

Asociación de Psicopatología
y Psicoanálisis de Sevilla

JOSÉ MANUEL GARCÍA ARROYO

PSICOLOGÍA MÉDICA

PARTE IV: PSICOLOGÍA DEL ENFERMAR HUMANO



El presente libro ha recibido la MENCIÓN DE HONOR
del Grupo de Investigación para la Salud en Ciencias Humana (IPSUM)

Psicología Médica. Parte IV: Psicología del enfermar humano.

José Manuel García Arroyo

Editado por la Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de Sevilla

Luis Montoto, 83 – 3º C

41018 Sevilla (España)

luysa.dl@gmail.com

ISBN: 978-84-09-37767-1

Depósito Legal: SE-36-22.

Diseño, maquetación e impresión: Gabella Artes Gráficas.

Impreso en España. Printed in Spain.

Reservados todos los derechos.

Queda rigurosamente prohibido, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en la ley, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo público.

La mayor de las locuras es sacrificar la salud por cualquier otro tipo de felicidad.

Arthur Schopenhauer

En el examen de la enfermedad, ganamos sabiduría sobre la anatomía, la fisiología y la biología. En examen de la persona con enfermedad, ganamos sabiduría sobre la vida.

Oliver Sacks

En recuerdo al Rvdo. D. José María Arroyo Cera que sabía bien como hablar para todos, consiguiendo llegar a los corazones.

INDICE.

PRESENTACIÓN.

Capítulo 16º. La salud: concepto y conductas de salud.

16.1. ¿Qué es la salud?

16.1.1. Dificultades para definir la salud.

16.1.2. El continuo de la salud: la “zona neutra”.

16.2. Las conductas de salud.

16.3. Tipología de conductas de salud.

Capítulo 17º. La enfermedad como proceso humano: la conducta de enfermedad.

17.1. Concepto de enfermedad.

17.2. Reacciones psicológicas ante la enfermedad.

17.3. La conducta de enfermedad.

17.3.1. La percepción del síntoma.

17.3.2. La interpretación del síntoma.

17.3.3. Asumir el rol de enfermo.

17.3.4. La búsqueda de ayuda.

17.4. La conducta de enfermedad anormal.

Capítulo 18º. Psicología del dolor.

18.1. Concepto y funciones del dolor.

18.2. Tipos de dolor.

18.2.1. Dolor agudo.

18.2.2. Dolor crónico.

A) Nociceptivo.

B) Neuropático.

C) Psicógeno.

D) Mixto.

18.3. Componentes cognitivos del dolor.

18.3.1. La sensación.

18.3.2. La percepción.

18.3.3. La atención.

18.3.4. La imaginarización.

18.3.5. La memoria.

18.4. Componentes afectivos del dolor.

18.5. La incorporación subjetiva del dolor.

18.5.1. El significado.

18.5.2. Los sentimientos.

Capítulo 19º. Factores psicológicos de la actividad terapéutica: adherencia y cumplimiento. Efecto placebo.

19.1. El lazo afectivo médico-paciente.

19.2. El cumplimiento terapéutico y la adherencia.

19.2.1. Cumplimiento e incumplimiento.

19.2.2. La adherencia.

19.2.3. Determinantes de la adherencia.

19.2.4. Sugerencias para favorecer el cumplimiento y la adherencia.

19.3. El efecto placebo.

19.3.1. Concepto de “placebo” y “efecto placebo”.

19.3.2. Tipos de respuesta al placebo.

19.3.3. Factores que intervienen en el efecto placebo.

19.3.4. Utilidad del efecto placebo.

PRESENTACIÓN.

En el presente libro, el último de la serie, se estudia cómo aplicamos los fundamentos de psicología propuestos en capítulos precedentes a la práctica médica y, en especial, a la enfermedad. Antiguamente, bajo el prisma del “modelo médico”, solo se tenían en cuenta los aspectos biológicos de los pacientes y la medicina funcionaba de un modo mecánico (síntomas → pruebas → diagnóstico → tratamiento), siendo el médico quién se ocupaba de las directrices a seguir con el enfermo, mientras este último se constituía en un ente sin participación alguna. Una relación como esta fomentaba el papel “regresivo” (pasividad-dependencia-búsqueda de soluciones mágicas) del enfermo y lo convertía en un objeto en manos del profesional de la medicina (un organismo dañado al que había que reparar). Si lo miramos con atención, se trata de un modelo fisicalista que excluye al sujeto.

La inclusión del sujeto en medicina ha sido un logro de los últimos tiempos e implica varios cambios notables:

a) El médico tiene que prestar atención a las particularidades psicológicas de sus pacientes (rasgos de la personalidad, mecanismos de defensa, ajustes con la realidad, modos de afrontamiento, psicopatología, etc.). En los libros que hemos publicado antes, se colocaron los andamiajes para poder realizar esta aproximación.

b) Tiene que aprender a escucharlo para saber cuáles son sus necesidades, que pueden diferir de las que plantea el médico para su caso; en principio, médico y paciente no tienen por qué estar de acuerdo, aunque sí pueden ponerse de acuerdo. Parece evidente que el diálogo entre ambos resulta fundamental.

c) Debe hacerlo participar en su proceso patológico, indicándole que tiene su parte en el mismo, siendo el papel del médico informar, orientar, ayudar e, incluso, recomendar, pero nunca decidir. La última palabra la tiene el propio enfermo.

A pesar de este cambio, aún existen profesionales de la medicina que se niegan a establecer una relación humana con sus pacientes, deseando volver a modelos caducados en los que el papel era más directivo y no se tenían en cuenta los deseos de aquellos. En muchos de estos casos, se halla la ignorancia (muchas veces buscada por falta de interés) sobre los mecanismos subjetivos que poseemos los seres humanos. El actual hundimiento de las humanidades en el mundo moderno y la búsqueda de métodos científicos demasiado rigurosos para tratar con el “mundo interno” de la persona, no ha mejorado esta situación.

Considerar los aspectos personales de los pacientes ha diversificado la práctica médica, haciéndola mucho más interesante; aunque se trate de una

misma enfermedad, cada persona la vive a su manera y reacciona de una forma específica. La Psicología Médica en todo este entramado tiene un papel crucial, pues posibilita enseñar al médico en formación a pensar en términos psicológicos, para que logre escaparse, al menos momentáneamente, de una reflexión que emplee aquellos otros pertenecientes al territorio “bio” (bioquímicos, biofísicos, biológicos, biotecnológicos, etc.). Ello supone dirigir el pensamiento a un “más allá” de lo establecido hasta hace bien poco.

Para acabar con la (in)formación en Psicología Médica, y en la línea que hemos presentando, incluimos en este último volumen:

1º) El estudio de la salud, un tema que se inserta en el programa desde hace poco y que va de la mano de lograr la participación del paciente, ya que es este el responsable último de su propia salud. Las “conductas de salud” responden muy bien a esta cuestión en cuanto acciones que permiten mantener un estado saludable y que, en casos favorables, lleguen a conformar una manera de vivir. Desgraciadamente, los seres humanos no siempre buscan su propio bien, como el mismo Lacan puso de manifiesto en su escrito *Kant con Sade*, de ahí que haga falta cierto esfuerzo para seguir en un estado saludable y eso, insistimos una vez más, depende de la propia persona.

2º) La enfermedad, tratada ahora no como “proceso biológico” (mecanismos fisiopatológicos), sino como “proceso humano”, donde se trabajará la “conducta de enfermedad” que responde a las preguntas: ¿qué hace una persona una vez detecta anomalías en su cuerpo? ¿actúan todas las personas de la misma forma cuando se presentan los síntomas físicos?

3º) El estudio del dolor, que es la causa más frecuente de consultas médicas. Trátase de un asunto sobre el que se han descifrado múltiples aspectos bioquímicos, neurofisiológicos y fisiopatológicos, pero existe otra forma de entenderlo: como experiencia subjetiva. Aquí se nos revela una nueva complejidad y, como tal, puede descomponerse en unidades menores (sensación dolorosa, emociones asociadas, significados, etc.); de ellas se desprenderá un conocimiento más profundo y veraz de la sensación dolorosa y, sobre este, organizar modos (psicológicos/psicoterapéuticos) de intervenir sobre él.

4º) Finalizamos con el estudio ciertos aspectos relevantes de la actividad terapéutica, especialmente la adherencia, el cumplimiento y el efecto placebo. Son componentes de aquella fáciles de entender y que permiten al médico no solo recetar tal o cuál fármaco, sino entender las condiciones que envuelven cualquier prescripción: Se desprenden, entonces, una serie de pautas a seguir para que esa acción sea mucho más eficaz y tenga los efectos deseados. En este sentido, se aportan datos de gran interés que no conviene olvidar.

Esperamos haber cubierto los objetivos que nos propusimos al principio de esta Formación, deseando una feliz lectura de las páginas que siguen.

Capítulo 16º. La salud: concepto y conductas de salud.

16.1. ¿Qué es la salud?

Hasta hace poco el tema de la salud no figuraba en los manuales de Psicología Médica pero, en el momento presente, las cosas han cambiado, naciendo un planteamiento completamente diferente, en un doble sentido: a) el paciente (como persona) está teniendo una importancia creciente en los servicios sanitarios, dado que se considera el responsable último del mantenimiento o pérdida de su salud y b) la prevención de las enfermedades se ha convertido en un objetivo primordial. De ahí que, antes de abordar la enfermedad, sea necesario introducirnos en el asunto de la salud y en los problemas que plantea.

16.1.1. Dificultades para definir la salud. Se trata de un concepto muy difícil de definir, no así la “enfermedad” que puede conceptualizarse de una manera clara, debido a la presentación de manifestaciones sintomáticas que el paciente percibe, interpreta, adopta ciertos comportamientos ante ellas, etc.

Salud es un concepto cambiante de acuerdo con las condiciones históricas, culturales y sociales. Como ejemplo de ello, diremos que en la Unión Soviética un disidente del régimen (comunista) era considerado como enfermo mental, sobre todo si se oponía frontalmente al mismo, y, como consecuencia, internado en un hospital psiquiátrico. Al contrario, en la Grecia antigua un delirante era un “enviado de los dioses”, que tenía “dotes proféticas” y había que escuchar con atención lo que decía.

En primera instancia, se definió la salud de forma negativa (aquello que no es), como “ausencia de enfermedad” (es un individuo sano aquel que no está enfermo). Esta conceptualización muestra una realidad dicotómica (sano-enfermo), que es poco útil para el ejercicio de la medicina, tal como la entendemos en la actualidad. Más tarde, se presentó una definición positiva (aquello que sí es) y se dijo que era un “estado de bienestar físico, mental y social”. Se trata de una ganancia porque, con ella, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye a la persona (sentimiento subjetivo: “bienestar mental y social”) y no solo al organismo (“ausencia de síntomas”).

Pero esta última idea de la salud aún resulta un poco miope, ya que esta va a depender directamente de las condiciones del entorno (p. ej. no es lo mismo la salud que puede existir en el barrio de Los Remedios, que en una barriada periférica, como es Pino Montano o Polígono Norte). Los medios culturalmente deprimidos realizan más acciones de riesgo por desconocimiento; de ahí que no pueda entenderse la salud como un estado absoluto y se tienda a contemplar (actualmente) como “el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social y de capacidad funcional que permite el medio social en el que está inmerso el sujeto”.

Como consecuencia, surge de lo expuesto la idea de “salud integral” montada sobre el “modelo bio-psico-social”, interviniendo en ella cada uno de estos tres componentes.

16.1.2. El continuo de la salud: la “zona neutra”. Se entiende que la salud no es un estado absoluto, sino un “estado funcional razonable”, que implica hasta dónde se puede conseguir en salud, dependiendo del sujeto del que se trate y del medio al que este pertenece. Asimismo, se define una “zona neutra”, en la que resulta imposible saber si el sujeto está sano o enfermo; tratase de una nueva idea que rompe con la dicotomía antes expuesta: sano-enfermo. Veamos algunos ejemplos que demuestran este lugar indefinido:

Mujer de 49 años de edad. Debido a su conflicto de pareja (de años de evolución), fuma más de un paquete al día. Al acabar el día presenta una “tos perruna” (en palabras suyas) y, cuando realiza algún esfuerzo (p. ej. subir una escalera), se asfixia.

Varón de 30 años. Sale todos los días a correr hasta la extenuación, terminando agotado. Se mira bastante al espejo y se ve “muy atractivo”. Desde que hace tanto ejercicio se ha producido en su vida un claro deterioro en las relaciones sociales.

Joven de 22 años. Para estudiar mejor y quedarse despierto por las noches, toma anfetaminas, cosa que hace con bastante frecuencia.

Viuda de 56 años. Siempre fue muy dependiente de su marido, de manera que él hacía todo: buscaba las amistades con las que la pareja tenía que relacionarse, tomaba la iniciativa en las conversaciones mientras ella permanecía en un segundo plano, llevaba las cuentas de la casa, etc. Ahora que él no está (ha fallecido recientemente), para mantener el contacto con los demás tiene que beber (en secreto) uno o dos chupitos de whisky todas las tardes; solo así puede ser sociable.

Un hombre de 40 quién, tras la pérdida de su mujer, se refugia en el alcohol y, como consecuencia de ello, abandona la atención a sus hijos e ingiere menos alimento. La analítica muestra anemia megaloblástica (por deficiencia de B12 y ácido fólico).

Los casos podrían multiplicarse; ante cualquier de ellos, surge la pregunta: ¿están sanos o enfermos? Si el pensamiento fuera dicotómico, posiblemente se diría de ellos que están “sanos”, si bien habría que añadir un “de momento”. Pero, como no estamos en una forma maniquea de entender la salud, hay que dar otra respuesta. Todos ellos tienen en común estas tres características:

1ª) No se puede afirmar sobre ellos de manera tajante que estén sanos o enfermos.

2ª) Resulta innegable que presentan una sobrecarga funcional en sus organismos, aunque no lleguen a mostrar lesiones identificables.

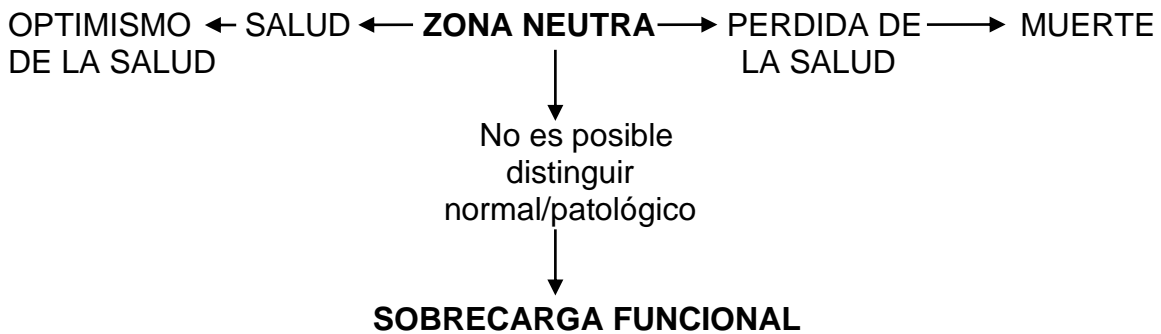
3ª) Realizan comportamientos que los alejan del estado de salud y los acercan a la enfermedad y, si el comportamiento persiste un tiempo, es probable que enfermen.

Por consiguiente, el nuevo modelo de salud establece:

a) La inexistencia de estados absolutos (“sano”/”enfermo”).

b) La existencia de una “zona neutra”, caracterizada por la sobrecarga funcional.

c) Un continuo entre salud y enfermedad, de manera que se gana o se pierde en salud, como puede verse en el siguiente esquema:



16.2. Las conductas de salud.

En la segunda mitad del s. XX, se produce un cambio: la mayoría de las muertes se debían a enfermedades relacionadas con el comportamiento y el estilo de vida (anteriormente, las infecciones –epidémicas o no- eran las patologías que diezaban a la población). De ahí que la salud requiera realizar comportamientos saludables y no evitar la enfermedad.

Teniendo en cuenta esto, tienen gran importancia lo que modernamente se llaman “conductas de salud”. Se denominan así a las “pautas promotoras o protectoras de la salud, que tienen una importancia en la prevención de la enfermedad, pues impiden su aparición si dicho comportamiento se mantiene”. Son ejemplos de ello: hacer ejercicio, cepillarse los dientes, hacerse revisiones de la mama, comer sanamente, buena higiene del sueño, controles de la próstata, caminar a diario, etc.

En el capítulo “Personalidad y enfermedad” (el 13º) vimos fallos importantes en las conductas de salud: personas que no descansaban, que no sabían disfrutar del ocio y del tiempo libre, siempre tenían prisa y no se contaban con un tiempo razonable para hacer las cosas, descuidos de la alimentación, etc.

Aquellos individuos que siempre están ocupados con el trabajo y sin poder parar son candidatos a la sobrecarga funcional precitada.

Considerar la existencia de conductas saludables, implica que:

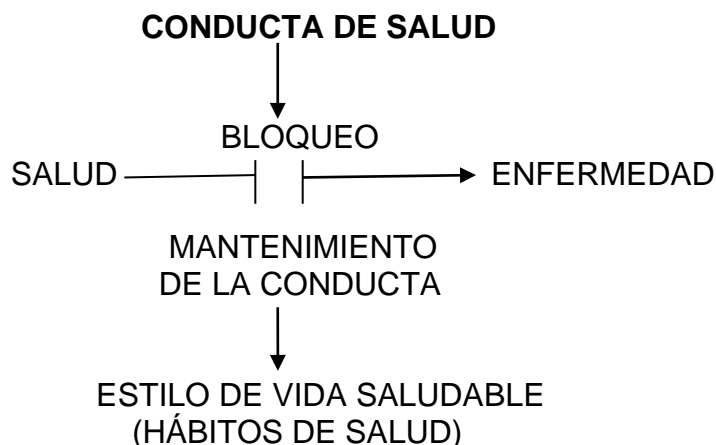
a) La persona puede intervenir activamente en su propia salud con sus hábitos, costumbres, conocimientos, valores, creencias, etc. Por consiguiente, la salud está en sus manos y no en las de los médicos.

Esta apreciación supone un grandísimo avance porque, si pensamos la salud como “ausencia de enfermedad”, el individuo no tiene nada que hacer ya que la enfermedad va a aparecer tarde o temprano y perderá la salud. Incluir al sujeto supone un logro pues lo hace responsable directo de su estado físico (“si no estás bien, es porque no haces nada para conseguirlo”). También en el esquema antiguo se depositaba la responsabilidad en el médico; era este último quién daba las pautas, mientras el paciente adoptaba un rol pasivo (“me pongo en sus manos, doctor”).

b) No siempre la persona está dispuesta a realizar una conducta saludable. De hecho, se es más proclive a hacer justamente lo contrario (p. ej. beber alcohol, trasechar, mantener relaciones sexuales sin protección, ir a gran velocidad por la carretera, no acudir a revisiones dentales, no descansar, matar el aburrimiento con el teléfono móvil, etc.). Esto hace que las conductas de salud sean poco estables, pues suponen para la persona un esfuerzo.

c) Para que sean efectivas tienen que mantenerse en el tiempo (p. ej. de poco vale que durante un mes haga una dieta rica en fibra, si después voy a volver a comer mismo de siempre –pasteles, embutidos, pasta, etc.-).

Como cabe entender, cualquier comportamiento saludable bloquea el paso de la salud a la enfermedad, pero como condición necesaria y suficiente hace falta la persistencia de las acciones.



16.3. Tipología de conductas de salud.

Las características descritas permiten clasificar a las conductas de salud en dos tipos:

a) Las “inconsistentes”. Son aquellas que se realizan por autoimposición, es decir, que el sujeto se obliga a sí mismo a hacer algo que en realidad no le apetece, algo que no entra dentro de su repertorio de comportamientos (p. ej. no como pasteles porque lo tengo que hacer y no porque esté claro en mi cabeza). Acaban abandonándose; ya sabemos que las obligaciones provocan más necesidad (p. ej. los atracones después de las dietas estrictas) e incluso, rebeldía (p.ej. estar harto de ciertas pautas). Esto se debe, muchas veces, al estado de privación en el que se coloca el individuo, sin que exista un convencimiento para hacerlo.

b) Las “consistentes”. Son aquellas que presentan las siguientes características, contrapuestas a las mencionadas en el apartado anterior:

-Se encuentran arraigadas firmemente, digamos que están interiorizadas o subjetivadas. La persona está convencida de que es eso lo que le conviene hacer, por lo tanto no tiene que obligarse a hacerlas.

-Se ponen en marcha automáticamente, con lo que el esfuerzo es mínimo.

-Son resistentes al cambio. Por lo tanto, logran mantenerse en el tiempo.

Son las más deseables porque pueden modificar radicalmente las condiciones de salud de el/la implicado/a, ya que ese conjunto de acciones las ha hecho suyas y forman parte de su vivir diario.

Un paciente de 53 años de edad, tras ciertas analíticas rutinarias descubre cifras altísimas de colesterol y triglicéridos que, automáticamente, asocia a la vida sedentaria que lleva y a la comida “basura” que ingiere diariamente. Tiempo atrás intentó hacer dietas, forzándose a cumplirlas sin éxito alguno. Ahora sí que se está implicado en el problema, sobre todo al recordar (en las sesiones de psicoterapia) la terrible muerte de sus padres (ambos sedentarios, que fallecieron por problemas cardiovasculares, siendo aún jóvenes). Así las cosas, todas las mañanas pone el reloj media hora antes, lo que le sirve para iniciar el día con una tabla de ejercicios; para tal fin, ha comprado una serie de aparatos (banco de remos, colchoneta, mancuernas, bicicleta estática, etc.) que ha colocado en un cuarto a propósito, lo que él denomina “mi pequeño gimnasio”. Mientras los realiza, escucha ópera con los cascos.

Hoy en día, casi todos los textos hablan de “estilo de vida y salud”; pues bien, ahora podemos referirnos al “estilo de vida saludable” o conjunto de “hábitos de salud” realizados por un individuo; se trata de una forma de vivir o estar en el

mundo que supone el despliegue sistemático de las conductas de salud “consistentes”, cumpliéndose las características ya descritas antes. La existencia del mismo redundaría en una mayor capacidad funcional y en la satisfacción psicológica del sujeto.

Para acabar con este capítulo, resta responder a la pregunta sobre ¿cómo se pueden conseguir conductas de salud “consistentes”? Para responderla nos remitimos al “modelo transteórico” de Prochaska y DiClemente (de 1982), que explica cómo tiene que producirse el cambio, dado que este es fundamental para que el sujeto lleve una vida sana (“estilo de vida saludable”) (p. ej. establecer interacciones con personas en un fóbico social, hacer deporte para una persona obesa, etc.). Aunque el modelo se planteó inicialmente para el tabaquismo, tiene una gran utilidad para el resto de los comportamientos saludables.

El cambio que se plantea se basa en la motivación, dado que para cambiar primero hay que desearlo y puede realizarlo el propio individuo o con ayuda terapéutica. En esta línea, Prochaska y DiClemente definen el proceso de cambio por el que pasan las personas en las siguientes etapas:

1ª) Precontemplación. No advierten que tengan un problema o que necesiten introducir alguna modificación en su vida; puede asimilarse a la “negación completa” (“a mí no me pasa eso”). Evidentemente, no suelen acudir a tratarse.

2ª) Contemplación. Aquí se produce una toma de conciencia, pero no hay esfuerzo alguno para cambiar; es equivalente a la “negación parcial” (“sé que me pasa eso que usted dice, pero ¿qué le voy a hacer yo si es así?”).

3ª) Preparación. La persona está motivada para el cambio y se analizan los planes específicos para llevarlo a cabo (cuándo, cómo, de qué forma, etc.). No es definitivo porque hay que pasar a la siguiente etapa.

4ª) Acción. Se implica en acciones que le llevarán al cambio y se produce una modificación efectiva del comportamiento.

5ª) Mantenimiento. En esta etapa se trata de conservar los cambios realizados. Puede asociarse a lo que hemos dicho antes sobre las conductas de salud “consistentes”: que deben continuar en el tiempo para que sean efectivas (p. ej. no vale con hacer ejercicio 8 ó 10 días, sino hay que persistir en esta acción).

El sujeto tiene que realizar también un balance decisional, esto es, valorar en qué ha consistido el cambio y si le ha merecido la pena, estimando los logros conseguidos. Se añade que, en el modelo expuesto, se contempla que el avance sea espiral (o no-lineal), dado que se acepta la posibilidad de “recaídas” (tras un avance, vuelve a una etapa anterior); incluso, los autores mencionados, entienden la recaída como una etapa más del proceso global.

Si esto ocurriera habría que motivar y consolar al paciente para que la vuelta a la etapa previa sea lo más cercana a la acción y, aunque se produzcan las recaídas, siempre existe un aprendizaje. Dicho de otra manera: se aceptan como normales los fracasos; pensarlo de una forma distinta sería algo irreal. Incluso, puede afirmarse que cada recaída acerca un paso más a la recuperación completa.

Capítulo 17º. La enfermedad como proceso humano: la conducta de enfermedad.

17.1. Concepto de enfermedad.

La enfermedad se define por un tipo de sufrimiento, de carácter físico, que se denomina “síntoma” y que puede tener una naturaleza variada (p. ej. malestar general, dolor, fiebre, astenia, tenesmo, diarrea, disnea, polaquiuria, etc.). Se debe a una alteración anatómica o funcional capaz de romper el equilibrio fisiológico del organismo; ahora bien, el malestar ocasionado por el síntoma puede ser:

a) Directo. Se habla de “trastorno” (para los anglosajones *disease*) y es debido al efecto que provoca la alteración real sobre el organismo (p. ej. la presión de un tumor sobre un órgano o la obstrucción que produce una masa en el tubo digestivo).

b) Indirecto. Se habla de “dolencia” (para los anglosajones *illness*) y se relaciona con cómo el sujeto percibe las alteraciones o la experiencia personal de estar o sentirse enfermo (p. ej. un trastorno de las cápsulas suprarrenales en la mujer provoca un aumento de vello facial –hirsutismo-, lo que puede ocasionarle un importante problema de imagen). El impacto psicológico de la sintomatología hace que cada enfermo sea único, pues siempre va a tratarse de reacciones personales (lo que a una persona puede hundirla anímicamente, a otra la deja completamente indiferente).

17.2. Reacciones psicológicas ante la enfermedad.

La enfermedad supone una “crisis biográfica” ya que provoca un impacto en la vida de un sujeto, en la que genera un desequilibrio. Por lo general, no puede ser anticipada, de ahí que este no pueda estar preparado para semejante evento.

En el siguiente gráfico se representa la trayectoria vital que sigue un individuo y cómo la enfermedad la tuerce cambiando el rumbo (p. ej. tiene que dejar un viaje negocios que tenía previsto, no puede asistir a la boda de su hija, abandona transitoriamente los estudios, etc.). Decimos que la enfermedad rompe la continuidad biográfica; téngase presente que la existencia de esta continuidad aporta seguridad, en tanto los cambios (sobre todo si son bruscos y/o intensos) alteran.



En la crisis descrita concurren varios tipos de experiencias psicológicas:

1) De amenaza. Cualquier enfermedad supone una amenaza para el bienestar y la integridad corporal, lo que implica una pérdida del control para la persona. En efecto, muchas veces aparece de forma inesperada y no se sabe la evolución que va a seguir; incluso, cuando se trata de una enfermedad grave que se ha curado (p. ej. ictus, cáncer, trombosis, etc.), persiste la amenaza de que pueda reactivarse o reaparecer en cualquier momento (“síndrome de Damocles”).

2) De privación. La persona pierde la libertad, pues tiene que realizar una serie de acciones que no le apetecen, como son: asistir a las consultas, someterse a pruebas, tiempo de espera, permanecer en la cama, etc. También se produce una privación del contacto con los demás, ya que no se puede interactuar (al menos de la misma forma que antes) mientras se está enfermo.

3) De frustración. Los proyectos y planes se vienen abajo cuando la enfermedad aparece (p. ej. terminar el grado, presentarse una oposición o hacer un viaje con los amigos).

4) Displacentera. La enfermedad provoca dolor, no solo por sí misma, sino también por las intervenciones a las que debe someterse el paciente (pruebas, exploraciones, operaciones, etc.).

5) Pérdida de imagen. En el desarrollo de la enfermedad pueden aparecer deformidades (p. ej. en la artritis reumatoide), manchas en la piel o arrugas (p. ej. la esclerodermia), adelgazamiento (p. ej. en el SIDA) o, incluso, fealdad (p. ej. en los tumores faciales, presencia de costras o pústulas). Tales alteraciones de la imagen requieren de una adaptación a las mismas y, muchas veces, aceptar la pérdida del aspecto físico (duelo), lo que no siempre se logra.

Arminda Aberastury, pionera del psicoanálisis en Argentina y una mujer bellísima, decidió quitarse la vida a los 62 años, tras verse afectada por una enfermedad que la desfiguraba.

6) Repliegue introspectivo-reflexivo. La presencia de síntomas da lugar a una tendencia a la introspección y a centrarse en el propio pensamiento, que lleva a buscar explicaciones (¿por qué me ha tocado a mí precisamente? ¿por qué en este momento en el que estaba tan contento?, etc.). En este momento, también se valoran los aciertos y errores que pueden estar implicados en la aparición de la enfermedad (“esto es de la bebida, sé que he abusado mucho”).

No es extraño que se despierten las creencias (p. ej. “Dios lo ha querido y me está sometiendo a una prueba”), que pueden ser calmantes para el nuevo estado en el que se encuentra la persona, limitando la desesperación. De todas maneras, el paciente puede tener una percepción demasiado negativa, insoportable o injusta de lo que le ha tocado vivir, llegando a presentar reacciones

exageradas. El papel del médico, en este sentido, es crucial pues puede trabajar con el paciente su malestar psicológico.

La enfermedad produce una activación de la capacidad de afrontamiento, que significa adaptarse a la misma e implica:

-Tolerar la adversidad que está viviendo.

-Reestructurar y reorganizar las circunstancias, haciendo frente a las demandas específicas que aparecen (p. ej. separación de la familia, hospitalización, pérdidas económicas, búsqueda de información, etc.).

-Deseo de superar la enfermedad y de colaborar con el médico.

Evidentemente, el paciente no siempre está dispuesto a dar estos pasos, de ahí que el afrontamiento se entienda como un proceso dinámico (nunca estático) en el que existe una continua negociación entre la persona y las circunstancias que está experimentando. Ello implica que van a darse periodos en los que se acepta el problema y otros en los que se rechaza, tratándose de un fenómeno oscilante. Esto mismo sucede con cualquier experiencia de cierta magnitud en la vida (p. ej. una pérdida importante), que no siempre se está dispuesto a asimilar.

17.3. La conducta de enfermedad.

El malestar físico lleva al individuo a formular una demanda de asistencia al sistema sanitario, que es donde cree que puede resolverse; al proceso asociado se le llama modernamente "conducta de enfermedad". Descrita por Mechanic y Volkart, se trata del conjunto de acciones de un individuo tras experimentar síntomas y signos, mostrando con ello su adaptación a la experiencia e implica:

-describir e interpretar los síntomas,

-reaccionar ante ellos y

-buscar ayuda.

Una salvedad hay que hacer a esta definición: padecer una enfermedad no es lo mismo que realizar una "conducta de enfermedad"; de hecho se pueden presentar varias posibilidades observables en la clínica (E: enfermedad, CE: conducta de enfermedad, V: verdadero, F: falso):

E	CE	
V	V	Posibilidad 1
V	F	Posibilidad 2
F	V	Posibilidad 3
F	F	Posibilidad 4

-La “posibilidad” 1 se refiere a un enfermo que se pone en marcha y realiza conductas de enfermedad apropiadamente, pues contempla la necesidad de acudir a una consulta.

-La “posibilidad 2”, en cambio, da cuenta de enfermos que no realizan dichas conductas por lo que quiera que sea; muchas veces se trata de lo que, más tarde, estudiaremos como “retrasos en la solicitud de atención médica”.

-La número “3”, se refiere a individuos que no están enfermos, pero que realizan comportamientos de enfermedad; son aquellos que definimos en el Cap. 1º como “enfermos problema”. Los hipocondríacos creen que cualquier manifestación fisiológica (p. ej. las palpitaciones o los movimientos peristálticos) es la expresión clara de una enfermedad grave (p. ej. cáncer), lo que les lleva a realizar consultas con numerosos especialistas sin encontrar soluciones.

-Finalmente, la “posibilidad 4” es la expresión de la salud (o de la “zona neutra”).

Seguidamente, emprendemos la tarea de estudiar las cuatro fases de la conducta de enfermedad.

17.3.1. La percepción del síntoma. Parece evidente que el primer paso de la conducta de enfermedad va a ser darse cuenta de que existen ciertas alteraciones en el organismo; para entender bien este paso, acudimos al concepto de “somatodisforia”.

Hablamos de “somatoforia” cuando el cuerpo se encuentra en “silencio”, lo que sucede en el estado de salud, en el que la persona no siente sus órganos. Pero, si existe alguna patología, un órgano se señala provocando sensaciones que son captadas por la persona implicada, en cuyo caso nos referimos a la “somatodisforia” (p. ej. en el ulcus gastroduodenal el paciente nota un pesar en el epigastrio que se calma cuando ingiere alimento). De todas formas, no se tiene que estar enfermo para romperse el “silencio” aludido, ya que las propias necesidades físicas pueden interrumpirlo momentáneamente (p. ej. el hambre o la sed), pero también ciertas condiciones usuales provocan el mismo efecto (p. ej. si ingiero mucha cerveza, siento el estómago distendido y me provoca cierta pesadez epigástrica); véase que, en tales casos, el fenómeno tiene un carácter transitorio. Si se da de forma permanente o se repiten en el tiempo, el individuo puede alertarse de que “algo no funciona bien”, en cuyo caso acude a consultar aunque las pruebas muestren resultados negativos.

El reconocimiento de las manifestaciones somáticas (fenómeno enteramente sensorio-perceptivo) va a depender de:

a) La naturaleza o tipo de síntomas. Si estos son agudos, son más difíciles de ignorar ya que, debido a la intensidad, provocan un estado de alarma en su

portador quién, en los casos en que es máxima la sensación, puede creer que va a morir (p. ej. en la apendicitis aguda o en el infarto agudo de miocardio).

b) Diferencias individuales. Aquí tenemos que estudiar el asunto de los “umbrales sensoriales”, ya que se trata de sensaciones físicas. Cada persona se da cuenta de que un síntoma existe en cuanto su intensidad alcanza el umbral; este es diferente según la persona que consideremos. Así, mientras algunos sienten grandes molestias ante mínimas sensaciones, a otros les hace falta una intensidad mucho mayor para notarlo. Por nuestra parte, observamos cómo las jóvenes dismenorreicas (dolor de la regla), tenían más dolor mientras más bajo se encontraba el umbral (1). En el capítulo dedicado al dolor veremos la relación que existe entre el umbral doloroso y las reacciones emocionales.

También en este apartado hay que considerar las diferencias atencionales; mientras una persona esté más atenta a las manifestaciones corporales, más las va a sentir. El hipocondríaco, que tiene toda su atención (de manera anómala) dirigida hacia el cuerpo, siente elevada la intensidad de cualquier manifestación física y, más tarde, la malinterpreta como “enfermedad maligna” (2). Lo mismo sucede con muchos estudiantes de medicina, cuando empiezan a abordar la patología, ya que, al tratar los diferentes síndromes empiezan a observarse más de la cuenta y descubren aspectos de su cuerpo que pueden “casar” con lo que el profesor está explicando.

Sin embargo, otras personas se encuentran en el polo opuesto, al no echar ninguna cuenta de su cuerpo; veamos un caso:

Se trata de una abogada, que trabaja 12 horas al día y, además, atiende a su familia. Tan dedicada está a su trabajo, que no nota las señales procedentes de su propio cuerpo; eso hace que jamás se dé cuenta del cansancio y, en consecuencia, continúe trabajando como si nada y sin percatarse de que no puede más. A tanto llega, que el fin de semana también tiene que llevarse el trabajo a casa y seguir con las tareas autoimpuestas. Entonces, su ignorado cuerpo empieza a emitir señales e, inicialmente, empieza con una hinchazón de las piernas asociada a un dolor que, al principio, apenas percibe y que, más tarde, se hace insoportable y, debido a la intensidad, por fin acude a consultar. Tras una serie de pruebas, no aparece ninguna alteración a la que achacar el síntoma, por lo que su médico de familia la envía a mi consulta. Durante el análisis se da cuenta de que es como si la sensibilidad (molestias, dolor, agotamiento, hinchazón, etc.) no pasaran de su cuerpo a su cabeza, “como si existiera un bloqueo a nivel del cuello”; dicho de otra manera: entre su cuerpo y su cabeza existe un corte imaginario. Finalmente, tras meses de tratamiento, y haciéndose consciente de la necesidad que tiene de descanso, logra mejorar desapareciendo la hinchazón y el malestar.

Además de lo citado, influye la afectividad; así, si una persona se encuentra deprimida, es posible que detecte menos las alteraciones físicas; al contrario, parece producirse en los cuadros de ansiedad.

c) Factores situacionales. Se cumple que, mientras mayor y más intensa sea la estimulación procedente del exterior, menor percepción sintomática. Ciertas circunstancias son capaces de absorber al sujeto, como es el caso de los padres que tienen que cuidar de hijos pequeños.

d) Influencias socio-culturales. Algunos síntomas son muy prevalentes en determinadas culturas y, por eso, precisamente, son difíciles de ver; de ahí que sea importante el “relieve” que tenga una manifestación sintomática en un determinado grupo. Así, en nuestra cultura, es frecuente el estreñimiento por las prisas, lo mismo que la ansiedad (estrés) y la gente no suele tratarse hasta que el sufrimiento se hace insostenible. Por otra parte, para tratar estas manifestaciones, hace falta acudir a un servicio sanitario, lo cual puede ocupar un tiempo del que no se dispone.

17.3.2. La interpretación del síntoma. Mientras que la percepción (del síntoma) tiene que ver con captar el cuerpo, lo que en él se está produciendo, la interpretación pertenece a la esfera del pensamiento (ver Cap. 7º). Se relaciona con aportar un significado a las alteraciones físicas presentes pero, para lograrlo, hace falta que pasen previamente por el proceso perceptivo (percatarse o darse cuenta). Se trata ahora de lo que el sujeto piensa sobre lo que está experimentando, de manera que el resultado puede ser más o menos acertado.

La interpretación de una manifestación física es acertada si se piensa como un “síntoma”, es decir, como un fenómeno producido por el cuerpo que puede afectar seriamente la salud y/o dejar secuelas. Como veremos, esto no siempre se realiza de esta forma, dándose las interpretaciones más variopintas, algunas de las cuáles pueden perjudicar a el/la afectado/a. La interpretación va a depender de los siguientes factores:

a) La materialidad del síntoma. Con este término se indica la importancia que cobra este en la conciencia del paciente. Si muestra una gran intensidad, obviamente, la interpretación será la correcta (“tengo algo grave y voy a llamar a mi médico de familia” o “me encuentro mal y me voy rápidamente para el hospital”). Si, por el contrario, son síntomas leves es corriente que la interpretación sea incorrecta (“son gases”, “me va a venir la regla”, “me sentó mal el desayuno”, “no voy a beber más vino por la noche”, etc.).

b) La experiencia previa. Los enfermos crónicos son expertos en la correcta interpretación de los síntomas porque ya los conocen. Las embarazadas por segunda vez encuentran significados adecuados a sus molestias; en cambio, las primerizas, al no tener referencias, se quejan más y realizan falsas atribuciones (p. ej. “estoy muy preocupada porque creo que voy a abortar”).

Los síntomas no padecidos antes y, sobre todo si no son demasiado intensos, provocan más interpretaciones fallidas. También puede ser una fuente de error que alguien de la familia haya sufrido una enfermedad importante (p. ej. ante una madre fallecida por un cáncer de mama, la hija puede creer que va a terminar sus días como ella y cualquier bulto o elevación en su mama, va a interpretarse en el mismo sentido).

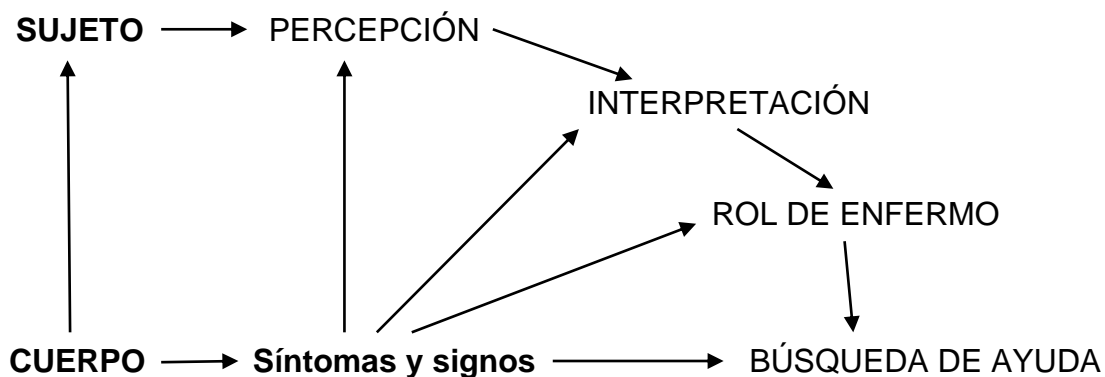
c) Creencias y opiniones del grupo de pertenencia. Las creencias también son fuentes de atribuciones inadecuadas, pudiendo separarse entre ellas dos grupos:

-Las mágicas. Aquí la enfermedad se atribuye a causas sobrenaturales (“mal de ojo”, algún tipo de hechizo o conjuro, encantamientos, alguna sustancia que pusieron en la comida, etc.). Aunque parezcan desterradas de nuestro medio, siguen dándose y con gran fuerza, para sorpresa de todos (3).

-Las religiosas. En este caso, los síntomas pueden achacarse a la acción de la divinidad (“Dios me ha castigado”, “Así lo ha querido Él”) o al pecado y el correspondiente castigo.

Una chica de 22 años, achacaba el lupus eritematoso que padecía desde el año anterior a sus prácticas masturbatorias. No había manera de hacerla pensar de otro modo, pues estaba completamente convencida y ni siquiera podía dudar de sus afirmaciones. Era una persona bastante religiosa.

Ambos tipos de creencias pueden hacer que no se produzca la interpretación correcta (“esto es un problema que tengo en mi cuerpo y he de buscar la forma de obtener una información fidedigna que me confirme o no, lo que yo sospecho”). En la actualidad, con la presencia en nuestro país de personas de otras culturas, contamos con variadas interpretaciones mágicas imperantes en su medio, algunas de las cuáles nos resultan ciertamente extrañas. En Comunicación Asistencial se estudiarán dichas creencias y como intervenir en ellas.



17.3.3. Asumir del rol de enfermo. Una vez que el sujeto ha captado sus síntomas y los ha interpretado adecuadamente, lo que hace es adoptar el papel social de enfermo. Este se encuentra conformado por una serie de normas y comportamientos que fueron ya formulados por el sociólogo norteamericano Talcott Parsons, profesor de la Universidad de Harvard (4); sus características son las siguientes (Modelo de Parsons):

a) Ausencia de responsabilidad. Ser enfermo es un rol involuntario, que excede la capacidad de control del sujeto, por lo tanto, este no tiene culpable de su aparición.

b) No cumplimiento de las obligaciones habituales. El enfermo se encuentra exento de tener que acudir al trabajo o realizar otras tareas que le han sido impuestas.

c) Reconocimiento de la indeseabilidad. Nadie quiere tener una enfermedad, por lo tanto, la persona tiene que pensar en hacer todo lo que esté en su mano para curarse.

e) Buscar asistencia técnica profesional. Una cosa es pensar en buscar ayuda profesional y otra distinta es ponerse en marcha y solicitar ayuda al sistema de sanitario y ponerse en manos de un médico.

Si estudiamos con atención las características, enunciadas por Parsons, nos damos cuenta de que el enfermo se coloca en una posición de “regresión”, vuelve atrás en el proceso evolutivo (convendría repasar los “mecanismos de defensa” del yo, en el Cap. 12º). En efecto, las características que presenta en ese momento son de: dependencia, pasividad, pensamiento mágico (p. ej. cree que el médico lo va a salvar sin siquiera poner de su parte). La regresión sana que se produce en la enfermedad es parcial (breve y controlada), resultando necesaria en muchas patologías, pues permite ponerse en manos de un médico, e indispensable en las más graves (intervenciones de alto riesgo, cuidados intensivos, etc.).

Pero, la regresión también puede hacerse patológica, lo que sucede en aquellas ocasiones en las que el paciente quiere mantener los síntomas, a pesar de que la enfermedad se ha curado, debido a las ventajas que le trae continuar en este estado (p. ej. no tener que trabajar). Incluso, puede suceder que la persona se provoque a sí misma los síntomas para pasar por enfermo y, empleando el engaño, lograr sus propios objetivos de manera deshonesto (p. ej. obtener una baja permanente).

Como puede verse, se trata de un asunto muy importante para el médico y que necesariamente tenemos que ampliar, de manera que lo continuaremos en Comunicación Asistencial.

17.3.4. La búsqueda de ayuda. La última etapa de la conducta de enfermedad consiste en ponerse en marcha para buscar una solución al problema (diagnóstico y tratamiento). Va a depender de:

a) Los factores demográficos. Tenemos en cuenta los siguientes:

-La edad. Los niños y los ancianos son los usuarios más frecuentes del sistema sanitario. Los primeros porque son llevados por los padres, muchas veces ante la más mínima molestia. Los ancianos consultan por la presencia de síntomas reales o, frecuentemente, porque el centro de salud es un lugar idóneo para encontrarse (es tomado como un “club social”).

-El sexo. Sabemos que las mujeres consultan más frecuentemente que los hombres; se han esgrimido varias razones, entre ellas son dignas de destacarse: la presencia de más somatizaciones y, también, porque los hombres tienen que “ser fuertes” de acuerdo con el rol clásico asignado para ellos (“no puedo ser débil”) y aguantan estoicamente las molestias.

-La clase social. Las clases más bajas utilizan menos los servicios de salud y realizan más consultas relacionadas con las medicinas alternativas (curanderos, chamanes, médiums, acupuntura, etc.).

b) Los factores culturales. Las minorías étnicas, sobre todo si están concentradas en grupos afines aislados del resto de la comunidad, usan más los remedios tradicionales impuestos por la propia cultura. Entretanto, los grupos urbanos emplean más la medicina y utilizan más las medidas preventivas.

c) Los factores psicológicos. Aquí existen varios elementos a considerar:

-La percepción de la gravedad del síntoma. A su vez dependiente de la gravedad percibida y de ciertos aspectos subjetivos (recordemos a los hipocondríacos).

-Interferencia de los síntomas en las actividades habituales. Una artrosis incipiente de los dedos cobra gran relieve para un pianista o un cirujano y le lleva inmediatamente a buscar ayuda; sin embargo, si esta misma patología asienta en cualquier otra persona, puede retrasar la consulta indefinidamente.

-Influencia de la familia y la comunidad. Los mensajes familiares tienen una gran importancia, ya que existen familias cuyos miembros están preocupadísimos por la salud, mientras que otras no atienden a este asunto, porque centran su interés en otras cosas (p. ej. dinero, prácticas religiosas, vida social, etc.). Asimismo, los grupos familiares despliegan significados particulares para cada una de las enfermedades.

17.4. La conducta de enfermedad anormal.

La conducta de enfermedad normal resulta eficiente en la resolución del problema, pues consiste en el “enfrentamiento”; cabe entenderlo como el conjunto de procesos psicológicos, en constante cambio, encaminados a manejar las demandas externas/internas que se generan a partir de la aparición de la enfermedad.

Por el contrario, la conducta de enfermedad anormal consiste en la persistencia en:

a) Percibir e interpretar inapropiadamente la enfermedad. Puede ser por:

-Negación: no reconocer que se está enfermo.

-Aportar significados anormales: cualquier pensamiento o idea asociada a la enfermedad, que no la entienda como tal.

-Escape o evasión: entretenerse con cualquier cosa para no verse como enfermo y acudir a tratarse (p. ej. tareas de la casa, compras, etc.).

-Miedo al diagnóstico y la correspondiente evitación.

-Búsqueda de ayuda no realista (rezos, ensalmos, exorcismos, rituales mágicos, etc.); puede ser peligroso cuando se abandona el camino de la medicina.

b) Realizar actos que mantienen la patología (p. ej. un bronquítico crónico que sigue fumando, enfermo hepático que continúa consumiendo alcohol, etc.). Estos actos, a su debido tiempo, los llamaremos “conductas de riesgo”.

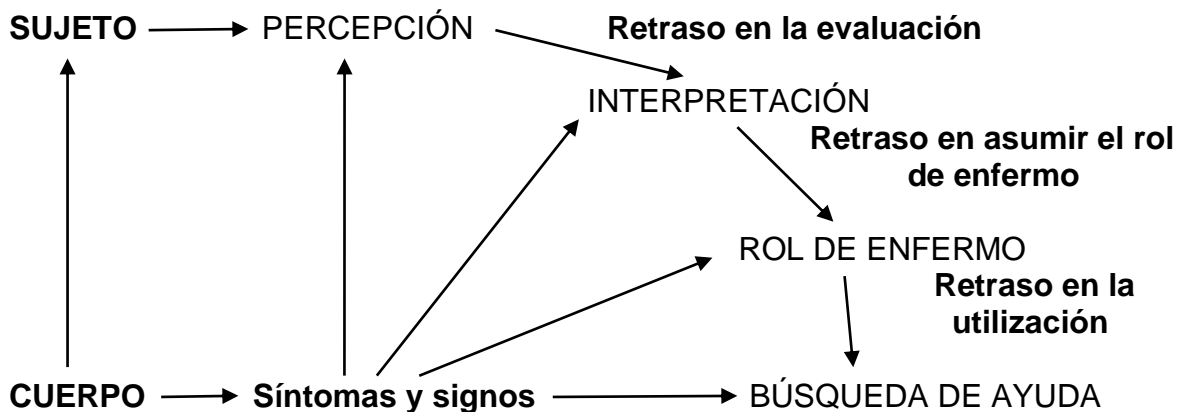
Una paciente fumadora, de 60 años de edad, ha sido diagnosticada de cáncer de pulmón y orientada terapéuticamente en este sentido. En la consulta, le pregunta al médico: ¿puedo seguir fumando? La respuesta de este fue contundente: “de ningún modo, pero el daño ya está hecho”. De esta expresión, que tiene un carácter eminentemente prohibitivo y tiene dos partes, la paciente se queda con la segunda (“el daño ya está hecho”), a la que añade un contenido de su propia cosecha: “luego, puedo seguir fumando porque más daño no se puede hacer”. En consecuencia, a pesar de las intervenciones ¡continúa consumiendo un paquete de tabaco al día!

La realización de conductas de salud anormales, producen dos consecuencias, que pueden llegar a ser nefastas:

1ª) Los retrasos en la solicitud de consulta (“conductas de dilación” o de “retraso”). Se trata del tiempo que pasa desde que una persona percibe por primera vez los síntomas hasta que contacta con la atención sanitaria. Debido a

ello, puede vivir con una o más manifestaciones patológicas potencialmente serias durante meses (¡incluso años!) sin buscar ayuda.

La dilación en la solicitud de consulta puede ser de tres tipos según donde asiente: a) retraso en la evaluación (entre la percepción y la interpretación del síntoma), b) retraso en asumir el rol de enfermo (entre la interpretación y adoptar dicho papel) y c) retraso en la utilización (entre el rol del enfermo y la búsqueda de ayuda). Cualquiera de ellos puede ocasionar un importante perjuicio a la salud de la persona, ya que ciertas enfermedades se agravan o, incluso, se hacen incurables si no se cogen a tiempo.



2ª) Lo contrario de lo anterior es el abuso de los servicios sanitarios o utilización excesiva de los recursos. Evidentemente, si el médico ya ha informado a su paciente de que las conductas que realiza son negativas para la evolución de su enfermedad y las sigue haciendo, va a tener una serie de síntomas extra que podría haberse ahorrado; como consecuencia de ello, va a consultar más frecuentemente buscando alivio. Puede aplicarse aquí el famoso dicho de: “a Dios rogando y con el mazo dando”; al mismo tiempo que quieren mejorar y/o curarse, siguen realizando actos que lo impiden.

Además, se incluirían aquí individuos que solicitan atención médica y, a pesar de que sus quejas son físicas, el origen de las mismas es psicológico, no debiéndose a una enfermedad (¡el 40-50 % de las consultas médicas son de enfermos funcionales!). Se incluyen en este grupo: depresivos y ansiosos con síntomas somáticos, hipocondríacos y otros trastornos somatomorfos (muestran síntomas sin un soporte material demostrado) y aquellos que buscan obtener beneficios con la enfermedad (p. ej. pagas, bajas laborales, ingresos hospitalarios, apoyo familiar, quedarse con la custodia de los hijos, eludir responsabilidades, etc.).

BIBLIOGRAFÍA.

1. García Arroyo JM. Aspectos subjetivos de la mujer con dismenorrea primaria. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2017; 82(3): 271-279.
2. García Arroyo JM. Aspectos subjetivos de la hipocondría. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 2021; 84(3).
3. García Arroyo JM. Descripción de las creencias y prácticas mágicas relacionadas con la medicina. *Revista Internacional de Humanidades Médicas* 2019; 7(1): 1-10.
4. Parsons T. *El sistema social*. Madrid: Alianza Universidad, 1984.

Capítulo 18º. Psicología del dolor.

18.1. Concepto y funciones del dolor.

Junto a la angustia y la ansiedad, el dolor es una de las causas más comunes de sufrimiento humano y, además, es la razón más frecuente para buscar ayuda médica. Al mismo tiempo, el elevado consumo de antiálgicos por parte de la población está causando un grave problema de salud pública, sobre todo debido a la dependencia de los nuevos fármacos opioides. Todo ello informa de la importancia que tiene para el médico el asunto del dolor, de ahí que tengamos que dedicarle un capítulo en exclusiva.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable ligada a lesiones tisulares presentes, potenciales o descritas en términos que evocan una lesión”.

Podemos entender al dolor como una experiencia subjetiva compleja que consiste en:

- a) Una sensación (no es un sentimiento) de carácter desagradable o displacentera.
- b) Resultado del daño provocado en los tejidos por un agente, que puede ser externo (p. ej. el fuego) o interno (p. ej. el ácido clorhídrico en la pirosis).
- c) Provoca la implicación emocional del sujeto.
- d) Resulta importante el informe verbal del sujeto, que forma parte de lo que se ha llamado en la actualidad la “narrativa del sufrimiento”.

Las funciones del dolor son las siguientes:

1) Defensiva. Protección contra los agentes nocivos externos: al producirse el dolor se interrumpe el contacto con ellos (p. ej. si me estoy quemando con una plancha, en cuanto noto el malestar, retiro la mano y así protejo mis tejidos). Existe un síndrome llamado de “analgesia congénita” en el que falta el papel de la alarma dolorosa desde el nacimiento, tratándose de individuos que viven poco debido a la falta de defensa que tiene el cuerpo.

2) Alerta. Advierte si el organismo no funciona bien y, así, muchas enfermedades potencialmente letales se diagnostican gracias al dolor (p. ej. en el cáncer de páncreas aparece un dolor que adopta la forma de una barra aplastando el abdomen).

3) Impide la repetición de las situaciones dañinas. Se produce gracias a que la sensación dolorosa queda asociada a una circunstancia particular (p. ej. si he metido el dedo en el enchufe, no lo vuelvo a hacer más evitando que me dé un

calambrazo). Funciona como un “castigo”, que disminuye la posibilidad de que la conducta vuelva a aparecer.

Pero, el dolor da lugar a una importante paradoja, que es la siguiente: existen dolores muy intensos en casos de lesiones mínimas (p. ej. el dolor de muelas –odontalgia-) y, sin embargo, existen grandes alteraciones físicas sin apenas dolor (p. ej. ciertas neoplasias invasoras).

Hay dolores fugaces o transitorios que forman parte de nuestra experiencia cotidiana y que carecen de importancia médica (p. ej. el dolor de cuello que experimentamos tras adoptar una postura incómoda en la cama o el dolor de estómago tras una ingesta copiosa). La importancia se adquiere cuando el dolor es intenso, persistente o recurrente; trátase de características que ponen en alerta tanto al paciente como al médico, sobre todo si no puede relacionarse con una causa inmediata como las citadas en los ejemplos.

18.2. Tipos de dolor.

Resulta muy útil en el ámbito de la medicina separar entre:

18.2.1. Dolor agudo. Siguiendo la línea precedente, se trata de una manifestación sensorial que sirve para alertar al conjunto del organismo de una lesión (externa, interna). Pone en guardia al sujeto sobre la gravedad del problema.

18.2.2. Dolor crónico. Sensación dolorosa persistente (más de 6 meses), que no cede con los tratamientos y se convierte en un elemento esencial de la enfermedad para el paciente. A su vez, dentro de la categoría del dolor crónico pueden establecerse varios subtipos:

A) Nociceptivo. Aquí se produce un gran aflujo de estímulos al sistema nervioso central debido a la excesiva activación de los receptores (p. ej. grandes quemados, enfermedades degenerativas, traumatismos, postoperatorios, etc.). Tiene utilidad pues se asocia a la función defensiva.

B) Neuropático. Se debe a una afectación del sistema nervioso periférico (p. ej. sección de un nervio, neuropatía diabética, etc.) o central (p. ej. traumatismo medular, infarto cerebral, etc.). No tiene utilidad defensiva y pueden llegar a ser invalidantes.

C) Psicógeno. No existe una lesión aparente o, si ha existido, ha desaparecido. No se explica por un mecanismo fisiopatológico; quiere decir que se ponen en juego los factores psicológicos (o emocionales, como más tarde se verá). Engel y Mechanic hablaron de las “personalidades propensas al dolor”.

El dolor psicógeno puede tener un propósito o motivación de carácter inconsciente (p. ej. conseguir el afecto o la atención de las personas cercanas).

D) Mixto. En este último caso, se halla una lesión pero esta no explica ni la gravedad ni la persistencia del dolor (p. ej. tiene un dolor muy intenso en la zona cervico-dorsal superior, pero las lesiones que se advierten en la columna cervical son mínimas no siendo suficientes para relacionarlas con dicha sensación). El sujeto está centrado en su dolor e incapacidad y, curiosamente, aumenta cuando tiene que afrontar responsabilidades. Se postula, como en el caso anterior, de la existencia de ciertas motivaciones o propósitos.

18.3. Componentes cognitivos del dolor.

Antes se dijo que el dolor es una experiencia compleja y ciertamente lo es. Cuando un material humano concreto tiene esta característica, hay que descomponerlo en unidades más pequeñas para poder estudiarlo. En principio, en la experiencia dolorosa hay que separar los “componentes cognitivos” de los “afectivos” o “emocionales”; comenzamos con los primeros de ellos:

18.3.1. La sensación. El dolor es una sensación displacentera ubicada en un sector de la corporalidad y es subjetiva, lo que indica que solo es accesible a la persona que lo experimenta. No existe ningún aparato o medio (físico o químico) para detectar o medir objetivamente el dolor, aunque sí puede inferirse de manera indirecta a partir de la presencia de ciertas lesiones que podrían justificarlo; aún así, la sensación dolorosa es indemostrable. De ahí que existan muchas personas que la llegan a simularla, con un objetivo claro (p. ej. conseguir una baja laboral).

La sensación dolorosa, entendida como síntoma, es clave en medicina y se estudia con gran precisión (localización, irradiación, duración, intensidad, circunstancias que lo mejoran o empeoran, etc.), pues se utiliza para llegar al diagnóstico. En este sentido, va a formar parte de síndromes clínicos conocidos donde la anamnesis es fundamental.

Las características de la sensación dolorosa son las siguientes:

a) Imposibilidad de ser negado ya que se trata de una experiencia que se impone en la conciencia. Sí puede disimularse, sobre todo si no es demasiado intenso, buscando que se cumplan ciertos propósitos (p. ej. para que los demás no vean la correspondiente expresión, que denotaría “debilidad”).

b) Se produce de modo instantáneo. No existe demora entre la lesión y la aparición del dolor.

c) No puede ser verificado. Con lo único que contamos es con la palabra del paciente (la “narrativa del sufrimiento”) y con ciertas manifestaciones físicas que pueden inducir a pensar que, efectivamente, son el origen de la sensación dolorosa. Antes se habló de que en el dolor de tipo “mixto” las lesiones no explican la gravedad ni la persistencia del dolor; véase, que aquí se entra en el criterio de valoración del profesional de la medicina y en la consideración, por

parte de este, de la personalidad del paciente y de las motivaciones (conscientes o inconscientes) que lo llevan a mantener el estado en el que se presenta.

d) Provoca la aparición de posturas antálgicas. A menudo vemos al dolorido en una postura corporal característica, buscada porque disminuye la sensación dolorosa. Puede llegar, incluso, a quedarse inmóvil; esto último tiene un gran utilidad física ya que facilita la curación de las lesiones; así, en una fractura dejar el miembro afectado quieto favorece la osteosíntesis, cosa que no sucedería si permaneciera en movimiento; las férulas y escayolas fomentan este aspecto que la propia naturaleza pone en marcha.

En este sentido, se puede decir que el dolor actúa como “reforzador negativo” ya que, si me muevo aparece el dolor por lo tanto, me quedo quieto y ya no lo siento; quiere decir que el dolor, entendido como estímulo desagradable, aparece antes de la conducta de inmovilidad.

e) Da lugar a una expresividad característica, que en conjunto se denomina “conducta de dolor”: gritos, quejas, lamentos, contorsiones, llanto, etc. En última instancia, estos comportamientos se asocian a una llamada primitiva de auxilio al Otro todopoderoso, que puede ayudar a resolver el sufrimiento; ello implica la presencia de una regresión (hacerse más pequeño para que un adulto lo salve). Esta expresividad se produce con más facilidad en mujeres (no en todas, claro), encontrándose en el origen de la diferencia la presencia de patrones culturales adquiridos durante el proceso educativo.

18.3.2. La percepción. Siempre se cumple que la sensación dolorosa tiende a rebasar los límites de la lesión; así, cuando se siente dolor en una zona determinada (p. ej. debido a una herida en la piel), la sensación no acaba en los exactamente en los bordes de la herida. Entonces, al observar la zona afectada, al percibirla visualmente, se unen la sensación corporal y la percepción visual y el resultado consiste en que se contiene la zona dolorida en un espacio preciso. Esto se debe a que se produce una integración entre la sensación corporal (dolor) y la percepción óptica (visión de la zona afectada), concretando el dolor en un lugar de la superficie corporal. El resultado es la contención ya que se pone una nota de realidad en algo tan difuso como es la propia sensación dolorosa.

SENSACIÓN DOLOROSA + PERCEPCIÓN = **CONTENCIÓN DEL DOLOR**
CORPORAL VISUAL
(difusa) (concreta)

De lo anterior se sigue que el dolor visceral, al no poder apreciarse la zona afectada con claridad, porque es interna, se siente más difuso y de mayor gravedad; en tal caso, no se puede poner la nota de realidad que hemos descrito y que aporta la percepción visual.

18.3.3. La atención. El dolor se impone en la conciencia, sobre todo si es intenso, provocando un estado de ensimismamiento; entonces, el sujeto deja de captar el mundo externo y pone la atención en la sensación que le domina. Ello puede dar lugar, sobre todo si el dolor es crónico, a un deterioro en las relaciones sociales e interpersonales. En consecuencia, todo aquello que atrae la atención de la persona implicada hace que el dolor se experimente con menor intensidad, pudiendo llegar a no sentirlo (analgesia); esto sucede cuando los soldados se encuentran en combate, mientras están luchando y, aunque alguna bala los haya alcanzado, no sienten el dolor. Pero, tras la lucha, empiezan a manifestarse las consecuencias dolorosas de las lesiones sufridas.

Hay que añadir a lo dicho que las distracciones forman parte del tratamiento psicológico de los pacientes con dolor crónico.

18.3.4. La imaginarización. Consiste en adjuntar una imagen a la sensación dolorosa, constituyéndose en un proceso de asimilación subjetiva de la experiencia. Consiste en englobar el dolor en figuras características, es decir, crear una representación fantástica del dolor (Rf) que intenta mantenerlo dentro de ciertos límites.

La artista mejicana Frida Kahlo, que padecía una fibromialgia, se dibuja a sí misma en uno de sus cuadros con 11 flechas clavadas justamente en los puntos dolorosos de su cuerpo. Evidentemente, nadie le había clavado ninguna flecha (realidad), pero sí es como ella se imaginaba su dolor (fantasía), tratándose de una forma de representarlo y, más que nada, de apaciguarlo.

Luego, el dolor no solo se intenta contener con ciertos procesos orgánicos que están descritos en los textos (se estudian en anatomía y en fisiología), sino que también se procura calmar desde los procesos psicológicos. Aunque estas figuraciones son subjetivas (cada paciente hace la suya propia), en medicina existen descripciones ya clásicas que detallamos a continuación:

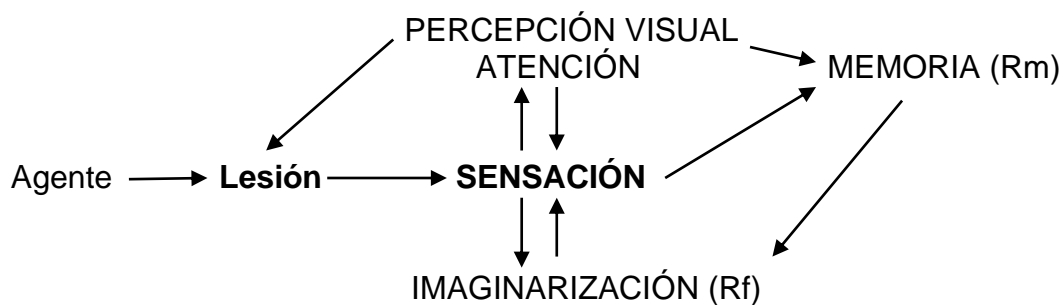
FIGURACIÓN	DENOMINACIÓN	PATOLOGÍA IMPLICADA
Pinchazo	Pungitivo	Pleural
Lanzada	Lancinante	Peritonitis
Opresión	Constrictivo	Accidente coronario
Pesadez	Gravitatorio	Jaqueca
Corrosión o taladro	Terebrante	Odontalgia
Quemadura	Urente	Esofágico
Descarga eléctrica	Fulgurante	Neuralgia
Latidos	Pulsátil	Cefaleas, abscesos
Noria (ascensos y descensos)	Cólico	Nefrítico

Evidentemente, en ellas los médicos se dejaron llevar por el imaginario colectivo o grupal.

Es posible, incluso, que la parte afectada por el dolor pueda llegar (en proceso de imaginarización) a tener vida propia, aspecto al que luego volveremos.

18.3.5. La memoria. El recuerdo de la sensación displacentera, ahora grabada en el caudal mnémico (Rm), impide que la experiencia vuelva a repetirse. Si el dolor es agudo, se impide un nuevo contacto con el agente y, si es crónico, pueden recuperarse de la memoria aquellas situaciones en las que el dolor aparecía o aumentaba de intensidad (p. ej. hábitos, dietas, actividades, posturas, posición durante el sueño, etc.).

En el siguiente grafo se ponen de manifiesto las complicadas relaciones que existen entre los diferentes componentes cognitivos del dolor:



18.4. Componentes afectivos del dolor.

La aparición del dolor en cualquier parte del cuerpo rompe la armonía preexistente del sujeto, de manera que se producen reacciones emocionales; estas pueden diferenciarse según el dolor del que se trate:

a) Si es agudo son comunes: miedo, enfado, irritabilidad e ira; la activación que provocan estas emociones aumenta la alerta, llegando a producir insomnio (provocado no solo por la sensación dolorosa en sí misma). Si es demasiado intenso, aparece el desmayo como manera de desconectar la conciencia, para interrumpir el curso de una sensación que se hace insoportable.

b) El dolor crónico se acompaña de: desesperanza, desesperación, impotencia, falta de autoestima o autoinculpación. Con cierta frecuencia el paciente se echa la culpa de su aparición; a menudo, rebusca en su historia más inmediata aquellos hechos que le han podido llevar al malestar que siente.

Las emociones son las responsables del “umbral doloroso” o intensidad del estímulo necesario para que la persona lo perciba como doloroso. Aquellas hacen que el umbral pueda moverse. Esto justifica que el dolor se perciba de distinta manera según la personalidad y justifica las diferencias que existen entre

alteración física y sensación dolorosa; de este modo, hay personas con una sensibilidad extraordinaria al dolor (tienen el umbral bajo), mientras que otras resultan más resistentes a dichas sensaciones (tienen el umbral alto). Tales diferencias fueron demostradas por nosotros en chicas jóvenes con “dismenorrea primaria”, como ya comentamos en el capítulo anterior; todas ellas mostraron un umbral demasiado bajo por el dolor (1).

Entre la alteración física y la sensación dolorosa pueden presentarse las siguientes variantes:

a) Disminución de la sensación dolorosa (hipoalgesia). La hallamos en las siguientes circunstancias:

-Los psicópatas, que muestran una bajada en las respuestas emocionales (fríaldad), frecuentemente presentan una disminución del dolor que puede llegar a la analgesia; veamos un caso:

Estando en una ocasión de guardia en el Hospital me llamaron desde el servicio de Traumatología para determinar el estado mental de un motorista que había tenido un accidente. Le había ocurrido lo siguiente: yendo en su vehículo pasó por su lado, a gran velocidad, otra moto que le cortó el pie de manera limpia a la altura del tobillo. El traumatólogo estaba sorprendido que no sintiera prácticamente dolor, con la lesión tan tremenda que presentaba; creía que el paciente estaba drogado (sustancias de diseño, cocaína, anfetaminas, etc.), pero no había signos de tal cosa. Hablando él contó, con cierta indiferencia, que había metido el pié en una bolsa y lo había traído al hospital para que se lo cosieran. El estudio de su personalidad reveló rasgos psicopáticos, los cuáles explicaban de alguna manera la hipoalgesia.

Este fenómeno justifica que los psicópatas sean buenos soldados, pues pueden convertirse en “máquinas de guerra”; Jacques Lacan ya hizo alguna aportación en este sentido cuando estuvo en Inglaterra.

-La sugestión puede producir el mismo efecto, un fenómeno que puede utilizarse clínicamente para disminuir la sensación dolorosa. Don Santiago Ramón y Cajal no solo se dedicó al microscopio, sino que investigó sobre la sugestión y la hipnosis y las aplicó a las mujeres de parto, instaurando el parto sin dolor, procedimiento que aplicó a su propia mujer.

-Las personas altamente concentradas en una tarea, como pueden ser los boxeadores, cuando realizan la correspondiente actividad dejan de sentir el dolor.

b) Aumento del dolor (hiperalgesia). Si las emociones son demasiado intensas, cualquier estímulo puede provocar dolor; se habla entonces de “dolor neurotizado” (2). Este fenómeno puede encontrarse en las siguientes circunstancias:

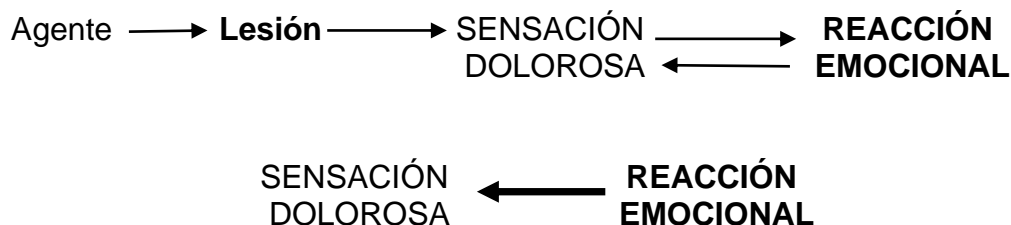
-Histéricos, fóbicos. Las personas fóbicas muestran una anticipación del dolor que las mantiene en un estado de alerta nada beneficioso de cara a las intervenciones, un aspecto que el médico debe tener en cuenta. Se añade que la histeria ha evolucionado en el mundo contemporáneo hacia cuadros dolorosos (fibromialgia), dejando atrás las crisis conversivas que llenaban las consultas de los psiquiatras (convulsiones).

-Personas dependientes, con baja autoestima e introvertidos.

-Si se producen frases culpabilizadoras desde el exterior aumenta la sensación dolorosa, es decir, en aquellos casos en los que aparece un Otro culpabilizador (“tú te lo has buscado, así que no te quejes”) o en actuaciones poco comprensivas (“bueno, que no es para tanto”, “lo que yo he tenido es mucho peor que lo tuyo y no me quejaba así”); en todos ellos desciende también el umbral doloroso.

c) Aparición del dolor sin alteraciones físicas (dolor psicógeno). También es posible que el dolor aparezca sin ninguna lesión, lo que se debe al influjo de las emociones intensas. Las clasificaciones actuales de trastornos mentales abren una categoría para esta alteración que se denomina: “trastorno de dolor somatomorfo” (3). Entonces, la queja predominante es la persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o por un trastorno somático. Se añade que el dolor se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo o la atención de los demás. Como cabe pensar, estas personas buscan médicos que las diagnostiquen correctamente, mientras se encuentran frustrados al no hallar respuestas definitivas.

En el siguiente grafo se pone de manifiesto las dos posibilidades: 1) que el dolor ponga en marcha una reacción emocional, identificándose un agente o 2) que las emociones intensas provoquen manifestaciones dolorosas sin que haya un agente. En el primer caso, las emociones pueden (retroactivamente) influir sobre la intensidad de la sensación.



18.5. La incorporación subjetiva del dolor.

Anteriormente, hemos estudiado algunos mecanismos psicológicos que procuran incorporar subjetivamente el dolor, como era el caso de la creación de un recuerdo o la imaginarización. Pero, ahora es el momento de tratar de algunas formas específicas de proceder que pretenden subjetivarlo de una manera más eficaz.

18.5.1. El significado. Se trata de cómo interviene el pensamiento racional para incorporar el dolor. Muchas veces, cuando se le pregunta al paciente a qué achaca su dolor, suele responder con lo que cree que le está ocurriendo (p. ej. tiene un cáncer y se va a morir). Entramos en un plano nuevo del dolor: el sentido; ahora el paciente aporta un significado a su experiencia, tratándose de una construcción personal que no tiene por qué casar enteramente con la realidad.

-Cuando es agudo, el significado que se aporta tiene un carácter inmediato y es de muerte inminente, ya que existe una gravedad percibida (pensemos en una apendicitis aguda, en el infarto agudo de miocardio o en el embarazo ectópico).

-Si es crónico, se vive como un sin-sentido, como un absurdo. Sobre este punto se posan las creencias del enfermo (p. ej. “castigo por mis pecados”, “una prueba que me pone Dios, ¡otra más!”, “la mala suerte que me ha rondado toda mi vida”, “mi destino es que todo me salga mal siempre”, “es mi karma”, etc.).

Puede conducir a la depresión, al tratarse de un sufrimiento inútil. Un sufrimiento útil sería el de la mujer que está de parto: va a aguantar lo que sea con tal de que le nazca un niño sano y fuerte.

Freud había acordado con su médico, el doctor Max Schur, precipitar su final si el dolor asociado a su enfermedad llegaba a límites insoportables; dijo con toda claridad: “ahórreme sufrimientos gratuitos”. Sufría un cáncer de mandíbula por el que había sido sometido a más de 30 intervenciones quirúrgicas. Un día le pidió al afamado doctor que cumpliera con su parte del trato y así lo hizo, dado que el dolor no tenía ningún sentido (sin-sentido). Presto, el doctor Schur le inyectó dosis letales de morfina que terminaron con su vida el día 23 de septiembre de 1939; tenía 83 años y ocurrió en Londres.

Como hemos dicho repetidas veces, el dolor da lugar a una “narrativa del sufrimiento”, que consiste en un relato construido por el propio paciente con el intento de dotar de un sentido a su malestar, intentando apagar el absurdo. Esta narración es personal y, en consecuencia, no tiene nada que ver con lo que afirme otro sujeto sobre su propio malestar. Realizar este esfuerzo (narrativo) implica hablar de aquello que no se puede (o no se sabe cómo) hablar, porque el dolor forma parte de lo real del cuerpo, algo que escapa a la palabra.

18.5.2. Los sentimientos. Ahora se trata de englobar al dolor en la estructura subjetiva y, en esta acción, el sujeto hace suyo el dolor. Alonso Fernández habla de “apropiación del dolor” (2) y, siguiendo la línea del capítulo, podemos referirnos a una nueva forma de “subjetivar del dolor”. Hemos visto como los pacientes que lo han incorporado a su subjetividad, a menudo, dan un nombre al dolor o lo personalizan (“ese maldito”, “el indeseable”, etc.).

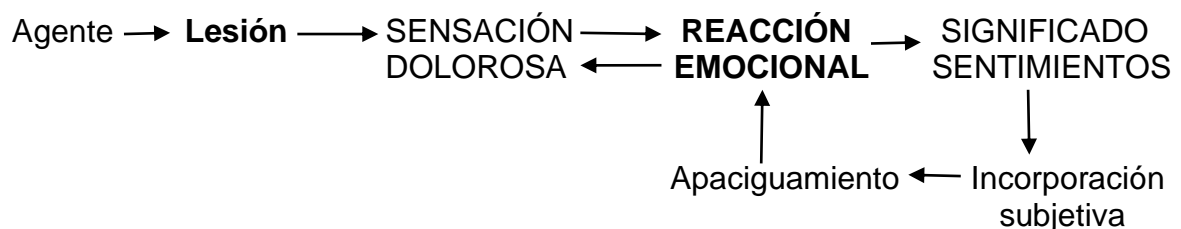
Pero, no todos ellos llegan a este punto (favorable) y, en este sentido, se han definido distintas posturas respecto al dolor:

-No aceptación: actitud de rechazo completo, que puede tomar la forma combativa o la de abandono.

-Aceptación. Cuando esto ocurre, se consigue que se atemperen las emociones por el predominio de los sentimientos, con lo que puede variar favorablemente el umbral doloroso. Hablamos entonces de la transformación de un “dolor neurotizado” (comandado por las emociones) en un “dolor humanizado” (dirigido por los sentimientos) (2).

-Aceptación patológica. Las agrupadas en este apartado son personas que buscan el dolor por la razón que sea: masoquistas, ganancias secundarias, sacrificarse, obtener la consideración ajena, etc.

Para acabar, presentamos un grafo en el que se recogen los diferentes mecanismos estudiados en el último apartado:



BIBLIOGRAFÍA.

1. García Arroyo JM. Aspectos subjetivos de la mujer con dismenorrea primaria. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2017; 82(3): 271-279.
2. Alonso Fernández F. Psicología Médica y Social (5ª ed.). Barcelona: Salvat, 1973.
3. Organización Mundial de la Salud. 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10): Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.

Capítulo 19º. Factores psicológicos de la actividad terapéutica: adherencia y cumplimiento. Efecto placebo.

19.1. El lazo afectivo médico-paciente.

Cualquier relación del médico con su paciente supone un efecto psicológico importante, una cuestión que antaño no se tenía en cuenta, ya que lo importante era el organismo y sus manifestaciones patológicas. De ahí que, como se maneje esta relación pueda producir un efecto benéfico o terapéutico o, lo contrario, un efecto no-terapéutico o antiterapéutico.

El vínculo transferencial o lazo intenso y automático dirigido hacia el médico se constituye en una ligazón necesaria para conseguir un resultado positivo. En cualquier caso, pueden darse diferentes eventualidades, pues:

- existen pacientes que no son capaces de establecer esta relación,
- la establecen pero tiene un carácter inestable,
- pasan de un lazo afectivo muy positivo a una desvalorización global (transferencia negativa) o
- desarrollan una transferencia masiva, inundando al médico con toda su carga afectiva, con las creencias e, incluso, desarrollando exigencias imposibles de cumplir (tanto para el médico como para la propia medicina).

Como ya se estudió (ver capítulo 2º) el profesional de la medicina desarrolla una contratransferencia o lazo afectivo y cognitivo hacia el paciente que, a veces, es la respuesta a la propia transferencia. El médico tiene que aprender a manejar estos aspectos afectivos implícitos en la relación (transferencia y contratransferencia); de ahí la necesidad que tiene el médico de conocerse a sí mismo.

19.2. El cumplimiento terapéutico y la adherencia.

19.2.1. Cumplimiento e incumplimiento. Una pregunta que se desprende del contacto que médico y enfermo mantienen es: ¿sigue este último siempre las indicaciones médicas? La respuesta, obviamente, es negativa, pudiendo darse el caso de que el enfermo mienta al médico respecto a cómo sigue las pautas terapéuticas.

En este contexto, llamamos “cumplimiento” al grado en que el paciente sigue las instrucciones y prescripciones de los profesionales de la salud; en consecuencia, se trata de la coincidencia entre la conducta adoptada por el paciente (C) y lo que el médico le indica (In), que formulado queda del siguiente modo:

$$C = In$$

El “incumplimiento” expresa la no coincidencia entre estos dos elementos; se escribe así:

$$C \neq In$$

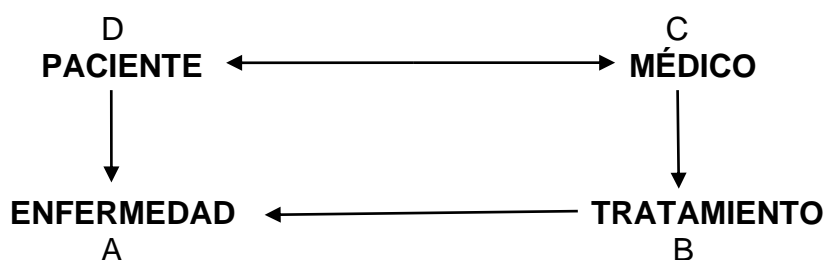
En algunos casos este fenómeno puede tener una dimensión positiva, ya que se trata de una actitud defensiva del paciente (p. ej. cuando las exigencias médicas son muy altas, cuando se actúa imponiendo un tratamiento que no tiene fundamentos o da alguna pauta sin que exista un diagnóstico concluyente); en cualquiera de estos casos, el sujeto (con buen criterio) responde negándose a tomar la medicación. Además, el cumplimiento posee una dimensión ética: la libertad del propio paciente de seguir o no las indicaciones médicas; ya se dijo que, en el nuevo modelo de salud, el paciente tiene que adoptar un papel completamente activo.

Por otro lado, la confirmación del cumplimiento es técnicamente muy difícil y, debido a ello, frecuentemente se halla infradiagnosticado.

19.2.2. La adherencia. Se trata de la actitud colaboradora y el compromiso voluntario por parte del paciente, que tiene el objetivo de conseguir el resultado terapéutico deseado. Hay que fijarse bien en que, mientras el cumplimiento no incluye la participación activa del paciente, la adherencia sí.

Cuando se analizan las cifras, estos problemas muestran una importante magnitud; así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala las dificultades en la cumplimentación y adherencia en alrededor la mitad de los tratamientos crónicos; en casos de enfermedades psiquiátricas crónicas oscila entre el 70 y el 80 %.

19.2.3. Determinantes del cumplimiento y la adherencia. Los factores que influyen en la adherencia son cuatro y quedan recogidos en el siguiente esquema, que vamos a estudiar detenidamente:



A) Características de la enfermedad:

-Tipo concreto de patología (las enfermedades agudas se siguen de mayor cumplimiento).

-Perfil sintomático (si la enfermedad no interfiere con las labores habituales, mayor incumplimiento).

- Gravedad (si es menos grave, mayor incumplimiento).
- Tiempo de evolución (si es más larga, más incumplimiento).
- Tratamientos recibidos (influye la experiencia previa).

B) Características del tratamiento.

- Tipo de tratamiento (si la aplicación del medicamento es dolorosa, más incumplimiento).
- Duración (si es más largo, más incumplimiento).
- Complejidad (si es más complicado, más incumplimiento).
- Dosificación (mientras más ingestas tiene que hacer, más incumplimiento).
- Tolerabilidad (más efectos secundarios implica más incumplimiento).

Este apartado induce a pensar que el médico, antes de hacer una prescripción tiene que pensar en las particularidades del tratamiento que va a indicar a un determinado paciente. A título de ejemplo: si prescribo solo dos tomas en lugar de cuatro, será positivo para el éxito terapéutico; lo mismo ocurre si le doy dos medicamentos que no tengan el mismo color (y forma) para que el paciente los diferencie bien al tomárselos.

C) Actitud del médico.

- Grado de interés para ofrecer información (mientras menos información se ponga en juego, más incumplimiento).
- Empatía (la menor empatía se sigue de más incumplimiento).
- Capacidad persuasiva (si es menor, más incumplimiento).
- Claridad de exposición de las normas terapéuticas (si es menor, más incumplimiento).

Antes se creía que la actitud del médico no intervenía en la mejoría del paciente, pero los estudios más recientes revelan que es crucial; se trata de un aspecto que será tratado ampliamente en Comunicación Asistencial.

D) Características del paciente.

- Sociodemográficas (las edades extremas se siguen de mayor incumplimiento).
- Personalidad (influyen ciertas actitudes, como las desconfiada e hipocondríaca).

-Variables psicosociales (influyen los déficits mnésicos, atencionales o visuales).

-Capacidad económica (si es menor, mayor incumplimiento).

-Relación con la familia y los cuidadores (si existe una negación de la enfermedad –por parte del individuo o del grupo en el que se haya inserto-, mayor incumplimiento).

La identificación de estos determinantes ayudan a predecir los efectos del tratamiento en el futuro.

19.2.4. Sugerencias para favorecer el cumplimiento y la adherencia.

Separamos dos apartados:

A) A nivel social:

-Facilitar el acceso a la asistencia (supone que el paciente puede tener un mejor contacto con los sanitarios)

-Promover la educación para la salud (el paciente se encuentra mejor informado).

B) A nivel individual:

-Comprobar el grado de comprensión del paciente acerca del tratamiento.

-Utilizar la comunicación centrada en el paciente.

-Facilitar las visitas de seguimiento.

-Explorar las razones del paciente para el incumplimiento.

Quiere decir que, haciendo mínimos cambios en la relación terapéutica (p. ej. escuchar las propuestas o las dificultades de quién consulta) pueden obtenerse resultados mucho mejores. Este apartado se constituye en un puente con la Comunicación Asistencial.

19.3. El efecto placebo.

19.3.1. Concepto de “placebo” y “efecto placebo”. La palabra “placebo” viene de *placere*, que significa “coplacer”. Fue Macht quién (en 1916) administró el primer placebo para estudiar el efecto analgésico de la morfina, en relación con un grupo control con el que empleó suero fisiológico. Sabemos que hasta hace unos 100 años la mayoría de los tratamientos eran placebos.

Se entiende por “efecto placebo” aquel fenómeno por el cual los síntomas de un paciente mejoran mediante un tratamiento que no tiene efectos directamente relacionados con lo que causa los síntomas (etiología, conocida o no). Tiene las siguientes características:

- a) Existe una respuesta positiva referida por el paciente.
- b) La sustancia empleada no tiene acción biológica (agua, lactosa).
- c) El médico lo prescribe a pesar de lo anterior.

Se entiende por “placebo” una sustancia inerte que se acompaña de una acción curativa que le confiere el efecto terapéutico.

SUSTANCIA + INTERVENCIÓN CURATICA = **EFFECTO TERAPÉUTICO**

Existen dos tipos:

a) Placebo puro: es una sustancia que no tiene ingredientes farmacológicamente activos.

b) Placebo impuro (o pseudoplacebo). Se trata de una sustancia, intervención o método terapéutico que tiene un valor conocido para algunas enfermedades, pero no para la condición para la que se prescribe.

El placebo se comporta como un verdadero fármaco pero su efecto declina con el tiempo, igualándose a los pacientes que no toman tratamiento. Se añade que un placebo puede potenciar los efectos de un fármaco real y su retirada puede disminuir el efecto de dicha sustancia. Puede originar efectos secundarios no deseables (“efecto nocebo”).

En la investigación farmacológica se tiene muy en cuenta el “efecto placebo”; de ahí que se utilice el método del “doble ciego”, consistente en que a una parte de la población se le da el fármaco investigado y a otra, una sustancia sin efectos farmacológicos (ensayos clínicos aleatorizados).

19.3.2. Tipos de respuesta al placebo. En relación al placebo, existen diferentes maneras de responder:

a) Los sensibles en sentido positivo. Son aquellos individuos que obtienen una mejoría subjetiva de los síntomas, constituyéndose en la tercera parte de casos.

b) Los sensibles en sentido negativo. Estos sujetos experimentan un empeoramiento subjetivo.

c) Los insensibles. Un grupo formado por los que no responden.

Se entiende por “efecto nocebo” el empeoramiento de los síntomas o signos de una enfermedad por la expectativa (consciente o no) de que se produzcan efectos negativos de una medida terapéutica. Dicho de otra forma: son las reacciones dañinas, desagradables o indeseables que manifiesta una persona al administrarle una droga que es farmacológicamente inerte. Por consiguiente, no

se trata de un efecto generado químicamente, sino como consecuencia de las expectativas pesimistas propias del sujeto.

19.3.3. Factores que intervienen en el efecto placebo. Tenemos que considerar a los siguientes:

a) Tipo de síntoma. Lo que responden más significativamente son: el dolor, el estado de ánimo deprimido y la ansiedad.

b) Personalidad. Depende de las características del sujeto, siendo el resultado la sugestión, interviniendo a favor de esta los siguientes aspectos:

-expectativas, atribución o imaginación,

-rasgos histéricos, hipocondríacos, extrovertidos, ansiosos y dependientes,

-afectividad lábil o inestable,

-socialmente más conservadores y cooperadores con el personal facultativo.

Tienden, por el contrario, a reaccionar más negativamente: los desconfiados, la que manifiestan una tendencia a la ansiedad somatizada y los introvertidos.

c) Experiencias previas: basta con que sean fármacos y maniobras terapéuticas similares; se debe al fenómeno de “generalización” (ver cap. 2º). La disminución del efecto se relaciona con la “extinción” (ver cap. 2º).

d) Personalidad del médico. Influyen las expectativas y convicciones que tenga y la actitud de disposición a la ayuda.

e) Características de la sustancia y vía de administración.

-Los inyectables tienen más efecto que los comprimidos y estos, a su vez, más que los supositorios.

-Los coloreados más que los incoloros.

-Los amargos más que los que no tienen sabor.

-Los que tienen efectos secundarios, son más efectivos.

-El paso del tiempo reduce el efecto.

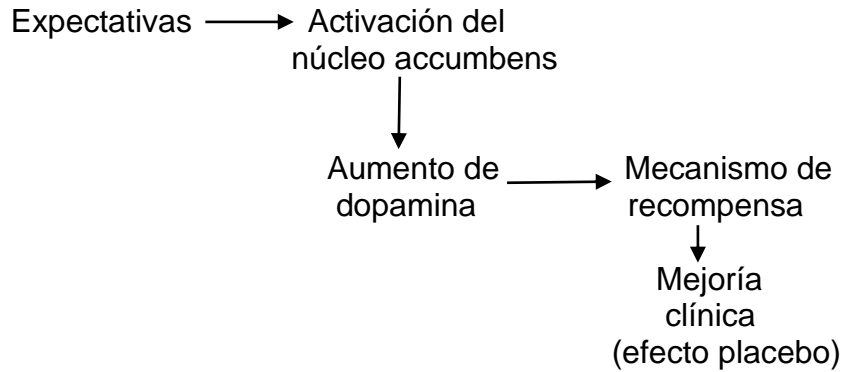
f) Sociales. Influyen, a su vez:

-Si se trata de instituciones prestigiosas donde se realiza el tratamiento.

-Las campañas publicitarias que hablan de los efectos positivos.

-Los comentarios de otras personas (pacientes y conocidos).

Desde el punto de vista biológico, en el efecto placebo se ha implicado a la dopamina y a los opioides, con una activación de núcleo accumbens. Los sucesos que se postulan quedan claramente reflejados en el siguiente grafo lineal:



19.3.4. Utilidad del efecto placebo. Habría que tener en cuenta las siguientes indicaciones o utilidades:

a) Personas dependientes de la medicación con una exigencia de consumir algún fármaco, sin otras alternativas. El terreno donde mejor se ha estudiado es en la analgesia, pero existen otras áreas donde se producen efectos favorables (tos, vómitos, mareos de viajes, insomnio, fiebre, ansiedad, depresión, cefaleas, verrugas, resfriado común, angina de pecho, asma, esclerosis múltiple, diabetes, úlcera, cáncer, Parkinson y artritis reumatoide).

b) Casos en los que la medicación característica está contraindicada o sus efectos son demasiado lentos.

c) Como sustituto del fármaco activo que se venía empleando, pero ya no es necesario o resulta peligroso, en un enfermo crónico.

d) Programas de gradual supresión de fármacos para ir sustituyendo progresivamente la dosis.