamentos o les atribuyen algún grado de eficacia simbólica. De alguna manera los pacientes depositan en “algo externo”, “algo mágico”, la desaparición del dolor o de la depresión. Retomo una frase inicial del texto de Durkheim: “la mayor parte de sus necesidades no están, o no están en el mismo grado, bajo la dependencia del cuerpo”. Y si que aparece el uso de medicamentos como mecanismo de control cuando el mismo paciente refiere que “La medicación ayuda a tener una vida normal.” Desde esta perspectiva los medicamentos cumplen una función de control social y consiguen el paso de lo patológico a lo normal o una vuelta al estado normal.

Avanzando más allá, los medicamentos serían un elemento para hacer cumplir las normas. Es en este caso cuando el individuo deja de controlarse a sí mismo y se “entrega” al control que ejercen los medicamentos y el sistema de salud. Él se puede volver a integrar a la sociedad si asume el control para su comportamiento desviado de lo normal. Sin embargo, llegados a este punto es interesante citar a Goffman (1987 [1961]) y la teoría de

interacción de actores para tener en cuenta los ritos de interacción comunicativa que aprendemos y ponemos en juego en nuestra vida cotidiana. En este caso, el diagnóstico define un rol y puede llegarse a construir un conjunto organizado de expectativas de comportamiento en torno a la posición social de enfermo “adicto a analgésicos”, o “sufridor por no querer detener el dolor”.

Una vez se ha iniciado el tratamiento con medicamentos, el desempeño del rol cuando se interactúa ante los demás en un determinado contexto espacial y temporal (hospitalización, atención primaria), sobre la premisa de estar siendo observados (niveles de fármacos en sangre), es la parte visible y contextualizada del *self especular*, que para Goffman sería más un producto de la interacción social que de la propia intervención del sujeto. Sin embargo, cuando se interactúa entre bastidores, los roles pasan a segundo plano. Cada interlocutor o actor asume uno o varios roles en la interacción en función del marco (situación-tipo reconocible por los participantes) y el escenario, así como de la imagen que se desea ofrecer a los otros. La comunicación no se limita sólo a estas conductas interactivas, sino que también el contexto espacial y cultural adquiere significado. Tener en cuenta la perspectiva de Goffman permitiría comprender por qué utilizamos el rol paciente/profesional de la salud para poder hablar de las situaciones analgésicas. Utilizamos roles conocidos, que nos brindan un cierto grado de comodidad para poder interactuar. De hecho interactuamos desde nuestros significados provenientes de estos roles ya conocidos. Evidentemente si se cita a Goffman, es inevitable hablar de la estigmatización que sufren los pacientes con enfermedad crónica. Para los grupos de personas diagnosticados con enfermedades crónicas se crea estigma e identidad social. Como categoría relacional el estigma es un atributo que ya se asigna a los comportamientos de las personas tratadas y, por supuesto, es un estereotipo. También es un hecho que generamos “microestigmas” en cuanto al uso de los medicamentos... “los diabéticos incumplidores”... “los enganchados a las benzodiazepinas...” “los hiperdemandantes de analgésicos”... el miedo a los analgésicos opioides... “los locos que tienen que tomar litio” etc. Y se hacen evidentes las interacciones simbólicas que hay con el uso de medicamentos.

En este sentido ya Lindensmith (1968 [1947]) había explicado en su libro sobre la adicción y los opiáceos que: “la interpretación individual de los síntomas es una creencia o actitud que existe como un fenómeno cultural y psicológico. Las creencias del entorno social se tienden a imponer a los adictos”. Siguiendo a este autor, a través de la utilización de los símbolos sociales de la lengua en una conversación consigo mismo y con otros, se inician y se desarrollan cambios de personalidad que conllevan a convertirse en un enfermo con dolor crónico. Es todo este proceso el que George Herbert Mead (1922) ha calificado de “tomar el papel del otro generalizado” hacia uno mismo o de asumir las actitudes del grupo o la sociedad en que cada uno vive. Cuando el paciente utiliza los símbolos que la sociedad le ofrece, también asume las actitudes adecuadas a los símbolos cuando se las aplica a sí mismo, en contextos asistenciales, respecto a su salud y a su enfermedad.

2. Eficacia simbólica

Los medicamentos como «materia médica» que condensa la intención de curar/tratar de la biomedicina evidentemente deben traer consigo toda la carga simbólica del sistema médico que los utiliza para conseguir sus fines. Siguiendo esta idea de Van der Geest en sus múltiples y diversas publicaciones ya citadas, también se incorpora el hecho de que las medicinas son importantes para los pacientes por su efectividad o capacidad curativa. En este orden de ideas es imprescindible recurrir al concepto de «eficacia simbólica» acuñado por Lévi-Strauss (1995) en su libro de Antropología Estructural. En este texto analizó del ritual chamánico de los indios cuna reservado a asistir a cierto tipo de parto difícil y lo compara con el proceso de tratamiento del psicoanálisis. Dice textualmente:

“En realidad, la cura chamanística parece ser un equivalente exacto de la cura psicoanalítica, pero con una inversión de todos los términos. Ambas buscan provocar una experiencia, y ambas lo consiguen reconstruyendo un mito que el enfermo debe vivir o revivir. Pero, en un caso, se trata de un mito individual que el enfermo elabora con ayuda de elementos extraídos de su pasado; en el otro, de un mito social, que el enfermo recibe del exterior y que no corresponde a un estado personal antiguo. La carga simbólica de tales actos les permite constituir un lenguaje: en realidad, el médico dialoga con su paciente no mediante la palabra, sino mediante operaciones concretas, verdaderos ritos que atraviesan la pantalla de la conciencia sin encontrar obstáculo, para aportar directamente su mensaje al inconsciente. Es la eficacia simbólica la que garantiza la armonía del paralelismo entre mito y operaciones. Y mito y operaciones forman un par en el cual volvemos a encontrar

otra vez el dualismo del enfermo y el médico. En la cura de la esquizofrenia, el médico cumple las operaciones y el enfermo produce su mito; en la cura chamanística, el médico proporciona el mito y el enfermo cumple las operaciones. La eficacia simbólica consistiría precisamente en esta «propiedad inductora» que poseerían, unas con respecto a otras, ciertas estructuras formalmente homologas capaces de constituirse, con materiales diferentes en diferentes niveles del ser vivo: procesos orgánicos, psiquismo inconsciente, pensamiento reflexivo. El mito recreado por el sujeto o sacado de la tradición, de estas fuentes, individual o colectiva (entre las cuales se producen constantemente interpretaciones e intercambios), el inconsciente solamente extrae el material de imágenes sobre el cual opera, pero la estructura es siempre la misma, y por ella se cumple la función simbólica.”

Advierte Menéndez (2012) que: “aunque Lévi-Strauss aplica el concepto de eficacia simbólica al chamanismo y al psicoanálisis, este concepto ha sido referido en la antropología médica a las prácticas y representaciones sociales generadas por la biomedicina”. Indica además que “una parte de los aportes más sustantivos de los trabajos antropológicos que incluyen la eficacia simbólica se realizaron respecto de su papel en la cura o por lo menos prolongación de la vida”. Por esto, la cuestión de interés a analizar en el uso de los medicamentos es cómo opera la curación o el tratamiento con una sustancia externa. Dicho de otra manera, necesitaría describirse como se desarrolla esta propiedad inductora, como se desenvuelve la función simbólica en los pacientes usuarios de medicamentos y cuáles son los determinantes en el proceso de construcción de subjetividad de la experiencia farmacoterapéutica. Inclusive, en medio de la diversidad de tipos de medicamentos, será diferente la eficacia simbólica entre unos u otros. Habrá determinantes de la fuerza simbólica que imprima más eficacia a unos que a otros. Además, la eficacia simbólica inscrita en el medicamento puede afectar a la relación médico-paciente o al acto de diagnóstico-prescripción. Y una vez generada la “orden médica para adquirir un medicamento”, en su llegada a la farmacia se adicionarán más factores que impriman mayor o menor eficacia simbólica al medicamento que se le dispensa a un paciente. Con el paso del tiempo de uso y con la experiencia vivida al tomar un medicamento se modificará la eficacia simbólica, probablemente se adquirirán nuevas subjetividades y operen otros factores externos que incidan en la expectativa de curación. Y finalmente, sin olvidar elemento de manipulación psicológica relacionado con la eficacia simbólica indicado por Levi-Strauss (1995) sería necesario profundizar en cómo operan los efectos placebo y nocebo en los pacientes que usan medicación crónicamente.

3. Relaciones de hegemonía y subalternidad

Retomando la genealogía de Menéndez (2012), interesa comprender para esta investigación las relaciones de hegemonía y subalternidad que deben estar presentes en el uso de medicamentos. Nunca más pertinente la expresión “orden médica” como denominación de una prescripción de un medicamento para justificar este interés. En el uso de los medicamentos es evidente la existencia de diferentes tipos de relaciones caracterizados por la competencia, la colaboración, la asimetría y/o la reciprocidad (Menéndez, 2012). Fue De Martino (1999) quien desarrolló etnográfica y teóricamente uno de los aportes fundamentales de la teoría de Gramsci que era “reconocer que los sectores dominantes tratan de hegemonizar a las clases subalternas a partir de los saberes de las mismas, ya sea negándolos o si no apropiándose los para poder modificarlos. El mayor éxito de la hegemonía es que los grupos sociales subalternos utilicen los saberes de los sectores dominantes como si fueran saberes propios; es decir, convirtiéndolos en parte de su sentido común, pero a partir de sus propias representaciones y prácticas sociales. Pero además, Gramsci propuso que a partir de los saberes propios -inclusive modificados por los saberes hegemónicos- las clases subalternas pueden generar no sólo propuestas de resistencia sino contrahegemónicas, en particular a nivel de los aspectos más sencillos y reiterados de la vida cotidiana. Y justamente los procesos de s/e/a-p se caracterizan por ser parte central y constante de la vida cotidiana”.

Mozo (2013: 1-11) se refiere “al posicionamiento, tremendamente crítico de Menéndez, con la teoría y la práctica biomédica, con lo que denominó «Modelo Médico Hegemónico» (Menéndez, 1988: 451-464), fundamentalmente con la reducción biologicista de su mirada. La biomedicina, como cualquier sistema médico, no es sino un sistema sociocultural más, con su grado, mayor o menor, de eficacia. Es un sistema que responde a la lógica social de las sociedades de mercado en las que se originó y consolidó. Incluso la definición de lo que se considera (y de lo que no se considera) un problema de salud o de lo que se califica (o no) como enfermedad; es un reflejo claro de las relaciones socioeconómicas, de sexo-género, sexuales y étnicas que la vertebran”.

4. La fuerza de las emociones

Especial interés tiene en esta revisión la antropología crítica de Rosaldo (2000) principalmente por el concepto de utilidad para esta investigación como es el concepto de la «fuerza de las emociones». Además de señalar tres aspectos metodológicos relevantes como ir más allá del punto del nativo, la noción del sujeto ubicado, y la crítica a la representación y escritura etnográfica, este enfoque crítico también señala la tendencia de los antropólogos de negar la conciencia histórica de los "sujetos" a los que estudiaban (Llanes 2009: 55-68). La propuesta de Rosaldo (1989) sobre la fuerza cultural de las emociones que consideraría la posición del paciente dentro del área de las relaciones sociales, para comprender la experiencia emocional. Añade relevancia al concepto de fuerza de las emociones entender el trabajo de campo como un «campo de fuerzas». Entendiendo esta noción de «campo» de Bourdieu y Wacquant (2005 [1992]), el cual puede ser definido “como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (*situs*) en la estructura de la distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etcétera)”.

Por tanto, como parte constitutiva de este trabajo de campo, cuando se entiende como un campo de fuerzas nos permite advertir que el punto de vista de análisis, incluyendo sus reflexiones y análisis, también están situados o posicionados en el campo. Esto se relaciona con la cuestión de que es partir de cierta posición objetiva y objetivada que los pacientes enuncian sus puntos de vista, sus análisis y sus reflexiones. Conocer estas posiciones, y las diversas fuerzas que inciden en ellas, ayudará a conocer e interpretar mejor sus puntos de vista y análisis. Por el hecho de situar esta investigación en un escenario del sistema biomédico hegemónico resulta necesario reconstruir los relatos a partir de la posición específica que ocupan en el campo. Considerar el trabajo de campo como campo de fuerzas sugiere que la “fuerza emocional” del investigador no es la única que debe ser tomada en cuenta para el ejercicio de la reflexividad porque probablemente

intervendrán otras fuerzas que deben ser contempladas: los intereses de los pacientes, las dinámicas de la institución a la que pertenece el investigador, los intereses de organizaciones políticas o de instituciones económicas, entre otras. Estas fuerzas no son solo el contexto, constituyen la investigación en si misma.

En términos de la experiencia dolorosa, este enfoque puede explicar la posición del paciente según las fuerzas y tensiones que generan o que modulan el hecho doloroso. Y evidentemente el uso de fármacos afecta esa fuerza y esa tensión. El dolor está vinculado a la emoción, y a su vez los fármacos modulan la experiencia dolorosa. Además dentro de la posición que ocupa el paciente en el proceso de búsqueda de alivio, existirán otras fuerzas que condicionen su experiencia farmacoterapéutica. Pueden ser desde las relaciones familiares o con los profesionales, las coberturas por el sistema de seguridad social, inclusive las presiones económicas para “adquirir” nuevas opciones terapéuticas. En cualquier caso en el contexto de la farmacoterapia, la fuerza que se supone que puede estar como trasfondo de la experiencia analgésica es la medicalización. Y por supuesto de las emociones relacionadas con los padecimientos. Tal como definía Conrad (1992: 209) “la medicalización es un proceso social por el cual una condición humana previamente normal (conductual, fisiológica o emocional) se convierte en un problema médico que necesita el tratamiento bajo la jurisdicción de los profesionales médicos”. En este sentido el uso de fármacos permite que el modelo biomédico “corrija” lo que ahora considera desviado o erróneo del funcionamiento en el cuerpo humano. Si bien, esta medicalización de las emociones tiene que ver directamente con las enfermedades mentales, en el caso del dolor debe ejercer influencia cuando este padecimiento se cronifica en el tiempo.

Respecto a dolor, Romaní (1999: 39) explica que el proceso de medicalización tiene como consecuencia convertir en objeto de preocupación, estudio, orientación y, en definitiva, control, por parte de la corporación médica tanto esos «mil dolores pequeños», es decir, tanto de las pequeñas cosas de cada día (dolores de cabeza, de barriga, de huesos o pequeñas heridas) como otra categoría de dolencias, como las definidas como enfermedades mentales, hasta todas aquellas actividades ligadas al estilo de vida y que se relacionan con la aparición de morbilidad. Y respecto a la farmacoterapia, siguiendo a Romaní (1999: 39), “el medicamento, a diferencia de los remedios populares, está

controlado por especialistas, como farmacéuticos y médicos, autorizados administrativamente por los Estados (Romaní, 1999:41-45). A su vez el Estado adopta un sistema basado en una eficacia técnica y simbólica de los medicamentos que permite obviar las raíces sociales, culturales y políticas de la enfermedad. Advierte que:

“la introducción de la receta es un elemento de poder que tiene eficacia simbólica al identificar lo escrito con lo científico, distanciándolo del saber popular, de la ignorancia. La eficacia se iría afianzando con el desarrollo del modelo hospitalario, una de cuyas características es su organización alrededor del uso de diversas tecnologías, entre ellas el medicamento. Todo ello articulado en una ideología científica característica de la utopía moderna: la creencia en que el progreso basado en la ciencia nos garantizará el control del mundo natural y social y, por ello, la felicidad (Romaní, 1999: 58).

Entender el campo de fuerzas que rodea la experiencia farmacoterapéutica analgésica, además estudiada desde la farmacia comunitaria es relevante porque los medicamentos están controlados por los médicos cuando son de receta, pero otros ha quedado “custodiados” por el farmacéutico aunque sean de venta “libre” en la farmacia. El acceso a la sustancia que genera la experiencia tiene una intermediación explícita y esto afectará a la experiencia dolorosa.

La bibliografía de la antropología revisada revela enfoques diversos de análisis de enfermedades que se tratan con medicamentos tales como las enfermedades mentales (Correa-Urquiza et al, 2006), las adicciones (Lindesmith, 1968 [1947]), el VIH-SIDA (Levine, 2007). En particular Singer (1994) es conocido por ser uno de los pioneros antropología médica crítica. Además de ser uno de los primeros antropólogos médicos en emplear una perspectiva crítica, ha hecho investigaciones sobre el VIH/SIDA y el consumo de drogas que han llevado a la comprensión de las relaciones entre las disparidades sociales y problemas de salud. Farmer (1999, 2010) también ha utilizado la antropología médica crítica para análisis varios fenómenos sociomédicos relacionados con enfermedades infecciosas como la tuberculosis.

En el siguiente apartado se ampliarán aquellas que analizan la perspectiva del dolor desde la antropología.

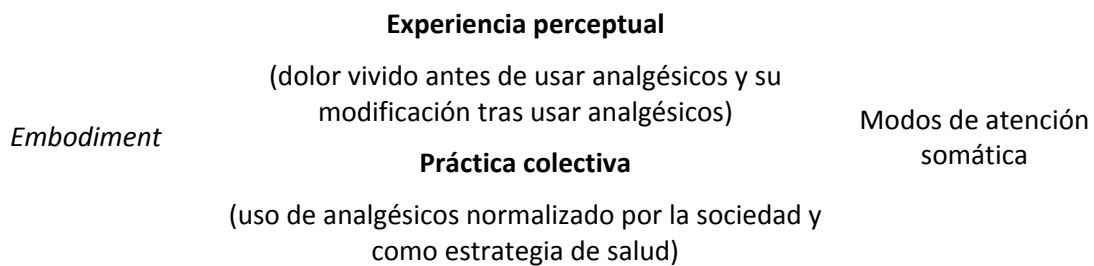
B. Perspectiva del dolor desde la antropología

1. Fenomenología del Dolor Crónico

La exposición fenomenológica del dolor crónico que realiza Byron J. Good (2004) permite establecer un punto de partida para este intento de abordar la experiencia farmacoterapéutica a través de la mirada antropológica. La experiencia de la enfermedad vivida en el cuerpo y su afectación en el mundo vital del paciente siguiendo la exposición fenomenológica que hace Good indica que el dolor crónico desafía un supuesto básico en biomedicina –“que el conocimiento objetivo del cuerpo humano y la enfermedad son posibles al margen de la experiencia subjetiva”-. En el caso del uso de los analgésicos, esta novedad o esta incapacidad al enfrentarnos a la subjetividad que tenemos muchos profesionales sanitarios, da pie a preguntarse siguiendo la exposición fenomenológica, si ¿el dolor tratado con analgésicos es una experiencia encarnada a través de la cual los pacientes perciben el mundo y su existencia? Tal como cita Good (2004) de Merleau-Ponty (1999), la fenomenología como ciencia descriptiva ofrecería una representación del espacio, el tiempo y del mundo tal como los pacientes lo viven y trataría de aportar una descripción de la experiencia tal como es. Good mencionaba que la experiencia del dolor crónico –en el cuerpo fenoménico, social y político del paciente- tiene características especiales dentro de una cultura y un sistema médico, también mencionaba que el dolor ponía en evidencia las contradicciones de las metáforas de la mente y el cuerpo. Entonces el proceso de percepción pone de relieve la distinción entre objeto-sujeto, mente-cuerpo y se genera en este cuerpo unos significados y representaciones que estarán condicionados o condicionarán la salud, la enfermedad por ende, la curación. Así como la enfermedad que les causa dolor a los pacientes estaría presente en su mundo vital, las modificaciones experimentadas en su propio cuerpo al usar el analgésico también representan un cambio en su mundo vital. Probablemente tomar medicamentos no constituya necesariamente un retorno a una situación de bienestar pero sí modifica su experiencia subjetiva de este padecimiento.

Csordas (2002: 241-259) también desarrolla el concepto de percepción acuñado por Merleau-Ponty (1999) refiriendo al cuerpo como el ámbito más importante de experiencia

y por lo mismo de la comprensión del mundo fenomenológico. Csordas (2002: 241-259) plantea que la cultura viene en gran manera de la experiencia del cuerpo y por tanto el dolor (y usar sustancias para evitarlo) al experimentarse en el cuerpo, estará condicionado por el mundo cultural del paciente. Siguiendo la relación entre experiencia perceptual y la práctica colectiva, la experiencia farmacoterapéutica analgésica respecto a los conceptos de *embodiment* y modos de atención somática (Csordas, 2002), se ubicaría de la siguiente manera:



Este hecho de tratar el dolor con analgésicos para cambiar lo que se vive en el cuerpo es un proceso que acaba en conceptos culturales constitutivos pero que se habrá originado inconscientemente. Evitar el dolor debe tener un grado de intersubjetividad. Seguir este argumento implica que al estudiar la experiencia del dolor crónico se debería explorar la organización de sensibilidad personificada, de la experiencia en todas sus modalidades sensitivas, así como los objetos de las experiencias.

Texto (narrativas de los pacientes)	Textualidad	Representación	Semiótica	Intertextualidad
Cuerpo (dolorido en tratamiento)	<i>Embodiment</i>	<i>"being-in-the-world"</i>	Fenomenología	Intersubjetividad
Auténtico campo cultural de manifestación del dolor. Proceso material de interacción social.	Cuerpo dolorido en su dimensión intencional, activa y relacional.	El dolor modifica la percepción del mundo a través de una posición alterada del cuerpo en el tiempo y en el espacio.	Perspectiva de la experiencia encarnada, el cuerpo vivido. Condición existencial.	Significados culturales compartidos para y por el uso de analgésicos para aliviar al cuerpo dolorido.

A este nivel cobra gran utilidad la noción de *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology* en la que Scheper-Hughes y Lock (1987) proponen una forma de análisis del cuerpo y la salud que puede ser aplicable al caso del dolor. El análisis de la experiencia analgésica en el cuerpo dolorido ¿es una conjunción entre procesos racionales, emocionales y corporales de los pacientes? Precisamente, en el análisis de Scheper-Hughes y Lock (1987) se hace la reconstrucción de los conceptos de cuerpo desde tres perspectivas o formas de ver el cuerpo: (1) El cuerpo individual que se refiere a la experiencia fenomenológica individual (*body-self*), (2) el cuerpo social, es decir la naturaleza simbólica de pensar las relaciones entre naturaleza, sociedad y cultura, y (3) el cuerpo político como artefacto de control político y social.

Llegados a este punto, tal como plantea Esteban (2004) las relaciones entre el yo y el cuerpo no son las mismas en las diferentes sociedades, en Occidente se da una individualización de yo, y por tanto, de la experiencia corporal que no se encuentra en otros lugares. De hecho, para el estudio del cuerpo en las ciencias sociales según Esteban (2004) “el cuerpo se convierte ahora en nudo de estructura y acción, y en centro de reflexión social y antropológica”, este es el cuerpo dolorido que se sobre el cual se quiere abordar la experiencia farmacoterapéutica analgésica.

2. Dolor y experiencia. Experiencia individual que no escapa al vínculo social

Le Breton (1999), en su libro de antropología del dolor, plantea que el dolor es un «hecho situacional» explicando que:

“La anatomía y la fisiología no bastan para explicar las variaciones sociales, culturales, personales e incluso contextuales. La relación íntima con el dolor depende del significado que éste revista en el momento en que afecta al individuo. Al sentir sus horrores, éste no es el receptáculo pasivo de un órgano especializado que registra vaivenes impersonales de tipo fisiológico. La manera en que el hombre se apropia de su cultura, de unos valores que son los suyos, de su relación con el mundo, suponen un entramado decisivo para su aprehensión”... “La experiencia muestra la importancia del medio, incluso puramente profesional, para el alivio y tranquilidad del enfermo. Los terapeutas que suministran atención paliativa saben que una palabra amiga o una mano sobre la frente, la presencia junto al lecho del paciente, son los antálgicos más eficaces, aunque no basten. En verdad, el dolor es íntimo, pero también está impregnado de materia social, cultural, relacional y es fruto de la educación. No escapa al vínculo social” (Le Breton, 1999).

Ir a la farmacia a buscar analgésicos puede ser un medio de alivio, de descargas de las resistencias insospechadas o de búsqueda de apoyo a las debilidades inesperadas. Siguiendo la idea del vínculo social, las farmacias comunitarias serían parte de este medio en el que el paciente genera significados al hecho de plantearse evitar el dolor, acude porque hay “materias” que pueden aliviar al cuerpo dolorido. Y desde este escenario asistencial permeado por la biomedicina y las relaciones de hegemonía/subalternidad subyace la incoherencia de tratar el dolor con fármacos que traen consigo el significado de ser moléculas que actúan en la mecánica neuronal y cerebral que produce el dolor en términos fisiológicos, cuando ante nuestros ojos claramente los pacientes acuden por algo más. Es fácil, desde una estructura biomédica hegemónica, como puede ser la oficina de farmacia, simplificar al tratamiento analgésico como una adaptación farmacodinámica de cuerpo biológico pero a través de la experiencia farmacoterapéutica puede integrarse la vivencia del individuo y aprovechar los diversos y repetidos encuentros para profundizar en la complejidad de la historia personal. Huyendo de que el dolor sea una experiencia netamente sensorial, incluyendo la dimensión afectiva y para dar cuenta de lo simbólico, en respuesta al planteamiento de Le Breton (1999), podría ser explicable la experiencia analgésica.

En este punto incide como factor importante, la diferenciación del dolor y el sufrimiento respecto a que una información dolorosa «*sensory pain*» implica una percepción personal «*suffering pain*». Esto se describirá en rescatar de los encuentros con el paciente qué sensaciones siente, cómo las sufre, cómo las interpreta, cómo se adapta y cuáles conductas sigue. Por tanto puede configurarse el planteamiento de Le Breton (1999) que “todo dolor comporta un padecimiento moral un cuestionamiento de las relaciones entre el hombre y el mundo”. Si bien, este autor hace caer en cuenta que aunque “el dolor es un estado molesto, también es una defensa apreciable contra la inexorable hostilidad del mundo”. Aún así, no se trata de quedarse en el sentido defensivo, sino de comprender su ambivalencia y su complejidad. Refiere este mismo autor que:

“El dolor ataca al individuo en su identidad, y a veces lo quiebra; parece un sentido defensivo útil, pero en la misma medida contumaz, bloqueado, y mutilador, con frecuencia acaba por transformarse en la enfermedad que hay que tratar. La conciencia dolorosa es el

suplemento que elimina la tentación de otorgar al dolor el mero estatuto de defensa fisiológica” (Le Breton, 1999).

También advierte de los «usos sociales del dolor», mencionando que “todo sufrimiento consentido se transforma entonces en una prueba de amor, un signo de devoción”. Me pregunto: cuáles son las “ofrendas de dolor” de la actualidad, cuáles son las nuevas formas de sacrificio, o al contrario, se quiere huir de cualquier tipo de sacrificio y asistimos a un cambio de las formas de demostraciones, para qué sufrir si hay sustancias que eliminan dolor, en cuáles pacientes operan las representaciones cristianas en las que las deudas contraídas en ocasión del sacrificio de Jesucristo, sigue considerando al sufrimiento una demostración de amor. ¿La devoción al confort y al no dolor, incluso al placer induce al consumo de analgésicos? ¿Para existir hay que padecer? ¿El uso de analgésicos es una nueva forma ritual o precisamente ya no se quiere pasar por los tránsitos dolorosos y evitar al dolor infligido? ¿Asistimos a formas tecnificadas de luchar contra el sufrimiento? ¿Para el bienestar social se debe combatir el sufrimiento y se resuelve con invertir en sustancias activas para alcanzarlo? ¿El consumo de analgésicos es la materialización de una idea de progreso?

Así como Le Breton (1999) indica que el signo que nunca engaña a nadie acerca de la necesidad de alivio es el hecho de que el dolor sea la primera razón de consulta médica, me atrevo a agregar que hechos como que 10 de los 20 medicamentos más vendidos en España sean analgésicos de venta sin receta médica (El Mundo, 2008) y que la cabeza del listado de medicamentos superventas en España, con 168 millones de euros en 2013, lo encabece Lyrica® -pregabalina- un fármaco ansiolítico y antiepiléptico ampliamente usado para los dolores neuropáticos frecuentemente irresueltos por fármacos analgésicos potentes (Portalfarma, 2014), son otros signos claros de la necesidad de darle sentido al uso que están haciendo las personas de estos fármacos.

En este contexto es oportuno preguntarse cómo media la relación hombre-dolor el acceso a estas sustancias y cuáles tramas sociales y culturales influyen en estas conductas además de los valores que impregnan estos hechos. Al mismo tiempo sin dejar de ver que los pacientes y demás actores son consecuencia de una serie de condiciones sociales y

culturales siendo creadores de significado de estas prácticas analgésicas que tendrán una intensidad propia del individuo en su singularidad.

Es así como se aprovecharía la visión antropológica desde esta perspectiva, un intento de hacer surgir lo que suele despreciarse en el proceso terapéutico, y en este caso farmacoterapéutico: “la dimensión del sentido y de los valores que afecta a la relación del hombre con su cuerpo y su enfermedad” (Le Breton, 1999).

3. Enfoque relacional. Diferenciación cultural de la experiencia dolorosa

A lo largo de la vida de las personas, hay ciertos acontecimientos que pueden ser críticos para su salud. El desarrollo de mecanismos que permitan gestionar dichos acontecimientos es un hecho estructural en toda sociedad. Ello significa que, en cualquier contexto, existen una serie de conocimientos, creencias y prácticas sobre la naturaleza de la enfermedad, sus causas y efectos. De modo análogo, una serie de «recursos terapéuticos» emergen en cada entorno socio-económico determinado, influidos por aspectos de orden socio-cultural, político e histórico (Menéndez, 2009). Desde el enfoque relacional se entiende que:

“Los recursos terapéuticos son la oferta existente de atención en salud en un contexto dado, e incluyen los especialistas e instituciones de distintas tradiciones médicas -ya sean formales o no formales-, cuyas prácticas están orientadas a prevenir y atender la enfermedad, o a promocionar la salud (Menéndez, 2009).

Cuando se habla de modelos, saberes, formas de atención y prevención de padecimientos, no sólo se piensa en la enfermedad entendida desde el punto de vista biomédico, sino en todos los saberes y formas de atención que en términos intencionales buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado, lo cual implica incorporar las tendencias asistenciales de lo cotidiano que hacen parte fundamental en los procesos de salud/enfermedad/atención (Menéndez, 2006). En este sentido, no sólo enferman los pacientes, enferma todo su grupo social. El mismo autor (Menéndez, 2002) reconoce que todo sujeto o grupo social constituye inevitablemente su subjetividad y su identidad dentro de dichas relaciones, redes y rituales sociales que, relacionados cotidianamente con la enfermedad, los padecimientos, los daños

a la salud, conforman hechos frecuentes y recurrentes en la vida de los sujetos y los colectivos. Asimismo enfermedades y padecimientos forman parte sustantiva de los procesos sociales ya que el sujeto desde su nacimiento – cada vez más biomedicalizado- se constituye e instituye al menos en parte, a través del proceso salud / enfermedad / atención-prevención (s/e/a-p).

Muestra de la aplicación del enfoque relacional corresponde a las investigaciones realizadas en México por Barragán (2004: 10-14) quien considera el análisis antropológico desde su contexto histórico. Menciona que “históricamente el dolor ha sido uno de los componentes más importantes en la experiencia de numerosas enfermedades en torno a las cuales los grupos sociales han establecido múltiples representaciones acerca del significado de causalidad, las relaciones emocionales con el mismo y manifestaciones corporales”. Este contexto histórico lo vincula con los profesionales biomédicos que paralelamente “han tejido una red de representaciones en torno a esta problemática, sobre la que construyen respuestas diagnósticas y terapéuticas encaminadas a eliminar o controlar la intensidad dolorosa”.

La autora describe y establece las relaciones entre las representaciones de los actores. Respecto a los pacientes hace referencia a que:

“los pacientes viven el dolor en un marco de incapacidad, angustia e incertidumbre respecto a su evolución. En determinados padecimientos crónicos y crónico-degenerativos el dolor es un elemento fundamental durante su evolución, de tal modo que merma significativamente la calidad de todos los aspectos de la vida de las personas afectadas y genera diversos grados de incapacidad, lo que implica la pérdida de ingresos y el aumento del gasto familiar y social” (Barragán (2004: 11).

Desde la perspectiva de los pacientes con dolor crónico la experiencia dolorosa involucra tanto al cuerpo como a la mente, ya que el sufrimiento moral acompaña el proceso de la enfermedad. Para los enfermos el origen y los elementos que exacerbaban o disminuyen el dolor son tanto externos, pertenecientes al medio ambiente físico o social, como internos; entre estos últimos se encuentran los sentimientos y las emociones como causantes o coadyuvantes del dolor. La mayor o menor susceptibilidad al padecimiento está condicionada por algunos procesos fisiológicos, la edad, el agotamiento físico, la tensión emocional y el sufrimiento crónico, y pueden estar involucradas terceras personas

como causantes de los desequilibrios sociales y emocionales que vulneran el cuerpo del individuo.

Con respecto a los médicos advierte que “aparece la frustración ante la relativa o nula eficacia de los tratamientos y se desempeñan en la búsqueda continua de vanguardias teóricas y novedosas técnicas farmacológicas para combatir la sintomatología dolorosa” (Barragán 2004: 12). Analizando el proceso cognitivo de los médicos también Barragán (2002: 17-20) hace un análisis de la construcción diagnóstica, mencionando que:

“Dentro de la construcción del diagnóstico de dolor crónico existen una serie de situaciones socioculturales que condicionan la interpretación de los signos y síntomas clínicos que participan en tal proceso. Así, interviene la subjetividad del complejo contexto de representaciones que incluyen no sólo lo que se considera lo orgánico y lo psicológico de las personas y las diversas características y condicionantes de la evolución de la enfermedad, sino también los factores socioeconómicos y culturales de los individuos y los grupos sociales involucrados, significativamente mediatizados por el género. Ante esta problemática se considera fundamental reconocer algunos resultados de investigaciones antropológicas que permitan a la comunidad médica reflexionar sobre la diferenciación cultural de la experiencia dolorosa”.

Respecto al tema de cómo surgen los diagnósticos, la médica Valls-Llobet (2009) señala que:

“El diagnóstico diferencial es todavía una asignatura pendiente, apuntando hacia la existencia de muchas patologías y disfunciones, con mayor prevalencia en mujeres, que están en la base biológica de un dolor que se cronifica porque no se trata adecuadamente. Ante lo cual la pregunta sería: ¿por qué no se diagnostica un dolor que en la mayoría de los casos tiene tratamiento antes de decidir que una persona tiene una fibromialgia de origen desconocido y que no tiene más tratamiento que psicofármacos, analgésicos, opiáceos o derivados de la morfina?”

Asistimos a una simplificación de la complejidad de los tratamientos y son los fármacos los que simplifican y consumen el proceso del diagnóstico. Es así, que habrán de considerarse el análisis de la farmacoterapia prescrita desde el proceso relacional que genera el diagnóstico que ha originado la prescripción.

IV. PRESUPUESTOS Y MARCO CONTEXTUAL FARMACOTERAPÉUTICO

A. Contextualización del escenario asistencial

1. Los medicamentos, producto de consumo y la influencia de la industria farmacéutica en los sistemas de salud

Describir este aspecto como parte del contexto de este trabajo de investigación puede implicar ampliar demasiado el marco de esta contextualización, pero a la vez excluirlo puede llevar a la omisión de una de las influencias externas, quizás más determinantes del fenómeno de uso de medicamentos en cualquier sistema sanitario en la actualidad.

Es un caso conocido del marketing que la revista Time y 24/7 Wall Street (Marketing Directo, 2014) se propusieron identificar los productos más vendidos de todos los tiempos y obtuvieron una lista que señala que el segundo producto más vendido de todos los tiempos en un medicamento, el Lipitor® de laboratorios Pfizer cuyo principio activo es la atorvastatina que actúa para reducir el colesterol con unas ventas totales de 141.000 millones de dólares. Este producto solo es superado por los 344 millones de unidades vendidas de la PlayStation. Este medicamento hipolipemiente supera los casi 41 millones de coches Toyota Corolla que ocuparon el tercer lugar, los 4600 millones de dólares que obtuvo la 20th Century Fox con la película Star Wars en cuarto lugar y el quinto lugar con las no despreciables 211 millones de unidades del iPad vendidas por apple en el mundo entero. Es evidente que estamos inmersos en el mercado de los medicamentos y no escapamos a su influencia. Para el caso español el diario económico La Expansión (2015) indico recientemente que:

“Aunque las ventas de medicamentos se estancaron en el año 2014, los españoles acudieron a la farmacia para adquirir 1,62 millones de unidades de fármacos y otros productos comercializados en las boticas, con un gasto de 17.966 millones de euros. Las ventas de medicamentos con receta (el denominado mercado de prescripción) supusieron el 77,4% de los ingresos (13.922 millones, un 1,8% menos que en 2013). Los fármacos de

marca (que llevan asociada una patente desarrollada por un laboratorio que impide que otra farmacéutica lo comercialice) siguen dominando el mercado, aportando seis de cada diez unidades vendidas y 8 de cada 10 euros de ingresos. Lyrica® (pregabalina), indicado contra la ansiedad y la epilepsia, es el fármaco que más ingresos aporta a su fabricante, Pfizer, según datos de la consultora IMS Health. El año pasado, se vendieron 4,74 millones de unidades, lo que le convirtió en el superventas de los preparados con receta, lo que se tradujo en una facturación de 276,55 millones de euros. El grupo estadounidense tiene otro fármaco entre los quince más vendidos, Prevenar 13®, una vacuna para bebés que previene de la bacteria del neumococo, que puede provocar enfermedades como neumonía, otitis o meningitis.

Las grandes farmacéuticas ponen fin a cuatro años de caídas de ventas

CAMBIO DE TENDENCIA. Tras años de pérdida de cuota de mercado en favor de los genéricos, los fármacos de laboratorio registran aumentos de ingresos del 4% desde el último trimestre de 2013.

Cristina Fontgüell, Barcelona

A menos que el Gobierno ponga en práctica nuevos planes de rebaja de precios, las ventas de los medicamentos de marca en España parecen haber recuperado la senda del crecimiento por primera vez en cuatro años. Los últimos reales decretos y planes de contención del gasto sanitario provocaron descensos de ventas de más del 10% anual en España, que han permitido a los fabricantes de genéricos ganar cuotas de mercado sin precedentes en el país. En el conjunto de 2013, las ventas de medicamentos de marca en las farmacias españolas cayeron un 3,9%, pero en los últimos cuatro meses del año crecieron un 4%.

Según Miguel Martínez, director de línea de negocio de la consultora IMS Health, "a partir de julio dejó de notarse el efecto del copago farmacéutico registrado en meses anteriores". Martínez añade que "los precios se han estabilizado tras los últimos reales decretos, que han permitido a los genéricos crecer a ritmos de doble dígito entre 2010 y 2012". Según IMS, "a

LOS SUPERVENTAS DE LOS MEDICAMENTOS EN ESPAÑA

	Ventas 2013 (millones €)	Variación 13/12		Ventas 2013 (millones €)	Variación 13/12
Lyrica (Pfizer)	158,67	8,7	Prevenar 13 (Pfizer)	54,5	9
Lantus (Sanofi)	129,1	9,2	Somazina (Ferrer)	53	-12,3
Spiriva (Boehringer)	126,9	-6,9	Azilect (Lundbeck)	51,1	10,5
Seretide (GSK)	114,2	2,4	Seroquel (AstraZeneca)	51,1	-2,7
Cloacene (Sanofi)	112	4,8	Eucras (Novartis)	50	11,5
Xepion (Janssen)	91,1	4,7	Vesicare (Astellas Pharma)	50	9,8
Symbicort (AstraZeneca)	74,7	-1,7	Plavix (Almirall)	48	-9
Risperidol Consta (Janssen)	66,3	-19,7	Hibor (Novi)	46	17,2
Abilify (Otsuka)	66,2	14,1	Advagraf (Astellas Pharma)	45	6,5
Duodart (Gsk)	65,6	26,3	Levemir (Novo Nordisk)	44	2
Crestor (AstraZeneca)	61,2	3,6	Rilast (Esteve)	42	-2,3
Extral (Mati)	61	-3,5	Resto del mercado	740,6	-2,7
Cymbalta (Lilly)	60,2	8,6	Ventas de medicamentos genéricos	1.650,6	11,2
Forsee (Lilly)	57	-1,7	Total del mercado farmacéutico	9.198,7	-1,5

Fuente: IMS Health

EL MERCADO FARMACÉUTICO

Gasto público, en oficinas de farmacia

	2013	2012	Var (%)
Gasto (millones de euros)*	9.183,2	9.770,9	-6,01
Recetas (millones)	859,6	913,8	-5,93
Gasto medio por receta (euros)*	10,68	10,69	-0,09

*PVP con IVA.

Fuente: Farmadistribución

Evolución de la cuota de mercado

En unidades, en porcentaje.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Medicamentos de menos de 3,5 euros	37	38	43	47	49	50
Resto de medicamentos	63	62	57	53	51	50

Fuente: IMS Health

Los líderes del mercado



Elvira Sanz, presidenta de Pfizer en España.

CONTRA LA ANSIEDAD
Pfizer ingresó 169 millones de euros en España el año pasado con 'Lyrica', un fármaco para combatir la ansiedad.



Gustavo Pesquin, director general de Sanofi.

SANOFI Y LA DIABETES
'Lantus', el medicamento contra la diabetes de la multinacional francesa Sanofi, es el segundo más vendido en España.



Jordi Ramonell, consejero delegado de Ferrer. / E.R.

ma, con unas ventas de 15,3 millones.

El Gobierno puso en marcha en 2010 un importante plan de choque para reducir el gasto sanitario por un motivo doble: la necesidad de cumplir con el ajuste del déficit y contener el previsible aumento de los costes por la llegada al mercado de medicamentos contra enfermedades complejas como el cáncer, el Alzheimer o la esclerosis. El regulador español del mercado de fármacos mira con lupa los avances que aporta cada nuevo medicamento antes de financiarlo.

Ajustes de plantilla

Los recortes en el presupuesto público han llevado a varias multinacionales y a laboratorios españoles a ajustar su estructura en los últimos meses. En 2013, Esteve presentó un expediente de regulación de empleo (ERE) para 185 trabajadores, y Almirall acaba de pactar 180 despidos en España. Otras firmas, como Ferrer y Salvat, están reestructurando su actividad de investigación y desarrollo para conseguir una mayor rentabilidad con presupuestos más ajustados.

Tras Lyrica®, se sitúa Lantus®, desarrollado por Sanofi para combatir la diabetes, con unos ingresos de 218,89 millones de euros, y Seretide®, un inhalador contra el asma de GSK (178,49 millones de euros). En el ranking por unidades figuran Spiriva®, de Boehringer Ingelheim, para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, con 3,43 millones, seguido de Crestor®, de AstraZeneca, que reduce los niveles de colesterol (3,31 millones de unidades). Favorecidos por la expiración de la patente, los genéricos ganan año tras año terreno. En 2014, según IMS, se vendieron un 4,6% más de unidades (las marcas, un 4,6% menos) y sus ingresos subieron un 4,3% (2.741 millones de euros), mientras que los medicamentos de marca retrocedieron un 3,2% (11.180 millones de euros). El laboratorio navarro Cinfa lidera las ventas, por facturación, de los fármacos sin marca con su genérico de atorvastatina (genérico del Lipitor®). Por las 3,8 millones de unidades vendidas de este principio activo, que trata los elevados niveles de colesterol en sangre, ingresó 47,24 millones de euros en 2014. De hecho, la atorvastatina copa cinco de los quince genéricos más vendidos, seguido de los analgésicos (algunos no necesitan receta médica). El primero de ellos es el paracetamol fabricado por Kern Pharma. El fármaco más vendido en unidades (13,6 millones) también es un genérico del ácido acetilsalicílico Adiro 100, de Bayer. Pero si hay un segmento que crece especialmente en la farmacia son los llamados productos de autocuidado (*consumer health*). Sus ventas aumentaron un 0,7% en unidades y un 4,1% en

ingresos (5.048 millones de euros). Los OTC (fármacos sin receta) suponen casi la mitad de las unidades y cuatro de cada diez euros. Tres de los productos más vendidos tratan la gripe y los resfriados, encabezados por Frenadol Complex®, de McNeil Ibérica, que vendió 4,64 millones de unidades, y Fluimucil®, de Zambon. En el caso del antiácido Almax® de Almirall fueron 4,49 millones de unidades.

Noticia del 26 de enero de 2015 del Diario La Expansión.

No se puede ser más explícito con estos datos económicos y es necesario contenerse para no discutir estos datos ya que no se pretende hacer un análisis antropológico económico porque no es el propósito de esta investigación. En este sentido interesa para esta contextualización el planteamiento de Fassin (2004: 283) que en su artículo entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida orienta fundamentalmente que “la antropología política de la salud debe proponer una distinción fundamental entre lo viviente y lo vivo, en tanto la salud no constituye un problema ideológico, sino que integra una lógica social más amplia”. Entendiendo que los medicamentos son una de las tecnologías médicas más empleadas y que tienen que ver con la puesta en práctica de políticas estatales sobre seguridad social, “condicionan el acceso a los servicios de salud, y reflejan las relaciones de poder que pesan en el gobierno de la vida y de la enfermedad.” Al final del artículo realiza una afirmación, a mi juicio, reveladora para comprender el contexto de este proyecto ya que advierte que

“las elecciones estratégicas efectuadas por las empresas farmacéuticas en la búsqueda de nuevas moléculas o el abandono de antiguos medicamentos no están desvinculados de las realidades epidemiológicas de las enfermedades parasitarias o infecciosas en el tercer mundo, y los unos y los otros traducen jerarquías implícitas de humanidad entre poblaciones solventes y no solventes y modalidades de expresión de las bio-políticas que las ciencias sociales deben aprehender” (Fassin, 2004: 283).

Ya Romaní (1999: 41) indicaba que los fármacos constituirán uno de los sectores más resultado del mercado comercial de los países denominados occidentales desarrollados y aclara que la fiscalizaciones formales del medicamento por parte de la autoridad política tienen que ver con: “poner bajo tutela pública una serie de productos que sólo podrá vender el farmacéutico, que se convierte así en el mediador entre estos productos y el público”. Como escenario de tutela e intermediación por parte del farmacéutico y como lugar de acceso de los medicamentos, surge la llamada «oficina de farmacia» denominada también «farmacia comunitaria».

2. La farmacia comunitaria. ¿Botica o Botiga? Del estereotipo de la tienda de cajas del farmacéutico a la farmacia clínica epicentro del pluralismo asistencial

Las farmacias comunitarias son establecimientos sanitarios ubicados en el seno de las poblaciones, integradas en los barrios de grandes ciudades o de pequeñas localidades para brindar a todas las personas el acceso a los medicamentos y a diferentes servicios sanitarios de interés general por parte de profesionales farmacéuticos y personal de apoyo con nivel de cualificación. En la Unión Europea hay 154.000 farmacias comunitarias, de hecho probablemente superan en número a los centros de salud. Las farmacias son el establecimiento sanitario más ampliamente distribuido en Europa y son accesibles a más de 500 millones de ciudadanos. Las farmacias comunitarias europeas pueden ser visitadas cada día aproximadamente por 23 millones de personas y anualmente, se dispensan más de 9,5 billones de envases de medicamentos con receta en Europa, la gran mayoría prescritos en centros de atención primaria (Pharmaceutical Group of European Union. 2012).

En España, la farmacia comunitaria, es un establecimiento sanitario privado de interés público en donde, de acuerdo con la Ley 16/1997, se dispensan los medicamentos a los pacientes -aconsejando e informando sobre su utilización-, se elaboran las fórmulas magistrales y los preparados oficinales, y se colabora con los pacientes y con las Administraciones públicas en el uso racional del medicamento y en diferentes servicios sanitarios. Actualmente, la Ley 29/2006 de 27 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios refrenda el actual modelo de farmacia, y así en el capítulo IV reitera las oficinas de farmacia como establecimientos sanitarios privados de interés público e incorpora el concepto de Atención Farmacéutica en su articulado, reconociendo así la labor del farmacéutico como agente de salud. A finales de 2012, el 99% de la población española cuenta con una farmacia en su lugar de residencia (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2013). Las oficinas de farmacia, que en gran parte son de tradición familiar y pasan de generación en generación, se encuentran insertas en las redes comerciales de barrios y pueblos. Su distribución se establece en función de módulos geográficos, poblacionales y distancias, siguiendo el modelo de

ordenación farmacéutica española, los criterios de planificación de farmacias de la Ley estatal 16/1997 citada y teniendo en cuenta las características particulares que las diferentes Comunidades Autónomas han establecido en su ámbito territorial Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2012).

La farmacia comunitaria es el concepto internacionalmente aceptado que define a la farmacia que tiene una vocación de servicio a su comunidad por su interacción con el entorno social y por los servicios directos que se brindan a los pacientes. En este sentido, la misión del farmacéutico comunitario es ofrecer una atención sanitaria integral a la población en todo lo relacionado con el uso de medicamentos, desde la dispensación de recetas médicas, continuando con el asesoramiento de tratamientos para trastornos menores hasta el seguimiento y control de tratamientos farmacológicos complejos (Sociedad Española de Farmacia Comunitaria, 2012). Reenfocando en el hecho de que la farmacia comunitaria es importante resaltar que en la media española, un 35% de personas consumen medicamentos a diario (crónicos), y otro 7% tiene un tratamiento médico regular, aunque no diario (Lago Moneo, 2012). Tras la implementación del sistema de receta electrónica, la visita al médico de los pacientes con tratamientos regulares y/o crónicos se ha espaciado de manera que estas personas acuden habitualmente a la farmacia con mayor frecuencia que al médico. Con este cambio implícitamente se está derivando la responsabilidad de seguimiento del paciente crónico al profesional farmacéutico.

3. Entre ir al médico o acudir a la farmacia

En el estudio cualitativo realizado por Llanes (2000: 11-15) sobre las representaciones sociales, percepciones, actitudes y creencias sobre la oficina de farmacia; particularmente, las imágenes referidas a la farmacia como recurso diferenciado de “ir al médico”, el discurso elaborado en torno a las percepciones, imágenes y actitudes que suscitan las oficinas de farmacia en los usuarios ha sido utilizado como elemento básico para desvelar algo de lo que los usuarios entienden como atención primaria. De hecho, la percepción de los usuarios parece identificar, en la práctica, la función de la farmacia y del farmacéutico como elementos de atención primaria. Esto llama la atención por el contraste con la

doctrina que podríamos denominar «oficial», en la que se restringe la atención primaria al centro de salud. En un trabajo posterior de Pibernat-Mir (2012), 71 de los 77 entrevistados respondieron acudir siempre a la misma farmacia.

“Es un poco como el concepto que teníamos del médico de cabecera, que ya te conocía tu historia de toda tu familia”... “Normalmente voy a la mía, a la de mi casa...” “y siempre, a la hora que vayas del día, siempre está allí...” (Llanes, 2000: 13).

Los testimonios de los usuarios de la investigación de Llanes (2000: 11-15) denotan que las imágenes asociadas a “ir al médico” carecen de la cercanía y familiaridad a la que se asocia “bajar a la farmacia”. Además, a los ojos del usuario el farmacéutico se encuentra en mejor disposición que el médico para “escuchar”, por la ya mencionada cercanía física de la farmacia, así como el mayor tiempo empleado en la relación personal. Resulta evidente lo importante que es para el paciente entender lo que no ha comprendido en el médico, que por falta de confianza no se ha atrevido a preguntar y que sí lo hará con su farmacéutico. En este estudio de Llanes (2000) se evidencia que el usuario tiende a comparar la atención sanitaria que se presta en la farmacia y la que se realiza en la consulta del médico. En general, no se discute la calidad técnica que, en ambos casos, se presupone. La desventaja le viene al médico por motivos de escasez de tiempo para la consulta y las relativas esperas de los usuarios. También es mejor considerada la farmacia en lo referente a la accesibilidad tanto geográfica como de horarios y al trato. En este sentido, los investigadores advierten de la influencia en la decisión del usuario para acudir al farmacéutico o al médico. Los discursos analizados denotan que:

“se tiende a consultar al farmacéutico para las «dolencias menores» que el usuario no aprecia como una amenaza, sino como una disminución pasajera de la calidad de vida o de la capacidad funcional. En cambio, si se aprecia un síntoma más inquietante (según, claro está, su propio juicio) irá la mayoría de las veces al médico. Estas reglas generales admiten múltiples matizaciones. En particular, el usuario ¿dónde coloca el límite entre lo que percibe como una «dolencia menor» y otra más seria? La respuesta deberá tener en cuenta en cada persona y en cada momento de su historia el peso variable de factores culturales, psicológicos, económicos, mediáticos, etc. Llanes et al (2000: 11-15)”

En todo caso, estos hechos muestran de nuevo cómo la población piensa en la oficina de farmacia como un lugar de atención en salud, y no sólo como un espacio de venta de productos sanitarios.

En el mismo entorno de la farmacia comunitaria se efectúa la automedicación. Analizándola dentro de los denominados cuidados legos (Haro, 2000: 108), hay que señalar que el boticario o farmacéutico está en el grupo de los que denomina “paramédicos”. Sin embargo, hace ver que las actividades del farmacéutico no suelen estar consideradas dentro de los mecanismos formales de atención en salud. Además de lo que percibe la población evidentemente varios gobiernos han reconocido estos roles como roles emergentes, y contradictorios, para beneficiar al sistema de salud y a la población (Silcock et al, 2004; Noyce, 2007; Christensen y Farris 2006; Bell et al, 2007) que puede desconocer los límites de lo que es una dolencia menor, de los sistemas que tienen coberturas distintas y de los protocolos clínicos que estructuran la actuación de los profesionales ante una situación clínica determinada. Todas estas características mencionadas facilitan la representación social que la población tiene de las oficinas de farmacia como un lugar “cercano”, y facilita que la gente acuda habitualmente a su farmacia de referencia para buscar alivio de sus dolencias.

Es así como las farmacias comunitarias realizan un rol asistencial fundamental en la atención a la salud. Más allá de lo que percibe la población y sus competencias en términos de garantizar el acceso de los medicamentos a las personas, el rol de las farmacias como uno de los espacios básicos de atención en salud es un hecho que no puede menospreciarse. Esta cuestión llama la atención por el contraste con la concepción «oficial», que restringe la atención primaria al centro de salud. Varios gobiernos ya han reconocido los roles asistenciales de la farmacia comunitaria en pro del beneficio del sistema de salud y de la población. En los estudios realizados en Reino Unido y Estados Unidos se destaca que dicha población puede desconocer los límites de lo que es una dolencia menor, de los sistemas que tienen múltiples coberturas y de los protocolos clínicos que estructuran la actuación de los profesionales ante una situación clínica determinada. Siguiendo la perspectiva de análisis del pluralismo asistencial de Uribe y Perdiguero (2014: 9) que dan cuenta de los efectos no previstos del discurso preventivo/curativo del modelo biomédico, la atención primaria, y en ella inmersa la farmacia comunitaria:

“Se convierte, por razones económicas y de autonomía en la teorización, en rompeolas o lugar de ensayo de diferentes propuestas o modas de formulación del papel y contenidos

de la salud pública o de protocolos de gestión y apropiación de recursos en los procesos de salud/enfermedad/atención que la acompañan” (Uribe y Perdiguero, 2014: 9).

4. La farmacia como lugar donde sucede el pluralismo asistencial

En este contexto sanitario que se está argumentando a lo largo de este capítulo, la farmacia comunitaria hace parte indiscutible de la asistencia sanitaria para las poblaciones que tienen acceso a este recurso de salud, esto, entendiéndola como parte integrada o articulada de los otros recursos asistenciales disponibles.

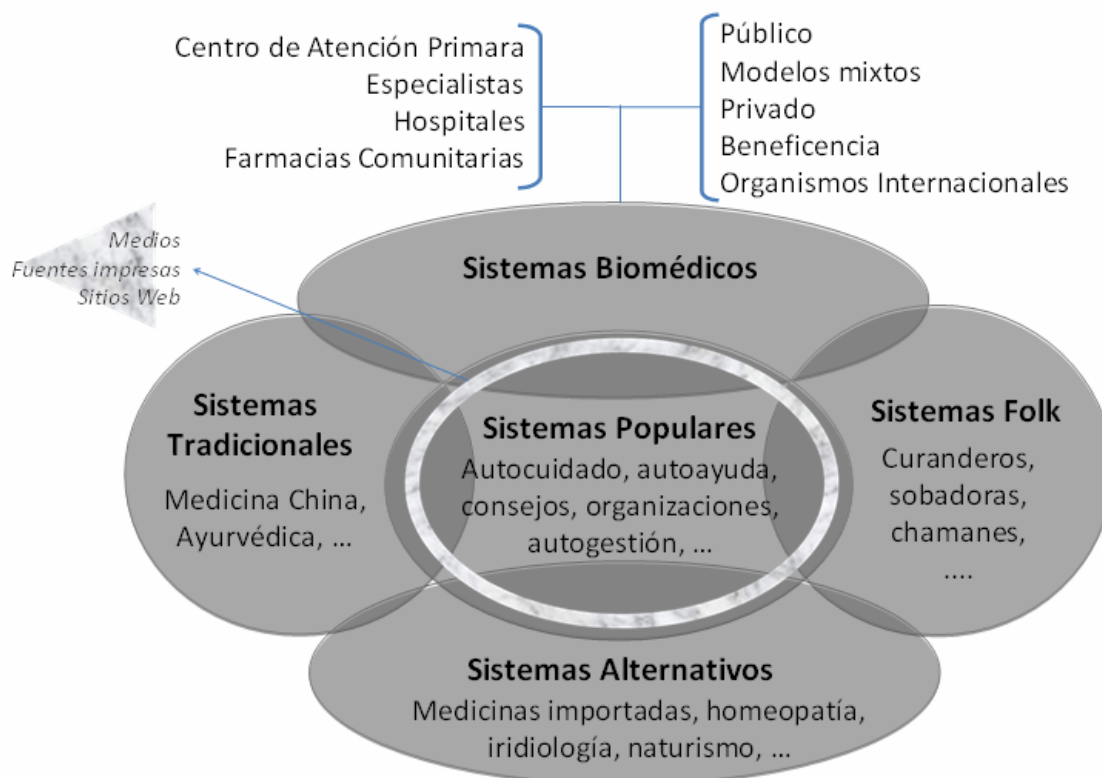
Una perspectiva de la farmacia comunitaria desde el pluralismo asistencial se ha publicado por Pibernat-Mir, Ventura-García y Silva-Castro (2013: 152-163) respecto a la farmacia comunitaria como espacio de atención en salud. Las autoras presentan a la comunidad farmacéutica concepto del «pluralismo asistencial» esquematizado por Martínez-Hernández (2008) y por Haro (2000: 106) explicando que como el hospital, o el centro de salud -público o privado-, la farmacia representaría un modelo basado fundamentalmente en la «biomedicina». Sin embargo, en diversas farmacias se pueden adquirir “sustancias de otras medicinas” como la medicina china, o la medicina ayurvédica, las cuales formarían parte de un «modelo tradicional». Otro tipo de recursos accesibles en las farmacias son el naturismo o la homeopatía que podrían clasificarse como «modelos alternativos». Y por último, el «modelo sistema popular o de auto-atención»ⁱ presente en toda sociedad tal como menciona Menéndez (1994: 71-83) acerca de la enfermedad y la curación, representado en la farmacia comunitaria claramente con la automedicación.

Desde la perspectiva integradora del pluralismo asistencial en el marco de la farmacia comunitaria que plantearon Pibernat-Mir, Ventura-García y Silva-Castro (2013: 152-163) este último modelo merece una atención particular.

ⁱ aquellas prácticas llevadas a cabo ante un padecimiento por parte de la persona afectada, u otras personas no especializadas, y aquellas conductas cotidianas orientadas al mantenimiento y cuidado de la salud -desde la utilización de remedios caseros, recurrir a la opinión personas legas, vendedores ambulantes, alimentación, limpieza, higiene, etc.- representarían un modelo de auto-atención, presente en toda sociedad tal como menciona MENÉNDEZ acerca de la enfermedad y la curación.

Sin perder de vista el trasfondo económico que afecta a la farmacia comunitaria mencionado por Lago Moneo (2012: 16), y retomando a Muela (2007), es relevante observar que la complejidad del pluralismo asistencial se agudiza al tener en cuenta, además, que en la práctica, los distintos modelos de asistencia no se desarrollan cada uno al margen de los otros. Por el contrario, éstos interactúan, se articulan estableciéndose entre ellos una serie de transacciones, apropiaciones, conflictos y desusos. Es decir, se dan una serie de relaciones entre los modelos y recursos terapéuticos co-existentes que conducen a una configuración local determinada de cada sistema médico plural. Un buen ejemplo de estas interrelaciones es el aumento cada vez mayor, en las oficinas de farmacia, de la venta de productos y la oferta de servicios de homeopatía, fitoterapia, flores de Bach, y otros remedios no biomédicos. Estos productos originales de otras medicinas se vinculan con representaciones y lógicas explicativas acerca de la salud que son distintas de aquellas que fundamentan la farmacoterapia alopática

Modelos de atención, pluralismo asistencia y farmacia sincrética



Fuente: Pibernat-Mir L, Ventura-García L, Silva-Castro MM. La farmacia comunitaria como espacio de atención en salud. Una mirada desde el pluralismo asistencial. Rev OFIL 2013; 23; 4:152-163.

Pibernat-Mir, Ventura-García y Silva-Castro (2013: 152-163) denominaron a este fenómeno «la farmacia sincrética» indicando cómo los distintos modelos permean entre ellos, dándose en la práctica adaptaciones y apropiaciones particulares de los elementos provenientes de otros modelos. En definitiva, los sistemas médicos (y las farmacias dentro de ellos) en toda sociedad son plurales, complejos y dinámicos, es decir, están en constante evolución. Para ilustrar este concepto se presenta el esquema de los modelos de atención y farmacia sincrética.

Esta visión integradora permite reforzar el rol asistencial centrado en el paciente y promover la coordinación con las otras piezas del puzzle asistencial ofreciendo servicios ajustados a las necesidades de la comunidad. En síntesis, la perspectiva que plantearon Pibernat-Mir, Ventura-García y Silva-Castro (2013: 163), no sólo reconoce la farmacia como lugar de atención en salud, sino que dibuja un marco a partir del cual desarrollar y optimizar la asistencia farmacéutica ofrecida a la comunidad. Desde la perspectiva del pluralismo asistencial, en la farmacia comunitaria se puede conocer en profundidad el marco plural de asistencia en el que se inscribe, así como entender los procesos asistenciales -articulados con las representaciones en salud- de los pacientes que atiende.

B. Valoración del dolor en Farmacia Comunitaria

1. Aspectos biopsicosociales del dolor

En la asistencia farmacéutica se pretende abordar el dolor con un enfoque biopsicosocial (Silva-Castro MM y Machuca, 2009). Según el enfoque biomédico, el dolor es tanto una sensación como una emoción. De hecho el dolor está definido como experiencia biopsicosocial, constituye una vivencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular, real o potencial en los tejidos o descrita en términos de dicho daño” (International Association for the Study of Pain, 2014). Por una parte, el dolor como problema de salud acompaña a muchas enfermedades crónicas como síntoma con lo cual es, más bien, una manifestación transversal presente en muchas enfermedades crónicas tratadas con fármacos. Según el estudio de la Sociedad Española del Dolor:

“el dolor crónico frecuentemente acompaña a otras enfermedades como hipertensión, hiperlipemias y diabetes, con riesgo de alteraciones en su medicación, y el 44% de los pacientes precisan hipnóticos para poder dormir. Casi el 70% de los pacientes consideran que el dolor influye mucho en su calidad de vida y afecta a sus relaciones familiares (58%) y más de la mitad (54,6%) requieren asistencia (Sociedad Española del Dolor, 2004).

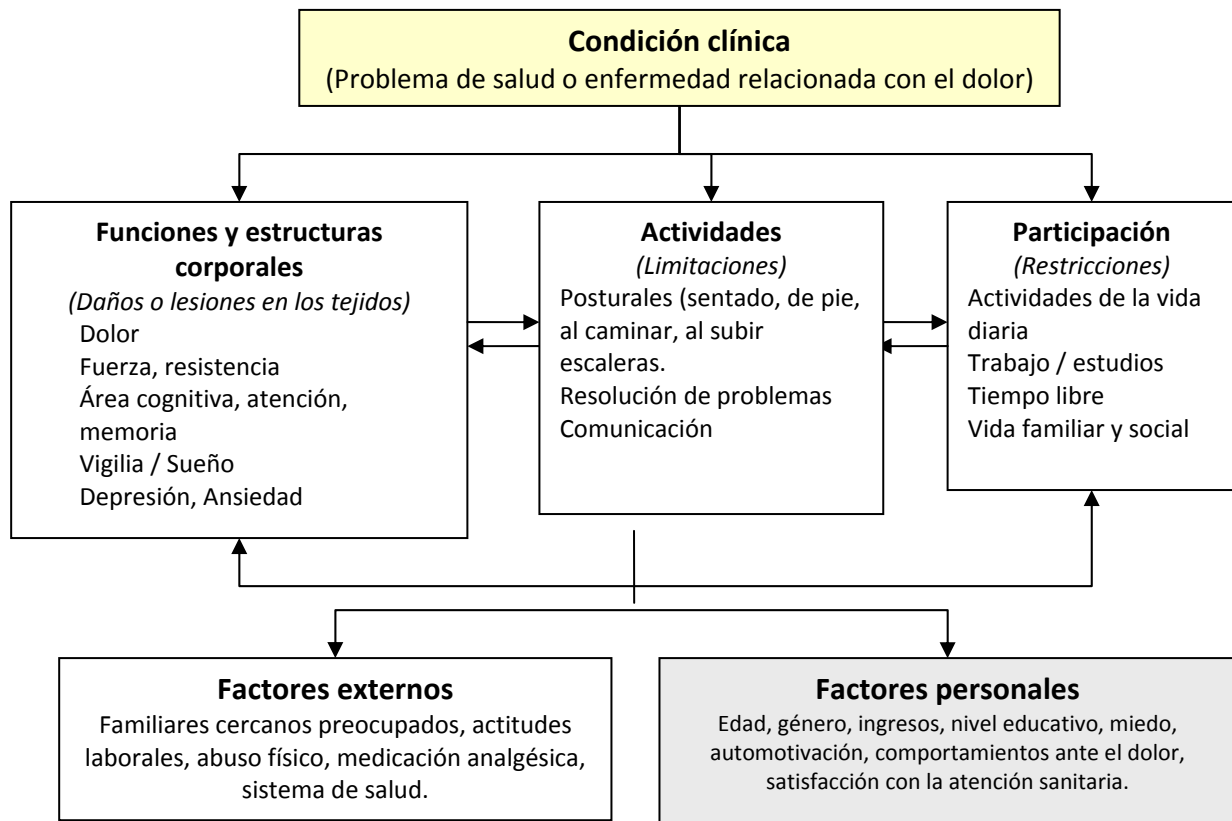
Por otra parte, es reconocido clínicamente que el dolor, como síntoma, tiene una gran variación en cuanto a la intensidad lo que determina su gravedad y toda la atención sanitaria correspondiente. Desde el punto de vista de la farmacoterapia analgésica, los farmacéuticos «indican»ⁱⁱ estos medicamentos principalmente en función de la intensidad del dolor. De hecho, existe una gran gama de analgésicos que van desde aquellos que se utilizan para dolores de poca intensidad sin ninguna restricción para los pacientes (automedicación, indicación farmacéutica y prescripción de enfermería) hasta los analgésicos destinados a dolores de altísima intensidad que son sustancias de difícil manejo clínico, que requieren ingreso hospitalario y cuyo uso tiene importantes implicaciones para y por el sistema sanitario (prescripción médica, incluso restringida a especialistas en el ámbito hospitalario) como explican Silva-Castro y Machuca (2009). De hecho, las tendencias de prescripción de analgésicos se basan en recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que inicialmente fueron elaboradas para aliviar el dolor oncológico pero que en la actualidad se han extendido a otro tipo de dolores (World Health Organization, 1996).

Para entender el dolor que sufre un paciente ha de tenerse en cuenta que es una experiencia subjetiva con importantes componentes afectivos, cognitivos y del comportamiento además de los mecanismos sensoriales propios de su expresión fisiológica (Edmond Charlton, 2005). Este hecho debe reforzar la actuación profesional en cuanto a que el dolor es uno de los síntomas principales y una de las formas de manifestarse de las enfermedades (Braunwald, 2005). Desde las guías de práctica clínica se comprende que el dolor es una experiencia configurada por los componentes nociceptivo/sensorial,

ⁱⁱ Indicación: es la aplicación terapéutica de la acción farmacológica mejor conocida del principio activo de un medicamento. Es un concepto relevante para el caso las sustancias farmacológicas porque implica que legalmente los medicamentos obtienen un registro sanitario para una determinada indicación lo cual permite su comercialización. Asimismo, la acción farmacológica mejor conocida, es aquella que proviene de los resultados obtenidos en ensayo/s clínico/s controlados y/o de la investigación experimental que emite pruebas válidas de sus efectos terapéuticos.

afectivo/reactivo y conductual, los equipos multidisciplinares que abordan el dolor han desarrollado este modelo sobre funcionalidad, discapacidad y salud para pacientes con dolor (World Health Organization, 2001), que permite a cualquier profesional sanitario reenfocar el manejo del dolor como mero síntoma hacia una condición clínica que afecta la totalidad de la vida del paciente.

Modelo biomédico sobre funcionalidad, discapacidad y salud para pacientes con dolor



Todas las actividades que se pueden brindar sobre las necesidades analgésicas del paciente están integradas en el ciclo asistencial que se brinda al paciente en la farmacia comunitaria. Cualquiera de las actividades por las que es atendido el paciente puede conducir a una nueva actuación de acuerdo a sus necesidades farmacoterapéuticas individuales (Silva-Castro MM y Machuca, 2009). Este fundamento biomédico farmacológico de las prácticas farmacéuticas también incluye tendencias del abordaje del dolor que se han intentado incorporar al Seguimiento Farmacoterapéutico porque plantean que no sólo se debe conseguir alivio o bienestar en la persona sino también van encaminadas a evitar que el dolor no mitigado degenera en un dolor crónico mucho más

difícil de tratar y que pueda tener efectos psicológicos y sociales sobre el paciente (World Health Organization, 1996), Además los farmacéuticos reconocen que el dolor puede desencadenar otras enfermedades, principalmente psicopatologías, estando relacionado de manera más clara el dolor agudo con estados de ansiedad y el dolor crónico con depresión (DiPiro, 2005). En estos casos, la identificación clínica de estas enfermedades asociadas es importante tanto para evitar que interfieran en la rehabilitación total del dolor como para instaurar su tratamiento paralelo (Dersh, 2002).

2. Evaluación Clínica de la intensidad del dolor

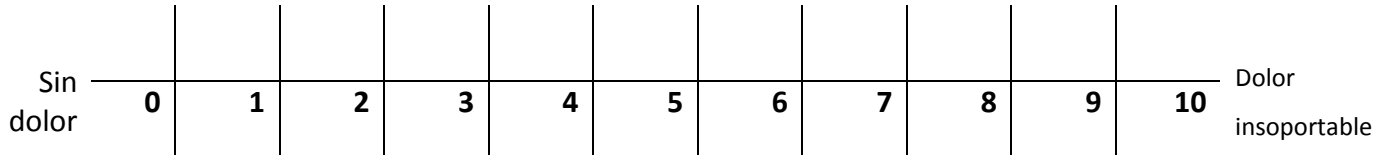


En Atención Primaria, la forma más común de medir el dolor clínico es pedir a los pacientes que indiquen su intensidad. La cuantificación se obtiene con la utilización de escalas de clasificación específicas que reflejan la respuesta del paciente. Para determinar la intensidad del dolor se suele recurrir a la Escala Visual Analógica - EVA -(Patt, 1997; Wong, 1997) aunque en la práctica biomédica existen diversas herramientas de evaluación que generalmente consisten en cuestionarios validados estadísticamente.ⁱⁱⁱ

Una escala visual analógica consiste en una línea horizontal de 10 secciones, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de la intensidad dolor (ausencia de dolor hasta dolor insoportable). En el

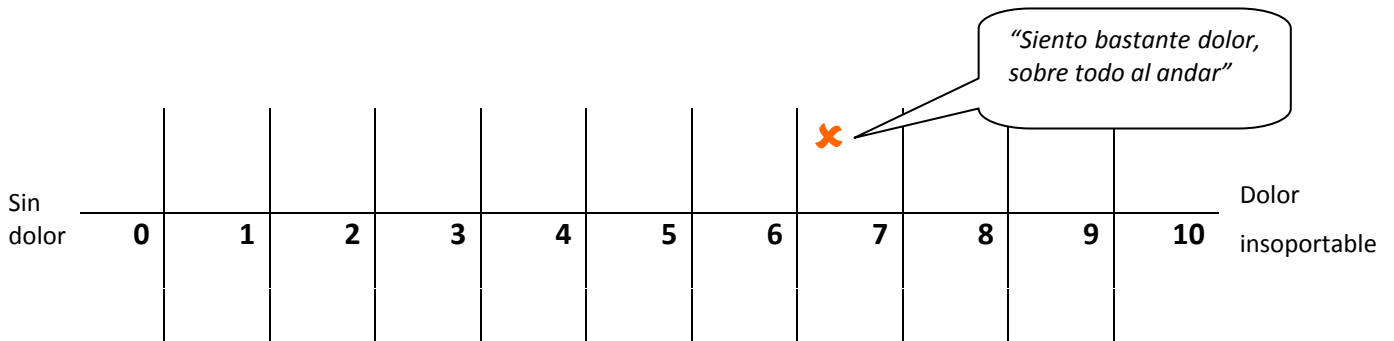
ⁱⁱⁱ Existen varios instrumentos validados para cuantificar el dolor experimentado por los pacientes. Es conocido el cuestionario de Dolor de McGill. El McGill Pain Questionnaire (MPQ). Consta de 78 adjetivos agrupados en 20 categorías. Se dividen en cuatro dimensiones: sensitiva, afectiva, de evaluación y temas varios. Se solicita a los pacientes que escojan un adjetivo de cada categoría que describa algún aspecto de su dolor actual. Se obtiene una puntuación para cada dimensión sumando los valores de rango de los adjetivos elegidos. El MPQ representa un enfoque metodológico para evaluar los componentes sensitivos, afectivos y de evaluación del dolor, pero puede ser más difícil de comprender y completar para los pacientes. Existe otro cuestionario que es el Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS). Permite la medición simultánea del dolor y otros síntomas. Se definen 32 síntomas físicos y psicológicos en términos de intensidad, frecuencia y sufrimiento. Proporciona un índice con 10 ítems que reflejan el sufrimiento sintomático global y subescalas que miden el sufrimiento sintomático físico y el psicológico.

izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Al paciente se le pide que marque una cruz sobre la escala en el lugar que mejor corresponde al nivel de su dolor.

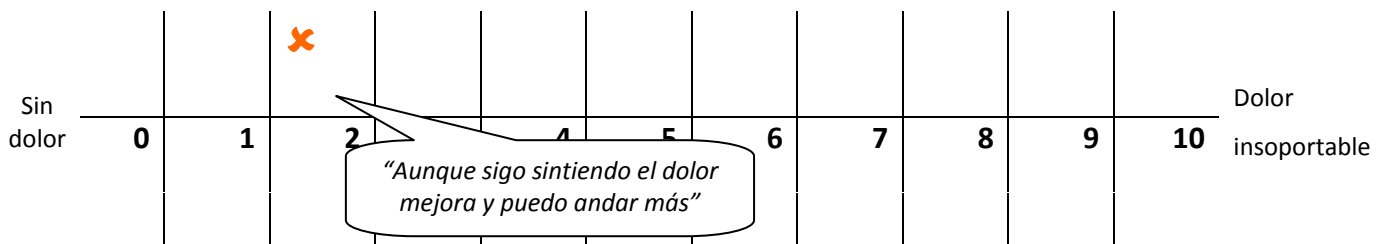


Esta escala visual es una herramienta que permite expresar en forma cuantitativa la magnitud del dolor que percibe el paciente y valorar sus preocupaciones acerca de su estado de salud, relacionadas con el dolor que padece.

Se pide al paciente que marque el dolor por el cual toma medicamento X



Y cuando toma el medicamento X ¿cómo siente el dolor?



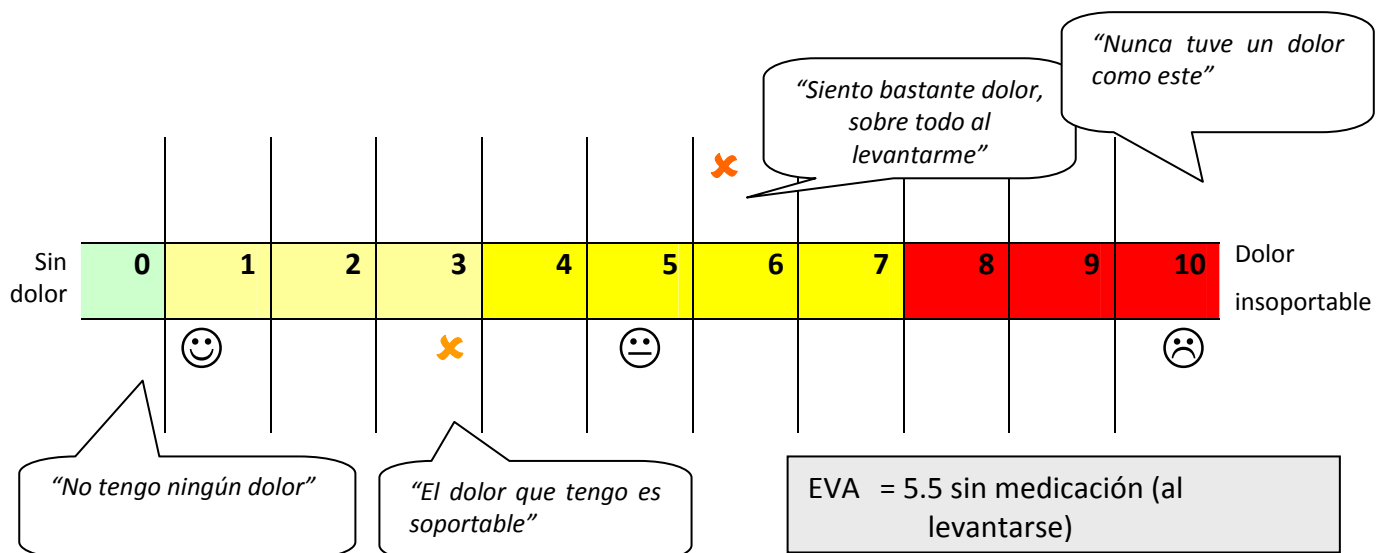
La valoración del medicamento X ha sido de EVA: 2, lo cual supone que mejorar la percepción del dolor en 5 unidades de EVA en el sentido de la efectividad.

Esta valoración se debe hacer para cada tipo de dolor que refiera, por ejemplo, aplicar una determinación de la intensidad con una escala visual analógica para el dolor de

cabeza y otra determinación para el dolor de espalda. Luego debe hacerse esta valoración por cada analgésico que tome el paciente, se debe establecer si una percepción de mejoría, empeoramiento o de ningún efecto analgésico para cada uno de los medicamentos que tome para cada dolor referido. Se deben comparar entre si para ver la efectividad del tratamiento analgésico de manera global.

3. Evaluación farmacéutica de la analgesia

El objetivo de aplicar el enfoque biopsicosocial en la práctica clínica es evaluar el dolor para poder encontrar el tratamiento adecuado para aliviarlo. Esta evaluación se basa principalmente en la medida de la intensidad dolor que es inferencial. Las guías de práctica clínica indican que debe ir acompañada de la interpretación de las explicaciones verbales y el comportamiento no verbal. También señalan que deben ser consideradas las influencias de la comunicación que se produzcan en un determinado contexto que puedan manifestar diferencias fisiológicas de unos pacientes a otros. En todos los casos se insiste en que es importante conocer las medidas no farmacológicas que pueden apoyar el tratamiento farmacológico.



La escala visual analógica se usa para adecuar la evaluación en una de las cuatro categorías según el tratamiento analgésico sea el apropiado. Para cada categoría debe verificar el tratamiento según los síntomas (College of Emergency Medicine, 2005).

Intensidad del Dolor	Leve	Moderado	Intenso
0	1 – 3	3 – 7	7 – 10
Medicación	AINE +/- Coadyuvante	AINE +/- Opiáceos menores +/- Coadyuvante	Opiáceos mayores parches, IV, IM +/- Coadyuvante
Valoración a corto plazo de la analgesia	Futuras visitas	Efecto analgésico percibido 60 minutos después de tomar la medicación	Efecto analgésico percibido 30 minutos después de administrar la medicación
Valoración a largo plazo de la analgesia	Futuras visitas	EVA en distintas situaciones del día Adherencia Perfil de seguridad de cada fármaco vs efectividad	EVA en distintas situaciones del día Adherencia Perfil de seguridad de cada fármaco vs efectividad

Dentro de la evaluación del dolor se tienen en cuenta los factores biopsicosociales tales como creer que: ¿tomar muchas pastillas es malo?... ¿me volveré adicto a las pastillas?, mejor no las tomo porque en el prospecto dice... que condicionarán *a priori* los resultados de las medidas de EVA y *a posteriori* el uso de los medicamentos con los correspondientes efectos analgésicos.

El farmacéutico suele hacer la interpretación de la medición porque cada paciente puede puntuar diferente un analgésico de otro e incluso el mismo puntuar diferente en distintos momentos (no todos los días se percibe igual). También se tiene en cuenta la coherencia entre el dolor descrito, la intensidad del dolor según EVA y la adherencia a la medicación. Esto es importante porque ciertos pacientes describen dolores moderados a intensos y objetivamente se detecta que no toman los analgésicos prescritos, o al contrario, otros pacientes toman más medicación de la pauta prescrita porque el dolor supera lo que pueden soportar y recurren a más dosis del tratamiento farmacológico. Una vez establecida

la intensidad y la duración del dolor se deben tener en cuenta otros componentes biopsicosociales del dolor (DiPiro, 2005) que se resumen a continuación:

Característica del dolor	Dolor agudo leve-moderado	Dolor crónico leve-moderado
Meta terapéutica	Curar	Alcanzar funcionalidad
Alivio del dolor	Altamente deseable	Altamente deseable
Componente psicólogo	No esta presente usualmente	Es el mayor problema frecuentemente
Causa orgánica	Común	No esta presente frecuentemente
Dependencia y tolerancia a la medicación	Inusual	Común
Contribuciones ambientales e implicación familiar	Reducida	Significante
Insomnio	Inusual	Componente común
Depresión	No es común	Común

El dolor y la depresión son síntomas que se asocian y se solapan con gran frecuencia por tanto es de gran importancia hacer una evaluación integral de toda la farmacoterapia que usan los pacientes (Soucase et al, 2005: 8). Como aspecto importante a tener en cuenta en la atención a los pacientes que acuden a la farmacia comunitaria es que el dolor en el anciano es una experiencia agotadora, unida al sufrimiento psicológico con síntomas de ansiedad y depresión que condicionan la percepción dolorosa de tal manera que debe alcanzarse controlar el dolor con los mínimos riesgos, incrementando su capacidad funcional (Leland, 1999).

V. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

El objetivo de este trabajo es utilizar la perspectiva antropológica para el análisis de la realidad que rodea el uso de medicamentos, en este caso de las sustancias activas utilizadas para quitar el dolor. La realidad del uso de los analgésicos se indaga desde las experiencias farmacoterapéuticas narradas, principalmente, por los en pacientes de una farmacia comunitaria que brinda seguimiento farmacoterapéutico y optimización farmacoterapia.

A. Intenciones investigativas

La primera aclaración metodológica pertinente para este trabajo es indicar que soy farmacéutica de profesión y estoy en proceso de formación en antropología. De hecho, a través de este proyecto de investigación estoy efectuando el ejercicio de abstraerme de mi rol profesional para ubicarme en un rol antropológico con el propósito de aportar una mirada etnográfica para analizar de los fenómenos culturales que rodean los procesos salud/enfermedad/atención-prevención que involucran farmacoterapia, principalmente analgésica. Como segunda aclaración tengo que reconocer que los conceptos teóricos del campo farmacéutico me condicionan y me han dirigido a centrar mi abordaje de la experiencia farmacoterapéutica en pacientes tratados con analgésicos. No sólo por el mero hecho de concretar este proyecto de investigación sino porque creo que acotando el problema puedo abordarlo con más propiedad en vista de que ya se ha hecho un análisis antropológico del dolor, tal como queda reflejado en los apartados previos del marco teórico.

B. Acercamiento etnográfico para la investigación en farmacia comunitaria

Desarrollando la aportación de los métodos de investigación antropológicos, ya mencionaba Hammersley (1994) que la etnografía es un método cualitativo que cada vez tiene más presencia en otras áreas más allá de la antropología social y cultural como la sociología o la educación y la salud. También Menéndez (2003) ya ha señalado en varios trabajos la necesidad de estudios con una mirada etnográfica ya que “determinados campos de la realidad no eran casi nunca descritos y analizados en la descripción holística, como son los referidos a la mortalidad, el sufrimiento o la eficacia real de las terapéuticas”. Respecto a algunas características diferenciadoras de la investigación etnográfica, Hammersley y Atkinson (1994) explican que la principal característica de la etnografía es que el investigador participa en la vida diaria de las personas durante un periodo de tiempo, observando qué sucede, escuchando qué se dice, haciendo preguntas; de hecho, haciendo acopio de cualquier dato disponible que sirva para arrojar un poco de luz sobre el tema en que se centra la investigación. En este orden de ideas, esta investigación pretende dar cuenta de la vida diaria pacientes, profesionales y demás actores en la farmacia comunitaria. La mirada antropológica la apporto arriesgadamente desde mi doble actuación como farmacéutica y como investigadora entendiendo todas las dificultades que esto conlleva pero con la intención teórica de ofrecer una visión de los hechos que integre las dos perspectivas.

Como referencia de investigaciones previas en este ámbito, interesa mencionar que se ha revisado la investigación etnográfica de Brown (1999) en su tesis titulada *The Sociology of Pharmacy: An Ethnography of Community Pharmacists*. El autor utilizó un enfoque fenomenológico para realizar observación participante en una farmacia comunitaria en Gran Bretaña analizando el razonamiento práctico de la actividad de todos los días. Evitó realizar cuestionarios porque prejuzgarían las preguntas importantes mientras que las entrevistas no estructuradas invitarían a hablar con libertad. El autor enuncia que proporciona un "verdadero" estudio de observación participativa por ser un novato en la farmacia comunitaria. Aunque es un farmacéutico con experiencia en otros campos de la farmacia, durante el ejercicio de su actividad como farmacéutico/investigador

aprendía sobre la farmacia comunitaria. Enuncia que durante ese proceso, la posición como farmacéutico es marginal con el tiempo suficiente lo cual le permite la escritura etnográfica. Posterior a esta etapa busca comparación con la opinión de los farmacéuticos comunitarios con experiencia. Desarrolla grupos y entrevistas focales, seleccionando a los entrevistados con más probabilidades de estar en desacuerdo con su opinión como investigador.

En el caso de esta investigación, el trabajo de campo es posterior a mi contratación como farmacéutica adjunta. Mis funciones son responsabilizarme de la implantación de la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia y soy contratada por ser especialista en seguimiento farmacoterapéutico. La decisión de efectuar el proyecto proviene de la necesidad de recurrir a “otra forma de investigar” que permita comprender la experiencia farmacoterapéutica. Contrariamente a la investigación de Brown, en mi caso ya cuento con la formación en farmacia comunitaria, y la actividad que introduzco *a posteriori* es la etnográfica. Así como Brown (1999) aprovecha el rol de “novato”, yo aprovecho mi “rol asistencial” para hacer las entrevistas y documentar los encuentros. Incluso hago valer las actividades docentes a mi cargo para dialogar con alumnos de farmacia que acuden a prácticas tuteladas y a otros profesionales con los que realizo docencia e investigación de postgrado.

Otras investigaciones en farmacia comunitaria realizadas en nuestro entorno asistencial más cercano y que han sido tenidas en cuenta para la metodología de este trabajo son las de Valverde (2005) y Pibernat-Mir (2011), ambos proyectos de final de master, el primero de atención farmacéutica y el segundo de antropología médica. Aunque en diferentes contextos y con diferentes objetivos, estas aproximaciones me han permitido explorar los alcances del enfoque cualitativo en el estudio de la realidad que rodea el uso de medicamentos en pacientes crónicos polimedicados, e indiscutiblemente se han constituido como el punto de partida del trabajo de campo realizado.

C. Definiciones previas relacionadas con la práctica asistencial

Para comprender la forma como la farmacia comunitaria se articula con los recursos y dispositivos usados por el paciente que usa analgésicos, se podrían simplificar en tres grupos las acciones y servicios que se brindan a la comunidad, que se han adaptado de la propuesta de la Agrupación Farmacéutica de la Unión Europea (2012) planteada en el Libro Blanco de la Farmacia Comunitaria Europea:

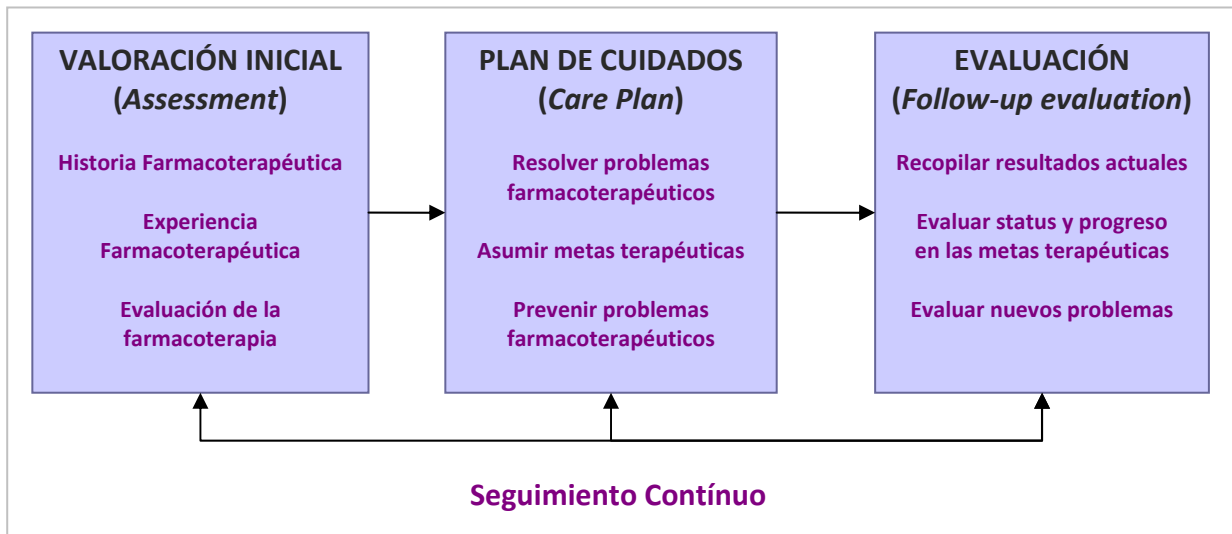
1. Acciones para garantizar el acceso a los medicamentos.
2. Acciones y servicios para optimizar los resultados de salud en los pacientes:
 - a. Optimizar la farmacoterapia
 - b. Mejorar la salud pública
3. Acciones para la integración de los procesos asistenciales de la farmacia comunitaria con otros procesos asistenciales del entorno socio-sanitario.

En todas y cada una de las actividades farmacéuticas, la farmacia comunitaria tiene la posibilidad de brindar una asistencia con un enfoque holístico si comprende los procesos asistenciales de salud/enfermedad/atención-prevención que experimentan los pacientes atendidos. Para dar cuenta del punto de partida de mi integración asistencial quiero aclarar que mi rol farmacéutico lo efectúo desde la optimización de los resultados en la salud de los pacientes, cuya actividad clínica central se denomina «*pharmaceutical care*» o «seguimiento farmacoterapéutico» que es la que ejerzo previamente a esta investigación.

El «Seguimiento Farmacoterapéutico» es un proceso asistencial centrado en el paciente en el que desde el rol de farmacéutico se pretende evaluar y monitorizar la farmacoterapia que utiliza cada persona. Su objetivo es mejorar o alcanzar resultados favorables en la salud del paciente en función de sus necesidades particulares. Dada la complejidad de los medicamentos, este cuidado pretende sacar el máximo beneficio de la medicación que toma buscando que la farmacoterapia sea la indicada, efectiva, segura y adecuada para cada situación clínica (Cipolle, Strand y Morley, 2004).

Todo este proceso asistencial se describe sistemáticamente en los documentos que registran la actividad asistencial de farmacéutico y que constituyen la Historia Farmacoterapéutica (Sabater, Silva-Castro y Faus, 2007).

Etapas del Seguimiento Farmacoterapéutico como Proceso Asistencial



Al efectuar este proceso asistencial, los farmacéuticos introducen el cuidado centrado en el paciente en su desempeño clínico. Este enfoque en el paciente es inherente a esta práctica asistencial (Tuneu y Silva-Castro, 2008). Sin embargo, muchos aspectos que condicionan los resultados de la farmacoterapia que utilizan los pacientes –y que los farmacéuticos creen modificar a través del Seguimiento Farmacoterapéutico- pueden estar condicionados por fenómenos culturales ocultos a la mirada biomédica de base. De hecho, pueden pasar desapercibidos en la práctica clínica habitual y condicionar determinadamente los resultados en salud esperados en los pacientes tras el uso de la farmacoterapia. El seguimiento farmacoterapéutico como proceso asistencial está avanzando hacia el «*Medication-Therapy-Management*» (Machuca, 2012; Ramalho de Oliveira, 2010) y entendido dentro del marco de la «Optimización de la Farmacoterapia» (Royal Pharmaceutical Society, 2013) pretende incorporar el concepto de «*Medication Experience*» o «Experiencia Farmacoterapéutica» (Cipolle, Strand, Morley, 2004; Shoemaker, Ramalho de Oliveira, 2008).

“The medication experience is the sum of all the events in a patient’s life that involve medication use. This is the patient’s personal experience with medications. This lived experience shapes the patient’s attitudes, beliefs and preferences about drug therapy. It is these characteristics that principally determine a patient’s medication taking behaviour.” (Cipolle, Strand y Morley, 2004).

Tal como agrega Ramalho de Oliveira (2011), la experiencia farmacoterapéutica es considerada una experiencia individual subjetiva por utilizar un medicamento en la vida

cotidiana. Empieza como encuentro con un medicamento que suele ser de uso crónico. Este primer encuentro tiene un sentido previo y corresponde a una reacción al simbolismo asociado al producto. Esta experiencia puede incluir efectos positivos o negativos en el cuerpo del paciente. Dado que la medicación de uso crónico “no da tregua” a los pacientes puede incluso hacer que el paciente llegue a cuestionar la necesidad del medicamento. Con el paso del tiempo, el paciente puede ejercer control sobre la medicación mediante la alteración de alguna manera en que usa los medicamentos, esto como consecuencia de la experiencia adquirida con la acción del fármaco en su cuerpo.

D. Enfoques analíticos para la obtención de la información

Como han sido revisados en el marco teórico, las perspectivas antropológicas bajo de las cuales se ha ido obteniendo la información son la fenomenología del dolor, la descripción de la experiencia analgésica recogiendo las narrativas de manera simultánea con la práctica asistencial. Se hace especial énfasis en elementos que hagan referencia a la eficacia simbólica, se detectan los hechos situacionales, la fuerza de las emociones y se determinan las interacciones de los diversos actores que rodean al paciente en el proceso s/e/a-p que constituye el uso de medicamentos para aliviar el dolor.

E. Técnicas cualitativas para la obtención de la información

1. Observación Participante

La observación participante fue la técnica de investigación cualitativa inicial para ir desarrollando simultáneamente el rol de farmacéutica y el de investigadora como parte del trabajo de campo. El periodo del trabajo de campo empezó formalmente en enero de 2013 y finalizó en enero de 2015, aunque cuento con registros previos desde mi vinculación a la farmacia como farmacéutica adjunta. La intensidad de la observación fue durante toda mi jornada laboral, que como mínimo correspondió a 4 horas diarias durante los dos años del trabajo de campo. Además de alternar la observación participante durante mi trabajo cotidiano como farmacéutica, los espacios de observación se ampliaron a los lugares donde

soy docente de atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico a nivel de postgrado. En este caso han sido las clases de postgrado en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona y de la Universidad San Jorge de Zaragoza. También he realizado observación participante en eventos donde he dado conferencias y talleres para alumnos de farmacia, cuidadores y pacientes, incluso en estos últimos ha sido posible realizar grupos de discusión que describo en un apartado posterior.

Como registro inicial de esta actividad iba elaborando un diario de campo del trabajo cotidiano en la farmacia comunitaria de Granollers incluyendo no sólo la práctica clínica del seguimiento farmacoterapéutico y de la optimización de la farmacoterapia, sino los hechos y los acontecimientos que sucedían durante la actividad diaria en la farmacia. A este diario de campo fui añadiendo entradas de las observaciones en los otros escenarios mencionados, conforme sucedían en el horizonte temporal.

2. Entrevistas a pacientes usuarios de analgésicos

Las entrevistas fueron la segunda técnica de investigación y, en este caso, el desarrollo del trabajo etnográfico de manera paralela a la práctica asistencial propició que en realidad realizara diversos tipos de entrevistas que he distribuido en tres grupos para efectos prácticos, a saber:

1. Encuentros: He denominado encuentros a aquellas conversaciones ocasionales que surgían de manera espontánea en la farmacia, dentro de la práctica asistencial o dentro de la dispensación cotidiana de medicamentos.
2. Entrevistas semiestructuradas: Corresponde a las entrevistas que, aunque realizadas en el marco de la práctica asistencial, han permitido obtener información de la experiencia farmacoterapéutica del paciente.
3. Historias analgésicas: He llamado historias a la suma de varias entrevistas a profundidad que me han permitido establecer un recorrido temporal más profundo sobre la experiencia analgésica. Las he denominado historias analgésicas para diferenciarlas de las historias farmacoterapéuticas propias de la práctica clínica.



3. Grupos de Discusión

Los grupos de discusión fueron la tercera técnica de investigación en la que se incluyeron opiniones de otros pacientes fuera del entorno de la farmacia comunitaria, farmacéuticos y estudiantes de farmacia, y otros profesionales como estudiantes de farmacia españoles y colombianos. Los 5 tipos de grupos principales fueron:

1. Reunión con 3 pacientes, una antropóloga médica, 12 farmacéuticos alumnos del master de atención farmacéutica en la Universidad San Jorge y 10 farmacéuticos de la Escuela de Optimización de la Farmacoterapia. Zaragoza (España). Este grupo se llevó a cabo el 16 de Noviembre de 2013.

2. Reuniones con 3 grupos de farmacéuticas-alumnas del Curso de Optimización de Farmacoterapia realizado en Olivet Farmacia (Granollers), en ellos participaron 8 pacientes por cada subgrupo. Subgrupo A con 4 farmacéuticas-alumnas celebrado el día 29 de octubre de 2013. Subgrupo B con 3 farmacéuticas-alumnas realizado el día 28 de noviembre de 2013. Subgrupo C con 2 farmacéuticas-alumnas celebrado el día 18 de junio de 2014.
3. Sesiones con 4 grupos de 20 a 22 cuidadores y cuidadoras de pacientes y enfermeras de la empresa Boramar Serveis (serveis d'ajuda a les persones i dona) en el marco de la formación en *Ús racional dels medicaments en el domicili* auspiciado por *l'Associació Catalana de Recursos Assistencials - ACRA-* en Badalona (España). Se realizaron 2 sesiones por grupo. Subgrupo A: 27 y 28 de Mayo. Subgrupo B: 2 y 10 de junio. Grupo C: 4 y 25 de junio. Subgrupo D: 26 y 30 de junio de 2014.
4. Sesión en el Instituto Nacional de Cancerología con 2 pacientes representantes de la institución, 5 farmacéuticos de la institución y 2 grupos de 21 alumnos de farmacia de diversas regiones de Colombia en el marco del Congreso Nacional de Estudiantes de Química Farmacéutica en Bogotá (Colombia). Estos grupos se llevaron a cabo el día 14 de octubre de 2014.
5. Reunión con una paciente de Olivet Farmacia, 2 médicos y 32 farmacéuticos en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona en el marco de la V Escuela de Optimización de la Farmacoterapia. Barcelona (España). Este grupo se realizó el 22 de Noviembre de 2014.

Grupos de discusión sobre experiencia farmacoterapéutica en pacientes usuarios de analgésicos



4. Contextualización

La contextualización fue la cuarta técnica que ha quedado reflejada en el anterior apartado y que correspondió a la revisión de informes de prensa y bibliografía del ámbito farmacéutico.

F. Análisis de Datos

1. Registro en el trabajo de campo en farmacia comunitaria

Para el registro de la información en la farmacia comunitaria, inicialmente se documentaba la información en un diario de campo con entradas por fecha en un fichero de texto del programa Word para Windows®, pero dada la diversidad de encuentros muchas entradas se hicieron en la aplicación de notas del teléfono móvil, haciendo

pequeñas grabaciones y aprovechando los formatos de registro de la unidad de optimización de la farmacoterapia. Determinadas entrevistas de mayor profundidad fueron grabadas en video, previa firma de consentimiento informado por parte del paciente. También se grabaron en video entrevistas hechas por otros farmacéuticos.

Conforme fue pasando el tiempo, se encontraron dificultades para procesar y agregar toda esta información, y aprovechando el desarrollo de un software para Optimización de la Farmacoterapia que se estaba implementando para registrar la práctica asistencial, se solicitó a la empresa desarrolladora unos módulos específicos para registrar con más facilidad la información proveniente de los encuentros y de las entrevistas, de tal manera que estuviera dispuesta en una única base de datos y con la posibilidad de que pudiera registrarse y consultarse desde cualquier ordenador en cualquier lugar.

Este desarrollo dio como aportación, tanto para la investigación cualitativa como para la práctica clínica, unos módulos integrados en el software *Medicines Optimisation Software*[®] –MOS- (Díaz-Caneja Consultores, 2015) que facilitaron la gestión de la información obtenida en el trabajo de campo en un sistema informático on-line. Los módulos se describen con detalle en los apéndices de este documento.

2. Registro de grupos de discusión externos a la farmacia comunitaria

El registro de la información en escenarios distintos a la farmacia comunitaria fue realizado en grabadora digital, documentos de Word para Windows®, notas en la aplicación del teléfono móvil o de otros dispositivos móviles.

G. Aspectos éticos

Se cuenta con el consentimiento informado de los pacientes entrevistados en la farmacia comunitaria. Cuando solo se ha tratado de encuentros, el consentimiento informado queda incorporado en el documento firmado que constituyen la base de datos de registro de datos personales declarado por la farmacia a la Agencia Española de Protección de Datos. En las entrevistas y las historias, los pacientes y los farmacéuticos firman un documento de consentimiento informado específico en que se explican las

condiciones del servicio farmacoterapéutico, y se explica que los datos podrán ser utilizados para investigación y docencia, según lo permitan con su firma. La farmacia se compromete a preservar la confidencialidad de los datos recogidos, inclusive las grabaciones, imágenes fotográficas y videos que se han realizado en determinadas ocasiones. Estos consentimientos también conforman otro fichero declarado a la Agencia Española de Protección que corresponde al fichero de Atención Farmacéutica.

En los grupos de discusión se ha informado a los participantes del posible uso de la información si se encontrara que estuviera relacionado con esta investigación. En ninguno de los grupos ninguna persona hizo mención de no querer que sus opiniones fueran excluidas de este proyecto.

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. Entrevistas a pacientes usuarios de analgésicos atendidos en farmacia comunitaria

Respecto a los resultados de la entrevistas, se incluyeron pacientes que referían cualquier tipo de dolor, que acudieron a la Farmacia Comunitaria de Granollers desde enero de 2013 y finalizó en enero de 2015 y se cuenta con algunos datos previos obtenidos durante la implantación de la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia en el año 2011. No se consideró criterio de exclusión si el paciente tenía otra enfermedad y/o estaba tomando otra medicación.



Se conformaron grupos de pacientes según el tipo de proceso de dolor, es decir considerando si el dolor o si la enfermedad de base que genera el dolor es un proceso crónico, agudo o mixto. Si algún paciente presentaba varias enfermedades dolorosas, si ambas eran del mismo tipo se agrupan en una misma categoría, y en caso de que una de ellas sea crónica y otra aguda se engloban dentro de la categoría “dolor mixto”. Otro criterio para agrupar las descripciones, es la intensidad de dolor percibida por el paciente que en este caso obedece a la descripción pero que también fue medida mediante la Escala Visual Analógica (EVA) graduada de 0 (ausencia de dolor) a 10 (dolor insoportable o máximo dolor).

También se conformaron grupos según el tratamiento analgésico del dolor, entendido como el mantenimiento de los niveles de dolor dentro de los límites aceptables para el paciente con la medicación que está tomando y si estaba asociado a la efectividad de la medicación. Estos datos se contrastaban con las escalas de visuales analógicas comúnmente usadas para el dolor y, en algunos casos, con el cuestionario EuroQol.

Respecto a los medicamentos se dedicó especial atención a la efectividad del tratamiento analgésico, entendida como la experiencia que tiene el paciente acerca de la efectividad del medicamento, es decir de que le alivie el dolor. En los tratamientos surge otro grupo que se refiere a la necesidad de otro tratamiento de rescate o complementario haciendo referencia a que debe, o no, de recurrir a otro tratamiento cuando el analgésico de base no ha sido suficiente para controlar el dolor

Durante los encuentros y entrevistas se hacía la pregunta abierta: *¿me querría describir cómo es el dolor que tiene?* Los mismos pacientes dirigían la respuesta su explicación describiéndolo con sus palabras, o indicando su localización. Indicaban uno u otro aspecto según ellos describían el dolor que sienten. En general, las conversaciones durante los encuentros o las entrevistas, mencionaban alguno de estos aspectos:

- i) Localización del dolor. Indicando la experiencia más física, más preobjetiva.
- ii) La experiencia sensorial. Descripción de las sensaciones y de la percepción.

- iii) Aparición del dolor. Se hacen referencia al dolor constante o intermitente. También está vinculado a las reagudizaciones de dolores o a cambios de intensidad.
- iv) Tiempo del padecimiento. Se hace referencia a la antigüedad del dolor. Comparación del dolor con experiencias dolorosas anteriores. Los pacientes buscan referencias en experiencias previas para explicar el dolor presente.
- v) La intensidad del dolor. Según los dolores sean leves, moderados o graves, la biomedicina y los pacientes tienen formas de cuantificar el dolor.
- vi) Diagnósticos relacionados con el dolor. Suelen mencionarse diagnósticos y/o enfermedades de base que otorgan una explicación al dolor.
- vii) Causas y situaciones desencadenantes del dolor. El dolor tiene explicación y una interpretación a partir de las posibles causas que originaron el dolor. Se expresa como punto de partida de las explicaciones y sus reinterpretaciones.
- viii) El envejecimiento como causa y explicación del dolor.

B. Grupos de discusión con diversos actores

Se realizaron grupos de discusión con 7 pacientes, 83 cuidadores, 4 enfermeras, 2 médicos, 68 farmacéuticos, 42 alumnos de farmacia. Solo en los grupos de discusión de cuidadores no se contó con la presencia de pacientes.

C. Sobre lo que expresan los pacientes sobre el dolor TRATADO con medicamentos

Las descripciones de los pacientes y las de los demás participantes tienen las características de descripción densa. Parto de que lo que les sucede a los pacientes corresponde, como dice Geertz (1987[1973]), a una multiplicidad de estructuras conceptuales complejas, muchas de las cuales están superpuestas o enlazadas entre sí. Entonces en la aplicación de este enfoque interpretativo he intentado captar la variedad de significados y hacerlos accesibles situándome en el punto de vista del paciente. La

interpretación la he intentado llevar al nivel más básico de elaboración de lo que expresa cada paciente. Mi interacción (con una mirada etnográfica pero teniendo en cuenta que me conocen como farmacéutica) con el paciente usuario de analgésicos está reflejada en la interpretación, ellos me ven con farmacéutica y es inevitable eliminar la fuerza inductora de mi rol asistencial. Sin embargo esta particularidad genera experiencias diferentes y compartidas. Retomando a Rosaldo, las interpretaciones las hacemos, pacientes y yo, según seamos sujetos ubicados y estando ubicados en el contexto de la farmacia comunitaria. Por tanto, la descripción densa han sido los acontecimientos dolorosos/analgésicos tal cual los expresan los pacientes, aunque esto suponga que esa descripción dependa de su interacción con el hecho de que ellos han hablado con una farmacéutica.

Si bien las entrevistas estaban encaminadas a hablar de la experiencia con el uso de medicamentos para aliviar el dolor, la mayoría de las narrativas se dirigían a explicar el dolor. Hablar de la farmacoterapia se pone en segundo plano y aprovechan la posibilidad de dar su versión de su aflicción. Aunque se usen analgésicos, el dolor persiste e insiste, y la experiencia analgésica no se describe independientemente de la experiencia dolorosa. Solamente en algunos casos, cuando utilizan medicamentos “más complejos” o más “fuertes” dan paso primero a mencionar el medicamento, más con la intención de justificar el uso, tal como demuestra la conversación entre una paciente, su marido, la farmacéutica que les atiende y yo en mi doble rol, en la farmacia comunitaria donde se realizó esta investigación.

“Chiquillas, es que tengo que usar estos parches de morfina, porque es un dolor muy muy fuerte, porque si no me lo pongo me puedo ni levantar, mira, mi dolor es aquí (señalando la cintura), me arde por dentro la columna y siento como unos latigazos, con el parche justita justita puedo andar... [FNA mujer de 77 años, EVA: 8/10, dolor mixto, tratado con fentanilo, encuentro en farmacia comunitaria]”.

“Ella ya no vale para nada, yo perdí la ilusión de volver a mi tierra (Andalucía), yo soñaba con volver a mi terrao cuando nos jubiláramos, vosotras no sabéis lo que fue venir a Cataluña a trabajar. Con el tiempo, tanto trabajar nos dejó hechos polvo, pero a ella más... y en estas condiciones es imposible regresar... allá esta la casita abandonada, el terreno sin producir lo que puede dar. [GRF 79 años, marido de FNA, encuentro en farmacia comunitaria]”.

Después de que se marchan de la farmacia, la farmacéutica comenta: “Has visto como FNA camina “doblada”, incluso tiene que levantar la cara para mirarnos, esa mujer me da mucha pena, yo hago todo lo que sea para tenerle los parches de fentanilo siempre disponibles, y cuando no tienen la receta de estupefacientes me sabe muy mal no poderles dar los

parches”... [LSC 29 años, farmacéutica adjunta, encuentro con FNA y GRF en farmacia comunitaria]”.

FNA hace un esfuerzo grande para caminar... es muy impactante ver como le cuesta levantar la cabeza para hablarnos a mi compañera y a mi... su marido se encarga de todo, esta es una de las pocas veces que ha podido venir a la farmacia, todo lo que sabemos de ella lo sabemos por GRF... [Notas de diario de campo, encuentro con FNA, GRF y LSC en farmacia comunitaria].

El anterior es uno de los pocos casos en los que la farmacoterapia aparece en primera instancia, ya que, analizando los relatos de los pacientes aparecen aspectos habituales detectando que las descripciones tienen un orden común. El dolor se describe siguiendo una secuencia, que en la mayoría de los casos, hace referencia primero que todo al lugar del cuerpo donde se siente. La secuencia de las narrativas brinda las primeras señales para comprender la construcción de la experiencia analgésica.

- a. Lo primero que señalan es “dónde” les duele. Más que explicar la sensación, en primera instancia predomina la localización.
- b. En segundo lugar, después de señalar el lugar doloroso, se intenta explicar la experiencia sensorial, en la mayoría de los casos, las palabras no alcanzan.
- c. Luego el tiempo del padecimiento, se conforma como una sumatoria de sensaciones referidas en dicho horizonte temporal. Los recuerdos se relacionan con la intensidad.
- d. Con las referencias temporales surge la comparación del dolor presente con experiencias dolorosas anteriores, se hacen más evidentes los aprendizajes y las representaciones.
- e. Una vez descrita la “sensación” se hace referencia a la intensidad del dolor. Desde las narrativas parece una descripción espontánea con adjetivos pero que está descrita cuando se hace la «cuantificación de la intensidad» según la Escala Visual Analógica (EVA).
- f. La intensidad da paso al diagnóstico relacionado con el dolor. Pareciera que el ejercicio de cuantificar la intensidad es la puerta de entrada a las representaciones tomadas del modelo biomédico. Los pacientes explican con sus palabras lo que han aprendido del sistema biomédico.

- g. Hablar del diagnóstico refuerza las referencias sobre desde cuándo aparece del dolor, por tanto se instaura en un horizonte temporal. Describen cuándo es Intermitente o cuándo es constante.
- h. Después surgen ideas más elaboradas sobre el origen del dolor de las causas y de las situaciones desencadenantes.
- i. Al final emerge con determinada frecuencia el envejecimiento como causa y como explicación del dolor.

Siguiendo esta secuencia presento los resultados de extractos de las narrativas de los pacientes acerca de su experiencia analgésica, agrupadas en función de que la construcción de la experiencia analgésica previa o posterior al diagnóstico.

1. Construcción de la experiencia analgésica antes de un diagnóstico

a) Primero se señala dónde duele, más que explicar la sensación, predomina la localización

Los pacientes comienzan su explicación refiriéndose a “dónde” les duele, aunque todos no lo hacen de la misma manera. Así, se encuentran distintas explicaciones de dónde sienten el dolor los pacientes. Puede haber dolores que tienen la misma localización anatómica, pero la forma de expresarlo es diferente y el contexto también lo diferencia:

“Me duelen los hombros...” ... “Sí, de la parte derecha, y el brazo, baja por todo el brazo”. Por eso necesito que me den el paracetamol del fuerte, lo único que me alivia un poco por la noche es la pastilla chiquitilla –hace referencia al lormetazepam- [EGM Hombre de 85 años, EVA: 5/10, dolor agudo, tratado con paracetamol, el lormetazepam lo tiene prescrito para el insomnio, encuentro en farmacia comunitaria].

Entra a la farmacia casi arrastrando los pies y utiliza un caminador, se le ve inclinado hacia adelante. Las farmacéuticas y las auxiliares de farmacia piensan que está mal adaptado al caminador. El dice que toma los medicamentos pero creen que no lo hace bien, se hace un plan de medicación con los dibujos de las cajas de los medicamentos para intentar ayudarlo a tomar mejor todos los medicamentos que toma (8 medicamentos). Toma lormetazepam y dice que le quita un poco el dolor para poder dormir. Vive solo, se le ve muy descuidado, dicen que nadie se ocupa de él. [Notas de diario de campo sobre EGM en farmacia comunitaria].

“Pero aquí, -señalando los hombros- y aquí atrás, duele mucho la verdad... esto es una cosa... después de la caída la cabeza también me duele mucho. Me cuesta levantar los brazos, y llegar a las cosas que están en lo alto. Lo que me alivia es el paracetamol” [FLLR

mujer de 83 años, EVA: 7/10, dolor mixto, tratado con paracetamol, historia en farmacia comunitaria].

“FLLR localiza con detalle un dolor en los hombros, que lo diferencia de los otros dolores. Incluso de los producidos por la caída que tuvo hace algunos días y por los ataques de gota que ha tenido para lo que toma alopurinol. Este dolor es puntual y diferenciado en su caso. Vive sola pero está muy atenta a su estado de salud. [Notas de diario de campo sobre FLLR en farmacia comunitaria].

He querido comparar estas descripciones por su aparente similitud. Aunque es un dolor en el mismo lugar todas las explicaciones son diferentes. EGM hombre, ni siquiera busca una razón, viene a buscar la solución. Entre tanto FLLR mujer, lo localiza también en el hombro pero todas sus referencias son diferentes. Al revisar sus datos en sus historias clínicas, en ambos se señala como orientación diagnóstica “dolor osteoarticular”, ambos están tratados con paracetamol. Desde la historia médica parecen dolores iguales, pero en el mundo de cada uno de los pacientes suponen experiencias totalmente diferentes. Comparando estos dos casos de pacientes de la misma edad, con la misma localización del dolor, con la misma impresión diagnóstica, ambos adultos mayores que viven solos, pareciera que las diferencias se manifiestan por la diferencia de género y en la forma de afrontar la salud desde ser hombre o ser mujer. Él es percibido como “descuidado”, ella como “muy atenta”. De los hombres se hace referencia a que no logran cuidarse a si mismos, mientras que las mujeres en las mismas condiciones si lo consiguen. Al margen de que esta cuestión se refiera a una diferencia de género, cabe indicar que hombres y mujeres aprenden formas de autocuidado, que confluyen en la farmacia en las mismas formas de automedicación. Ambos resuelven el dolor con el paracetamol que buscan sin receta médica.

Cuando los dolores están “bien localizados” se explican con mayor precisión. Si el dolor se experimenta en un lugar anatómico específico, las referencias al dolor que siente se hacen señalando simplemente la zona corporal definida y los pacientes nombran el lugar anatómico donde les duele sin hacer más descripciones sobre la sensación.

“Pues hija, las rodillas”... “Sí, hija, sobre todo esta derecha”. Este dolor es flojito, la mar de diferente de cuando me quitaron el pecho. “Uy madre... bueno... yo creo que llevaré años... muchos años ya. [CMS mujer de 81 años, EVA: 3/10, dolor agudo, tratado con ibuprofeno, entrevista en farmacia comunitaria].

“Las piernas, que me duelan las piernas y esto del lumbago”. “Pues lo de las piernas y lo del lumbago, hará pues... hace mucho tiempo, qué se yo cuanto tiempo hace que me duele tanto, lo menos dos o tres años.” Por más de que un chica me ayuda con mi mujer, las piernas me duelen y la cintura también. Encargarme de todo es lo que tiene” [THL hombre de 91 años, EVA: 5/10, dolor crónico, tratado con paracetamol, entrevista en farmacia comunitaria].

Contrariamente los dolores indefinidos, menos localizados, más difusos, son explicados con más detalles. Los pacientes se detienen para indicar con más precisión dónde les duele e incluso señalan las zonas afectadas. Es frecuente, además, que refieran la dirección que sigue el dolor al irradiarse hacia otras zonas.

“Ya me encontraba mal de tantos dolores, no he podido resolverlo ni con fisioterapia, y justamente me caí en la madrugada y no me podía levantar, tuve que llamar a mi hijo para que me levantara porque mi marido no pudo solo. El dolor era en todo el pecho, ahora lo tengo un poco más abajo, aguanté mucho, no puedo mover el brazo, y ahora que llego del médico se ve que se me han roto un par de costillas” ... “El dolor irradia así, sube así hasta el hombro y este brazo”. [NGD mujer de 80 años, EVA: 9/10, dolor agudo, tratado con Dexketoprofeno, encuentro en farmacia comunitaria].

“Es un dolor que siento desde el hombro hasta el codo”... “Sí, como que empieza aquí y luego se va irradiando hasta el codo. Y en algunos momentos, claro, el dolor es tan intenso que como que me va bajando hasta la muñeca. Pero bueno, eso ya me parece a mí que es como consecuencia de ese otro dolor tan fuerte que me queda dolorido todo”. [AEC mujer de 80 años, EVA: 9/10, EuroQol 50%, dolor mixto, tratado con ibuprofeno, historia en la farmacia comunitaria].

Algunos pacientes que tienen dolor en múltiples lugares, en general, comentan las características de todas en conjunto, sin diferenciar cada dolor o describirlo por separado.

“Mira, me duele todo”... “Me duelen las piernas, mucho... los hombros, aquí atrás la espalda... Bueno, todo el cuerpo...”... “Un dolor en general...”... “A ver esto de la cabeza que es lo que más... y las piernas también que tengo poca fuerza y... dice que es así la cosa, pues tendrá que ser, que le vamos a hacer.” [RMM mujer de 86 años, EVA: 8/10, dolor mixto, tratado con paracetamol, historia en la farmacia comunitaria].

El hecho de que el dolor le afecte en varias partes del cuerpo hace que, en su explicación, la paciente generalice este dolor a todo su estado de salud e incluso muestre una cierta resignación ante el dolor.

Los múltiples lugares también tienen que ver con múltiples ocupaciones. Los pacientes que se ocupan de otras personas, como lo muestra la narrativa de THL (hombre de 91 años) mencionada anteriormente, manifiestan que tienen dolores en varias partes del cuerpo. Esto lo denotan estas dos narrativas:

“Vengo a por el espidifen® (ibuprofeno + arginina) porque me quita el dolor rapidito, mis dolores varían bastante, algo me duele todos los días. De un momento a otro me duele la cintura, puedo estar bien por la mañana y aparece de noche, justo cuando me voy a intentar dormir. Y al otro día me duelen los brazos... durante el día lo siento en distintas partes de mi cuerpo.” [YVL mujer de 45 años, EVA: 4/10, dolor agudo, tratado con ibuprofeno-arginina, encuentro en la farmacia comunitaria. Cabe anotar que aunque ella es paciente de la farmacia trabaja como cuidadora de CRB de 93 años también paciente de la farmacia comunitaria].

“Yo no sé si estaré sugestionada o no, pero es como si la señora que cuido me pasara sus dolores, y con los que ya tengo de tanto cansancio, parece que vivo adolorida de las piernas, de la espalda, hasta de la cabeza [FGL, mujer de 55 años, cuidadora Grupo de discusión tipo 3, subgrupo C, Badalona]”

Aunque no es objeto de este trabajo estudiar cómo la ocupación de los pacientes incide en el dolor tratado, es llamativa la coincidencia de las narrativas de los pacientes que a la vez son cuidadores respecto a que padecen muchos dolores, en muchos sitios, y en especial, la “transferencia” que menciona explícitamente FLG sobre que sus dolores son parecidos a las de la persona que cuida. Siguiendo a Le Bretón (1999) en cuanto a que el dolor no escapa al vínculo social, en estos casos de un grado elevado de cercanía entre personas con padecimientos, pareciera que esta intimidad del dolor se terminara desplazando de la esfera individual hacia la de las personas que conviven con ellas. Es obvio que los cuidadores tienen un gran desgaste físico y emocional por el mero hecho de cuidar de alguien y que esta puede ser causa de lesiones que se manifiesten con dolor, pero puede ser tema de reflexión en futuras investigaciones establecer si la experiencia dolorosa se traslada de lo individual a lo colectivo. Si bien los cuidadores y terapeutas suelen ser dadores de alivio y tranquilidad a los pacientes, me pregunto si este hecho ¿no puede tener un efecto “a la inversa” que recae en el cuidador mismo?, es decir, que los cuidadores se vean afectados por el dolor que sufren los pacientes y ellos ¿sean receptores de agobio e intranquilidad constante que sea causante de dolor, o sufrimiento? Merecería la pena en otras investigaciones profundizar en las narrativas de la experiencia dolorosa de los cuidadores y establecer las consecuencias que tiene para ellos su actividad cuidadora.

b) La experiencia sensorial. Las palabras no alcanzan

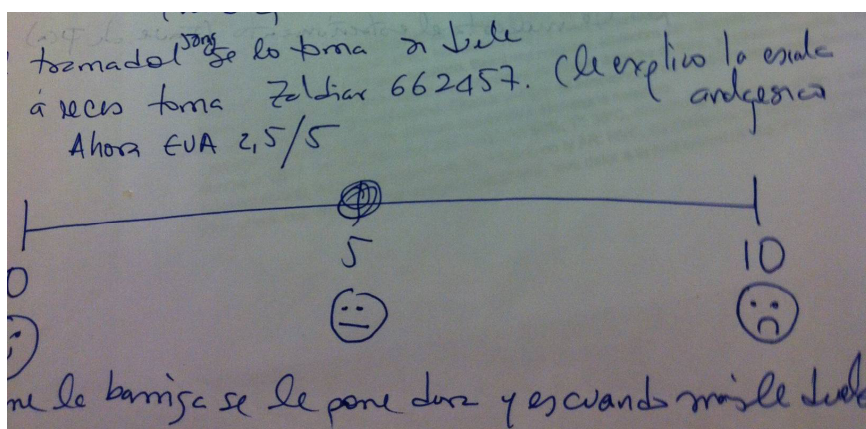
Una vez “ubicado el dolor” los pacientes empiezan a hablar de la experiencia sensorial y dan cualidades al dolor, es decir, expresan propiedades, características y otorgan calificativos que les permiten describir cómo es el dolor que sienten. El dolor

puede tener muchas características distintas y la persona que lo padece es la que puede indicar detalles de cuál de ellos predomina en su caso. Las pacientes intentan distinguir estos matices en sus explicaciones, tal como se evidencia en las siguientes narrativas:

“Entre la espalda y la cintura me pincha y me entra hasta los huesos de la cadera, el tirón me deja como tiesa. Cuando estoy sentada no me molesta tanto como cuando empiezo a andar. Cuando me siento se quita el pinchazo pero me sigue doliendo de otra manera, desde luego estoy mejor sentada y la única manera de andar es apoyarme en el carro de la compra. Si no es por la Jurnista® (hidromorfona) que es fuerte, no podría andar. La doctora dice que la Lyrica® (pregabalina) también es para el pinchazo, supongo que por esto ahora es menos fuerte. [EPM mujer 78 años, EVA: 8/10, dolor crónico, tratado con hidromorfona y pregabalina, historia en la farmacia comunitaria].

“Siento como si me clavaran un aguja grande que quema por dentro... el dolor se queda hay clavado... A veces los pinchazos son muy fuertes, a veces es más la sensación de quemazón” [JGR mujer de 80 años, EVA: 6/10, dolor agudo, tratado con diclofenaco, encuentro en la farmacia comunitaria].

“Tengo los huesos desechos, tengo una artrosis muy grande, el dolor se me desplaza y me aumenta en la cama... la cadera la tengo fatal me echa fuego”. No quiero tomar esos calmantes todo el tiempo porque me dan miedo, ya tengo también el estómago echo polvo” [DAA mujer de 92 años, EVA: 5/10, dolor agudo, tratado con paracetamol y tramadol, entrevista en la farmacia comunitaria].



Evaluación de la intensidad del dolor de DAA mujer de 92 años, EVA: 5/10, dolor agudo, tratado con paracetamol y tramadol, entrevista en la farmacia comunitaria.

... continúa... “Me arde el estómago, se me va hasta la espalda, es como si tuviera un cinturón, y siento retorcionjes antes de que se me ponga dura la barriga, además como no voy de vientre, siento que no puedo más, he intentado con los supositorios de glicerina pero no me hacían nada. Hubiera preferido los supositorios porque son mejores que las medicinas” [DAA mujer de 92 años, EVA: 5/10, dolor agudo, tratado con ácido ursodesoxicólico y enzimas pancreáticas, entrevista en la farmacia comunitaria].

Como en las narrativas de DAA, el dolor puede ir acompañado de otras sensaciones desagradables. Varios pacientes utilizan estas sensaciones para explicar cómo es el dolor que sienten y lo hacen mediante comparaciones, adjetivos, y expresiones propias.

“Siento la cabeza como si tuviera un casco, como el de una moto, vamos, siempre que me duele la cabeza me siento mareada, es difícil concentrarme, no puedo leer y estoy un poco tonta... a veces siento que es por el Nobritol® (amitriptilina + medazepam), pero mira, yo no lo puedo dejar...” [MLS, mujer de 65 años, EVA: 3/10, dolor agudo eventualmente tratado con paracetamol, entrevista en la farmacia comunitaria].

“Antes de la operación las piernas, y sobre todo las rodillas me dolían bastante, mira (señalando la cicatriz en sus piernas), porque hasta que no me han operado, era muy fuerte, era horrible... ahora siento mucho calor, no sé si serán los hierros... que queman, y no te creas, no he quedado bien, no puedo andar un trozo largo, por esto les pido que me lleven los pañales a casa.” [EGdIR, mujer 85 años, EVA: 5/10, EuroQol 60%, dolor crónico, tratado con paracetamol, entrevista en la farmacia comunitaria].

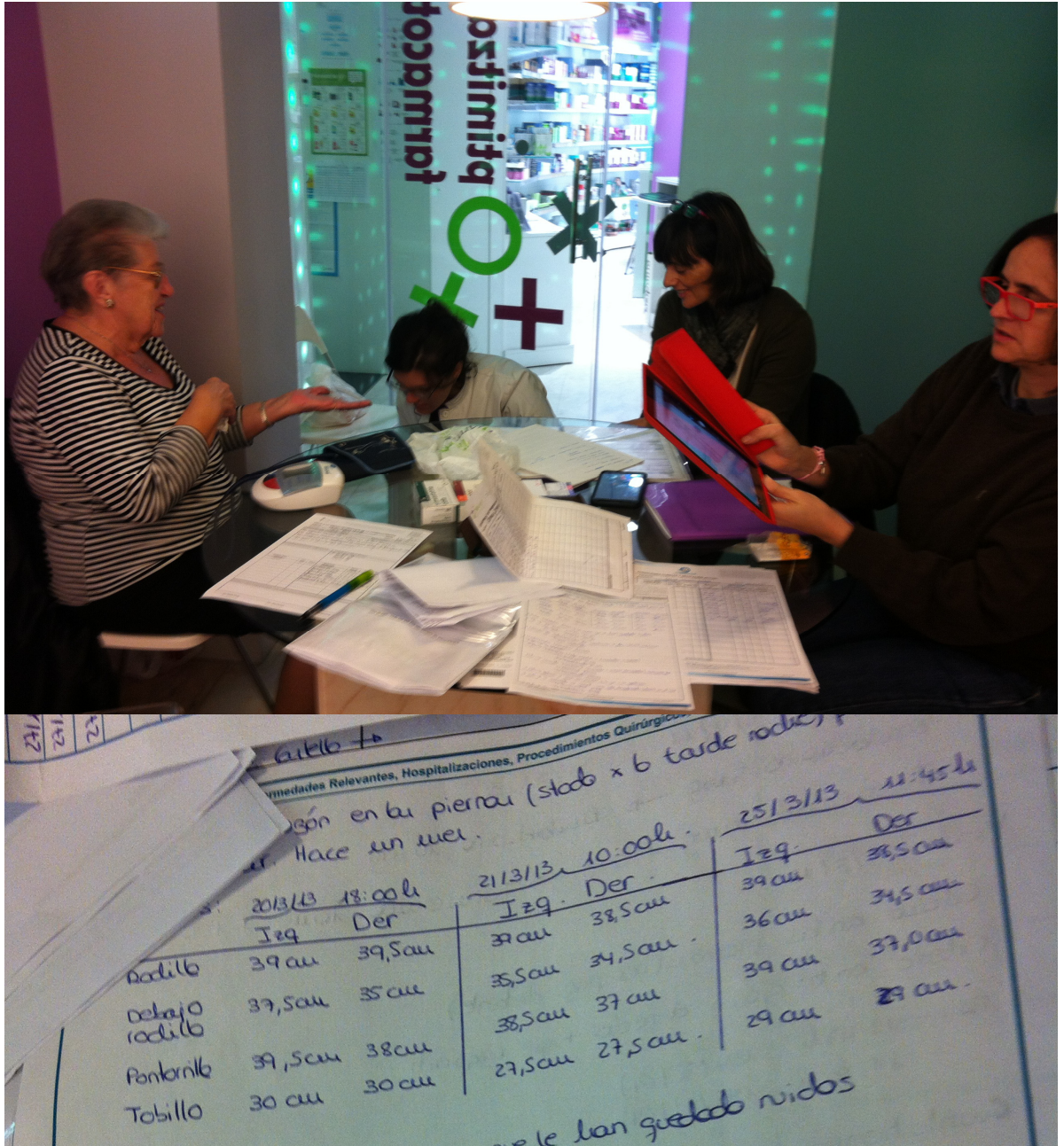
“Es incómodo, más que dolor es la sensación de que los dedos están dormidos, al caminar siento las plantas de los pies acorchadas, incluso me he cortado y no lo he notado”. [CGP, mujer, EVA: 2/10, dolor crónico, encuentro en farmacia comunitaria].

“Las piernas me pesan, no sé como decirte, es que estoy cansada desde que me levanto, me dicen que es la circulación, mira las venas hinchadas, es agobiante, no sé si es dolor pero con el calor, voy de mal en peor. En invierno mejoro con la medias de compresión, pero en verano no hay manera de aguantar” [LBV, mujer de 67 años, EVA: 5/10, dolor mixto, entrevista en farmacia comunitaria].

“Es como si el estómago estuviera tenso tenso, como si se fuera a explotar, te digo que es dolor pero no sé si es dolor, en realidad no encuentro otra palabra para decirte lo molesto que es lo que siento” [JCB, mujer de 80 años, EVA: 1/10, molestia/dolor agudo, tratado con simeticona (sustancia no analgésica, que se usa para desórdenes funcionales digestivos), encuentro en farmacia comunitaria].

“Se me hacen como nudos en las pantorrillas, tengo como rampas al caminar, calambres, vamos, y también se me adormecen los pies por la noche, pero guapilla, yo no dejo de andar, me voy por la riera cada mañana y alguna vez he llegado hasta Montmeló”. [AMG, hombre de 80 años, EVA: 3/10, dolor agudo, entrevista en farmacia comunitaria].

“Durante el verano se me hinchan mucho las piernas y llevo una temporada en que me duelen mucho, tengo mucho cansancio en las piernas, tengo dificultades al andar sí, me cuesta a veces levantar los pies, si no es por LRF que me mide los tobillos, no hubiera podido ir al médico a que me vieran porque siempre me decían que eso era normal por el calor y no por mi problema de la presión arterial.” [CSC mujer de 76 años, EVA: 4/10, dolor agudo, tratado con diclofenaco gel, paracetamol y torasemida (este último no es analgésico pero alivia el edema/hinchazón por ser diurético), Grupo de discusión tipo 2, subgrupo B, realizado en el curso de Optimización de Farmacoterapia, Granollers].



Evaluación de la hinchazón dolorosa de los tobillos de CSC mujer de 76 años, EVA: 4/10, dolor agudo, tratado con diclofenaco gel, paracetamol y torasemida en un Grupo de discusión tipo 2, subgrupo B, realizado en el curso de Optimización de Farmacoterapia,

Todas estas sensaciones desagradables se pueden relacionar con las alteraciones de la forma o de la estructura del cuerpo. La expresión “dolor” se utiliza como descripción de sensaciones de discomfort, de incomodidad. Los pacientes también suelen describir como dolor alguna alteración del cuerpo, las modificaciones estructurales o funcionales del cuerpo entran en las representaciones dolorosas de los pacientes.

c) Aparición del dolor. De intermitente a constante hasta la denominación como agudo o crónico

Al hablar del momento cuándo aparece el dolor, la respuesta de los pacientes es diferente según la situación les afecte o no a la zona dolorosa, aunque en muchos casos no exista un motivo que lo desencadene. Algunos pacientes describen dolores que están presentes de una manera continua a lo largo del día, sin que ello descarte que puedan tener reagudizaciones en un momento determinado. Los pacientes sufren con su dolor ya que se ven incapaces de “deshacerse” de él o simplemente porque les llega de sorpresa.

“Me duele continuamente, siempre está ahí, no me da un respiro... uf, es agotador, que quieres que te diga. Tomo el lexatin® (bromazepam), puede que esté más relajada, pero la contractura no cede, y para trabajar, ya te digo, paso lo mío...” [MLAT, mujer de 62 años, enfermera, EVA 4/10, dolor crónico, tratado con bromazepam, entrevista en farmacia comunitaria].

“Aparece permanentemente, uno días es más fuerte que otros, pero ese dolor siempre está conmigo, ya sabes que me tomo el ibuprofeno y a veces echo mano de un paracetamol, pero no hay manera, está presente, no se va...” ...”[PFY, mujer de 30 años, EVA 6/10, dolor crónico, tratado ibuprofeno y paracetamol, entrevista en farmacia comunitaria]. Aunque no lo mencionó en la entrevista, revisando las dispensaciones de medicamentos en la farmacia, se registro que toma lorazepam [Notas de diario de campo sobre PFY en farmacia comunitaria].

“Todo el día tengo ese dolor en el pecho, esas palpitaciones, es un sin vivir, me agobia, me pongo nervioso porque no estoy bien, no dejo de pensar en que me enfermaré, en que esto no es normal. Y mira has visto como se me sube la tensión... creo que esto me angustia cada día más”. [JRR, hombre de 38 años, EVA: 5/10, dolor crónica, entrevista en farmacia comunitaria].

En estas narrativas, el dolor constante es señalado como una compañía, el dolor constante va agotando a las personas. Cuando el dolor no desaparece genera estrés crónico y ansiedad. Además del agotamiento propio por el estado de reacción constante del organismo, sucede la frustración de no conseguir paliarlo incluso tomando medicamentos. Y la “tranquilidad aparentemente” vuelve cuando consiguen la sustancia que lo quita o, por lo menos, lo atenúa. Según el modelo biomédico el dolor se convierte en un dolor crónico cuando pasan más de 30 días, pero para los pacientes estos límites no existen, para las personas pueden bastar un par de días para que hagan referencia a un dolor constante. Los pacientes acuden por analgésicos para mitigar la aflicción pero los efectos de los fármacos no son tan constantes como los dolores que padecen, muchas veces no se consigue el alivio

deseado. Probablemente esto no tiene que ver solamente con la acción fisiológica de cada fármaco, sino porque también buscan un alivio más que físico, quieren alivio en lo que afecta su parte emocional. En este análisis, cobra sentido el uso de sustancias ansiolíticas y relajantes musculares como si fueran analgésicos, hecho que revela que para los pacientes no hay un límite definido entre el dolor físico y el emocional. Para los clínicos esta diferencia existe y es útil en términos del proceso diagnóstico-pronóstico-tratamiento, pero esta mirada dividida reduce la cuestión del dolor sólo al ámbito fisiológico de un organismo vivo, a su aspecto más sintomático. Cuando ese dolor se cronifica los clínicos hacen una especie de incisión entre los síntomas físicos y lo emocionales, y como consecuencia los tratamientos de estos último se prescriben más desde la óptica de la salud mental. Contrariamente los pacientes no hacen esta diferenciación y esto explicaría que analgésicos puros o ansiolíticos puros siempre tiene un efecto insatisfactorio para las pacientes. Esta prescripción diferenciada para unos síntomas u otros refleja esta incisión biomédica la cual no presenta una utilidad para el alivio de las aflicciones de los pacientes, y que además contribuye a representaciones sobre el fracaso de la farmacoterapia incidiendo en su experiencia analgésica.

Por otra parte, otros pacientes hacen referencia a dolores intermitentes y, dentro de un mismo proceso de dolor, puede variar su aparición por días o por temporadas. Incluso pueden aparecer, desaparecer total o parcialmente y con diferente intensidad.

“Desde que vivía en Londres estos pinzamientos en la espalda iban y venían. Aquí no me había pasado ni una vez y no había necesitado ir a buscar un medicamento equivalente a este (señalando el Cod-efferalgan®). Mira, ya llevo cerca de 6 meses viviendo aquí y no lo había necesitado. Y fíjate, este fin de semana, de repente, el pinzamiento fue muy doloroso, uff, ponle un 6, no, más bien un 7. Tenía miedo de que no me fueran a recetar esto porque en Inglaterra era muy difícil conseguirlo, sin receta ni hablar, pero aquí ha sido muy fácil, incluso la médica me dijo que me lo dejaba en la receta para que me dieran más por si acaso”. [MSR, hombre de 45 años, EVA: 7/10, dolor agudo, tratado con paracetamol + codeína (señalando el Cod-efferalgan®) entrevista en farmacia comunitaria].

“Mis migrañas son lo peor que me puede pasar, aparecen de un momento a otro, y cuando aparecen me tengo que encerrar en la oscuridad, me molesta la luz, el ruido, no hay manera de soportar mi cabeza. He probado de todo y a mi se me agotan los recursos... eso sí, estoy un par de días, o más, fatal. Hay crisis que me han durado 2 días, o más, ¡un infierno! Luego quedo como borracha otros días más, quedo destrozada, me cuesta recuperarme, pero por suerte desaparecen por completo. Lo único que me ha logrado disminuir el dolor y a no tener tantas crisis es el sumatriptán. Si lo logro pillar antes que aparezca, la aspirina plus® (ácido acetilsalicílico + cafeína) me puede ayudar”. Sabes que las tengo desde niña, “desde

pequeña me duele a mí la cabeza.” (LMB, mujer de 32 años, EVA 10/10 en crisis de migrañas, dolor agudo, tratado con sumatriptán y ácido acetilsalicílico + cafeína, entrevista farmacia comunitaria).

“No me creerías si te digo que el dolor del tobillo me aparece cuando va a llover, cuando hay humedad, mira, preciso aparece, ¿vez cómo se me hincha?, es que casi no puedo ni andar, y luego viene el buen tiempo, y desaparece el dolor. Este dolor no es constante. Con el buen tiempo estoy muy bien”. [AES mujer de 83 años, EVA: 6,5/10, dolor tratado con metamizol y aceclofenaco en crema, historia en la farmacia comunitaria].

“Ya te digo, este dolor, si le puedo decir así, va yendo y viniendo, pero últimamente estoy viendo que ha llegado para quedarse. Antes sólo me pasaba cuando me despertaba, sentía en la mano como un calambre y luego se quedaba como dormida pero también siento hormigueo ... y así, ahora son más veces y me dura más tiempo... piensa que estoy con la mano así tiesa todo el día, no puedo hacer las cosas que hacía antes, desaparece por momentos, supongo que es por todo lo que tomo, pero ahora hasta me está despertando el dolor por la noche... mira que empecé con paracetamol y neubrofen® (ibuprofeno), he usado flogoprofen® (etofenamato) en spray y gel, tomé también dexketoprofeno y ya hasta tramadol y lo último es la lyrica® (pregabalina) porque hace poco me dijeron que puede ser por los nervios de la mano, entonces estoy esperando a que me hagan un examen de la mano...” Su marido añade: “cada vez se le dificulta hacer las cosas que tiene que hacer, y cada vez está más impedida para cuidar de la nieta y de su madre. Cocinar, ya me cuido yo, pero hay cosas que solo puede hacer ella que ya le hacen mal, está empeorando cada día. Ojala encontremos la razón y la solución”. [FGR, mujer de 62 años, EVA 6/10, dolor mixto, tratado sucesivamente con paracetamol, ibuprofeno, etofenamato, dexketoprofeno, tramadol y pregabalina, entrevista junto a su marido en farmacia comunitaria].

Como en el caso de FGR, en varios de los pacientes entrevistados, el dolor puede ser variable incluso dentro del mismo día, y los momentos de mayor o menor intensidad cambian según el tipo de enfermedad que tengan y de las actividades que hayan o estén realizando. El patrón del momento de aparición repercute además en otros aspectos de la vida del paciente y así lo apuntan los mismos afectados, que refieren encontrarse peor con las actividades si el dolor les aparece durante el día o descansar mal si el dolor es de aparición nocturna.

“Los últimos meses las noches las paso fatal, es que no puedo tumbarme del lado de este hombro y sin darme cuenta doy la vuelta y ese dolor parece una pesadilla”. Dice su marido: “vaya, es que no se la puede ni mirar. No descansa bien, se despierta por lo que le duele, y además como no respira bien, ¡estamos apañados!”. [AEC mujer de 80 años, EVA: 9/10, EuroQol 50%, dolor mixto, tratado con ibuprofeno, historia en la farmacia comunitaria y su marido VSU hombre de 79 años].

“Por la mañana me levanto bien, no siento esa pesadez ni esa hinchazón en la piernas, que es molesta hasta para poder dormir. Hasta la hora de comer voy tirando, sin problema, pero después de comer ya estoy cansada, ya empiezan a dolerme desde los tobillos a las pantorrillas, se hincha, se pone colorada toda esta zona, como si quemara. Que es la circulación, que por lo del corazón, que es la calor, que las piernas cansadas, yo que sé!, por

la noche estoy hecha polvo, me cuesta andar, unos días mejor otros peor, así voy yo...Me tomo el daflon® (diosmina + hesperidina) en verano y a veces necesito una aspirina® (ácido acetilsalicílico) de las efervescentes, a ver si puedo tirar con mi cuerpo” [ABS, mujer de 59 años EVA: 5/10, dolor mixto, tratado con diosmina + hesperidina y (ácido acetilsalicílico, encuentro en farmacia comunitaria)].

También hay narrativas que describen cuando el dolor predomina en reposo o en movimiento. Los pacientes relacionan determinadas actividades y esfuerzos con el momento de aparición del dolor.

“Como ya le he explicado a otras farmacéuticas cuando han venido aquí a Granollers, es diferente como me duele cuando estoy sentada en una silla tranquila hablando, ahora que estoy quieta tengo solo con poco dolor pero cuando me levanto, es que no me puedo tener en pie, tengo que buscar en que apoyarme, para andar por la calle me sostengo en este carro de la compra que mis hijos me han regalado, si no, no podría andar”. [EPM mujer 78 años, EVA: 8/10, dolor crónico, tratado con hidromorfona y pregabalina, historia en la farmacia comunitaria y Grupo de discusión tipo 2, subgrupo C, realizado en el curso de Optimización de Farmacoterapia, Granollers].

“Pues con este sobrepeso, no me extraña que esta mujer necesite el carro para andar” [Opinión sobre EPM de CFR 35 años, farmacéutica alumna, Grupo de discusión tipo 2, subgrupo C, realizado en el curso de Optimización de Farmacoterapia, Granollers].

“Me duele la espalda hace mucho tiempo, fíjate que ahora al levantarme del sofá, creo que hasta me mareo, al principio estar de pie me cuesta mantener el equilibrio, debo hacerlo despacito, sabes, no hacer movimientos rápido, sino tomarme mi tiempo”. [FLLR mujer de 83 años, EVA: 7/10, dolor mixto, tratado con paracetamol, historia en farmacia comunitaria].

“Cuando estaba trabajando, no me dolía nada. Pero cuando estaba descansando aparecía el dolor sobre todo en las articulaciones, pero mira, la actividad me ayudaba. Así estaba yo hace 3 o 4 años, pero cada vez esto es más incapacitante, y si, me dieron la baja hace ya un año mas o menos, y parece que desde entonces, cada vez voy a peor. Cuando aparece el dolor debo tumbarme, esperar, intentar relajarme poco a poco y esperar, hasta que vaya desapareciendo el dolor”. Mira, la natación me sentaba muy bien, desde que no trabajo estaba bien, pero últimamente ya no me viene bien. Aunque me tomo el inacid retard® (indometacina) creo que es por el metrotexate, me paraliza más, por decirlo de algún modo”. [MET, hombre de 52 años, EVA: 5/10, dolor mixto, tratado con indometacina, historia en farmacia comunitaria].

Mira, hija mía, hace años a mí me duelen las rodillas más cuando me muevo, y cuando estoy estirada también. Las rodillas me duelen muchísimo al subir las escaleras. Mi alma, es que no valgo pa’ná...” [CNO, mujer de 82 años, dolor mixto, EVA 6/10, tratado con paracetamol (gelocatil®), metamizol, etofenamato spray, esencia trementina + alcanfor + mentol + salicilato metilo (reflex® spray), historia farmacoterapéutica en la farmacia comunitaria].

Las personas explican la aparición del dolor respecto a las sensaciones más recientes pero también hacen referencia al tiempo que llevan padeciendo ese dolor al que se refieren. Las referencias sobre la antigüedad del dolor son útiles para los clínicos manera

para denominarlos como agudos o crónicos pero para los pacientes supone el inicio de la interpretación de la experiencia, una sumatoria de sensaciones referidas en un horizonte temporal. El tiempo que llevan con el dolor, es descrito de diferentes maneras según el punto de vista del paciente y el control del dolor con cualquier medida terapéutica. Las narrativas muestran que a pesar de llevar mucho tiempo conviviendo con el dolor, restan importancia a este largo periodo y se refieren a ello de una manera imprecisa, usando expresiones tipo “años”, “meses”, o haciendo una referencia a un momento en su vida, “desde que era una niña” como decía LMB o como decía THL “Pues lo de las piernas y lo del lumbago, hará pues... hace mucho tiempo, qué se yo cuanto tiempo, lo menos dos o tres años.” En cambio, los pacientes que llevan mucho tiempo con el dolor y no han conseguido aliviarlo, enfatizan este paso del tiempo y resaltan los periodos en los que se han “encontrado peor”. El tiempo se relaciona con la intensidad del dolor como se observa claramente en el caso de la narrativa de MEG y también en estas narrativas:

“Siempre he tenido reuma, reuma siempre lo he tenido, pero desde hace unos 15 años que... ha ido todo el cuerpo a más y a más”... [MSMR, mujer de 80 años, EVA: 8/10, dolor mixto, tratado con paracetamol, ibuprofeno, ácido alendrónico semanal, colecalciferol + carbonato de calcio, lormetazepam, diclofenaco y piketoprofeno crema, buprenorfina parches, metamizol inyectable, entrevista en farmacia comunitaria].

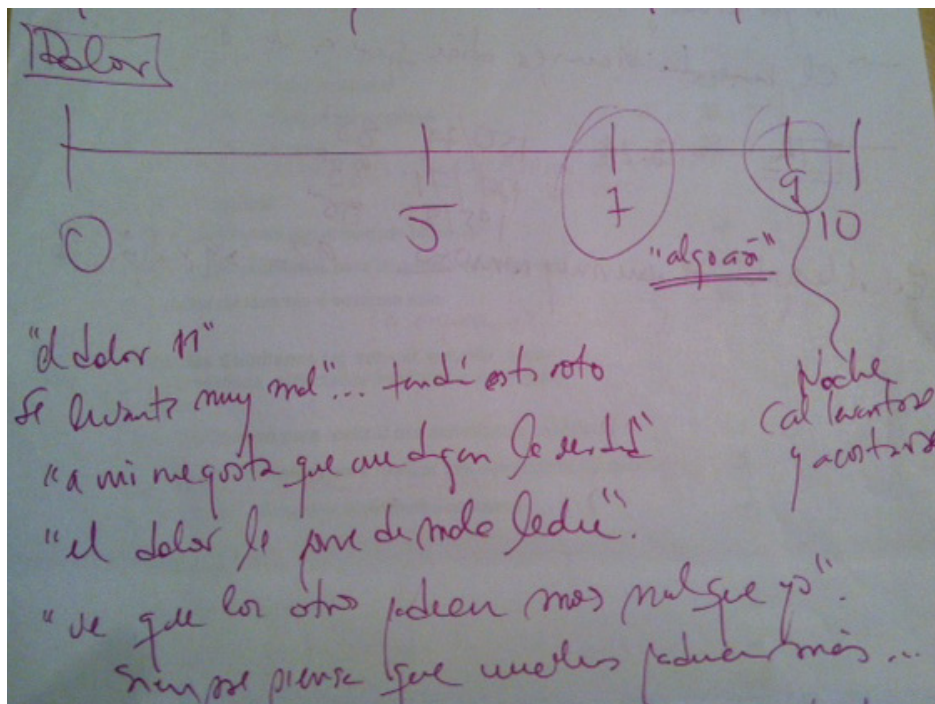
“Cuando me coge aquí en la parte izquierda, un dolor... desde las costillas... y esto no hace tanto tiempo, vamos, desde que me caí. Pero con esto yo vengo de 3 a 4 años... así que estoy de verdad cansadísima. Ho tinc complicat, estic molt fotuda” . [NGD mujer de 80 años, EVA: 9/10, dolor agudo, tratado con Dexketoprofeno, encuentro en farmacia comunitaria].

Otros pacientes explican su dolor en comparación con otras situaciones dolorosas que hayan pasado, principalmente al hablar de la intensidad, aunque también al referirse a otras características del dolor. Hay que destacar el papel de los antecedentes dolorosos de los pacientes, ya que la percepción que tengan del dolor actual va a ser diferente dependiendo de la experiencia previa de dolor. Este es el caso de la narrativa ya citada de CMS quien denominaba su dolor de rodillas como “un dolor flojito, la mar de diferente de cuando me quitaron el pecho”. Como muestra este ejemplo, la relación puede establecerse respecto a otros dolores o enfermedades que hayan tenido anteriormente o respecto a la misma enfermedad de dolor pero en diferente momento del proceso doloroso. Luego el tiempo del padecimiento, corresponde una suma de recuerdos que también relacionan con la intensidad. Es así como las variaciones del dolor en términos de frecuencia y descritas en

un horizonte temporal, también son entendidas como el concepto de intensidad. Desde la mirada de los pacientes las exacerbaciones de las crisis dolorosas marcan la “aparición de más dolor”. La cuestión del «cuándo» no está tan claramente diferenciada con «cuánto» le duele, en las narrativas de los pacientes. Este es un aspecto importante a tener en cuenta porque el discurso biomédico hace énfasis en las clasificaciones del dolor en función de esta diferencia.

d) La intensidad del dolor. Entre la cuantificación y la espontaneidad

Como se mencionó anteriormente, ante la pregunta de ¿cuánto le duele?, en atención primaria se utiliza como instrumento de medida la escala visual analógica –EVA– y en esta valoración los profesionales sanitarios intentan que los pacientes traten de indicar una “cantidad de dolor”. Durante esta investigación, simultáneamente cuando los pacientes explicaban la intensidad de dolor, se les proponía valorarlo con esta escala numérica tal como se va recogiendo en las narrativas. Los pacientes indicaban el grado de dolor según esta escala u otra similar, señalándolo en el papel o verbalmente.



Evaluación de la intensidad del dolor de AEC mujer de 80 años, EVA: 9/10, dolor crónico, tratado con ibuprofeno, entrevista en la farmacia comunitaria junto con su marido, VSU hombre de 79 años.

Respecto a la imagen anterior: "VGU: Vaya, a AEC no le alcanzará la línea, AEC: al dolor que tengo le pondría un 11, bueno algo así, 9 por la noche al levantarme y al acostarme, conforme pasa el día puedo tolerar algo mejor y puede que sea un 7. VGU: Ella se levanta muy mal, el tendón del hombro está roto. AEC: Mira, te diré, a mí me gusta que me digan la verdad, si tengo algo terminal que me lo digan... VGU: Este dolor la pone de mala leche... AEC: Ya, me pone mala pero yo veo que otros padecen mas que yo, VGU: Ella siempre piensa que otros padecen más... AEC: cuando nuestro hijo murió, el tuvo que padecer más, yo me controlo para tirar para adelante aunque no pueda, no quiero que piensen que soy una quejica, no quiero dar lástima, pero la gente que piense lo que quiera, para que chillar si lo tienes que pasar igualmente... VGU: mi mujer asume esto con un par de narices" Diálogo entre AEC y VGU, durante la valoración de la intensidad de dolor. [AEC mujer de 80 años, EVA: 9/10, EuroQol 50%, dolor mixto, tratado con ibuprofeno, historia en la farmacia comunitaria y su marido VSU hombre de 79 años].

La valoración de la intensidad demarca que el dolor es relativo, para los pacientes cuantificar implica hacer algún tipo de referencia:

Márcalo entre el 6 y el 7... yo te digo que mientras más fuerte es el dolor mas me cuesta caminar y cuando estoy muy mal me siento muy cansada al hacer la faena de casa, a veces estoy tan mal que tengo que dejarla. [AES mujer de 83 años, EVA: 6,5/10, dolor tratado con metamizol y aceclofenaco en crema, historia en la farmacia comunitaria]

"Ohh, dona, esa línea no me alcanza..." ni siquiera cuando uso el paracetamol... vaya, ponlo en el 8, poca cosa hace y nada que me lo cambian... [JTT mujer de 79 años, EVA: 8/10, dolor tratado con paracetamol, ibuprofeno y tramadol, entrevista en la farmacia comunitaria]

"No, en realidad actualmente no tengo ningún dolor, pon cero si quieres. En su día utilicé el diazepam para una contractura pero mi médica de cabecera me ha explicado que lo use ahora para estar más tranquila, lo he pasado mal con los nervios" [RLM, mujer de 44 años, EVA 0/10, encuentro en farmacia comunitaria].

Los pacientes superan la valoración de la escala y aparentemente no hay coherencia con su cuantificación cuando expresan la intensidad mediante palabras o expresiones comunes. "Condensar" la intensidad en un número es ciertamente abstracto y suele ser inducido por el entrevistador. Los descriptores verbales son diferentes según el grado de dolor: los dolores graves, muy intensos, se enfatizan con expresiones de sufrimiento o exclamaciones, mientras que los dolores leves son minimizados e incluso referidos como incomodidad o como molestias.

“Yo que sé cuanto decirte que me duele, no me puedo quejar, sabes lo mal que he estado, ahora es mas bien una molestia, es que me incomoda y no me deja hacer lo que tengo que hacer, yo enferma ya no estoy, pero si el ibuprofeno me quita esta molestia, mejor que mejor”. [CPF, mujer de 29 años, EVA 1/10, entrevista en farmacia comunitaria].

“Es un dolorcito flojito, poca cosa, va y viene, no es para tanto, ponle un 2 por poner algo. Por eso no tomo nada, voy tirando, no me hace falta ninguna pastilla, prefiero no tomar nada, mas bien intento distraerme y se me pasa”. [NOD, mujer de 30 años, EVA 2/10, entrevista en farmacia comunitaria].

Escuchando lo que dicen los pacientes se ha encontrado relación entre la intensidad del dolor y el hecho de que ellos crean que el dolor está controlado, de manera que los pacientes con dolores más intensos fueron los que referían tener el dolor peor controlado por los medicamentos o por los tratamientos utilizados. Siendo consciente de que se podría hacer un análisis crítico a la forma de medir la intensidad del dolor que promueve el modelo biomédico, su aplicación en la práctica clínica está suponiendo la entrada de los pacientes a la utilización de estas herramientas biomédicas. Encajar una sensación en un valor numérico supone incorporar en sus representaciones una nueva interpretación de su experiencia, y en consecuencia, de su experiencia analgésica. Con el uso de los servicios de salud y las visitas a diferentes profesionales que utilizan estas formas de medición, los pacientes aprenden y descubren que tiene que ver directamente con las explicaciones que desde la biomedicina se hacen del dolor que padecen y los tratamientos que reciben. Y pueden llegar a constituir un vínculo con la explicación de las causas y con los diagnósticos emitidos por sus médicos tratantes.

2. Significación de la experiencia analgésica después del diagnóstico

a) Diagnósticos relacionados con el dolor

Varios pacientes definen su dolor según la enfermedad diagnosticada que se les explica que lo causa. Intentan recordar lo que les han dicho los profesionales que los han diagnosticado o tratado. En las narrativas de los pacientes sobre su enfermedad, esta no se reduce al diagnóstico que haya podido ser determinado por los profesionales sanitarios, sino que introducen nuevos términos que incorporan de su lenguaje coloquial a la forma de explicar la enfermedad dolorosa. En todo caso, se observa que la explicación viene determinada por lo que el paciente entiende y por su forma de expresarlo.

“Mira padezco artrosis, es como que se van deshaciendo los huesos y los cartílagos, lo que antes era el reuma, así me lo explicaron a mí. Y mira, hasta altura he perdido y todo. Me hicieron radiografías y exámenes y me dijeron que la tenía como metida en las rodillas y por eso me dolían tanto. Pero se ve que la tengo por todo el cuerpo. Por eso no puedo ni con mi alma, hija mía. Tener los huesos desechos es lo más malo que te puede pasar. Ya ves, que tomo paracetamol, ibuprofeno, ácido alendrónico, bonesil D flash® (colecalfierol + carbonato de calcio) y lormetazepam. También me pongo la crema esta calmatel® (piketoprofeno) y la nueva esta fuerte voltadol® (diclofenaco dietilamina), los parches de transtec® (buprenorfina), hasta las inyecciones de nolotil® (metamizol), y con todo y esto, esta artrosis es muy mala. Algo como andar es muy duro, el dolor no se va”. [MSMR, mujer de 80 años, EVA: 8/10, dolor mixto, tratado con paracetamol, ibuprofeno, ácido alendrónico semanal, colecalfierol + carbonato de calcio, lormetazepam, diclofenaco y piketoprofeno crema, buprenorfina parches, metamizol inyectable, entrevista en farmacia comunitaria].

“Tengo osteoporosis, se ve que desde hace tiempo, yo ni me habré dado cuenta, por eso debo tomar esa pastilla una vez, a la semana, esa que tengo que hasta tomar de pie y con todas esas precauciones. Como tú sabrás, los huesos se parten con facilidad, y tengo que reforzarlos con esta pastilla. Esa no me quita el dolor, dice el médico que es para prevenir ese desgaste. Para el dolor ya me tomo mi aspirina® (ácido acetilsalicílico) de toda la vida. De lo contrario no hay manera, tengo que seguir cuidando de mi marido y llevar la faena de casa. [DPD, mujer de 85 años, EVA: 3/10, dolor agudo, tratado con ácido acetilsalicílico y ácido alendrónico semanal, entrevista farmacia comunitaria].

“Me diagnosticaron psoriasis artrítica. Al principio sólo tenía psoriasis, estas placas en la piel



pero ya me ha afectado a las articulaciones. No entendía bien como era que algo de la piel me hiciera doler las articulaciones, pero las mismas defensas del cuerpo que me originan los problemas de la piel me inflaman las articulaciones, por esto me duelen tanto. Ellos dicen que es una enfermedad autoinmune y me ha sorprendido que se haya vuelto tan invalidante. Ya tengo la baja por esto. Yo siento dolor durante todo el día, especialmente a la hora de levantarme. Y durante la tarde tengo mucha sensación de fatiga. Como les explicaba, ya no hago tanta natación por el dolor y el cansancio que tengo. De todas maneras me esfuerzo a andar porque el reumatólogo me ha dicho que debo tener alguna actividad física porque

puede que se me deformen las articulaciones. Pero lo último es lo peor, me han detectado que tengo tuberculosis, ya ves, fastidiado, porque para detenerla con este sistema inmune tan alterado tengo un buen problema. Todos estos medicamentos me tienen muy afectado”. [MET, hombre de 52 años, EVA: 6/10, dolor mixto tratado con indometacina, historia en farmacia comunitaria].

Los pacientes que tienen la enfermedad desde hace mucho tiempo y el proceso se ha cronificado, comprenden el dolor como una secuela de la enfermedad que padecen. Para algunos pacientes en el momento del diagnóstico se le da una explicación al dolor, y este padecimiento adquiere una justificación. Encontrar una razón supone alivio para varias personas. El alivio muchas veces llega después de un periodo de incertidumbre diagnóstica o retraso diagnóstico (DiGiacomo, 1995), ya que los pacientes y sus seres queridos sufren un gran estrés durante la espera de la confirmación de un diagnóstico que implica padecer una enfermedad u otra.

“No se cuánto tiempo llevo esperando a que acierten con lo mío, la de exámenes, pruebas y cosas que he tenido que hacer, y decir, e insistir, para que supieran que todo este mal cuerpo, este decaimiento, este agotamiento, este dolor de todo el cuerpo era por un problema del tiroides. No está escrito. Estaban despistados porque como soy diabética y me dolía cabeza cuando no comía bien, pensaban que era por eso. Recuerdas que tú me dijiste que tenían que mirarme las hormonas tiroideas, y de eso hará casi 4 meses o más. Pero mira, ya con ese tratamiento nuevo (refiriéndose al Tirodril®, tiamazol), poco a poco me voy encontrando mejor. Pero no te lo pierdas, ahora estoy con este dolor de la mano, vuelta a empezar, a ver esta vez cuanto tiempo van a tardar para decirme que tengo. Porque esto es diferente de lo otro, digo yo”. [FGR, mujer de 62 años, EVA 6/10, dolor mixto, tratado sucesivamente con paracetamol, ibuprofeno, etofenamato, dexketoprofeno, tramadol y pregabalina, entrevista junto a su marido en farmacia comunitaria].

“Cuando por fin me dijeron que tenía fibromialgia dejé de pensar que estaba loca. Yo pasando esos dolores sin ninguna explicación, tomando pastillas para nada y viendo que la gente ya me decía que me quejaba de nada, y yo sintiéndome fatal... por suerte mi médico si me entiende y sabe que mi cuerpo esta mal”. [CRG mujer de 80 años, EVA 8/10, dolor mixto, tratado con naproxeno, diclofenaco inyectable, tramadol, fentanilo parches y lormetazepam].

Sin embargo, otros diagnósticos tienen el efecto contrario porque ya tienen una carga simbólica importante llegando incluso a incrementar el sufrimiento.

“Yo no se que me causó mas dolor, si saber la noticia de que tenía cáncer o lo mal que me puso toda la quimioterapia me que pusieron de golpe”. [ERG mujer de 61 años, paciente del Instituto Nacional de Cancerología, Grupo de discusión tipo 4, Bogotá].

Esta alusión de la paciente sobre el dolor que le causó saber que tenía cáncer, merece una análisis especial ya que la consideración cultural (Good, 2004) del cáncer como enfermedad mortal con reducidas posibilidades de supervivencia implica que emergen los miedos a la muerte, a la pérdida de un ser querido, al dolor, al sufrimiento y a las secuelas derivadas de los tratamientos (Pargeom, 1999; Zenz, 2000). Los pacientes y sus familias

cuando reciben un diagnóstico como este enfrentan, en primera persona, las duras experiencias vividas por otros allegados o conocidos durante la evolución de la enfermedad, las consecuencias de los tratamientos y el desenlace final.

“Me duele saber que ha vuelto esta enfermedad, me duele saber que no lo superamos, no sabes lo que supuso adaptarnos a que tuviera ese agujero en la garganta, y cogimos fuerza, pero como es posible que ya lo hubiéramos superado antes y ahora vuelva de golpe tan fuerte... me duele verlo sufrir tanto dolor, a veces está tan mal que está como ausente, el pobre ya no sabe como estar”. [Entrevista a AMSC, esposa de JSM, hombre de 76 años, EVA 9/10, dolor mixto, tratado con paracetamol, metamizol, dexketoprofeno+trametamol (enantyum®), tramadol, clorazepato, medazepam+amitriptilina (nobritol®), lormetazepam].

Los diagnósticos y los tratamientos legitiman de cierta manera las conductas. Para los pacientes son elementos de reflexión que le permite perdonarse/culparse a sí mismo y avanzar en su vida. Pero esto no evita que en los pacientes se genere conflicto. La pérdida del entramado social a “causa de una enfermedad” hace diferenciar a quienes lo comprenden y quienes no, su familia no lo comprende, los psiquiatras si... o viceversa. El diagnóstico cumple la función de hacer casi que publica la enfermedad, no sólo el paciente recibe la explicación, la recibe, todo el entorno del paciente. Emerge como la principal causa y justificación del dolor que se padece.

b) Causas y situaciones desencadenantes del dolor

En el intento de explicar el dolor los pacientes intentan buscar la relación del dolor con la causa o motivo que lo originó. Buscan en su vida eventos que relacionan con el síntoma doloroso inicial. También los relacionan con movimientos o sobreesfuerzos realizados. Otras personas también refieren no encontrar motivos que lo causaran.

“Cuando era niña me caí de un árbol, allí empezaron mis males. Pasábamos hambre y yo me quedé sin padres pronto, pero desde esa vez que caí empezó mi cuerpo a fallar”. [AEC mujer de 80 años, EVA: 9/10, EuroQol 50%, dolor mixto, tratado con ibuprofeno, historia en la farmacia comunitaria].

A mi me duele la espalda porque yo he trabajado mucho, en la fábrica el trabajo era duro, para eso vinimos de Andalucía para trabajar porque allá nos moríamos de hambre, aquí vinimos a trabajar duro. Pero la mujer es la que ha sufrido más. [GRF, hombre de 79 años, dolor crónico, EVA 3/10 marido de FNA, encuentro en farmacia comunitaria].

“Y ahora estoy notando esta tendinitis en este brazo desde que murió mi madre y de moverla en la cama que era muy fuerte me han tratado por la mutua y bueno, sí me hizo un

poco aquello, no digo que no, pero ahora estoy con dolor en este brazo...” pero mira, yo no lo puedo dejar...” [MLS, mujer de 65 años, EVA: 2/10, dolor crónico eventualmente tratado con paracetamol y amitriptilina + medazepam, entrevista en la farmacia comunitaria].

Los pacientes son los que más conocen sobre su dolor porque lo sufren durante de su vida cotidiana y esto queda especialmente patente cuando hablan de los factores desencadenantes del dolor o situaciones concretas que ellos mismos relacionan con la aparición del mismo. Dan cuenta de desencadenantes circunstanciales, incluso ambientales como las referencias a los cambios de clima como mencionaba en su narrativa AES en el caso de enfermedades musculoesqueléticas, el ayuno en el dolor de cabeza como nombraba FGR, los movimientos bruscos como menciona AMG o esfuerzos en los dolores musculares en las labores del hogar como FLLR o CNO. Pero también emergen factores desencadenantes que tienen que ver con dimensiones socioculturales a partir de las historias individuales. Por ejemplo, el dolor de cintura de GRF referido al duro trabajo de la fábrica y la cuestión de que su esposa lo ha sufrido más que él. Ambos, inmigrantes andaluces, que vinieron a Granollers a trabajar en fábricas. AEC que refiere una caída como punto de partida de su experiencia dolorosa pero en realidad la envuelven las durezas de las condiciones de la posguerra. Mujeres que trabajan en fábricas y en sus casas. Y que también han sido cuidadoras, como MLS, que han sufrido en sus cuerpos físicos el desgaste del esfuerzo pero también que han sufrido la presión de una historia personal vivida en un contexto social emergente de la mujer trabajadora.

c) El envejecimiento como causa y explicación del dolor

De las conversaciones y las entrevistas, llama la atención que la edad es uno de los factores relacionados con el dolor más comentados por los pacientes. Se ha visto que una idea muy arraigada es que, a medida que se va envejeciendo y sólo por éste motivo, empiezan a aparecer dolores y enfermedades, y que además no se puede hacer nada al respecto. Los pacientes y los médicos ante este argumento reaccionan con resignación.

“Esto del hombro ya no se puede remediar porque ya son los años, que ya son 80 años.” El tendón está roto se ha degenerado todo eso, y ya a mi no me pueden operar, ni hablar dicen los médicos.” [AEC mujer de 80 años, EVA: 9/10, EuroQol 50%, dolor mixto, tratado con ibuprofeno, historia en la farmacia comunitaria].

“Nada más te digo que me ahogo y me duele todo pero yo creo que son ya los años. Yo sé si es la edad y los pulmones se cierran por eso.” [RMM mujer de 86 años, EVA: 8/10, dolor mixto, tratado con paracetamol, historia en la farmacia comunitaria].

“Tengo muchos dolores, muchos dolores... Vas a los médicos, y sí, que ya tengo muchos años, que si la artrosis, que si, todo porque ya soy vieja” [MSMR, mujer de 80 años, EVA: 8/10, dolor mixto, tratado con paracetamol, ibuprofeno, ácido alendrónico semanal, colecalciferol + carbonato de calcio, lormetazepam, diclofenaco y piketoprofeno crema, buprenorfina parches, metamizol inyectable, entrevista en farmacia comunitaria].

“Las piernas este año, el año pasado un poco pero como este año nada, no sé si será que ya la edad.... Porque ya tengo 76 años.” [CSC mujer de 76 años, EVA: 4/10, dolor agudo, tratado con diclofenaco gel, paracetamol y torasemida (este último no es analgésico pero alivia el edema/hinchazón por ser diurético), Grupo de discusión tipo 2, subgrupo B, realizado en el curso de Optimización de Farmacoterapia, Granollers].

“Ya me dicen que es de la vejez, que son los huesos, que están desgastados... bueno, pues por la vejez será, según voy haciéndome más vieja pues se va acrecentando el dolor, claro”. [DPD, mujer de 85 años, EVA: 3/10, dolor agudo, tratado con ácido acetilsalicílico y ácido alendrónico semanal, entrevista farmacia comunitaria].

En un intento de buscar como se perciben las experiencias de envejecimiento, pensaba que el género o la clase social tendrían un papel destacado. No he encontrado especiales diferencias entre las narrativas, y puede que en la entrevistas hablar de analgésicos desviara las conversaciones y no emergieran estas relaciones. Pero la relación que si fue posible observar fue que la propia visión del estado de salud de cada persona en relación con su edad influye en su forma de reaccionar ante el dolor. Los pacientes que perciben su estado de salud como regular o malo temen que con los años el dolor se agrave. En cambio, los pacientes que se ven a sí mismos como saludables, si bien consideran la edad como un factor inevitable, tienen una visión optimista y buenas perspectivas ante el futuro. En esencia, plantean que llevan estilos de vida “más saludables” y esto les ayuda a afrontar el dolor.

“Si me dicen que ando mal, que como es que voy tan lejos. Si a veces me duele, pues eso, nada. Pero yo estoy hecho un chavalillo, además ya tengo muchos años ahí.”... “pero yo no voy a dejar de ir a andar, guapilla, que estoy hecho un chaval y tengo 71 años, no te vayas a creer que ahora lo voy a dejar...” [AMG, hombre de 80 años, EVA: 3/10, dolor agudo, entrevista en farmacia comunitaria].

“Muy apañado me ves, pero vamos, como estoy ya tan viejo tan viejo que ya no sé que decirte...” [THL hombre de 91 años, EVA: 5/10, dolor crónico, tratado con paracetamol, entrevista en farmacia comunitaria].

“Me duelen todas las articulaciones, y los músculos todos contracturados. Me levanto por las mañanas como una vieja. Si estoy, ya te digo, hecha un desastre estoy. “ ... “Sí, sí, bueno, yo como soy una niña vieja”. [MMTG, mujer de 44 años, EVA: 6/10, dolor mixto, tratado con diazepam, entrevista en farmacia comunitaria].

Si bien es cierto, los analgésicos son la estrategia de alivio del dolor objeto de esta investigación, el análisis del uso de estos fármacos no puede entenderse sin comprender la experiencia dolorosa. No existe experiencia analgésica sin la experiencia dolorosa, y en adelante analizaré como esta experiencia está relacionada con la persona y con el contexto, campo de fuerzas, donde se vive la experiencia analgésica.

D. El dolor entendido como enfermedad crónica

Entendiendo el dolor tratado con analgésicos como enfermedad crónica sigo la propuesta de Masana (2013) en cuanto al enfoque de la mirada etnográfica basándose en el tiempo, el cuerpo, la edad y las relaciones sociales. En este apartado abordaré primero «el cuerpo» tratado con analgésicos como un lugar de experiencia y fuerza emocional; «el tiempo» que surge en términos de la cronicidad como tal y que también permite la significación a medida de su paso, para entenderlo como un hecho situacional; «la edad» que aparece como elemento determinante del momento en el que lo vive la persona y del significado de su experiencia; finalmente «las relaciones sociales», no sólo porque el dolor es un hecho relacional, sino entendiendo que los analgésicos son una “materia vinculante”, un objeto de unión de saberes y explicaciones, inmersos en el pluralismo asistencial.

1. El cuerpo tratado con analgésicos como lugar de experiencia

Una vez sucede la experiencia sensorial, aunque exista una referencia en alguna parte física, la experiencia se traslada al cuerpo individual, al cuerpo social y al cuerpo político (Scheper-Hughes y Lock 1987). Precisamente, siguiendo este análisis se hace la reconstrucción de los conceptos de cuerpo desde tres perspectivas o formas de ver el cuerpo: (1) El cuerpo individual que se refiere a la experiencia fenomenológica individual (*body-self*), (2) el cuerpo social, es decir la naturaleza simbólica de pensar las relaciones entre naturaleza, sociedad y cultura, y (3) el cuerpo político como artefacto de control político y social. Aplicando estas categorías de análisis al cuerpo dolorido tratado con

analgésicos planteo que: (1) el cuerpo individual se vincula con de vivencias del paciente que ha vivido previamente, la experiencia del dolor ‘sin’ y el dolor ‘con’ tratamiento analgésico. (2) el cuerpo social que se ve lastimado cuando no hay legitimación del padecimiento doloroso y/o del uso de fármacos para tratarlo por parte de la familia o de quienes tratan al paciente. A continuación presento una narrativa de una paciente que refleja cómo afecta la legitimación del dolor/uso analgésicos al cuerpo social:

“Pues yo creo que si me influye el dolor que siento en mis relaciones personales porque yo me retraigo muchísimo, me quedo en casa, no quiero reunirme y... pues me fastidia que no me crean, dicen que estoy enganchada a todas las medicinas, es que de verdad, que todo el tiempo me están contradiciendo. Yo he ido a psiquiatras y se los he explicado y me han dicho “no, no señora, sí es como usted lo cuenta” porque ellos (los psiquiatras) saben si les estás mintiendo o no”... ¿por qué mi familia no me cree?, Vaya, que por los pelos no estoy tirada en Sant Boi” [RMM mujer de 89 años, historia farmacoterapéutica en la farmacia comunitaria].

En este caso la familia de RMM no legitima el dolor del que ella se aqueja, en tanto que el psiquiatra en este caso sí lo legitima. Sin embargo, también se presentan casos en que es el profesional de la salud el que no legitima el dolor ante la incapacidad de encontrar causas objetivas de tratar el dolor.

"orientación del cuadro como debilidad subjetiva de la paciente, sin evidenciar déficit claro"... no hay razón que explique su dolor. [CBP mujer de 56 años, dolor agudo, EVA: 8/10, tratado con prednisolona, texto copiado de uno de los informes médicos al alta del servicio de urgencias].

La situación de CBP hace evidente que lo que dice la paciente no está legitimado por el modelo biomédico, por tanto sus síntomas dolorosos no tienen validez hasta que por medios diagnósticos nos se confirman las hipótesis de las guías clínicas.

(3) el cuerpo político, que en el ámbito español se ve condicionado respecto al control surgido en las políticas que afectan a las especialidades analgésicas complejas (medicamentos de control especial) dispensadas con cargo a la Seguridad Social, y en especial a las limitaciones en la prescripción en atención primaria de analgésicos opiáceos . Desde los años 90 está reconocida esta problemática que algunos autores como Baños (1999: 294) ha denominado «opiofobia» y que ha ido extendiéndose a las políticas de acceso de medicamentos conllevando a muchas experiencias de dolor infratratado. De hecho, la administración de este tipo de analgésicos no ha alcanzado todavía un nivel

adecuado, en cantidad y en calidad. Como consecuencia, se describe que más del 40% de los pacientes oncológicos no recibe una analgesia suficiente. Como explica Baños una de las causas es que los efectos secundarios de la morfina y de otros opioides se han convertido en un “mito de la medicina” que facilita un sentimiento de respeto o de miedo frente a los analgésicos opioides. Y esto se traduce en que su empleo no llegue a alcanzar las cifras de consumo que resultarían recomendables para paliar dolores de gran intensidad. Algunos profesionales cuestionan que los pacientes sufran dolor innecesario por los argumentos infundados sobre estos fármacos y proponen que uno de los medios para aliviar esta situación sea promover y difundir el empleo sensato de estos fármacos a través de la formación del personal sanitario porque se piensa que se disminuirían estas desigualdades formando al mayor número de médicos y de personal sanitario en conjunto en el uso de opioides. Este diálogo con la literatura biomédica sobre el tema hace reflexionar sobre el fenómeno de la opiofobia y de los mitos en este ámbito del tratamiento analgésico no se ha llegado a plantear que más bien estos hechos respondieran a un artefacto de control social o político. Quizás cabría el planteamiento de que esta realidad lastima al cuerpo político. Pareciera que en el caso del manejo clínico de los opioides si estuvieran permitidos argumentos subjetivos a los profesionales para emitir o no una prescripción. Esto también ha permeado las representaciones de los pacientes.

“Yo no quiero estar enganchada a las pastillas como mi madre”. (NT mujer de 52 años, encuentro en farmacia comunitaria).

Este hecho indiscutiblemente condiciona la experiencia de analgésica de los pacientes, que va desde la misma estigmatización por ser un potencial adicto a los opioides hasta los permanentes conflictos entre los pacientes, los médicos y los farmacéuticos por “obtener” el tratamiento analgésico controlado legal y burocráticamente.

Esta reconstrucción del análisis del cuerpo respecto a la experiencia farmacoterapéutica analgésica muestra que hay una interacción entre el cuerpo individual, el cuerpo social y el cuerpo político en la producción y expresión del dolor tratado con medicamentos. Se observa una forma de comunicación (en el lenguaje del sistema sensorial) a través del cual la naturaleza, la sociedad y la cultura hablan simultáneamente. Al igual que otras experiencias límite, en el caso de la experiencia farmacoterapéutica de

los pacientes que sufren dolor crónico intenso probablemente estos tres cuerpos se vuelvan uno solo y que en realidad se trata de un cuerpo invadido por la consciencia. Aunque el cuerpo individual pueda ser visto “más inmediatamente” por cada paciente, entran en juego las verdades y las contradicciones sociales. Así como se convierte en el locus personal de resistencia social, creatividad y lucha cuando los pacientes deciden: (1) usar o no usar los analgésicos a pesar de los efectos adversos (los que se creen que sucederán o los que realmente padecen), (2) sobreponerse o actuar según lo que los demás (familiares, amigos y profesionales de la salud) piensen sobre el uso de los analgésicos para su dolor, y/o (3) enfrentar la burocracia para conseguir el tratamiento que el cree adecuado para sus circunstancias.

A partir de esta conceptualización del cuerpo sigo la misma línea de Scheper-Hughes y Lock (1987) para una propuesta del estudio la parte emocional del dolor/uso analgésicos y así conseguir una aproximación al sujeto que usa analgésicos para aliviar su sufrimiento. La teoría de las emociones, planteada como la «mediatrix» de los 3 cuerpos, se advierte necesaria en la interpretación de la experiencia analgésica porque las emociones afectan la forma como el cuerpo, la enfermedad y el dolor son experimentados y proyectados en imágenes de bienestar o malestar, funcionando el cuerpo social y el cuerpo político. Es necesario detectar en las emociones producidas en los momentos de dolor que refieren los pacientes si existe una dicotomía entre sentimientos culturales y pasiones naturales.

2. La fuerza emocional de la experiencia analgésica

Para encontrar elementos de análisis de las emociones es interesante retomar la propuesta de Rosaldo (1989 y 2000) sobre la fuerza cultural de las emociones que consideraría la posición del paciente dentro del área de las relaciones sociales, para comprender la experiencia emocional analgésica. Lo que dicen los pacientes sobre el dolor crónico intenso puede ser equivalente a un estado emocional poderoso. Partiendo de este supuesto, se ha aplicado la propuesta de Rosaldo en tanto hay una fuerza y una densidad en las emociones vinculadas al dolor en las prácticas farmacoterapéuticas de la vida de los pacientes. El momento doloroso es una interacción transitada dentro de todo un

prolongado proceso de búsqueda del alivio y en el propio proceso de salud/enfermedad/atención-prevención.

La entrevista a profundidad y los encuentros continuados con los pacientes han facilitado el acceso a la experiencia vivida. Al explorar la fuerza cultural de las emociones asociadas a la experiencia farmacoterapéutica analgésica se puede establecer la relación con las situaciones que provocan diversas formas de conducta asociadas al uso de analgésicos. Este concepto de fuerza y/o profundidad cultural permite entender la intensidad residente en la conducta, incluso lo planteo como una aproximación más apropiada que medir la intensidad del dolor con una Escala Visual Analógica, como se suele hacer por parte del modelo biomédico hegemónico.

La fuerza de las emociones asociada al dolor involucra tanto la intensidad afectiva como consecuencias importantes que surgen con el paso del tiempo. La experiencia analgésica está relacionada con sustancia y temporalidad. La relación y el cuidado deben considerarse por diversas transiciones entre cuerpo dolorido y cuerpo aliviado. Conforme se instaura en el/los cuerpo/s, el dolor adquiere una fuerza emocional. Momento en el cual empieza inscribirse según la posición del paciente según las fuerzas y tensiones que genera el hecho doloroso o que modulan al hecho doloroso.

Del campo de fuerzas, la primera que considero más relevante es la de los familiares, y para ir mas a fondo, la de las personas que viven con el enfermo con dolor.

“anda, tomate esas pastillas porque no hay quien te aguante”. [Le dice FLP, marido a RGdIR mujer de 81 años, encuentro en una farmacia comunitaria]

“la gente ya me decía que me quejaba de nada, y yo sintiéndome fatal... por suerte mi médico si me entiende y sabe que mi cuerpo esta mal”. [CRG mujer de 80 años, EVA 8/10, dolor mixto, tratado con naproxeno, diclofenaco inyectable, tramadol, fentanilo parches y lormetazepam].

“¿Por qué mi familia no me cree?, Vaya, que por los pelos no estoy tirada en Sant Boi” [RMM mujer de 89 años, historia farmacoterapéutica en la farmacia comunitaria].

Otra fuerza que emerge es la del tipo de medicamento, genérico o de marca, que en realidad es la extensión de la fuerza de la industria farmacéutica, reforzada o vincula con la emoción de haber tenido alivio rápido o duradero.

“Es que si no fuera con tan caro me lo compraba ya mismo, es el único que me quita el dolor... y como ahora no me lo quiere poner la médica (hablando del Celecoxib®) y la farmacéutica refuerza... no es sólo porque sea caro, es que ese fármaco es muy malo para los riñones, en otros países ya ni si quiera lo venden... A lo que el paciente responde, a mi me da igual, los riñones se me van a dañar en todo caso si sigo con este dolor tan grande. [RCM mujer de 47 años, encuentro farmacia comunitaria]”

“A mi no me des ese genérico de metamizol, que eso no me sirve para nada, dame este otro que si es bueno (metamizol cinfa) y la paciente se refiera a otro analgésico genérico que no es de marca”... [CNO, mujer de 82 años, dolor mixto, EVA 6/10, tratado con gelocatil, metamizol, etofenamato spray, esencia trementina + alcanfor + mentol + salicilato metilo (reflex® spray), historia farmacoterapéutica en la farmacia comunitaria].

“Mi médico me dice que no me cambien ustedes nada de lo que dice la receta, el que el me dice es el bueno...” [RMM mujer de 89 años, historia farmacoterapéutica en la farmacia comunitaria].

“A mi dame el voltaren de 100 que es lo único que me funciona, esas otras copias no valen para nada”. [DG, mujer de 70 años, encuentro en la farmacia comunitaria].

Esos más baratos son peores que los caros (y ya estaban todos con el mismo precio de referencia). [MMC mujer de 82 años, encuentro en la farmacia comunitaria].

Hay un vínculo emocional que ejerce fuerza, y es el hecho de sentir que les dan lo mejor y no lo peor, o que se debe complacer lo que se quiere obtener. Ya habían hablado Romaní y Canals de el papel del médico, como generador de consumo farmacéutico (Canals y Romaní, 1996: 58) y esta narrativa da cuenta de la batalla del marketing de la industria farmacéutica y de las tensiones entre los actores al respecto del tema del uso de los medicamentos genéricos y, al final, los pacientes reproducen el discurso de otros profesionales.

“Aunque el médico diga lo contrario está crema (calmatel®) es la que me quita el dolor de las piernas”. [MSMR, mujer de 80 años, EVA: 8/10, dolor mixto, tratado con paracetamol, ibuprofeno, ácido alendróico semanal, colecalciferol + carbonato de calcio, lormetazepam, diclofenaco y piketoprofeno crema, buprenorfina parches, metamizol inyectable, entrevista en farmacia comunitaria].

Como demuestran las narrativas, algunos se alinean con esas posturas y otras buscan como RCM y MSMR formas de resistencia, siempre en busca de utilizar las sustancias con las que han obtenido una experiencia de alivio. La fuerza del dolor, la intensidad, el grado de afectación de la vida cotidiana, no es lo mismo en unos pacientes que en otros. Y algunas de las experiencias están vinculadas con las experiencias de otras personas cercanas.

También opera como fuerza, el rol del profesional, el consuelo que da tomar un paracetamol de más, lo pueden brindar acciones con las personas del entorno más cercano. El desahogo y la disponibilidad de un espacio asistencial accesible, pueden ser válvula de escape de emociones intensas relacionadas con los analgésicos.

Una vez interpretadas las fuerzas que operan en las emociones que acompañan al dolor tratado y detectando de donde proviene la eficacia simbólica asociada, se puede hacer junto con el paciente una elaboración significativa de su experiencia. Ya Gondar había considerado que era un elemento fundamental para la curación. Incorporar el contexto social implicaría enfocar el uso de analgésicos en las relaciones sociales y del sentido de pertenencia a una “comunidad”.

3. La analgesia relacionada con el ámbito de las creencias

“Gracias a eso (señalando su analgésico), parece que me amortigua un poco el dolor. Yo le tengo un poco de fe, Es que si no lo tomo me vuelvo loco del dolor” (JMR, hombre de 67 años, encuentro en farmacia comunitaria)

Lo que vive JMR en términos de dolor es “algo que le pasa”, algo que le afecta, algo que vive en su cuerpo. Es un fenómeno que interesa analizar etnográficamente. Para hacer este análisis con una perspectiva antropológica dejo de pensar en el analgésico que toma e intento reflexionar sobre lo que siente con y sin tratamiento. Observo dos vivencias/experiencias distintas: la primera un dolor que lo enloquece, la segunda un dolor amortiguado por una sustancia externa a la que le tiene fe. Pareciera que son dos situaciones distintas pero complementarias. No existe la una sin la otra pero se diferencian claramente entre sí. JMR siente algo, tiene una experiencia “tan vivida en su cuerpo” que manifiesta que lo vuelve loco. Pero consigue a través del uso del analgésico transformar esta experiencia. Pareciera que me dice que gracias a esta sustancia no se vuelve loco aunque el dolor persista. El medicamento consigue disminuir la intensidad de su dolor, lo transforma a su favor. Entonces aparece otra experiencia vinculada pero distinta. No volverse loco aunque sienta un dolor atenuado. Luego, conforme se ha repetido esta experiencia de usar medicación entiendo que surge la creencia. Dice “Yo tengo un poco de fe” y este uso de la medicación ya tiene un significado para él.

Desde el punto de vista fenomenológico el uso de analgésicos como hecho que me revela que JMR tiene su propia intención y pretende algo. Esta pretensión, este algo, es lo que la fenomenología ayudara a comprender porque pone en “suspense” todas las indagaciones referentes al mundo empírico-objetivo exterior, con el fin de ver, oír, sentir, y percibir los fenómenos en esencia y sus significados esenciales.

En este orden de ideas, lo que describe JMR y que es una evidencia inconvertible en esta cuestión de la experiencia farmacoterapéutica es que, el uso del analgésico modifica su vivencia dolorosa. Y así como el dolor lo vive en su cuerpo, también experimenta en su cuerpo los efectos del analgésico. Aún más, la expresión “... *si no lo tomo me vuelvo loco del dolor*” reitera que en esta experiencia su cuerpo es parte esencial de su yo y no puede ser diferenciado de sus estados de conciencia. El cuerpo de JMR no es objeto físico o un estado fisiológico sino que su cuerpo es sujeto, es un agente de experiencia.

Entonces la experiencia analgésica está diluida dentro de la experiencia dolorosa aunque sean diferenciables entre sí en un mismo cuerpo. Las características particulares para entender el fenómeno de la experiencia farmacoterapéutica parten de diferenciarla de la experiencia dolorosa para poder comprenderla, porque los pacientes no hacen esta distinción en sus narrativas. Y es en este punto cuando el cuerpo como agente de experiencia, sirve de guía.

Así como la enfermedad que le causa dolor está presente en el mundo vital de JMR, las modificaciones experimentadas en su propio cuerpo al usar el analgésico también representan un cambio en su mundo vital. Probablemente tomar este medicamento no constituye un retorno a una situación de bienestar pero sí modifica su experiencia vivida de este padecimiento.

4. Tiempo y edad. La relación íntima con el dolor y el momento de significado

Los apartados anteriores han permitido profundizar en esta relación íntima con el dolor. Decía Le Breton (1999) que la relación íntima con el dolor depende del significado que éste revista en el momento en que afecta al individuo y esto lo describe la siguiente narrativa:

Tengo dolores de viejo, soy muy joven para tener esta enfermedad degenerativa... es difícil para mí explicar que estoy de baja indefinidamente, y lo paso fatal, el metotrexate me deja echo polvo y yo voy viendo como me voy haciendo viejo por dentro...[MET, hombre de 52 años, EVA: 6/10, dolor mixto tratado con indometacina, historia en farmacia comunitaria].

Siguiendo a Le Breton, el dolor se convierte en un hecho situacional. La manera en que el hombre se apropia de su cultura, de unos valores que son los suyos, de su relación con el mundo, suponen un entramado decisivo para su aprehensión. Al respecto se presentan las diferentes narrativas de AEC en tres momentos distintos:

“El dolor que ella sufre no lo sabe sino ella... ella ha sufrido toda la vida y lo lleva en silencio, con dignidad... el ibuprofeno apenas le ayuda... todavía ella piensa que son mejores las infusiones de rama de olivo... lo de los analgésicos lo lleva fatal... porque cuando nuestro hijo estaba tan enfermo le dieron mucha morfina, analgésicos muy fuertes... fue muy doloroso para nosotros verlo morir tan joven...” Diálogo entre AEC y VGU, durante la valoración de la intensidad de dolor. [VSU hombre de 79 años, marido de AEC mujer de 80 años, EVA: 9/10, EuroQol 50%, dolor mixto, tratado con ibuprofeno, historia en la farmacia comunitaria].

“Mi hijo sufrió mucho dolor a pesar de todo lo que tomaba, el tramadol no le valía para nada, la morfina le sentaba fatal, le alteraba, no estaba aquí... y luego ya fueron necesarios los sedantes... murió con dolor pero no se si con consciencia. Diálogo entre AEC y VGU, durante la valoración de la intensidad de dolor. [AEC mujer de 80 años, EVA: 9/10, EuroQol 50%, dolor mixto, tratado con ibuprofeno, historia en la farmacia comunitaria y su marido VSU hombre de 79 años].

A mí me han propuesto que tome estos analgésicos parecidos a la morfina... yo tengo un dolor muy fuerte pero no creo que sea como el que padeció mi hijo... así que a mí no me cuenten historias, yo no necesito esos analgésicos tan fuertes... yo aguanto que es lo que me toca... el que si sufrió fue mi hijo... [AEC mujer de 80 años en grupo de discusión celebrado en el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona donde dio al grupo esta explicación sobre sus decisiones sobre los analgésicos]”

Es útil para este momento de la discusión el concepto del contexto de la sustancia (Romaní 2007) y el caso de AEC da cuenta del universo simbólico que dan las redes procesuales y dinámicas dónde se articulan las interpretaciones y los significados. Se reconoce la importancia del medio para experimentar el dolor. Y en este momento se puede corroborar que aparece la medicalización en la experiencia farmacoterapéutica analgésica, que también queda patente en la siguiente situación:

“Es que lo que me duele es el alma... y si me dieron esa pastilla para estar mas tranquilo... perder un hijo es algo que no se puede vivir de mayor” [VJR, hombre de 80 años, encuentro en farmacia comunitaria, mientras le tomaba la presión arterial].

Con estos elementos empieza a “funcionar” la eficacia simbólica. La suma de la experiencia sensorial, la experiencial corporal, el sometimiento a las fuerzas y el contexto

situacional enfocan o determinan la eficacia simbólica en el caso del cuerpo dolorido tratado con analgésicos. Todo esto bajo el influjo de la eficacia técnica que se da por supuesta al ser el medicamento un producto del conocimiento biomédico.

La eficacia simbólica puede operar, con más o menos fuerza, en la experiencia analgésica cuando el paciente usa un medicamento de marca, tal como lo ha demostrado en su narrativa CNO o cuando el Estado solo le cubre el medicamento genérico o el que considera efectivo como el caso de RCM. También es este estudio han surgido elementos que afectan la eficacia simbólica como son la resignación y el envejecimiento. En los encuentros con los pacientes fue fundamental ubicar desde donde se ejercía la eficacia simbólica. Como se ha podido comprobar, la eficacia simbólica no opera en todos los pacientes de la misma manera.

Es interesante para este análisis tener en cuenta el estudio de Saillant (1988) respecto a que la eficacia biomédica no está colocada sólo en las técnicas médicas existentes, sino en las posibilidades que la biomedicina tiene de crear en el futuro técnicas de curación cada vez más eficaces. Con el caso de los fármacos opera de la misma manera. Las potencialidades farmacológicas de los fármacos constituyen parte de los imaginarios sociales que tanto médicos como sobre todo pacientes tienen respecto de lo que puede llegar a lograr el saber biomédico. Así con en ese estudio, la percepción y el principio esperanza estaría operando en la prolongación de la vida de sujetos con cánceres terminales, los analgésicos hacen esta promesa en cuanto al alivio de cualquier tipo de dolor se refiere. Y en consecuencia los efectos antálgicos se dan por descontado. Entonces, así como en el estudio de Saillant, el saber biomédico materializado en los medicamentos significa garantía de analgesia.

En este sentido, los “pacientes mayores” asocian protección con el hecho de que el Estado les suministre los medicamentos cuando ya están jubilados:

“Es lo mínimo que me corresponde del Estado, que me den lo que me quita los males Vamos, que esto ya lo tengo yo pagado con el trabajo de toda mi vida”. [EMR, hombre de 72 años, encuentro en farmacia comunitaria].

Desplazan en el analgésico el deber del Estado de evitar sufrimiento como recompensa a todo el tiempo de trabajo en su juventud. Otras terapias que no paga el

Estado no son tan buenas. Los analgésicos es lo que se puede asegurar, lo que funciona con garantía.

Como herramienta para profundizar en la eficacia simbólica de los analgésicos, y siguiendo a Saillant (1998), para futuras investigaciones convendría encontrar la expectativa de alivio, y determinar con más precisión en qué están puestas las esperanzas de los tratamientos. En este estudio se ha detectado que existe un grado de resignación cuando el alivio no es total o cuando se “asume la vejez”. Se ha detectado que cuando los efectos analgésicos de los fármacos son insuficientes, los pacientes buscan otras estrategias para encontrar algo el alivio. Básicamente recurren a la automedicación de analgésicos sin receta, o se aferran a las especialidades farmacéuticas (de marca, o de un tipo de genéricos determinados) con los que tienen alguna experiencia previa o referida de alivio. También buscan consejo en la farmacia sobre el otro tipo de sustancias que no son materia del modelo biomédico hegemónico y aprovechan la cercanía, la familiaridad y el acceso a la farmacia para encontrar consuelo afectivo y emocional al compartir sus aflicciones. Las narrativas que ejemplifican estas estrategias para encontrar alivio se describen con detalle en el apartado C.8 como parte de los procesos de atención.

5. El dolor y su relación con la identidad

Acude EMR, por dos Reflex® spray (esencia trementina + alcanfor + mentol + salicilato metilo) para quitarse el dolor, ahora refiere una contractura en la espalda... lo describe como entumecimiento, no puede andar muchas veces... Dice EMR: “he tomado de todo, el dolor va desde el cóccix hasta el cuello... he tenido episodios de contracturas que hacen que este mareada por la calle y una vez era tan fuerte que tuve vergüenza porque me tambalea tanto que era como si estuviera borracha. Mi hijo también padece migrañas, ha estado 1 mes en casa, también tuvo algún grado de pérdida de consciencia... le hicieron varias pruebas, entre ellas un TAC y no encontrarían nada malo... Yo también he ido a urgencias “rabiando del dolor” no sé ni como estar... Sabes una cosa, “Ya no me llamo Exxxx, me llamo Dolores...” Estar así es estar realmente fastidiado en la vida... [Notas de diario de campo, encuentro con EMR mujer de 52 años en farmacia comunitaria].

La frase tan contundente “Ya no me llamo Exxxx, me llamo Dolores...” muestra que para EMR el dolor es la representación de su existencia, atraviesa su vida, la rompe y la ubica de una manera en el mundo. Como se reconoce a sí misma como “Dolores”, crea en ella una «identidad». Como advertía García-Martínez (2008), el significado de la identidad es complicado porque se construye en entornos naturales y sociales precisos, y para el caso

de EMR está modificado por el paso del tiempo, por no encontrar alivio, por no encontrar sentido y porque también lo padece su hijo. Esta representación de sí misma ofrece una referencia real o simbólica de la falta de explicación de su padecimiento y de la falta de alivio. El hecho de pertenecer a “un grupo de enfermos” o de tener un diagnóstico común a otras personas, le daría soporte a la gestión de su aflicción. El síntoma, el dolor si no tiene sentido para los demás, tampoco tiene sentido para ella.

Es un hecho que la construcción de identidad implica una gran complejidad. Está claro que la idea de la identidad o de un “sí mismo” independiente de su contexto social sigue siendo muy fuerte en el mundo occidental. Para las culturas occidentales industrializadas la identidad está muy autocontenida. La psicología de las culturas occidentales celebra el individualismo y ha reforzado la idea de que la construcción de la identidad depende más de sí mismo que de las expectativas de los otros. Este es el aspecto que EMR vive para sí misma una especie de “tortura” al no encontrar una explicación para sus dolores, y el modelo médico hegemónico la “abandona a su suerte” porque no consigue darle una explicación a lo que le pasa. Este abandono, por así llamarlo, lo padecen ella y su hijo, que aunque haya tenido “migrañas”, tiene los mismos patrones dolorosos. En este caso, EMR ha vivido un excesivo periodo de incertidumbre diagnóstica, que además sigue sin resolución. Se erige como uno de esos casos perdidos que cae inevitablemente en el olvido, y ella, por su cuenta, sigue buscando estrategias para paliar su dolor. Inevitable desvinculación con su tejido social ante la falta de apoyo por el sistema de salud, hace evidente el efecto “aglutinador” de los diagnósticos. Los pacientes se asignan a un grupo de terminado de enfermos y en ese momento es cuando se pone en marcha el sistema de salud. Si no se pertenece a un «grupo relativo de diagnóstico –GRD–» las personas se quedan fuera del sistema de cuidados. Entonces, ella crea y recrea otros significados de su experiencia analgésica de manera distinta a otros pacientes que se apropian de los significados y explicaciones del sistema de salud cuando tienen una enfermedad diagnosticada que explique el cuadro clínico doloroso.

Otro caso que puede ejemplificar la relación de la identidad con el dolor, es otra parte de la narrativa de MET:

“Yo soy otro desde que tengo esta artritis. Cambió toda mi vida... Y luego la tuberculosis. Me duelen las rodillas y también me duele haber perdido lo que era mi vida. La gente cree que está muy bien cobrar la invalidez pero a mi me gustaría estar como antes... Después de metrotexate quedo echo polvo. Tan echo polvo que me duele todo, no tengo fuerzas de nada... Es un desaliento doloroso”. [MET, hombre de 52 años, EVA: 6/10, dolor mixto tratado con indometacina, historia en farmacia comunitaria]

En contraposición a EMR, MET utiliza el diagnóstico para ubicar la aparición de su nueva identidad y lo ha incorporado como el hecho que cambió su vida. A pesar de la dureza de los síntomas, el diagnóstico para él ha supuesto normalización y justificación de su nuevo estado vital. Aunque no lo prefiera, el diagnóstico ha supuesto la obtención de una invalidez. Sin dejar de añorar como era o como se sentía antes, el hecho de haber relacionado su “desaliento doloroso” con la artrosis, la tuberculosis, incluso con los medicamentos como el metrotexate, tener una enfermedad reconocida le aporta consuelo, lo justifica, incluso lo empodera para tomar decisiones y para buscar soluciones. Con el diagnóstico, tiene el respaldo del modelo médico hegemónico y puede acceder a asociaciones de enfermos, terapias, y diversas actividades que lo vinculan al tejido social. En definitiva, dentro de la construcción de la experiencia analgésica, los diagnósticos y los tratamientos generan identidad.

6. El papel del diagnóstico en la significación de la experiencia analgésica

Son varios los elementos que otorgaría a la experiencia analgésica el diagnóstico de la enfermedad que curse con dolor. En primera instancia el diagnóstico justifica el uso de sustancias, da sentido y significado a las sensaciones, legitima el alivio y se relaciona con la dualidad placer/sufrimiento propia de la vida moderna.

Hay un aspecto común a las narrativas que hacen referencia al diagnóstico (CRG mujer de 80 años con fibromialgia, MET hombre de 52 años con psoriasis artrítica, MSMR mujer de 80 años con artrosis, DPD mujer de 85 años con osteoporosis) y es que inician la conversación reconociéndose en su diagnóstico, en un «soy», en un «tengo» o en un «padezco». “Soy diabética”, “tengo artrosis”, “padezco osteoporosis”. Estas expresiones denotan *a priori* que han integrado en su ser lo que ellos han entendido de este concepto. En su discurso en un entorno como la farmacia comunitaria o en una conversación con un

profesional de salud, ellos se esfuerzan en explicar y transmitir lo que han entendido. Se apropian de las explicaciones de aquellos que los diagnosticaron para hacer sus relatos. No sé en qué grado su intento narrativo está reproduciendo lo que ellos creen oportuno que quien los entrevista deba saber, o si simplemente se trata de utilizar los códigos que ellos dan por supuesto que sus interlocutores comprenden por su formación profesional.

En este sentido ya mencionaba Berreman sobre Goffman (1959), que cada uno tratará de producir en el otro la impresión que mejor sirva a sus intereses, tal como él o ella los ve. Tienen que juzgar recíprocamente sus intenciones y otros atributos, sobre la base de un contacto corto pero intenso, y decidir luego qué definición de sí mismos y de la situación quieren proyectar, qué revelarán y qué esconderán y cómo hacerlo mejor. Para este análisis es útil la teoría de interacción de actores de Goffman (1959) en tanto que los escenarios clínicos no son la excepción y en distintos pacientes con un diagnóstico que justifique su dolor y su aflicción, se juega un rol y con unas expectativas y comportamientos determinadas por «ser» o «estar» enfermo. Los pacientes toman el papel del otro generalizado (Mead, 1922) por el diagnóstico y asumen las actitudes de los pacientes que tienen una enfermedad semejante. El diagnóstico es una generalización, es un conjunto de ideas organizadas de dominio público, es algo que ya tiene con significado colectivo, ofrece justificaciones y tiene implicaciones. Además ofrece la normalización del uso de determinados medicamentos, legitimados por las prescripciones médicas. Los roles asumidos corresponden al «*self especular*», definido por Goffman (1959) y son un producto de la interacción social más que de la propia actuación del paciente. Sin embargo, cuando se interactúa entre bastidores, los roles pasan a segundo plano. Las representaciones y los significados de la experiencia analgésica se reflejan en conductas que ocurren en la vida cotidiana de los pacientes y se verbalizan en el contexto de la farmacia comunitaria.

En los discursos de los pacientes se hace alusión al momento de inflexión que supone para ellos un correcto diagnóstico. En este sentido vale la pena mencionar lo que dice Van Dijk (2012) y trasladarlo a lo que estoy analizando sobre el diagnóstico como creador de identidad. Siguiendo a Van Dijk (2012), la experiencia personal de cada paciente estaría caracterizada por alguna clase de representación del yo, de sí mismo («*self*»). Sus experiencias, y en este caso principalmente sus síntomas dolorosos serían personales y

únicos, aun cuando se comparten parcialmente con otras personas. Por lo tanto, pareciera que esta experiencia estaría organizada por el yo, pero anticipa el autor que el «yo» es una noción muy compleja que tiene elementos de auto-conciencia, personificación, auto-representación, subjetividad y conciencia almacenadas en la memoria episódica. Entonces, en este orden de ideas, cada paciente sería un participante central de las experiencias analgésicas representadas y a partir de cuyas perspectivas viviría sus síntomas dolorosos en primer lugar y gradualmente se deriva una representación más general y abstracta del ser, es decir la “identidad” traducida específicamente en *“tengo fibromialgia”, “soy un enfermo con psoriasis artrítica”, “Ya no me llamo Exxxx, me llamo Dolores”* generando su propios autoesquemas sobre sí mismos. Sin embargo, Van Dijk (2012) también deja claro que la identidad es también una realización interaccional, porque de muchas maneras implícitas y explícitas, los co-participantes contribuyen con definiciones y evaluaciones continuas de “si mismo” durante las conversaciones y otros discursos. En esta co-participación están involucrados directamente, los médicos, los enfermeros, los cuidadores, los familiares cercanos, y por supuesto, los farmacéuticos con quienes construye su explicación.

Yo he ido a psiquiatras y se los he explicado y me han dicho “no, no señora, sí es como usted lo cuenta” porque ellos (los psiquiatras) saben si les estás mintiendo o no”... Vaya, que por los pelos no estoy tirada en Sant Boi” [RMM mujer de 89 años, historia farmacoterapéutica en la farmacia comunitaria].

En este caso de RMM, es clara esta realización interaccional de la identidad porque es, justamente con los psiquiatras y con el equipo sanitario con quien ella construye su discurso de si misma. Produce un autoesquema nuevo que ahora le permite afrontar la vida, su pasado, sus emociones y sus estrategias vitales poder vivir su presente y proyectar su futuro.

En relación al diagnóstico, el caso de CRG ilustra que este nuevo «Yo» estaría «instanciado», es decir que le da características concretas a un elemento abstracto como es un diagnóstico de fibromialgia. Y este a su vez aplicado, una y otra vez, a experiencias nuevas tal como pueden ser las que tienen que ver con el uso de analgésicos y psicofármacos. Se asumen los efectos deseados de los fármacos (incluyendo el efecto placebo), pero a la vez los efectos secundarios (incluyendo los efectos nocebos) como nuevos elementos de la vida normal y estable que van consiguiendo cuando no tienen

síntomas, y que progresivamente ya se van incorporando a la “forma de ser”, a la personalidad contralada por sustancias externas, “medicamentos que son para toda la vida”, “medicamentos que no puedo dejar”. Todo esto entretejido en las tensiones y distensiones que genera el campo de fuerzas emocional.

Este hecho ha sido interesante motivo de reflexión porque desde la perspectiva biomédica hay una relación casi que “obvia” entre el dolor y la enfermedad mental. Se relaciona principalmente la depresión con dolor físico, con falta de vitalidad, con un cuerpo que sufre, o que la ansiedad es propia de dolores intensos, o dolores emocionales. Entendiendo que las personas diagnosticadas de alguna enfermedad mental, que cursa con dolores, construyen una identidad a partir de su diagnóstico, el dolor emocional se integra en lo que consideran como diagnóstico.

En este sentido, es muy interesante ver que precisamente para Van Dijk (2012), los trastornos mentales pueden precisamente desintegrar la identidad del yo. Menciona casos como la esquizofrenia, los trastornos múltiples de la personalidad. De hecho, las formas mínimas del yo están asociadas a la cognición y al cerebro, razón por la que merece cuestionarse, ¿está integrado el Yo en el las personas que siente dolor y que también usan psicofármacos? Evidentemente tal como dice Van Dijk, “el «yo instanciado» no es ni estático ni es siempre el mismo, porque representa continuamente los eventos que le van sucediendo”. Por esto el Yo puede asociarse a muchas identidades o roles, es dinámico porque los detalles de la auto-representación que va haciendo los pacientes sobre su experiencia analgésica es una interacción que va cambiando continuamente. De hecho, es clara la continuidad que les permite, a las personas que sufren dolor, experimentar estas numerosas identidades como parte constitutiva o como la encarnación de una sola persona, y como más o menos estable a través del tiempo y los acontecimientos, es decir, como una constante con un nombre específico, que en este caso es padecer una enfermedad que de sentido al dolor.

7. Episodios de dolor y experiencias farmacoterapéuticas amenazantes y desencadenantes de ruptura biográfica

El dolor intenso, puede considerarse como una amenaza de la realidad de la vida cotidiana, tal como apuntaba Good. Para ilustrar esta idea se presenta la continuación de la narrativa de JRR que se presentó en el apartado VI.C.1.c.

“... es un sin vivir, me agobia, me pongo nervioso porque no estoy bien, no dejo de pensar en que me enfermaré, en que esto no es normal. ... así empezó mi hermano, era un portento de hombre (mostrando sus fotos en el móvil) y mira como terminó... hace un año ya que murió, no llegó ni a los 35 años, mira como quedó, a mi me cuesta reconocerlo en las fotos de los últimos días... no sé si pueda superar esto en mi vida”. [JRR, hombre de 38 años, EVA: 5/10, dolor crónica, entrevista en farmacia comunitaria].

La amenaza de la vida, las pérdidas, la confrontación con la muerte, los duelos, son experiencias dolorosas en las que se recurre al uso de fármacos que suponen lo que Bury (1982) considera como ruptura biográfica. Ante dolores intensos, graves o que supongan un compromiso vital, los pacientes y sus familias se enfrentan a situaciones límite que, en general, están distantes de la cotidianidad.

“Mi Jxxx se quedaba ausente... Creo que desconectaba de aquí para no sentir el dolor... Yo sabía que sufría más cuando no me mandaba a hacer cosillas, le gustaba dirigir a la gente que estaba haciendo los arreglillos de la casa... Que mal lo hemos pasado... Pero ya descansó en paz... Se fue tranquilo... Ya no tiene dolor”. [Entrevista a AMSC, esposa de JSM, hombre de 76 años, EVA 9/10, dolor mixto, tratado con paracetamol, metamizol, dexketoprofeno+trometamol, tramadol, clorazepato, lormetazepam, medazepam+ amitriptilina].

La muerte en la experiencia de AMSC es la paradoja del alivio total del dolor. La desesperación de vivir y convivir con dolores de estas dimensiones cambia la postura ante la muerte de los pacientes y los cuidadores. Los pacientes con dolores insoportables, terminan deseando la muerte como único camino para dejar de sentir dolor. Esta alteración de las representaciones sobre la muerte que, para la mujer de JSM, han supuesto luchar desesperadamente para que su marido no muera y no sufra, cambian diametralmente ante su fallecimiento y conllevan a un replanteamiento de su resistencia dando paso a la resignación, a una visión serena de la muerte como recompensa y final del sufrimiento. Es evidente que este dolor íntimo y familiar ha modificado todos los presupuestos y los

comportamientos de los allegados. Cambia el sentido común y el sentido mismo de la vida para estas personas.

Los pacientes que han sufrido estos acontecimientos con algún familiar cercano, y ahora lo viven en “carne propia” tienen respuestas a la situación amenazante con todos los significados de la experiencia anterior. Aunque no fuera instaurada en su cuerpo, tienen significados muy diferentes de otras personas que no hayan vivido amenaza vital para sus seres queridos. Retomando una de las narrativas de AEC escrita en el apartado VI.D.4:

... me han propuesto que tome estos analgésicos parecidos a la morfina... yo tengo un dolor muy fuerte pero no creo que sea como el que padeció mi hijo... yo no necesito esos analgésicos tan fuertes... ... [AEC mujer de 80 años en grupo de discusión celebrado en el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona donde dio al grupo esta explicación sobre sus decisiones sobre los analgésicos]”

Me están dando morfina... Es que tengo cáncer y ¿no me lo quieren decir? “. [CRG mujer de 80 años, EVA 8/10, dolor mixto, tratado con naproxeno, diclofenaco inyectable, tramadol, fentanilo parches y lormetazepam].

Los familiares sufren una ruptura biográfica, aun sin sentir un dolor orgánico en su cuerpo, la experiencia en sus seres queridos cambia, en adelante, la fuerza de la experiencia farmacoterapéutica.

“Desde qué murió mi marido me vine abajo... El lo llevaba todo... Y como se me vino todo encima a mí me duele todo. Me dieron esto (señalando la sertralina, un antidepresivo), pero solo con tomarme una pastilla me puse malísima, yo sé que lo que me duele, es que se fue y me dejó indefensa. Desde que me dejó, yo estoy sobrepasada con mi propia vida”. [RCP, mujer de 79 años, encuentro en farmacia comunitaria].

“¡Se me sube la tensión porque me duele el alma!, ¡No sé ni cómo me siento! Perder a un hijo va en contra de la naturaleza. ¿Por qué vivo esto ahora de mayor cuando ya me faltan las fuerzas...?. El médico me dio esto para sobrellevar la pena, señalando un lorazepam (ansiolítico), no sé si hace algo, este sentimiento no se puede soportar”. [VJR, hombre de 80 años, encuentro en farmacia comunitaria, mientras le tomaba la presión arterial].

Los antidepresivos y los ansiolíticos se prescriben para el dolor del duelo. Desde el entorno social de los afectados, existe una necesidad apremiante de evitar el duelo. Si que se ha medicalizado este proceso, pero también quiere evitarse el sufrimiento a todo costa. Los familiares sufren al ver sufrir a los dolientes directos, y se establecen dinámicas propicias para el uso de psicofármacos. Básicamente los médicos participan en este proceso prescribiendo antidepresivos y ansiolíticos, que se utilizan en enfermedades

denominadas «trastornos del ánimo». Pero sólo los médicos, o la presión del mercado farmacéutico influyen en la medicalización de las penas, de las aflicciones, también se hace evidente la lucha por la felicidad, a toda costa, y por consiguiente la negación de la tristeza. Pueden ser diversos los motivos, pero asistimos a una disminución del umbral de tolerancia a la aflicción por la muerte. Las personas son cada vez menos capaces de atravesar estos tránsitos dolorosos sin sustancias activas y se ha normalizado su uso en estos momentos de la vida. Por tanto, puede demostrarse que el uso de estrategias terapéuticas para disminución del sufrimiento y para afrontar las amenaza a la vida, no es solo un temor individual, es un temor colectivo.

8. La trayectoria del dolor desde el enfoque relacional, el dolor social

Desde el enfoque relacional, la experiencia analgésica se aprende y tiene significado por lo vivido y por la apropiación de conocimientos externos. Luego se resignifica con los diagnósticos y con el uso de sustancias modificadoras de la experiencia, producto de las relaciones sociales y de la vida en comunidad. Siguiendo a Menéndez (2002 y 2009) los pacientes entrevistados han descrito hechos frecuentes y recurrentes en su vida, como sujetos y en sus colectivos, relacionados cotidianamente con la enfermedad y sus padecimientos. Los pacientes han constituido su subjetividad y su identidad dentro de las relaciones, redes y rituales sociales habituales. Se ha hecho evidente que las enfermedades y los padecimientos dolorosos forman parte sustantiva de los procesos sociales ya que el sujeto se constituye e instituye al menos en parte, a través del proceso salud/enfermedad/atención-prevención. Por esta razón la experiencia analgésica se instaura en el proceso salud/enfermedad/atención que se corrobora como un fenómeno universal que opera estructuralmente en los discursos de los pacientes entrevistados. En el contexto de la farmacia comunitaria no sólo se dispensan medicamentos para los padecimientos, sino que se brindan actividades de atención. La farmacia como lugar de encuentro de diversos actores y como conjunto social también produce y reproduce representaciones y prácticas respecto de los dolores, angustias, malestares y miedos que afectan a sus usuarios. Bien decía Menéndez que en todas las sociedades este proceso sigue dominando la vida cotidiana en términos de enfermedades o 'dolores de vida', así

como en términos de ideologías y de estrategias desarrolladas para potenciar la salud y demorar el envejecimiento, cuestiones que se han podido corroborar en las narrativas de los pacientes participantes en esta investigación.

Toda esta construcción de las experiencias narradas por los pacientes cobra sentido dentro de su propio recorrido en el proceso salud/enfermedad/atención-prevención. En el mismo orden de ideas que menciona Kleinman, respecto a que los pacientes hacen procesos de búsqueda de salud, los usuarios de analgésicos persiguen el alivio de su dolor. Las estrategias de alivio también corresponden al contexto del uso de las sustancias, las que tienen a su alcance. En general, la trayectoria de la experiencia analgésica dentro del proceso salud/enfermedad/atención-prevención sería de la siguiente manera:

Salud	Enfermedad	Atención	Prevención
“sin sentir dolor”	“sentir dolor” Ausencia de bienestar	Farmacoterapia como forma de alivio o disminución del dolor	Farmacoterapia como forma de evitar que aparezca

Y en este orden de ideas, la experiencia analgésica responde a diferentes niveles de intensidad y para alcanzar el alivio se hacen transacciones y transferencias con los distintos modelos, y en consecuencia hay resistencias y/o aceptación entre los diferentes sistemas médicos.

Principalmente la mayoría de conocimientos que resignifican la experiencia analgésica se transfieren desde la biomedicina. Según esta investigación, el modelo biomédico y los medicamentos como su “materia” se usan con mayor prevalencia respecto a los demás. Asimismo es la principal, y a veces única opción para dolencias mayores, graves e intensas. También es la primera opción cuando se necesitan las coberturas sanitarias, bien sea por coste o porque los pacientes argumentan que es un derecho adquirido por pagar impuestos al Estado o por haber cotizado a la Seguridad Social. Evidentemente la farmacia comunitaria en el contexto español es un escenario biomédico por definición, que presta el servicio de dispensación de medicamentos al Estado a la población. Por lo tanto, las prácticas y los elementos de las mismas obedecen al sistema oficial que le permite su licencia para funcionar.

Pero también, tradicionalmente, las farmacias han recomendado productos como las plantas medicinales a los pacientes. Muchas de las referencias a estas prácticas y a estas sustancias, tienen que ver con papel profesional del boticario antes de la revolución industrial, como era la preparación de fórmulas magistrales individualizadas, principalmente provenientes de las plantas, todo esto previo al auge de la industria farmoquímica. Los pacientes aún tienen esos referentes y buscan preparados de plantas medicinales.

“Me podrían recomendar algo que no sea químico o más sano para fortalecer las articulaciones, Así cómo para dormir, ¿no hay plantas medicinales para el dolor?” [BM, mujer de 55 años, encuentro en farmacia comunitaria].

En este sentido, la fitoterapia ha empezado a convertirse como un modelo alternativo al biomédico aunque este tipo de terapia le antecede históricamente. Actualmente es afín con los movimientos de vida saludable, con la idea colectiva de que son “naturales” en contraprestación con lo químico, lo procesado, lo “artificial”. Las plantas medicinales también tienen procesos de producción semejantes a los medicamentos pero se están encajando en los modelos de autocuidado.

El modelo alternativo por excelencia en la farmacia es la homeopatía que se usa como «materia de la medicina homeopática» y también, desde una perspectiva más sintomática, para reforzar o suplir lo que carecen los fármacos, pero no llega a reemplazarlos en términos de aliviar el dolor. Para ilustrar estas prácticas es interesante la siguiente narrativa al respecto:

“No, a mi no me han servido para nada ni la homeopatía, ni las flores de Bach, intenté usarlas para tratar la resaca de mis migrañas y el estrés que me producen y no me fueron bien, no me ayudaron en nada... sólo cuando el medico por fin me dio el lorazepam, ya me sentí mas tranquila. Un poco “chafada” pero puedo ir tirando sin angustia de que me vuelva a dar ese dolor tan intenso, es que siento que la cabeza va a estallar...” [LMB, mujer de 32 años, EVA 10/10 en crisis de migrañas, dolor agudo, tratado con sumatriptán y ácido acetilsalicílico + cafeína, entrevista farmacia comunitaria].

Otra alternativa terapéutica son las esencias florales, las más reconocidas son las flores del sistema Bach, que aunque están circunscritas para el tratamiento de estados emocionales, ciertos pacientes hacen referencias a que les ayudan a aliviar el dolor:

“Sabes que tomo el lexatin® (bromazepam), para esta contractura que tengo en la espalda, y mira, yo veo que los medicamentos funcionan, por supuesto, y el lexatin es un relajante

que me reduce el dolor, y además me ayuda a dormir y me deja mas tranquila, pero yo también creo que las flores de Bach que me hacen aquí, son las que me ayudan a sobrellevar este malestar que tengo. A veces tanto químico no resuelve del todo los dolores, yo lo veo, en la gente, cada uno sufre lo suyo, aunque se hinche de pastillas. [MLAT, mujer de 62 años, enfermera, EVA 4/10, dolor crónico, tratado con bromazepam, entrevista en farmacia comunitaria].

En cuanto a los modelos tradicionales como la Medicina China, principalmente las técnicas de acupuntura y el uso de plantas tradicionales de esta medicina, son usados en las dolencias irresueltas de cualquier grado, las más frecuentes son las cercanas a la muerte o las que presentan ausencia o contradicciones diagnósticas. Los pacientes entrevistados han dicho al respecto:

"Yo la acupuntura solo para bajar de peso, es lo único que me ha servido, estaba en 113 kg y ya logre bajar de los 100kg".y no te creas, régimen no hago... Mis dolores no los soporto ni con la morfina esta (refiriéndose al Jurnista®), en esto la acupuntura no me ha servido" [EPM mujer 78 años, EVA: 8/10, dolor crónico, tratado con hidromorfona y pregabalina, historia en la farmacia comunitaria].

"Si no voy a acupuntura, es que no me muevo, es lo que me quita el dolor". [NOD, mujer de 30 años, EVA 2/10, entrevista en farmacia comunitaria].

Los sistemas folk se han mencionado por parte de las pacientes que tuve la oportunidad de entrevistar en Colombia, en Barcelona o en los grupos de Zaragoza.

A ustedes que son farmacéuticos, que les tenemos más confianza y no nos juzgan tanto, si les puedo contar que algunos de los pacientes de nuestra asociación acuden a donde un curandero en Ibagué a tomar sangre de Chulo (un ave de carroña) para recuperar la vitalidad. Si se lo decimos a los médicos, se ponen furiosos, hasta nos dejarían de ordenar la quimioterapia. [ERG mujer de 61 años, paciente del Instituto Nacional de Cancerología, Grupo de discusión tipo 4, Bogotá].

Un par de pacientes hicieron referencia un cirujano astral que les está ayudando a mejorar unos problemas osteoarticulares y refieren que han sentido alivio:

"Es mejor que todas las fisioterapias que he recibido. [NGR, mujer de 76 años, encuentro en farmacia comunitaria, Granollers].

"Iremos viendo a ver que pasa, pero si, me encuentro mucho mejor, yo estaba un poco escéptica y más cuando te pide que cierres los ojos y sientes que hace movimientos sobre el cuerpo, y no creía que funcionara pero sorprendentemente me siento mejor... [IFO, mujer de 65 años, historia farmacoterapéutica en farmacia comunitaria].

Otra usuaria de la farmacia, cuidadora de su madre, me ha contado que utiliza las esencias de un chaman mexicano:

“Estoy usando las esencias chamánicas de México del Dr. Solana y algunas de las australianas del sistema Bush, es que no hay manera con mi madre, estoy desesperada, es que el dolor o lo que sea que le pase le hace ir la cabeza, está fatal la pobre, y mira le sientan bien y no la dejan tan atontada como las pastillas”. (NT mujer de 52 años, encuentro en farmacia comunitaria)].

El cuidado lego es utilizado para las dolencias menores o para resistirse al modelo biomédico cuando este falla. El modelo popular o de autocuidado con fármacos, es al que más se recurre por obvias razones en la farmacia, que es el escenario por antonomasia de la automedicación por su propia definición de intermediaria para el acceso del paciente a cualquier tipo de medicamentos.

Aunque no estuvo al alcance de este estudio, es importante no dejar de mencionar que estas prácticas de atención, sobre todo la automedicación, son de gran complejidad de cara a la comunidad. Si se plantea como podría desarrollarse este trabajo en el futuro, cobra importancia la necesidad de una aproximación etnográfica para el conocimiento de las redes de auto-cuidado desarrolladas y funcionales en la comunidad. En primer lugar, a nivel de la atención personalizada, tal conocimiento logra garantizar un acercamiento y una mayor comprensión de la experiencia asistencial del paciente usuario de la farmacia. Y en segundo lugar, a un nivel más amplio, se podrían describir las relaciones que dan razón de la integración de la farmacia en el tejido social de la comunidad. También sería interesante utilizar las narrativas y generar otras alusivas a la articulación de la farmacia con otros dispositivos de auto-cuidado existentes en el entorno. Esto permitiría un mayor conocimiento de las necesidades asistenciales de la población y una mayor coordinación entre los dispositivos existentes y emergentes. Un ejemplo concreto de ello podría ser la coordinación con grupos de auto-ayuda, asociaciones de pacientes, entre aquellos existentes en la comunidad, que los pacientes y otros actores han mencionado en las entrevistas y que por no ser el objetivo principal de este trabajo no han sido incluidas.

Llama la atención que dentro de la farmacia como escenario plural, que los pacientes manifiestan nuevas formas de relación con los profesionales de salud, y emergen nuevas dinámicas de relación entre los diversos actores de las redes institucionalizadas.

“Nuestro médico ha tenido cáncer. No queremos preguntar nada porque nos da apuro... Era un poco duro, un gran médico, muy directo, poco se podía conversar con el... Sabemos lo que significa ese proceso y por esto estamos muy contentos porque ahora esta bien... A su

vuelta sonrío más parece más cercano, incluso enfermo, nunca dejo de interesarme por nosotros”. [AEC mujer de 80 años, EVA: 9/10, EuroQol 50%, dolor mixto, tratado con ibuprofeno, historia en la farmacia comunitaria y su marido VSU hombre de 79 años].

Esta narrativa puede reflejar algunos indicios de las dinámicas emergentes de la forma como opera la atención en salud y como se desarrollan en el entorno de la farmacia comunitaria. Da prueba de que existen otras redes de gestión en salud –articuladas o no con las redes institucionalizadas, otras redes de contactos entre los distintos actores, además de la participación e implicación de la comunidad en los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, y los pasos seguidos por la pacientes para hacer frente a lo que se considere una manera de aliviar el dolor físico, emocional, psíquico o cualquiera de sus formas vistas desde su perspectiva.

9. Las implicaciones de estudiar la experiencia analgésica en la farmacia comunitaria

En la oficina de farmacia también convergen los mismos problemas que advierte van der Geest (2011) sobre el uso de medicamentos. Los estados “enfocan” el uso de medicamentos, entonces de alguna manera también “enfocan los problemas farmacoterapéuticos. Económicamente también tienen intereses y generan conflicto. El ejemplo claro lo tienen las políticas de copago impuestas desde 2012. Las personas han cambiado sus prácticas de consumo de medicamentos y surgen otras representaciones del uso de analgésicos. En su blog reflexiona sobre si ¿podría sobrevivir España sin el paracetamol? (Jara, 2013), y yo me atrevo a preguntar si podremos sobrevivir a la presión de la industria de medicamentos de marca y de genéricos que vende el paracetamol.

Es inevitable reconocer que los farmacéuticos, hacen parte del conflicto de intereses, por tanto él farmacéutico se debe ver avocado a reconocer dicho conflicto. En la farmacia comunitaria se venden productos mientras se brinda atención-prevención. Los límites son difusos. Constantemente se gestiona este “tira y afloja” y desenfoca la práctica asistencial. No sólo se venden medicamentos, se venden mensajes, ciertamente contradictorios. Se “venden” a la población, discursos de salud velados en el mercado emergente de productos de autocuidado (*consumer health*) para poder aumentar los

ingresos y sostener los adeudos del Estado. Sin embargo, se entra en un círculo vicioso porque sin una facturación determinada no se puede sostener la prestación de servicios asistenciales de calidad. De los “comercios de proximidad” la farmacia es la que tiene los profesionales más cualificados a disposición de la comunidad.

La cuestión a reconocer es la inevitable dependencia del mercado farmacéutico. Hay un caso particular en España con el ibuprofeno, segundo analgésico de venta después del paracetamol. Incluidas las guías clínicas y la evidencia biomédica, el ibuprofeno no debe sobrepasar los 1200mg al día para no ser nocivo a los pacientes y en estas dosis, “se ha confirmado científicamente” se alivia el dolor leve-moderado. Por esta razón en todo el territorio europeo, con excepción de España, solo son de venta libre las presentaciones de ibuprofeno de 400mg, esto para que el paciente pueda tomarlo 3 veces al día y no sobrepase la dosis diaria de 1200mg. En España, cualquier presentación de ibuprofeno no requiere receta médica y las especialidades que se dispensan a la población adulta son las presentaciones de dosis 600mg y las presentaciones de 400mg están destinadas a pediatría. Desde las farmacias comunitarias se ha hecho un esfuerzo para recomendar a las personas que usen el ibuprofeno de 400mg, incluso con Caelles y Silva Castro (2013) hemos hecho una revisión sistemática para la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria para apoyar clínicamente este argumento. Al respecto, recientemente se ha publicado un artículo en el diario La Vanguardia (2015) sobre los riesgos del Ibuprofeno, que se titula Sanidad alerta del riesgo cardiovascular por tomar altas dosis de ibuprofeno. En este artículo toma postura la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), opinando que: “la sociedad española está ‘ibuprofenizada’ y ha abogado por la concienciación y ‘educación sanitaria’ para disminuir su consumo en dosis altas”.

Ante la aparente denuncia de este problema de salud cardiovascular colectiva, lo realmente denunciado es una contradicción la postura estatal ante la realidad del mercado de venta del ibuprofeno que destruye cualquier esfuerzo persuasivo cuando el precio de referencia establecido por la misma Sanidad ha determinado que el valor de referencia para la caja de 40 comprimidos de ibuprofeno de 600mg tenga un coste de 1,97 euros, cuando la caja de 30 comprimidos de ibuprofeno de 400mg tenga un coste de 4,07 euros. Durante los dos años, solo he conseguido que dos pacientes paguen 4,07 euros por “menos

ibuprofeno, pero más seguro”, cuando en la farmacia se dispensan (con y sin receta) aproximadamente 100 cajas de ibuprofeno 600mg cada mes. Me pregunto entonces ¿quién ibuprofeniza a quien? Esto hace evidente que, inclusive por encima de las prácticas biomédicas, está dominando la lógica del mercado y las transacciones que hace el Estado con la industria farmacéutica. Las personas reciben el mensaje del mercado y deciden a partir de esas lógicas, muy a pesar de la hipocresía de la Sanidad. Aunque los usuarios se quejen de la calidad de los medicamentos genéricos y argumenten que lo que importa es la calidad y paguen más, en este caso se prefiere utilizar algo más tóxico por ser más barato. O por el contrario, una cantidad excesiva, condiciona la experiencia a un aparente efecto mayor, aunque haya más riesgos y disminuye la eficacia simbólica de la misma sustancia en menor cantidad quizás más segura pero que además es más cara.

En este contexto, y en la interacción evidente que cumple en la significación de la experiencia analgésica, el farmacéutico tendría una oportunidad de “ejercer su influencia desde otro lugar más consciente y menos manipulado” por el sistema médico y socio-económico. Debe ser consciente de modificar activamente su papel de intermediario por lo que debe dejar de estar centrado en la mera transacción comercial de entregar una caja con una información. La capacidad de contribuir a transformar el orden social radica en convertir esa intermediación con el medicamento en un escenario de diálogo, de reconocimiento de las necesidades farmacoterapéutica de personas, sin menospreciar sus creencias, sino por el contrario convirtiéndolas en las herramientas con las cuales se usara aquella “materia biomédica” tratando que le dañe lo mínimo y le aporte bienestar. Es decir que alivie el dolor y disminuya el sufrimiento. Por tanto, dentro de los entornos asistenciales, supone un reto integrar la vivencia de los pacientes en lo que son relatos de la percepción de los efectos de los fármacos.

Los analgésicos, y los medicamentos en general, no dejarán de ser objetos de consumo. La cuestión que puede plantear otro orden social es cuestionar su uso automatizado casi con sumisión absoluta dictado por el modelo biomédico. Si se han de utilizar para paliar el dolor, por lo menos que su uso obedezca a un análisis individualizado de las circunstancias de cada paciente, que incorpore sus expectativas y experiencias analgésicas, que dialogue con sus relaciones y que se use (consuma) con consciencia.

Siendo conscientes del tipo de relaciones sociales y estructurales a través de las cuales se utilizan los medicamentos y a su vez se articulan en los procesos salud/enfermedad/atención-prevención, la intervención farmacoterapéutica se podría encaminar a aprovechar las redes de apoyo para la optimización del uso de los medicamentos. En palabras de Gondar (2013): “recetar sociabilidad, promoverla a través de actuaciones prácticas y concretas”, y en la farmacia comunitaria, emergen muchas prácticas que tienen este potencial.

Para que esta relación alrededor del medicamento pueda conllevar a una intervención cultural, se debe tener en cuenta la consideración de González-Fernández (2013) de incorporar la perspectiva histórica, el proceso de medicalización y la responsabilidad de los profesionales biomédicos en el uso de medicamento. Con este enfoque es competencia del farmacéutico, desde y a partir de su práctica profesional, incorporar el saber de los pacientes, sin dejar por ello de explicitar la desigualdad subyacente a la relación clínica. Nuevamente se redunda en la importancia de la “comunidad”, de la identidad y de las redes sociales en la atención y prevención en salud. De esta manera la optimización de la farmacoterapia también puede ser una intervención cultural.

El aporte etnográfico en las actividades farmacéuticas realizadas en la farmacia comunitaria durante esta investigación, han permitido brindar una asistencia con un enfoque holístico porque se ha profundizado en el significado y el sentido de los procesos asistenciales de salud/enfermedad/atención-prevención que han experimentado los pacientes atendidos. A este nivel, se sugiere para futuras investigaciones una revisión de los enfoques de los servicios y protocolos por enfermedad, para plantearse modelos integrales de atención a la farmacoterapia que engloben el conjunto de tratamientos, prácticas cotidianas y representaciones que determinan la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes. Se deberían incluir las narrativas de otros actores y analizarlas a la luz del enfoque relacional.

Para finalizar, adhiriéndome a las aportaciones que sugiere Mozo (2013), el análisis experiencia farmacoterapéutica a la luz de la antropología de la salud, tiene una óptica crítica más amplia respecto al acto curativo biomédico y al proceso de medicalización de la

vida. Se ha observado cómo opera la biomedicina como reguladora del orden social, como se relaciona la práctica biomédica con las prácticas de los pacientes y como se articulan los medicamentos con las concepciones culturales dentro de la práctica clínica habitual en una farmacia comunitaria.

Se ha establecido un diálogo entre la visión biomédica y la antropológica recuperando los aciertos de cada mirada y ha sido de utilidad para entender el dolor tratado en la comunidad. Este planteamiento de la utilización de la etnografía en la investigación de servicios de salud brindados en farmacia comunitaria responde a la necesidad de realizar una investigación integrada con las actividades clínicas que se llevan a cabo cotidianamente en el entorno asistencial. Incluso plantea un encuentro interdisciplinar, con lo cual las farmacias devienen centros ya no sólo asistenciales, sino de investigación-acción-participación en salud (Menéndez, 2006). Por esto, tal como mencionan Pibernat-Mir y Ventura-García (2013), esta investigación etnográfica ha querido materializa la intención de estas autoras respecto a encontrar un equilibrio entre la practicidad y la reflexividad del trabajo de los clínicos, con la mirada antropológica y la voz de los pacientes. Este trabajo permitió ver en un entorno concreto las inconsistencias y las contradicciones advertidas por Pibernat-Mir y Ventura-García, en significación de la experiencia analgésica en la farmacia comunitaria. Todo esto porque se coincide en el propósito de promover la salud de las personas y de los grupos sociales de los que hacemos parte bajo la premisa de la mejora de la salud de las poblaciones como una cuestión de derecho y justicia social.

VII. CONCLUSIONES

Aunque los analgésicos son la estrategia de alivio del dolor objeto de esta investigación, las narrativas de los pacientes están vinculadas íntimamente con la experiencia dolorosa, tal como haya sido sentida y significada. Las entrevistas a profundidad y los encuentros continuados con los pacientes han facilitado el acceso a la experiencia analgésica vivida. Los grupos de discusión han permitido generar otros discursos que los pacientes en las entrevistas individuales no mencionan.

Los medicamentos, y su uso, significan cosas diferentes y sirven para diferentes intereses a diferentes personas en diferentes situaciones. Es así como la eficacia simbólica no opera en todos los pacientes de la misma manera. En los encuentros con los pacientes fue fundamental ubicar desde donde se ejercía la eficacia simbólica y cuáles fueron las formas como se interpretó la eficacia técnica del analgésico reconocida por el sistema biomédico hegemónico. Aunque a priori, se da por hecho el efecto analgésico de los medicamentos, se genera conflicto y contradicción cuando estas sustancias no quitan el dolor.

Habiendo el análisis de las diversas narrativas de los pacientes, la experiencia analgésica pone en evidencia las tensiones sociales y políticas a las que has estado y están sometidas las personas. Es así como se confirma que el cuerpo es escenario de injusticia social y política.

El dolor crónico intenso puede ser equivalente a un estado emocional poderoso. En este trabajo se ha encontrado la fuerza y la densidad de las emociones vinculadas al dolor en las prácticas informales de la vida de los pacientes para aliviarlo con los medicamentos. El momento doloroso es una interacción transitada dentro de todo un prolongado proceso de salud/enfermedad/atención-prevención que los pacientes viven en la búsqueda de encontrar alivio al dolor.

Al explorar la fuerza cultural de las emociones asociadas a la experiencia farmacoterapéutica analgésica se puede establecer la relación con las situaciones que provocan diversas formas de conducta asociadas al uso de analgésicos. Este concepto de fuerza y/o profundidad cultural permite entender la intensidad residente en la conducta, incluso más apropiado que medir la intensidad del dolor con una Escala Visual Analógica. Un apoyo a los pacientes con dolor crónico debe considerar el desarrollo de una relación afectiva con el paciente que perdure en el tiempo y que se adapte a las condiciones cambiantes. El dolor tratado forma parte de un proceso material de interacción social.

Las descripciones de la experiencia analgésica hacen evidente que el analgésico como materia médica es insuficiente para tratar el dolor en un sentido más amplio. Los pacientes no sólo buscan el alivio de las sensaciones dolorosas a través de los analgésicos, así como su experiencia es más amplia, y va más allá de sentir un síntoma, así es de amplia su búsqueda de estrategias para obtener alivio.

Fracaso de la biomedicina respecto a los medicamentos o simplemente ausencia de una mirada social del dolor y el sufrimiento humano, los pacientes, inmersos en el modelo médico hegemónico, buscan en los procesos de autocuidado itinerarios alternativos para paliar su dolor. Algunos pasan por la automedicación, otros por otras terapias de otros modelos, otros por el alivio desde la modificación de la experiencia mental (uso de psicofármacos) y otros simplemente por la resignación y la adaptación de la vida a la incomodidad y la discapacidad. También buscan alivio en las relaciones que establecen con sus terapeutas, cuidadores y familiares. Para esta búsqueda de alivio, los pacientes transitan y hacen transacciones entre los diversos modelos médicos y, en definitiva, se demuestra que los pacientes recurren al pluralismo asistencial.

La farmacia es un escenario asistencial plural pero a la vez un campo de fuerzas incluso de generación de tensiones o distensiones entre el cuidado lego y el cuidado biomédico, por esto es un campo condicionante de las experiencias farmacoterapéuticas analgésicas de los pacientes.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandrakis O. "Medical Anthropology: The Development of the Field. Totem". *The University of Western Ontario Journal of Anthropology* 9. (2001): 73-77.
<http://ir.lib.uwo.ca/totem/vol9/iss1/8>
- Appadurai A., ed. *La vida social de las cosas*. México D.F.: Conaculta, 2000.
- Avilas Dantas Coelho MT y De Almeida N. "Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem". *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva* 9 (1999): 13-36.
- Baños JE y Bosch F. "Opiophobia and cancer pain". *Lancet* 341 (1993): 1474.
- Baños JE. "Dolor y opioides: razones de una sinrazón". *Med Clin (Barc)* 109 (1997): 294-296.
- Barragán Solís A. "Dolor crónico: una revisión antropológica". *Dolor, Clínica y Terapia* 1 (2002): 17-20.
- Barragan Solís A. "Antropología del Dolor. Foro de Investigación y Tratamiento del Dolor para la Comunidad Médica". *Revista Mexicana de Algología* 2 (2004): 10-14.
<http://132.248.9.34/hevila/DolorclinicayterapiaRevistamexicanadealgologia/2004/vol2/no8/2.pdf>
- Bell JS, Väänänen M, Ovaskainen H, Närhi U y Airaksinen MS. "Providing patient care in community pharmacies: practice and research in Finland". *Ann Pharmacother* 41 (2007): 1039-46.
- Bourdieu P y Wacquant L. "La lógica de los campos". En *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2005 [1992].
- Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser y S. Harrison. *Conceptos básicos en la práctica clínica*. México D.F.: Mc Graw Hill, 2005.
- Brodwin P, Good B, Good y MJo, Kleinman A. *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley: University of California Press, 1992.
- Brown ME. *The Sociology of Pharmacy: An Ethnography of Community Pharmacists, Their Medicines and Other Artefacts*. Norwich: University of East Anglia, 1999
- Bury M. "Chronic illness as biographical disruption". *Sociology of Health and Illness* 4 (1982): 167-182.

- Canals y O. Romaní. "Médicos, medicina y medicinas: del sacerdocio al marketing", En la Salud y en la Enfermedad. Archipiélago. *Cuadernos de crítica de la cultura* 25 (1996): 51-60.
- Caelles N y Silva-Castro MM. "Efectividad, seguridad y uso de ibuprofeno no sujeto a prescripción médica." *Farmacéuticos Comunitarios* 5 (2013): 152-162.
- Christensen DB y Farris KB. "Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in the US". *Ann Pharmacother* 40 (2006): 1400-6.
- Cipolle R, Strand L y Morley P. "An overview of pharmaceutical care practice". En *Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide*. New York: McGraw-Hill, 2004.
- Cipolle R, Strand L y Morley P. "The patient's medication experience". En *Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide*. New York: McGraw-Hill, 2004.
- College of Emergency Medicine. *Guideline for the Management of Pain in Adults*. London: CEM, 2005. www.collemergencymed.ac.uk
- Comelles JM y Martínez A. *Enfermedad, cultura y sociedad : un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: EUDEMA, 1993.
- Conde-Gutiérrez F. "Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina". *Rev Esp Salud Pública* 76 (2002): 395-408.
- Conrad P. "Medicalization and Social Control." *Annual Review of Sociology* 18 (1992): 209-32.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. *La Oficina de Farmacia en España. Organización Farmacéutica Colegial*. Madrid: CGCOF, 2012. <http://www.portalfarma.com/Profesionales/organizacioncolegial/profesionfarma/Paginas/colegiaciondatestadisticos.aspx>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. *Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2012*, 62. Madrid: CGCOF, 2013. <http://www.portalfarma.com/Profesionales/infoestadistica/Documents/Estadisticas2012.pdf>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. "Las grandes farmacéuticas ponen fin a cuatro años de caídas de ventas. Diario Expansión 2014". Portalfarma. http://www.portalfarma.com/NL_Documentos_Privados/Resumen_de_Prensa/17%20DE%20MARZO%20DE%202014/LAS%20GRANDES%20FARMACEUTICAS.pdf

- Correo Urquiza M, Silva TJ, Belloc M y Martínez-Hernaez A. *“La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales, y narrativas locales”*. *Quaderns de l’Institut Català d’Antropologia* 22 (2006): 47-69.
- Cosminsky S y Scrimshaw M. *“Medical pluralism on a Guatemala plantation”*. *Social Science and Medicine* 14(B) (1980): 267-278.
- Cosminsky, S. *“Medical Pluralism in Mesoamerica”*. En *Heritage of Conquest: Thirty Years Later*, editado por C. Kendall, J. Hawkins, & L. Bossen, 159-173. Albuquerque: University of New Mexico Press, 1983.
- Coulter A. *Engaging Patients in Healthcare*. Berkshire: Open University Press. McGraw-Hill Education, 2011.
- Csordas TJ. *“Somatic Modes of Attention”*. En *Body/Meaning/Healing*, 241-259. New York: Palgrave Macmillan, 2002.
- De Martino E. *La tierra del remordimiento*. Barcelona: Editorial Bellaterra, 1999.
- Dersh J, Polatin PB y Gatchel RJ. *“Chronic Pain and Psychopathology: Research Findings and Theoretical Considerations”*. *Psychosom Med* 64 (2002): 773-786.
- Díaz-Caneja Consultores. *Medicines Optimisation Software[→] (MOS)*. Barcelona: Díaz-Caneja Consultores, 2015. <https://mos.optimizacionfarmacoterapia.com>
- DiGiacomo SM. *“Metaphor as Illness: Postmodern Dilemmas in the Representation of Body, Mind and Disorder”*. *Medical Anthropology* 14 (1992): 109-137.
- DiPiro J, Talbert R, Yee G, Matzke B y Posey LM. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach, 6th Edition*. New York: McGraw-Hill Companies, Inc., 2005.
- Durkheim E. *El suicidio*. Madrid: Akal, 1982 [1897].
- Edmond Charlton J, editor. *Core Curriculum for Professional Education in Pain. 3rd Edition*. Seattle: IASP Press, 2005.
- Ernst FR y Grizzle AJ. *“Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model”*. *J Am Pharm Assoc* 41 (2001): 192-199.
- Esteban ML. *Antropología del Cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2004.
- EuroQol Group. *EQ-5D™ standardised instrument for use as a measure of health outcome*. euroqol.org, 2014 . <http://www.euroqol.org/about-eq-5d/how-to-use-eq-5d.html>

- Farmer P. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press, 1999.
- Farmer P. "Social Scientists and the New Tuberculosis". En: *Partner to the Poor*, editado por Farmer P. Berkeley: University of California Press, 2010.
- Farmer P. "Ethnography, Social Analysis, and the Prevention of Sexually Transmitted HIV Infection among Poor Women in Haiti". En *Partner to the Poor: A Paul Farmer Reader*. Berkeley: University of California Press, 2010.
- Fassin D. "Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud." *Revista Colombiana de Antropología* 40 (2004): 283-318.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcan/v40/v40a10.pdf>
- Fleischer S. "Pasando por comadrona, midwife y médico: el itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala". *Anthropologica* 24 (2006): 51-75.
- Franco Puttini R y Pereira A. "Além do mecanicismo e do vitalismo: a "normatividade da vida" em Georges Canguilhem". *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 17 (2007): 451-464.
- Haro JA. "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud". En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, editado por E. Perdiguero y J.M.ª Comelles. Bellaterra: Barcelona, 2000.
- García-Martínez A. "Identidades y representaciones sociales: la construcción de las minorías. Nómadas". *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* 18 (2008): 1-12.
- Gobierno de España. *Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia*. Boletín Oficial del Estado, 26 de abril de 1997, nº 100.
- Gobierno de España. *Ley 29/2006 de 27 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios*. Boletín Oficial del Estado, 27 de julio de 2006 , nº 178.
- Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo. *Programa de mejora de la calidad en la atención a pacientes crónicos polimedicados para 2010 e informe relativo al Programa de desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, de formación para facultativos médicos, odontólogos, farmacéuticos y enfermeros, y de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de los medicamentos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (Gobierno de España), 2006.
http://www.actasanitaria.com/filesset/doc_54309_FICHERO_NOTICIA_26466.pdf
- Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo. *Documento de Consenso. Foro en Atención Farmacéutica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (Gobierno de España), 2008.

- Goffman E. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. New York: Doubleday, 1959.
- Goffman E. *Tercera parte: conclusiones de Internados*. Buenos Aires: Amorrortu- Murguía, 1987 [1961].
- Gondar Portasany, M. “El factor cultural como herramienta terapéutica. A vueltas con el modelo biomédico en la atención sanitaria”. *Revista Andaluza de Antropología* 5 (2013): 12-34.
- González-Fernández E. *A unidade de Saúde Mental como broker cultural: alternativas a xestión da locura nun municipio rural galego*. Tesis de doctorado. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago; 2000.
- González-Fernández E. “La entrevista clínica como intervención cultural”. *Revista Andaluza de Antropología* 5 (2013): 131-150.
<http://www.revistaandaluzadeantropologia.org/uploads/raa/n5/raa5/gonzalez.pdf>
- Good BJ. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2004.
- Hammersley M. *What’s wrong with ethnography?*. Londres; Routledge, 1992.
- Hammersley M, Atkinson P. *Etnografía. Métodos de investigación*. 2ª ed. Barcelona: Paidós, 1994.
- Hardon A, van der Geest S. “Hazards of self-medication”. *World Health Forum* 8 (1987): 469-471.
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/51727>
- Herdman M, Badia X y Berra S. “El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria”. *Aten Primaria* 28 (2001): 425-429.
- Illa Sendra JR. “Utilización de analgésicos narcóticos en Atención Primaria en España (1988-1991). Evaluación del impacto de nuevas tecnologías en el sector farmacéutico”. *Aten Primaria* 10 (1992): 659-64.
- International Association for the Study of Pain. *IASP Pain Terminology. IASP Task Force on Taxonomy*. Seattle: IASP Press, 1994.
- Jara M. “¿Podría sobría sobrevivir España sin paracetamol?”. Jara M, 2013.
<http://www.migueljara.com/2013/10/05/podria-sobrevivir-espana-sin-paracetamol-farmacos-peligrosos-los-mas-vendidos/>
- Johnson J y Bootman JL. “Drug – related morbidity and mortality”. *Arch Intern Med* 155 (1995): 1949-1956.

- Kanjanarat P, Winterstein AG, Johns TE, Hatton RC, Gonzalez-Rothi R y Segal R. *"Nature of preventable adverse drug events in hospitals: a literature review"*. *Am J Health Syst Pharm* 60 (2003): 1750-1759.
- Kleinman A. *"Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems"*. En *Concepts of Health, Illness and Disease - a comparative perspective*, editado por Currer C y Stacey M. Oxford: Berg Pub.Ltd, 1986.
- Lago Moneo JA, Viveros Cuásquer JE, Yzquierdo Heredia J. *"El gasto farmacéutico en España. Evolución internacional, situación nacional y medidas de control del gasto"*. EAE Business School. (2012); 16.
- La Vanguardia. *"Sanidad alerta del riesgo cardiovascular por tomar altas dosis de ibuprofeno"*. Noticia publicada el 16 de abril de 2015. <http://www.lavanguardia.com/vida/20150413/54429598398/sanidad-alerta-del-riesgo-cardiovascular-por-tomar-altas-dosis-de-ibuprofeno.html>
- Le Breton D. *Antropología del Dolor*. Barcelona: Editorial Seix Barral, 1999.
- Leland J. *"Chronic pain: primary care treatment of the older patients"*. *Geriatrics* 54 (1999): 23-28, 33-37.
- Levi-Strauss C. *Antropología estructural*. 2da reimpresión. Barcelona: Ediciones Paidós S.A., 1995.
- Levine S. *"Los media como intervención médica: el VIH-SIDA y la lucha por una asistencia de salud reproductiva para las mujeres en Sudáfrica"*. En *Mujer, SIDA y acceso a la salud en África subsahariana: enfoque desde las ciencias sociales*. Barcelona: Medicus Mundi Catalunya, 2007.
- Lindesmith AR. *"Conclusions, implications, problems"*. En *Addiction and Opiates*. Chicago, Aldine, 1968 [1947] .
- Llanes R, Aragón A, Sillero MI y Martín MD. *"¿Ir al centro de salud o bajar a la farmacia? Las oficinas de farmacia como recurso de atención primaria"*. *Aten Primaria* 26 (2000): 11-15.
- Llanes RA. *"La antropología crítica de Renato Rosaldo. Un ensayo de interpretación"*. *Kula* 1 (2009): 55-68.
- Machuca M. *Seguimiento Farmacoterapéutico*. Barcelona: Ediciones Mayo, 2008.
- Machuca M, Paciaroni J, Mastroianni P, Arriagada L, Silva-Castro MM y Escutia R, et al. *Guía para la Implantación de Servicios de Gestión Integral de la Farmacoterapia*. Sevilla: OFIL, 2012.

- Marketing Directo. “Estos son los 10 productos más vendidos de todos los tiempos”. Marketing Directo, noticia publicada el 12 de mayo de 2014. <http://www.marketingdirecto.com/actualidad/anunciantes/estos-son-los-10-productos-mas-vendidos-de-todos-los-tiempos/#sthash.My6XZw3V.dpuf>
- Martínez-Hernández A. *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos editorial, 2008.
- Martínez-Hernández A. Los itinerarios terapéuticos y la relación médico-paciente. Health for All in Latin America 2008. Noticia disponible en: http://www.antropologia.cat//antiga/quaderns-e/03/03_12.htm
- Masana L. *El temps del mal. L'experiència i la gestió de la cronicitat en adults* [Tesis Doctoral]. Tarragona: URV; 2013.
- Mead GH. “A Behavioristic Account of the Significant Symbol”. *Journal of Philosophy* 19 (1922): 157-163.
- Méndez M. “Los Rostros y los Efectos del Medicamento. Un Análisis Socio-Cultural”. *FERMENTUM Revista Venezolana de Sociología y Antropología* 10 (2000): 513-538.
- Menéndez EL. “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”, en *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 451-464. Buenos Aires: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 1988.
- Menéndez EL. “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”. *Alteridades* 4 (1994): 71-83.
- Menéndez EL. “El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad.” En *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2002.
- Menéndez EL. “Uso y desuso de conceptos en antropología social”. En *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra, 2003.
- Menéndez EL. “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciênc. saúde coletiva* [online] 8. (2003): 185-207.
- Menéndez, E.L. “Intencionalidad, experiencia y función: La articulación de los saberes médicos”. *Revista de Antropología Social* 14 (2005): 33-69.
- Menéndez E, Spinelli H. *Participación social ¿para qué?* Buenos Aires: Editorial Lugar, 2006.

- Menéndez EL. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009.
- Menéndez EL. “Lazos, redes, y rituales sociales o las desapariciones melancólicas”. En *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009.
- Menéndez EL. “Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas”. En *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009.
- Menéndez EL. “Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica”. *Gazeta de Antropología* 28 (2012): 1-12. <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=1567>
- Merleau-Ponty M. *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Editorial Altaya, 1999.
- Morgan L. “The medicalization of anthropology: a critical perspective on the critical/clinical debate”. *Social Science & Medicine* 30 (1990): 945-50.
- Mozo C. “Aportaciones y potencialidades de la antropología de la salud”. *Revista andaluza de antropología* 5 (2013): 1-11.
- Muela J. *Malaria en Lipangalala. Pluralismo médico y procesos asistenciales para malaria infantil en una comunidad africana. Tomo I y II*. Tesis doctoral, Departamento de Antropología Social y Cultural, Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2007.
- Noyce PR. “Providing patient care through community pharmacies in the UK: policy, practice, and research”. *Ann Pharmacother* 41 (2007): 861-8.
- Osorio MT. “Atender y entender la enfermedad: los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles”. *Salud Pública Méx* 45 (2001): 5.
- Pargem KL y Hailey BJ. “Barriers to effective cancer pain management: a review of the literature”. *J Pain Symptom Manage* 18 (1999): 358-68.
- Patt RB. *Pain intensity scales. Cancer Pain*. Philadelphia: JB Lippincott, 1993
- Perdiguer E. “El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar”. *Gac Sanit* 18 suppl.1 (2004): 140-145.
- Pharmaceutical Group of European Union (Agrupación Farmacéutica de la Unión Europea). *Libro Blanco de la Farmacia Comunitaria Europea*. Bélgica: PGEU, 2012.

- Phillips DP, Christenfeld N y Glynn LM. "Increase in US medication - error deaths between 1983 – 1993". *The Lancet* 351 (1998): 643– 644.
- Pibernat-Mir L. *(Des)control diabético: Controversias en las prácticas terapéuticas de la DM2*. Trabajo final de máster, Master en Antropología Médica y Salud Internacional, Universitat Rovira i Virgili. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 2012.
- Pibernat-Mir L y Ventura-García L. "La farmacia comunitaria y el reto de la interdisciplinariedad". *Rev. O.F.I.L.* 23 (2013): 125-127.
- Pibernat-Mir L, Ventura-Garcia L y Silva-Castro MM. "La farmacia comunitaria como espacio de atención en salud. Una mirada desde el pluralismo asistencial". *Rev OFIL* 23 (2013): 152-163.
- Planella J, Martínez Rivera O y Colectivo Zotikos. *Alterando la discapacidad. Manifiesto a favor de las personas*. Barcelona: Editorial UOC, 2010.
- Pope C y Mays N. "Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research". *BMJ* 311 (1995): 42–45.
- Ramalho de Oliveira D, Brummel AR y Miller DB. "Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system". *J Manag Care Pharm* 16 (2010):185-95.
- Ramalho de Oliveira D. O "Paciente como Ator Principal da Atenção Farmacêutica". En *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa*. Sao Paulo: RCN editora, 2011.
- Romaní Alfonso, O. (2007). "De las utilidades de la antropología social para la intervención en el campo de las drogas", en: Esteban, M. Luz (ed.). *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Bilbao, pp. 117-134. ISBN: 13:978-84-611-7.
- Rosaldo R. *Cultura y Verdad. La reconstrucción del análisis social*. Quito: Ediciones Abua-Yala, 2000.
- Rosaldo R. "Aflición e ira de un cazador de cabezas". En *Cultura y verdad. Nueva propuesta de análisis social*. México: Editorial Grijalbo, 1989.
- Royal Pharmaceutical Society. *Medicines Optimisation: Helping patients to make the most of medicines Good practice guidance for healthcare professionals in England*. London: RPS, 2013.
- Sabater D, Silva-Castro MM y Faus MJ. *Método Dáder: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico*. Granada: GIAF-UGR, 2007.

- Saillant F. *Cancer et culture. Produire le sens de la Maladie*. Montreal: Editions Saint-Martin, 1988.
- Sánchez Hövel N. "Artritis reumatoide en la narrativa: vivencias desde una perspectiva antropológica". En: Uribe Oyarbide, JM y Perdiguero-Gil, E. (eds.). *Antropología médica en la Europa meridional, 30 años de debate sobre pluralismo asistencial*. Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili; (2014): 57.
- Sanz-Rubiales A, del Valle ML, González C, Hernansanz S, García C, Sánchez T, et al. "Formación en el uso de opioides: ¿repercute en la práctica diaria?". *Rev Soc Esp Dolor* 8 (2001): 461-467.
- Scheper-Hughes N y Lock M. "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". *Medical Anthropology Quarterly* 1 (1987): 6-41.
- Schepper-Hughes N. *Nervoso. La muerte sin llanto*. Barcelona: Ariel, 1996.
- Segú LL. *Medicamentos: ¿Sólo un problema económico? ¿Sólo un problema de los clínicos?*. Barcelona: Consorci de Salut i Social de Catalunya, 2011.
- Shoemaker SJ y Ramalho de Oliveira D. "Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience". *Pharm World Sci* 30 (2008): 86-91.
- Silcock J, Raynor DK y Petty D. "The organisation and development of primary care pharmacy in the United Kingdom". *Health Policy* 67 (2004): 207-14.
- Silva-Castro MM y Machuca M. "Dolor leve - moderado. Guía de intervención farmacéutica y medidas preventivas". *The Pharmaceutical Letter* XI (2009): 33-48.
- Silva-Castro MM. *Evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. Análisis del método Dáder y su implantación en diferentes servicios asistenciales*. Tesis Doctoral, Universidad de Granada. Granada: Universidad de Granada, 2010.
- Silva-Castro MM. "Análisis cualitativo de la experiencia farmacoterapéutica: el caso del dolor tratado con medicamentos como fenómeno abordable desde la antropología de la salud". *Rev. O.F.I.L.* 22 (2012): 111-122.
- Silva-Castro MM, Rius Font L y Font Olivet A. "Optimización de la Farmacoterapia. Estrategia para una mejora de la calidad asistencial en la Atención Sanitaria Domiciliaria". *Rev. O.F.I.L.* 23 (2013): 45-48.
- Silva-Castro MM. "Gestión integral de la farmacoterapia en la atención del paciente oncológico". *Rev. O.F.I.L.* 23 (2013): 63-68.
- Singer M, Baer H. *Critical Medical Anthropology*. Amityville (New York): Baywood Publishing Co., 1994.

- Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. *¿Qué puede hacer su farmacéutico comunitario por su salud?*. Madrid: SEFAC, 2012. <http://www.sefac.org/>
- Sociedad Española del Dolor. *Valoración socio-epidemiológica del paciente mayor de 65 años con dolor crónico no oncológico*. Madrid: SED, 2004. <http://portal.sedolor.es/>
- Soucase B, Monsalve V y Soriano JF. "Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico". *Rev Soc Esp Dolor* 12 (2005): 8-16.
- Strand LM, Cipolle R, Morley P y Frakes "M. *The impact of Pharmaceutical Care on the patient in the Ambulatory Practice Setting: Twenty-five years of experience*". *Curr Pharm Design* 10 (2004): 3987-4001.
- Tena F. "Sacudirse la tutela médica. Hacia la despatologización de la transexualidad". *Revista Andaluza de Antropología* 5 (2013): 35-65.
<http://www.revistaandaluzadeantropologia.org/uploads/raa/n5/raa5/tena.pdf>
- Tuneu L, García-Peláez M, López S, Serra G, Alba G, de Irala C, et al. "Problemas relacionados con los medicamentos en pacientes que visitan un servicio de urgencias". *Pharm Care Esp* 2 (2000): 177-92.
- Tuneu L y Silva-Castro MM. "El paciente como centro del seguimiento farmacoterapéutico". *Pharm Care Esp* 10 (2008): 120-130.
- Unidad Editorial Información General. "Enganchados a las pastillas. Las 100 que más consumimos. Magazine". Suplemento del periódico El mundo, 2008.
<http://www.elmundo.es/suplementos/magazine/2008/435/1201531430.html>
- Unidad Editorial Información Económica. "¿Cuáles son los medicamentos más vendidos en España?". *Diario Expansión*, noticia publicada el 26 de enero de 2015.
<http://www.expansion.com/2015/01/26/empresas/distribucion/1422306391.html>
- Uribe Oyarbide, JM y Perdiguero-Gil, E. (eds.). *Antropología médica en la Europa meridional, 30 años de debate sobre pluralismo asistencial*. Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili; (2014), 7.
- Valverde Merino, I. *Perfil de utilización de analgésicos y percepción del dolor en pacientes mayores de 65 años en dos farmacias comunitarias de Palencia*. [Trabajo final de máster]. Granada: Master en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada; 2005.
- Valls-Llobet C. *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra, 2009.

- van der Geest S y Whyte SR. *"The charm of medicines: metaphors and metonyms"*. *Med Anthropol* 3 (1989): 345–67
- van der Geest S, Whyte SR y Hardon A. *"The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach"*. *Annual Review of Anthropology* 25 (1996): 153-178.
<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.anthro.25.1.153>
- van der Geest S y Hardon A. *"Social and cultural efficacies of medicines: complications for antiretroviral therapy"*. *J Ethnobiol Ethnomed* 7 (2006): 2-48.
- van der Geest S. *"The Urgency of Pharmaceutical Anthropology: A Multilevel Perspective"*. *Curare* 34 (2011): 9–15.
http://www.sjaakvandergeest.socsci.uva.nl/pdf/medicines/multilevel_curare.pdf
- Van Dijk T. *Discurso y contexto. Un enfoque sociocognitivo*. Barcelona: Gedisa, 2012.
- Wong DL. *Whaley and Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. St. Louis: Mosby, 1997.
- World Health Organization. *El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe*. Tokio: OMS, 1993.
- World Health Organization. *Alivio del dolor en el cáncer: Con una guía sobre la disponibilidad de opioides. Segunda edición*. Geneve: WHO, 1996.
- World Health Organization. *Internacional Classification of Functioning Disability and Health (ICF) model for patients with pain 2nd Edition*. Geneve: WHO, 2001.
- Whyte SR, Van der Geest S y Hardon A. *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- Zabalegui A. *"Más allá del dualismo cualitativo-cuantitativo"*. *Enfermería Clínica* 12 (2002): 74-79.
- Zenz T. *"Palliative pain relief"*. *Lancet* 356 (2000): 1273-1274.

IX. AGRADECIMIENTOS

A todos los pacientes y personas con quienes pude “encontrarme” para desarrollar esta investigación. Escucharles, compartir, reflexionar ha sido una oportunidad excepcional para mí, manifiesto una profunda admiración por lo que significan sus experiencias vividas.

A mis compañeras de trabajo en la farmacia Olivet de Granollers, que apoyaron en cada momento esta investigación tan aventurada en nuestro entorno. Porque a pesar de lo propio del trabajo cotidiano, creyeron en mí y dieron cabida a todo este proceso antropológico. Gracias Anna por hacerlo posible, gracias Laura por toda tu comprensión.

A los demás pacientes de otros escenarios, farmacéuticos, farmacéuticos-alumnos, cuidadores, enfermeros y médicos que participaron en los grupos de discusión, gracias por su disponibilidad y apertura. Gracias por colaborar sin ningún tipo de reparo.

A las instituciones que me invitaron a los eventos donde pudimos discutir sobre la experiencia farmacoterapéutica, entre ellos la Sociedad Española de Optimización de Farmacoterapia, l'Associació Catalana de Recursos Assistencials –ACRA–, el Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá (Colombia), a la Universidad Nacional de Colombia, el máster de atención farmacéutica de la Universidad San Jorge de Zaragoza y el máster de atención sanitaria y práctica colaborativa de la Universidad de Barcelona.

Quiero agradecer especialmente a Cristina Larrea por los invaluable aportes que ha realizado a este trabajo, en todos los sentidos, bibliográficos, metodológicos, analíticos y prácticos. Por su insistencia permanente para que desarrollara la mirada antropológica. Por su disposición constante y oportuna, por su capacidad de estar pendiente de mi proceso de investigación a pesar de la distancia. Tus enseñanzas me han transformado. Nunca me había sentido tan acompañada y dirigida con tanto acierto, como en esta oportunidad de investigación.

A Mikel Aramburu por todos tus aportes etnográficos. Te agradezco la implicación y las críticas tan constructivas en todo el proceso de diseño metodológico de este trabajo.

A Manuel Delgado, Alberto Bargados, Joan Frigolé, Roger Canals, Joan Bestard y Silvia de Zordo por ayudarme a entender la etnografía en una dimensión más amplia.

A Eduardo Menéndez, Susan DiGiacomo, Oriol Romaní, Mari Luz Esteban, Ángel Martínez y Josep María Comelles por enseñarme de primera mano y dedicarme algunos momentos para analizar la idea de este trabajo con tanta agudeza y profundidad.

A Isabel Valverde, por ser el inicio, con quien dimos en Granada una forma preliminar a esta manera de acercarse a la farmacia y que desarrollaste con tanto acierto.

A Laia Pibernat, por estar en el trayecto, por traer de manera tangible la antropología médica al campo de la farmacia asistencial, por participar, seguir, y desarrollar estos temas mejor que nadie, con la excelencia que te caracteriza. Gracias por ilusionarte e ilusionarme con todo esto y seguirlo compartiendo conmigo.

A Rosa Martínez, Katty Solórzano y Julián Loaiza, por trascender las clases de diseño de proyectos en el campo de la etnografía de la Universidad de Barcelona y convertirse en un equipo de apoyo para mi incursión en la antropología, en todas las dimensiones de la palabra. Les agradezco por estar siempre dispuestos a compartir y a colaborar en lo teórico y en lo práctico. Sin ustedes, no hubiera podido realizar este trabajo.

A mis entrañables compañeros de máster, Alejandra, Luis, Mónica, Maribel, Miren, Maite, Laura, Silvia, Olga, Federica, Alberto, Nuria, Rosa Canela, Grazalema, Florencia, Ivelin, maestros de la solidaridad, amigos fraternales, el mejor regalo de este periodo.

A Antonio Sanabria, Laura Tuneu, Elena Touriño, Manuel Machuca, Diego Marro, Edgar Abarca, Diogo Pilger, Patricia Mastroianni, Juan Pablo Osorio, quienes han sintonizado con esta idea y que me siguen aportado en este sendero de la investigación.

A Andrea, gracias por ser la fuerza y mi modelo a seguir. Investigadora férrea, mujer llena de templanza, carácter y generosidad. Por fortuna, más que una hermana para mí.

A Gery, sobra decirte lo que siento, mi gratitud es infinita. Tu entrega, tu respaldo y tu bondad superan cualquier idea de amor imaginada, todo esto te lo debo a tí.