

TEMA 5

EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD. MODELOS DE SALUD-ENFERMEDAD.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Un poco de historia.
2. Diferentes conceptos de salud.
3. Caracterización de los problemas de salud y sus determinantes.
4. El modelo bio-psico-social de salud y enfermedad.
5. Concepto de enfermedad.
6. Concepto de Calidad de vida.
7. Repercusiones de la enfermedad en la familia.
8. Hábitos de vida y conductas de riesgo para la salud.
9. Bibliografía.

1. UN POCO DE HISTORIA

En 1930 se efectuó una profunda reforma en la formación universitaria en Medicina como respuesta a los importantes y significativos avances técnicos y científicos que se estaban produciendo, y se fueron incorporando a las facultades de Medicina la docencia de las especialidades.

Se mejoró el nivel científico-técnico pero se generó la fragmentación, favoreciéndose la despersonalización con el consiguiente deterioro de la relación médico-paciente. Como respuesta a esta situación, en la década de los años 60-70 se produjo un impulso en el ámbito internacional de la Atención Primaria y se inició la creación en diferentes países, de la especialidad de Medicina de Familia, para dar respuesta a una evidencia incontrovertible como es la realidad holística del enfermar y a una necesidad ineludible como lo es el abordaje global de cada persona en el proceso de salud-enfermedad.

2. DIFERENTES CONCEPTOS DE SALUD.

● **La OMS**, en su Carta Constitucional de **1946**, define la salud como el “*estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad*”. Sin embargo, no fue la primera definición positiva de salud, ya que **Sigerist**¹, en el año **1943**, daba su propia definición de salud: “*La salud no es sólo la ausencia de la enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida exige del individuo*”.

La definición de Salud de la OMS supuso un paso hacia delante muy importante, en cuanto que se trataba de una definición en sentido positivo y por primera vez se refería a la salud no sólo en el aspecto físico o somático, sino también en el mental y social.

No obstante, la definición de salud de la OMS, pese a la aceptación con que fue recibida y la vigencia que todavía tiene, ha recibido **críticas** por parte de diversos autores², al considerarla utópica, estática y subjetiva.

Utópica en cuanto que el estado de completo bienestar físico, mental y social parece difícilmente alcanzable hoy en día, tanto a nivel individual como colectivo. **Estática**, en tanto que tal y como viene definida, la salud parece restringida sólo para aquél individuo que consigue este estado de completo bienestar, siendo los sanos la excepción. Estática también porque el concepto de salud cambia de acuerdo con las necesidades de cada grupo o sociedad. Y **subjetiva**, ya que debe ser el propio individuo el que valore si goza o no de este estado de completo bienestar físico, mental y social, no existiendo ningún aspecto en esta definición de la OMS que permita objetivar la salud.

Piédrola³, en su excelente revisión sobre salud y sus determinantes, añaden otro aspecto criticable a esta definición, en cuanto que **equiparar bienestar a salud no siempre es correcto**, dando un ejemplo sumamente demostrativo, el del drogadicto bajo los efectos de una dosis, que experimenta una sensación de bienestar, pero que en absoluto puede equipararse a salud.

• Ante esta oleada de críticas, parecía obligatorio intentar mejorar la definición de la OMS. En la **Carta de la Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, en 1986**, la salud se percibe como un producto de la vida cotidiana y no como la base de la vida; se ocupa de un concepto positivo valorando los recursos sociales e individuales, así como las capacidades físicas.

Ante las exigencias de tantas definiciones de salud, Goldberg⁴ las clasifica, atendiendo a su enfoque, en las siguientes:

- De enfoque perceptual, que incluye aquellas que definen la salud básicamente como una percepción de bienestar del individuo; su ejemplo principal es la clásica definición de la OMS.
- De enfoque funcional, cuando definen la salud centrada en la capacidad de funcionamiento del sujeto.
- De enfoque de adaptación, cuando en la definición se entiende la salud como la perfecta adaptación del organismo a su entorno.

Sin embargo, y pese a que cada una de las definiciones existentes de salud se podría encuadrar en alguna de estas modalidades descritas por Goldberg, se puede comprobar cómo, inevitablemente, todas ellas están basadas en la concepción individual de salud: el individuo va a ser el mejor juez para valorar su estado de salud. Pero además, la salud es un concepto relativo y multidimensional. **Relativo**, porque lo que constituye la salud o la enfermedad está siempre referido a un contexto social y cultural propio del individuo y **multidimensional o multifactorial** porque va a depender de este contexto sociocultural, del nivel económico, de la accesibilidad al sistema sanitario, etc, es decir, de una serie de factores determinantes de la salud.

3. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES

Hemos de tener en cuenta que, aunque muchos de los problemas y necesidades de salud pueden ser detectados en la consulta al acudir las personas en busca de atención médica, otros pasan con frecuencia inadvertidos como consecuencia de no ser reconocidos por el profesional o incluso por el propio paciente (morbilidad oculta).

Es difícil hacer una diferenciación neta entre los términos **“problema de salud”** y **“necesidad de salud”**. Algunos autores definen el primero como *“toda situación en la que se produce un estado de salud considerado como deficiente por el individuo, por el médico o por la colectividad”*. Sin embargo, la necesidad de salud es un concepto subjetivo y de valor relativo. Por tanto, pueden darse situaciones en las que haya necesidades sin que concurra un problema de salud. Así, por ejemplo, una mujer embarazada puede sentir la necesidad de atención médica sin que se presente ningún tipo de problema de salud.

También podemos considerar como **“problema de salud”** a *“toda situación de salud, real o potencial, que gravite en la comunidad, y sobre la que exista posibilidad de influir en ella misma, en su origen o en sus consecuencias”*. En esta definición debemos de tener en cuenta una serie de aspectos:

1. **“Situación de salud”**: Debemos eludir la identificación de problema de salud con enfermedad. Existen determinados problemas de salud como la mala higiene bucodental u otros factores de riesgo que no son necesariamente enfermedades.
2. **“Real o potencial”**: puede que la situación que se haya manifestado sea real o que existan determinadas condiciones necesarias para que se produzca, como ocurre con determinados problemas medioambientales.
3. **“Que gravite en la comunidad”**: es necesario que el factor afecte a la comunidad. Ej: varios casos de enfermedad infecciosa, como hepatitis vírica o tuberculosis, puede afectar a individuos sanos de la misma comunidad, constituyendo un problema de salud.
4. **“Posibilidad de influir”**: no tendría ningún sentido el abordaje de un problema de salud, asignando recursos que pueden ser útiles en otras actividades, cuando no hay perspectiva de mejorar la situación de salud.
5. **“En ella misma, su origen o sus consecuencias”**: las actuaciones a plantear no son necesariamente sanitarias en su génesis o en sus consecuencias. Una epidemia de gastroenteritis puede desencadenarse por una inadecuada cadena de conservación de alimentos o por un deficiente tratamiento de las aguas. Por tanto, se debe analizar el origen, el desarrollo y las consecuencias del problema de salud.

Pues bien, la detección de un problema de salud en una comunidad concreta tiene poco valor si no se acompaña de la identificación de una serie de factores condicionantes, los cuales determinan en mayor o menor medida su aparición y/o magnitud. La caracterización del problema de salud y el establecimiento de relaciones de causalidad entre el problema y estos factores, en los casos en que ello es posible, permite orientar las decisiones a tomar y los tipos de intervenciones necesarias para actuar sobre la situación que se pretende cambiar. Por tanto, si consideramos la salud como una variable dependiente, ésta puede estar influida por diferentes determinantes (variables independientes), también llamados factores condicionantes.

Para que los problemas y necesidades de salud puedan ser debidamente tipificados, generalmente se debe tratar de responder a tres preguntas esenciales: ¿a quién afecta?, ¿dónde sucede?, ¿cuándo se produce? A estas preguntas responden las características de persona (edad, sexo, clase social, raza, ocupación, religión, antecedentes familiares, etc...), lugar epidemiológico (geográfico, climatología, contaminantes medioambientales) y tiempo (proceso agudo, crónico, periodo de incubación, etc)

E. Presser ⁵ habla de los factores condicionantes de salud. Considera que cada comunidad tiene un nivel de salud y que éste es, a su vez, resultante de las características propias de sus individuos y de los factores condicionantes del mismo, distinguiéndose **tres factores condicionantes de la salud**:

- Los referidos a la **susceptibilidad del individuo**, producto de dos variables principales: las características de la población y el grado de nutrición.
- **El medio ambiente**, considerado en dos grandes grupos: el ambiente natural y el ambiente cultural, influyendo sobre éste último factores como la vivienda, educación, patrones culturales, ocupación, etc.
- La llamada “**política de salud**“ o forma en que se utilizan los recursos que la comunidad ha asignado para las tareas de salud.

Estos factores condicionantes de salud de una comunidad están íntimamente relacionados con los **determinantes de salud descritos** por Lalonde ⁶ en 1974. Este Ministro de Salud canadiense analizó la salud y los factores condicionantes de la misma en este país, construyendo un modelo que ha pasado a ser clásico en Salud Pública, según el cual la salud de una comunidad viene determinada por la interacción de cuatro variables:

1. La **biología humana** (factores biológicos o endógenos).
2. El **medio ambiente**, entendido no sólo como medio ambiente físico (aire, suelo, clima, etc), sino también como medio ambiente psicosocial y sociocultural, que podrá estar contaminado por factores de muy diversa naturaleza.
3. El **estilo de vida** (factores ligados a los hábitos de vida).
4. El **Sistema de Salud y de asistencia sanitaria**.

Salvo sobre la primera variable, apenas susceptible de modificación, sobre las demás sí se puede intervenir mediante acciones de salud pública, sin olvidar que todas ellas están muy influenciadas por los factores sociales, estando suficientemente demostrado que si no se controlan aquellos que sean negativos (pobreza, desempleo, etc), será muy difícil poder modificar de forma positiva el nivel de salud de la comunidad.

4. MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE SALUD-ENFERMEDAD

En 1977, Engel ⁷ propuso la introducción del denominado modelo biopsicosocial. Según el nuevo modelo, el paciente aparece como un sistema complejo que resulta de la interrelación de tres subsistemas también complejos. Su cuerpo (con otros subsistemas), su vida psíquica y su ambiente psicosocial. Esta manera de plantear la realidad se inscribiría dentro de un paradigma distinto al reduccionista (por ejemplo, pensar en términos de “función” y no de “causa”) y que tiende a ser llamado “holista”, con un abordaje integral del paciente, considerando todas sus dimensiones, sin excluir ninguna.

Consecuencias prácticas: el nuevo método clínico.

Con la perspectiva ofrecida por el modelo biopsicosocial, el método clínico que debe emplear el médico para resolver los problemas de salud, abarcará la consideración de

dos aspectos diferentes de la realidad. Por un lado, el aspecto empírico, de carácter cuantitativo y, por tanto, medible (por ejemplo, la consideración del nivel de glucemia de un paciente) y, por otro, el aspecto de tipo existencial o conductual, de carácter cualitativo (por ejemplo, la consideración de los sentimientos, actitudes y sensaciones del paciente) y que es susceptible de ser interpretado atendiendo a modelos de tipo antropológico que deben ser contruidos para que los datos individuales resulten significativos. Se trata, por tanto, de un método de interpretación de los resultados, siendo el aspecto clave que introduce la relación entre el médico y el paciente. En definitiva, lo que el médico intentará será la comprensión de los motivos auténticos por los que el sujeto acude a la consulta para poder realizar un diagnóstico global de éste.

Un método clínico de estas características incorpora dos importantes modificaciones. En primer lugar, un cambio radical en el carácter y la percepción del médico, y en segundo lugar, un replanteamiento sobre lo que es la epistemología de la medicina, es decir, sobre lo que es el conocimiento médico y cómo éste puede ser obtenido. El contexto vivencial de la enfermedad (dolencia) va a venir definido por las características personales del sujeto (psicológicas, biográficas o históricas, familiares, sociales, culturales, ambientales o ecológicas...), luego, también será preciso contar con las denominadas ciencias sociales y ciencias humanas en la elaboración del nuevo corpus médico.

El método clínico centrado en el paciente (MCP).

El método clínico centrado en el paciente (MCP) supone un cambio en la forma de pensar sobre la atención al paciente ya que de “enfermedad” y “patología” pasamos a “personas” y “problemas”. En esencia, la nueva metodología debe servir al médico para conseguir que el paciente exprese las razones por las que acude a la consulta, incluyendo aquí los síntomas, los pensamientos, los sentimientos, las expectativas y los temores de éste respecto a su problema. Debe ser una forma de obtener activamente el punto de vista del paciente sobre su estado, de manera que al facilitarle la expresión de sus preocupaciones, el médico comprenda mejor la globalidad del proceso que padece.

El hecho de que el MCP se fundamente en la relación médico-paciente, supone la necesidad de desarrollar ciertas habilidades de tipo comunicacional (preguntas abiertas, escucha atenta, empatía...), a la vez que exigirá al médico un autoconocimiento y autorreflexión suficientes como para poder prestar al paciente apoyo emocional, comprometerse con él o discutir aspectos personales de su vida familiar y social (contexto no biomédico). Ambas facetas harán más fácil en un encuentro clínico la expresión de las inquietudes del paciente y las razones auténticas por las que acude a consulta, para así integrar éstas dentro del propio esquema médico.

El propio Engel, introductor del modelo biopsicosocial, describió las implicaciones prácticas de una aproximación al paciente bajo la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales. Posteriormente [Kleinman](#) ⁸ las ampliaría resaltando la importancia de la consideración de los **aspectos culturales**, especialmente la trascendencia que en el proceso diagnóstico tienen las creencias de salud y enfermedad del sujeto.

Una de las últimas y más interesantes aportaciones, procede del **grupo canadiense de la Universidad de Western Ontario**. Estos autores proponen, para conocer los problemas del paciente, la explotación y comprensión de las expectativas, sentimientos y temores de éste. La importancia de estos aspectos descansa en que las **expectativas** representan las razones auténticas de la visita del paciente, los **sentimientos** reflejarían el contenido emocional de la dolencia y los **temores**, aunque

los sentimientos se consideran como categoría aparte debido a que el miedo a lo desconocido se encuentra casi siempre en toda interacción médico-paciente.

La utilización del MCP se ha asociado positivamente con:

1. Mejor identificación (“diagnóstico”) de los problemas.
2. Mayor adaptación del paciente a las recomendaciones del médico (cumplimiento de tratamientos).
3. Y, quizá, lo más importante, con la recuperación del paciente, valorada mediante su asociación con la resolución de las preocupaciones y de los síntomas del paciente.

5. CONCEPTO DE ENFERMEDAD

¿Está alguien enfermo si tiene los síntomas y signos clínicos de la enfermedad, pero no se siente (al menos todavía) enfermo? ¿Está alguien que se siente enfermo realmente enfermo? ¿Es una enfermedad grave porque, al menos médicamente, el pronóstico implica una incapacidad grave, o incluso fallecimiento, o es grave, porque el individuo que la padece (o sus amigos y familiares) creen que es grave?

¿Está clara la definición de enfermo y enfermedad? ¿Puede considerarse universal? ¿Hablamos todos de lo mismo? Parece que esto no es así. Por ejemplo, ciertos síntomas se clasifican como normales por su alta prevalencia en la sociedad. Diferentes estudios antropológicos confirman que hay ciertos síntomas experimentados por una gran parte de la población que son socialmente aceptables por su alta prevalencia. En una tribu sudamericana determinada enfermedad dermatológica que desfigura la cara es tan común que los miembros de la tribu que no tienen la enfermedad son considerados como anormales y se les orienta hacia la demanda de tratamiento.

¿Qué significa enfermar? ¿En qué consiste estar o ser enfermo?

Los contenidos de la cultura que se manifiestan por valores sociales, sistema de creencias y reglas familiares ejercen determinadas y decisivas influencias sobre la salud y la enfermedad. La enfermedad puede ser definida como la alteración orgánica ajena al paciente y la dolencia como los elementos que dependen de las características psíquicas y culturales de los que la padecen. Aparece así la enfermedad entendida en sentido clínico como el compromiso de cierta entidad, de la integridad o eficiencia física y/o psíquica de la persona y, podríamos añadir, de su entorno. En la enfermedad, de cualquier modo, siempre se pone en juego toda la persona.

Dolor y sufrimiento, ¿Qué sentido tiene el sufrimiento?

Tenemos todavía en nuestra mente la catástrofe de Haití, el dolor y sufrimiento de tantos, las guerras, el sufrimiento en nuestra familia, el de los seres más cercanos y en nosotros mismos. Un tema de gran actualidad, no digamos nada si visitamos un hospital... El dolor ha estado irremisiblemente unido al hombre en todas las épocas, y ha sido el principal impulso para el desarrollo de la Medicina. El dolor es una preocupación constante del ser humano que se pregunta: ¿por qué?, ¿cuál es la causa?, ¿cómo aliviarlo?, etc.

Un principio universal de la medicina actual dice que nadie debería padecer dolor innecesariamente; por lo tanto, uno de los compromisos que debe asumir un profesional de la salud es tratar la enfermedad, así como evitar cualquier dolor y estado de sufrimiento. El dolor es un tema apasionante en el campo de las ciencias médicas, es un tema que debe estudiarse de una manera integral con el fin de comprender mejor los mecanismos que lo rigen, con ello se logrará determinar su origen y permitir proporcionar un tratamiento adecuado. El profesional, por tanto, debe estar capacitado para establecer el origen del dolor y así tratar la causa de una manera apropiada.

El dolor es difícil de definir porque al tener un componente subjetivo, su definición o significado será diferente para cada individuo. El dolor es más que una sensación, por lo que se necesita un enfoque multidisciplinario para la comprensión del fenómeno doloroso.

El dolor puede considerarse como un concepto más restringido que se sitúa dentro de otro más amplio que es el sufrimiento. Ahora bien, **el sufrimiento** puede suponer dolor físico pero también otras dificultades humanas de carácter económico, familiar, psíquico, social, etc. Cuando distinguimos entre el sufrimiento físico y moral, esta distinción tiene como fundamento la doble dimensión del ser humano: corporal y espiritual. Aunque las palabras “sufrimiento” y “dolor” se pueden usar, hasta un cierto punto como sinónimos, el sufrimiento físico se da cuando duele el cuerpo, mientras que el sufrimiento moral es dolor del alma, del espíritu, y este aspecto no hemos de olvidarlo nunca.

No vamos a exponer ahora los aspectos neurológicos del dolor, pero citaremos aquí la definición científica de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor que define **el dolor** como “*una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño actual o potencial de un tejido*”. El dolor, por tanto, supone percepción y conciencia de un proceso neurológico o de una señal corpórea indicativa de algún deterioro, daño o enfermedad somática.

El dolor a través de los distintos períodos de la Historia, ha constituido una preocupación central para el hombre, buscando para él explicaciones desde perspectivas filosóficas, epistemológicas, antropológicas, ontológicas y religiosas. Anterior al desarrollo del conocimiento neurofisiológico, anatómico y bioquímico de los mecanismos involucrados en su génesis, el cual comienza a tomar forma a fines del siglo XIX, el origen del dolor es atribuido a causas mágicas, maléficas, demoníacas o bien como un castigo de los dioses. Hoy se siguen diciendo expresiones como: “Dios te ha castigado”, “castigo de Dios”. Para otros pensadores el dolor simplemente es un problema del cuerpo que debe ser sometido al control de la mente. Pese a estas interpretaciones, la medicina primitiva y post galénica no cesó en sus intentos por descifrar los mecanismos del dolor y por buscar la forma de mitigarlo⁹. En nuestra tradición judeo-cristiana, el dolor, la culpa, el sufrimiento se encuentran presentes en nuestro vivir. Independientemente de nuestras creencias religiosas, somos hijos no solo de nuestros padres, sino, también, de nuestro entorno, tradiciones, historia.

Existen muchas clasificaciones del dolor. Habitualmente, la más empleada, es la que distingue entre dolor agudo y crónico. El **dolor agudo** es de corta duración y en él es posible establecer casi siempre una relación causa - efecto, como puede observarse en los casos de dolor postquirúrgico o el de las fracturas, o bien de aquél que resulta de la inflamación o isquemia de un órgano. En estas circunstancias, el modelo biomédico sí es aplicable dado que, en estos pacientes, se pueden reconocer las causas que lo originan, predecir sus efectos y duración e instaurar las terapias apropiadas para controlarlo e incluso abolirlos completamente a través del bloqueo de las vías de transmisión nerviosa. En este caso, el paciente sufre pero sus expectativas psicológicas pueden ser diferentes de las del paciente con dolor crónico. El **dolor crónico**, por lo general, es de larga duración y sus efectos psicológicos (irritabilidad, depresión, aislamiento, etc.) son predecibles. El paciente se fatiga y se puede acentuar el sufrimiento ligado al dolor. El dolor crónico puede transformarse en un problema crónico o enfermedad crónica. Este tipo de dolor es hasta hoy un enigma desde el punto de vista de establecer los modelos o mecanismos fisiopatológicos sobre los que se sustenta su aparición y sus manifestaciones. Su comprensión es mucho más compleja ya que en estas circunstancias el individuo está comprometido integralmente

ya que el dolor se percibe dependiendo de las raíces culturales, étnicas, ambientales y de las propias experiencias previas. El dolor puede afectar al paciente en su emocionalidad, en su estado de ánimo, en la forma de enfrentar su dolor y enfermedad, pudiendo conducirlo a una depresión. Este dolor crónico, con frecuencia, no se acompaña habitualmente de lesiones corporales que lo expliquen y que puedan corregirse. La persistencia del dolor genera graves consecuencias para quien lo padece y para su entorno social, laboral y familiar. En el diálogo y relación entre el médico y paciente es de suma importancia la cuestión del significado e importancia del dolor, de su interpretación (¿qué es y por qué?) y de su valor (¿para qué?).

Hasta aquí hemos presentado al dolor como categoría básicamente somática. El médico objetiva, mide e interpreta el dolor por vía de pruebas de laboratorios e instrumentos finamente calibrados.

Como comentábamos previamente, **el sufrimiento** *“es un concepto muy amplio que abarca no sólo la reacción generalmente desagradable o negativa ante el dolor sino también la pérdida de una función, la crisis emocional, la inseguridad económica, la pérdida de orientación vital y la amplia gama de dificultades de la existencia humana”*. Vamos a limitarnos a reflexionar sobre el aspecto del sufrimiento que está más íntimamente ligado a la experiencia de dolor corpóreo.

Aunque el hombre conoce bien y tiene presentes los sufrimientos del mundo animal, sin embargo lo que expresamos con la palabra sufrimiento parece ser particularmente esencial a la naturaleza del hombre y no se explica por mecanismos fisiológicos o bioquímicos. El sufrimiento es tan profundo como el hombre, precisamente porque manifiesta a su manera la profundidad propia del hombre y de algún modo la supera. El sufrimiento parece pertenecer a la trascendencia del hombre ya que parece ser, y lo es, casi inseparable de la existencia terrena del hombre; todos sufrimos. Además, este sufrimiento humano suscita compasión, respeto y a su manera atemoriza. En efecto, en él está contenida la grandeza de un misterio específico. Este particular respeto por todo sufrimiento humano debe ser puesto al principio de cuanto será expuesto a continuación y de todo lo que llevamos dicho. El hombre se convierte así, en su sufrimiento, en un misterio intangible que trasciende el orden empírico y las destrezas ordinarias del profesional clínico ante los problemas. La Medicina, el médico, no solo trabaja con cifras, con medidas, con signos, también, lo no-mensurable pertenece al ámbito de aplicación de nuestro arte, también, ahí donde no llega lo objetivo llega la “*professio*”. No olvidemos nunca reconocer nuestras limitaciones en la actividad médica.

Sería oportuno que los médicos además de realizar el correcto tratamiento del dolor, establecieran empatía con el paciente, además de la compasión y el cuidado paliativo. Aunque la esencia del sufrimiento supera nuestra comprensión, podemos entender algunas de sus características existenciales:

- El sufrimiento significa una pérdida de la confianza básica en la vida en cuanto proceso coherente y consistente.
- El sufrimiento se experimenta como la intromisión de algo extraño y ajeno al propio ser.
- El sufrimiento suscita el anhelo de encontrar una explicación y un significado del mismo, de aceptarlo como inherente a la existencia humana.
- Normalmente el sufrimiento despierta o agudiza el anhelo humano de trascender el orden natural.

La experiencia clínica muestra que, a menudo, la persona enferma y con dolor sufre, y que tal sufrimiento puede asumir diferentes formas: sensación de aislamiento, pérdida de armonía psicosomática, incertidumbre, carencia de libertad para actuar, ruptura de la vida cotidiana, dudas ante el futuro, pérdida de interés, atención enfocada sobre el cuerpo o zona dolorida, desconfianza ante el cuerpo que, de alguna forma, lo ha traicionado. En suma, el sufrimiento puede entenderse como un estado específico de malestar severo inducido, que acarrea pérdida de integridad, coherencia y sentido de totalidad y autopertenencia.

Durante muchos años se nos ha enseñado que el dolor es un síntoma de alerta que nos avisa de la presencia o amenaza de una noxa o una enfermedad. Es de mencionar que el estudio del dolor no se incluyó en los programas de las Facultades de Medicina hasta la década de 1970. La medicina occidental, con la visión médico-científica que la impregna, racional y pragmática, ha logrado entregarnos un importante volumen de conocimientos acerca de cómo y dónde el estímulo doloroso es materialmente receptado, transmitido e interpretado por el sistema nervioso. Sin embargo, esta forma de entender el dolor no es capaz de dar plena respuesta a este fenómeno, ya que deja al margen de la explicación a un componente consubstancial del mismo: el sufrimiento. Éste acompaña de forma especial a aquellos pacientes que padecen dolor crónico o dolor oncológico. Por esta razón, la utilización exclusiva del modelo biomédico para explicar el dolor de los pacientes, nos dejará siempre sin entender en su totalidad la magnitud del fenómeno que estos presentan, y estaremos equivocadamente reduciendo a una categoría de síntoma, aquello que debe ser entendido como una percepción. Dicho de otra forma, erraremos al estar poniendo (una vez más) el énfasis en la enfermedad y no en el individuo enfermo ¹⁰.

Como comentábamos anteriormente, el médico debe estar capacitado para establecer el origen del dolor y proporcionar un tratamiento adecuado. Diversos estudios demuestran que, algunos pacientes que presentan dolor en cualquiera de sus formas, han permanecido infratratados a pesar del enorme progreso científico ¹¹ y del imperativo ético de nuestra profesión, que no es otro que aliviar el dolor y el sufrimiento de nuestros pacientes. No podemos olvidar la realidad de que el dolor no tratado constituye un riesgo para la salud física y mental, constituye también un potencial de cronificación, así como, una muy importante disminución en la calidad de vida de los individuos afectados.

Afortunadamente en los últimos 10 a 15 años hemos presenciado un notable cambio en la actitud de la comunidad médica hacia el problema del dolor, reconociendo el derecho de los pacientes a solicitar alivio para él, y estableciendo el deber de las instituciones de satisfacer esta necesidad. Distintas organizaciones han incorporado esta obligación, algunas en sus códigos de ética (American Medical Association, Colegio Médico de Chile,...) otras, como la Asociación Médica de California han establecido, que todos los médicos del Estado deben cumplir con el requisito obligatorio de aprobar cursos de actualización en terapia del dolor para poder renovar su licencia (Dic. 2006). A nivel de hospitales, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), principal ente certificador de hospitales en EE.UU., ha definido como uno de los estándares para obtener la certificación que les permite seguir operando, la obligatoriedad de contar con protocolos para el adecuado manejo del dolor, así como la educación de los profesionales en esta disciplina

El avance de las ciencias de la salud en el alivio del dolor hoy es una realidad incuestionable (Unidades multidisciplinarias para el tratamiento del dolor, tratamiento quirúrgico, gran avance en tratamiento farmacológico...), pero no sucede lo mismo con el alivio, tratamiento o manejo del sufrimiento. No se afronta adecuadamente la enfermedad, si se prescinde de tener en cuenta su **repercusión espiritual**. En relación

a este punto, a tener en cuenta las necesidades espirituales que tienen los enfermos, en el capítulo 11 del [Harrison](#) ¹² que trata el tema de **Atención paliativa y terminal**, dentro del diagnóstico y tratamiento, dice:

Necesidades existenciales y su tratamiento

Frecuencia:

Los aspectos religiosos y espirituales suelen ser importantes para los moribundos. Hasta 70% de los enfermos indican que en la fase terminal de su enfermedad se tornan más religiosos o espirituales, y muchos obtienen consuelo con diversas prácticas de uno y otro tipo, como la oración. Sin embargo, alrededor de 20% de los enfermos en esa fase pierden religiosidad y a menudo se sienten de algún modo engañados o traicionados al verse abocados a una fase terminal. Otros pacientes necesitan hallar un significado y objetivo existencial que es diferente y a veces contrario a las prácticas religiosas o espirituales. Si se les pregunta, el enfermo y los cuidadores de la familia suelen indicar que quisieran que el personal asistencial profesional preste mayor atención a aspectos religiosos y espirituales.

Evaluación:

El personal asistencial con frecuencia duda si debe involucrarse en las vivencias religiosas, espirituales y existenciales de sus pacientes, porque a su parecer se trata de cosas muy íntimas o ajenas a la enfermedad del paciente. Nada más lejano de la realidad: “todo lo que es humano me es propio”, decía el poeta, nos interesa el individuo en su totalidad, por supuesto, también, en su faceta más íntima, además, será una ayuda en su enfoque terapéutico. Sin embargo, los médicos y otros miembros del equipo interdisciplinario deberíamos ser capaces por lo menos de detectar las necesidades espirituales y existenciales. Se han elaborado preguntas de detección para que el médico identifique los aspectos espirituales de su paciente. El desasosiego espiritual puede agravar otros tipos de sufrimiento e incluso enmascararlos, como dolor físico resistente al tratamiento, ansiedad o depresión. Por lo común bastan las preguntas de selección dentro de la evaluación integral de la persona. Una evaluación e intervención más profundas rara vez son adecuadas para el médico, salvo que no se cuente con otro miembro más adecuado del equipo interdisciplinario. La ayuda de sacerdotes será útil en estos casos, tanto si pertenecen a la institución clínica como a la comunidad del enfermo. Incorporemos, con naturalidad, en nuestra anamnesis preguntas sobre las creencias de nuestro enfermo, tan importantes serán sus hábitos tóxicos como su planteamiento vital.

Tomado de Harrison ¹², op. cit.

El sufrimiento, los enfermos, son una realidad objetiva, y a veces no tienen una asistencia apropiada y orientada al sufrimiento.

Podemos, por tanto, concluir este apartado considerando que el hombre sufre de diversos modos, no siempre considerados por la medicina, ni siquiera en sus más avanzadas especialidades, ya que el sufrimiento es algo más amplio que la enfermedad, más complejo y, a la vez, aún más enraizado en la humanidad misma.

6. CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

Al contemplar nuestro entorno, podemos comprobar que utilizamos cada vez con más frecuencia el término **calidad de vida** en contextos muy diversos: cultural, político, económico, salud, etc... con significados también diversos. Para entender mejor las razones que han llevado a esta diversidad de significados, se hace necesario un breve repaso histórico.

Es después de la Segunda Guerra Mundial cuando en Medicina se plantea entre sus objetivos no solamente eliminar la enfermedad, sino también promover y desarrollar la salud, surgiendo la noción de “**bienestar**” como un concepto que será origen posteriormente del de “calidad de vida”. Esta preocupación sobre el bienestar es reflejada igualmente, como se ha visto ya, en la clásica definición de salud de la OMS.

Ya en los **años 50, Karnofsky** comenzó a valorar la repercusión que los tratamientos oncológicos tenían sobre el modo de vida de estos pacientes. Este enfoque es a partir de entonces muy utilizado con el intento de evaluar la calidad de vida de pacientes con una determinada enfermedad (HTA, migraña), siendo muy frecuente en la actualidad la publicación de investigaciones destinadas a desarrollar instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida (CV).

Pero el auténtico interés por definir qué es CV y cómo llegar a medirla aparece en la década de los 70. Es a partir de entonces cuando comienzan a desarrollarse escalas con la finalidad de llegar a evaluar la CV de distintos grupos de pacientes, culminando este proceso con el reconocimiento oficial de este término y su inclusión en el Index Medicus en el año 1977.

En el ámbito de la salud y la enfermedad, en los últimos años, progresivamente se ha ido incorporando como un indicador para valorar terapéuticas e intervenciones en la prevención y tratamiento de los problemas de salud, siendo habitual encontrar en la literatura médica publicaciones referentes a “la mejora de calidad de vida del paciente con la patología X tras la utilización del fármaco Y”.

Sin embargo, las políticas económicas que se han venido desarrollando han generado una idea del bienestar social especialmente economicista, en el que el progreso, la felicidad y la satisfacción consisten en consumir productos materiales a nivel personal. Este concepto de bienestar y la felicidad como algo exclusivamente personal, nos ha trasladado a un individualismo que muchas veces es asociado y equiparado con los conceptos de libertad y tolerancia. De esta manera, la competitividad, el logro, la independencia, el egoísmo, el éxito a cualquier precio, etc..., se han ido convirtiendo en los objetivos y valores sociales más apreciados. Progresivamente nos hemos ido instalando en una ética de corte individualista en la que vale aquél que se lo propone, se esfuerza y lo consigue y el que no es capaz, termina en la pobreza y en la marginación, siendo, en todo caso, el propio individuo el responsable de su situación, de su éxito o su fracaso. Pues bien, esta concepción de bienestar social de las políticas económicas, también ha ido impregnando el concepto de CV en Ciencias de la Salud.

En definitiva, para llegar a entender la aparición del concepto de CV, hay que tener en cuenta que la evolución de la atención sanitaria va asociada a la evolución de la economía y de los aspectos sociopolíticos y coincidiendo con distintos periodos, la salud ha sido entendida como un bien de producción, después como un bien a proteger y posteriormente como un bien de consumo, dentro de un nuevo modelo de sociedad, la llamada sociedad de consumo.

En la actualidad, definir lo que representa el término calidad de vida continua siendo muy controvertido por razones diversas, entre las que encontramos: que es un término multidisciplinar y que la mayoría de las veces el término es utilizado sin que se especifique con precisión el significado. Desde un punto de vista psicológico, el concepto de CV para su utilización, puede considerarse dividido en 5 áreas:

1. Capacidad funcional: la necesaria para desarrollar las actividades diarias, capacidad de desempeñar el puesto de trabajo y la participación en actividades recreativas.
2. Funciones sociales: relación con la familia, los amigos y la comunidad.
3. Funciones intelectuales: capacidad de atención, memoria y habilidad para tomar decisiones.
4. Estado emocional: bienestar general, incluyendo evaluación del nivel de ansiedad, depresión, sentimiento de falta de adecuación, temor, cólera.
5. Situación económica: la capacidad del paciente para mantener su estándar de vida.

La OMS define la CV como *“la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”*. Se trata, por tanto, de un concepto extenso, que incorpora una serie de dimensiones interrelacionadas, como son la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y con el entorno, y las creencias religiosas. La CV, por tanto, no es equivalente a expresiones como estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, o bienestar, sino que es un concepto multidimensional que incorpora la percepción del individuo sobre esos y otros aspectos de la vida.

De todo lo expuesto podemos deducir que una persona puede sentirse satisfecha en unas situaciones objetivas precarias, siempre que no anhele mejorarlas, o por el contrario, podríamos tener una persona con mejores condiciones objetivas y ésta, sentirse insatisfecha debido a que sus expectativas son más altas con respecto a la situación en que vive. Algo similar a lo que se vio anteriormente para el concepto de salud y la percepción de cada individuo de cuál es su estado de completo bienestar. Como dice una conocida máxima *“no es más rico el que más tiene sino el que menos necesita”*.

Pero si resulta difícil definir el término CV, más difícil si cabe es evaluarla, ya que es altamente individual y continuamente variable. En la actualidad, la mayoría de los trabajos de investigación explícitamente hacen referencia a componentes comunes: la salud, el trabajo, la educación y la vivienda, que son componentes básicos y nucleares de la CV. De estos componentes, el de la salud, resulta decisivo para comprender la CV de las personas. En algunas investigaciones sobre la CV y la salud, en las que se relacionan dimensiones subjetivas y objetivas, se ha podido comprobar que el ámbito de la salud explica una parte considerable de la CV global. Considerando la CV desde el punto de vista de la salud, se identifican dos factores: la **calidad de vida relacionada con la salud** (CVRS) y otro no directamente relacionado con la salud o factor no médico que incluye aspectos como la familia, el trabajo, los ingresos, etc. Ambos factores se hallan interrelacionados, de tal modo que problemas de salud van a influir en aquellos aspectos no médicos y viceversa.

En los últimos años se han producido diversos intentos de definir la calidad de vida relacionada con la salud por diversos autores y pese a ello no disponemos de una

definición operativa universal. La OMS, en un intento de llegar a un consenso internacional en relación a la evaluación del concepto de CV, ha diseñado un **cuestionario de calidad de vida (WHOQOL)**, que incluye 6 áreas -correspondientes a las dimensiones de la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y con el entorno y las creencias religiosas- y contiene 235 ítems que evalúan la CV global percibida por el paciente.

Existen otras muchas escalas genéricas de CV y cuestionarios como: EuroQol, SF-12, SF-36, Rosser, etc...

7. REPERCUSIONES DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA

Cuando un paciente consulta con su médico, los problemas que le plantea no son únicamente fruto de sus percepciones individuales. Habitualmente se imbrican con ellas diversas interacciones de la persona y de su entorno. Y el entorno más próximo de la persona es la familia. Es éste un asunto que merece la plena atención de los profesionales sanitarios. Una parte muy importante de la atención sanitaria pivota sobre la familia, y por eso le dedicaremos a la familia en esta asignatura un espacio importante de clases, seminarios y práctica clínica. Recordar que la familia será, por lo general, un aliado fiel, apoyémonos en el núcleo familiar como forma de trabajo, será una ayuda inestimable.

8. HÁBITOS DE VIDA Y CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD

Como ya se ha comentado previamente, Lalonde propuso en 1974 su modelo de determinantes de la salud y que es clásico en Salud Pública. Según dicho modelo, el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de 4 variables, siendo una de ellas el estilo de vida o conductas de salud de los individuos de la comunidad.

El término **estilo de vida** se utiliza para designar *“la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales”*. El estilo de vida de una persona viene definido por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado en su vida social, pautas que aprende en relación con los padres, compañeros, amigos o hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc..., y que además están sujetas a modificaciones de forma continua.

En el ámbito de la promoción de la salud van a ser de gran importancia, tanto la gran influencia que los estilos de vida pueden tener sobre la salud, como el potencial de cambio de dichos estilos de vida. De la comprensión de cómo influyen los estilos de vida en la salud, resulta evidente que si hay que mejorar el estado de salud a partir de la modificación de los estilos de vida, será imprescindible no sólo actuar sobre la persona, sino también sobre aquellos otros factores del medio ambiente, del entorno global del individuo, que influyen notablemente también en los estilos de vida.

Los **comportamientos negativos para la salud** son los que **Salleras** llama *conductas insanas*, describiendo hasta 12 que considera más importantes en lo que respecta al estilo de vida y son: 1. Consumo de drogas institucionalizadas (tabaco y alcohol) 2. Consumo de drogas no institucionalizadas 3. Falta de ejercicio físico 4. Situación de estrés 5. Consumo excesivo de grasas saturadas de origen animal 6. Consumo

excesivo de hidrocarbonados 7. Promiscuidad sexual 8. Violencia 9. Conducción peligrosa de vehículos 10. Hábitos reproductivos insanos 11. Mala utilización de los servicios de asistencia sanitaria 12. No cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas prescritas por el médico.

Los **factores de riesgo (FR)** son los que más interés tienen en salud pública, ya que con actuaciones eficaces que logren modificarlos podemos interrumpir el desarrollo de la enfermedad. Los FR son indicadores básicos en planificación sanitaria, permitiéndose valorar la relación de causalidad entre la exposición al riesgo y la enfermedad a través del **riesgo relativo (RR)**, elemento necesario pero no suficiente para determinar el objeto de la intervención, y el **riesgo absoluto (RA)** que nos permite apreciar mejor las consecuencias cuantitativas de la exposición al factor de riesgo, añadiendo un elemento operacional. El RR nos indica sobre el factor que quiero actuar y el RA si vale la pena dicha actuación. Estos indicadores nos permiten identificar los FR comunes a múltiples enfermedades y clasificarlos por orden de prioridad, de tal manera que controlando un factor de riesgo logramos la prevención de las diversas enfermedades a las que ese factor está asociado.

La naturaleza de los FR es muy diversa: física, climática, química, etc. Desde un punto de vista pedagógico y siguiendo a **Pineault**, podemos decir que la **clasificación de los factores de riesgo** recuerda a la de los determinantes de salud de Lalonde, pudiendo agruparlos como sigue:

1. Factores biológicos o endógenos (genéticos, constitucionales...)
2. Factores ligados al entorno (contaminación, física, psíquica, social, química, biológica, sociocultural y laboral)
3. Factores ligados al estilo de vida (hábitos de conducta: nutrición, alcohol...)
4. Factores ligados al sistema sanitario.

Los FR que determinan la salud en nuestro medio son, fundamentalmente, los ligados al entorno y los hábitos de conducta. Al ser estos factores: tabaco, alcohol, errores dietéticos, contaminación ambiental y laboral, etc..., fundamentalmente ligados a hábitos de vida y al entorno, su control habrá de ser, no a través de intervenciones asistenciales, sino a través de planificación de intervenciones preventivas y de promoción de la salud, necesariamente en concordancia y coordinación con intervenciones no sanitarias (económicas, sociales, etc...). En un estudio llevado a cabo por la OMS en diferentes países en 1990, se hace notar que los FR ligados a los estilos de vida y al medio afectan, fundamentalmente, a los mismos grupos de población desfavorecidos, en los que la alteración de la salud física y mental es más frecuente y grave. También se llama la atención en este estudio sobre los jóvenes adolescentes, que representan un grupo de riesgo importante, por la acumulación de factores de conducta (drogas, violencia...) que hacen que sea una de las grandes preocupaciones en salud actuales.

En cuanto a la actuación necesaria frente a estos comportamientos de riesgo, es importante comentar que las **intervenciones preventivas**, básicamente pueden ser de tres tipos:

1. Reducción del riesgo por cambios del comportamiento.
2. Estrategia de la información, escaso impacto.
3. Educación para la salud, probablemente, la más eficaz.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Sigerist HE. La Medicina y el bienestar humano. Ed Imán, Buenos Aires, 1943.
2. Breslow L. A quantitative approach to the WHO definition of Health: Physical, Mental and Social Well-being. *Int J Epidemiol*, 1972; 1:347-355 y Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. Siglo XXI, México, 1980.
3. Piédrola Gil G. La salud y sus determinantes. En Piédrola Gil G y cols. *Medicina Preventiva y Salud Pública*, 9ª. Edición. Ed Científicas y Técnicas, Barcelona, 1991.
4. Goldberg M, Dab W, Chaperon J y cols. Indicateurs de santé et sanométrie: les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé. *Rév épidém et santé publ*, 1972; 27:64.
5. Presser E. Diagnóstico de la situación de salud. II Jornadas Nacionales de Medicina Familiar y Comunitaria, Gijón, 1981.
6. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, Canadá, 1974.
7. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for the biomedicine. *Science* 1977; 196:129-136.
8. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med* 1978; 88:251-258.
9. Agro, F. Anthropology and pain. *Minerva Anesthesiologica* 2005; 71: 397-400.
10. Casell, E. The nature of suffering and the goals of medicine. *NEJM* 1982; 306: 639-645.
11. Apfelbaum, J. Post operative pain experience: Results from a national survey, suggest post operative pain continues to be undermanaged. *Anesth. Analg.* 2003; 97: 534-540.
12. Harrison Medicina. Capítulo 11. Atención paliativa terminal. Páginas 26-38 <http://www.harrisonmedicina.com/>

Otras obras de referencia:

- Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. A. Martín Zurro y J.F Cano Pérez. 5ª Edición. Volúmenes I y II.
- Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. F. J Gallo Vallejo y Cols. 2ª Edición. 2004.