

Explorando la salud, la dolencia y la enfermedad

Exploring health, illness and disease

María Sofía Cuba^{1,a;2,b,c,d}, Jimmy Campuzano^{1,e}

“El médico debe ser capaz de decir los antecedentes, conocer el presente e intentar predecir el futuro - debe equilibrar elementos para que en relación con la enfermedad pueda hacer bien o no dañar -. El arte consiste en equilibrar la enfermedad, el paciente y al médico. El médico debe ser sirviente de este arte, y el paciente debe combatir la enfermedad de la mano con el médico.”

Hipócrates

“La medicina centrada en la persona, propone un cambio radical, donde los médicos no sean veterinarios de seres humanos, sino personas frente a personas”.

Dr. Carlos Alberto Segúin

RESUMEN

La salud puede ser definida de diversas formas; una de ellas es pensarla como la suma de valores y aspiraciones de una persona y determinada por su entorno proximal y distal. El paradigma médico tradicional se enfoca en la enfermedad y no toma en cuenta la experiencia de la enfermedad en la persona, su contexto, ni busca la toma de decisiones compartidas, tampoco toma en cuenta el desarrollo de la relación médico/paciente como herramienta terapéutica. La práctica del método clínico centrado la persona y la búsqueda de evitar el daño como intervenciones innecesarias (prevención cuaternaria); pueden ser las herramientas con las cuales las y los médicos necesitan entrenarse para explorar mejor la salud, la dolencia y la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Salud, enfermedad, prevención cuaternaria. (**Fuente:** DeCS BIREME).

SUMMARY

Health may be defined in different ways; one of them is to consider it as the sum of values and aspirations of a person determined by its proximal and distal environment. The traditional medical paradigm is to consider the disease not taking into account the personal experience with the disease, its context and the share decisions surrounding the disease, nor the development of a physician/patient relationship as a therapeutic tool. The practice of the clinical method centered on the patient and the search for avoid damage, including unnecessary interventions; can be the tools that physicians need to be trained to explore better health, illness and disease.

KEY WORDS: Health, illness, quaternary prevention. (**Source:** MeSH NLM).

¹ Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Ministerio de Salud del Perú.

^a Coordinadora de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria;

^b Directora General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial;

^c Médica Especialista en Medicina Familiar;

^d Magister en Gerencia Social;

^e Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años han existido cambios profundos en la forma de practicar la Medicina. El paradigma que rigió la formación de muchas generaciones de las y los médicos, fue el paradigma de la enfermedad (1). Sin embargo cuando los paradigmas no dan respuesta a los problemas que deben responder, surge una crisis y esta crisis puede llevar al cambio del paradigma (2).

El entendimiento de las personas en su contexto y la exploración del significado de la enfermedad en la vida de la persona, son parte de los cambios que se plantean en la construcción del nuevo paradigma (3). En nuestra aproximación a las personas primero, y no a las enfermedades, podemos encontrar las y los médicos y las y los pacientes pacientes la forma con la cual podemos construir una mejor atención de salud para todas las personas.

El entrenamiento de la mayor parte de las y los profesionales de salud responde al paradigma de la enfermedad (4); por lo tanto, es importante pensar que las personas tienen ante la disrupción de su percepción de salud, un cambio en su vida, la enfermedad no está separada de la persona, ni tampoco de su entorno.

El objetivo de esta revisión, fue explorar y analizar los conceptos de salud, dolencia y enfermedad, reflexionando sobre nuestro rol como proveedores del cuidado en salud y cómo el paradigma sobre el cual nos hemos formado puede no responder completamente a las necesidades de las personas a nuestro cargo.

Se tomaron como base los libros de texto que exploran los conceptos de salud, dolencia y enfermedad relacionados con la Medicina Familiar; además se realizó una búsqueda de artículos relacionados en PubMed y Scielo.

En este artículo se trató de emplear lenguaje inclusivo, no hemos incluido terminología que incluya a personas de género no binario porque dificulta la redacción, nos disculpamos por la omisión y queda como un reto a futuro. El lenguaje inclusivo no se utilizó con la frase “relación médico/paciente” y con el término “clínico”.

SALUD

Una de las tareas importantes para aproximarnos a los problemas de las personas es empezar a entender la salud como la suma de algunos factores determinantes:

educación, ingreso económico, vivienda digna, entre otros (5).

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)(6): “Estado de completo equilibrio biopsicosocial y no sólo la ausencia de enfermedad”; puede ser pensada y discutida como un estado difícil de alcanzar por todas las personas. Algunos autores cuestionan esta definición por los cambios en la demografía de la población y proponen un cambio hacia la capacidad de adaptación y automanejo ante los desafíos físicos, sociales y emocionales (7).

La salud también puede ser pensada como un concepto único para cada persona que va más allá de la ausencia de enfermedad, puede abarcar las aspiraciones y propósitos de cada paciente. Las personas pueden tener valores y formas de ver el mundo que hacen que la salud pueda ser pensada desde una perspectiva diferente para la persona que para quien la atiende (8).

Para promover la salud debemos entender cuál es el significado de ésta para cada persona, y esto dependerá de muchos factores: culturales, familiares e individuales. Para una persona, la salud significará poder correr la siguiente maratón, mientras que para otra será controlar el dolor de la neuropatía diabética que padece. Como clínicos podríamos empezar preguntando a las personas ¿qué significa la salud para ellas? (9).

Es importante reflexionar también sobre la responsabilidad social de la Medicina, con un auge en los años 70 y 80 como Medicina social (10). Existe un cambio en las dos últimas décadas hacia una medicina comercial, las y los médicos se convierten en agentes de generación de lucro a partir de su accionar. Es posible que para seguir avanzando en la mejora de la salud de las personas, necesitemos volver a pensar en la Medicina como una profesión humanística avocada principalmente al bienestar de las personas.

LA DOLENCIA Y LA ENFERMEDAD

En la historia de la Medicina ha existido una disputa entre aquellos que ven la enfermedad como un fenómeno generalizado o como una entidad específica (11).

La escuela hipocrática explicaba enfermedad como un desbalance entre las fuerzas internas y externas de la naturaleza en el individuo enfermo (12). Sin embargo, la concepción ontológica de la enfermedad,

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL / SPECIAL CONTRIBUTION

la entiende como una entidad, que invade o se localiza en partes del cuerpo. De una manera u otra, estos conceptos han regido el pensamiento médico en forma alternada a través del tiempo.

La relación de la teoría con la práctica diaria de la Medicina siempre ha sido problemática. La teoría científica dicta el entendimiento del diagnóstico y la enfermedad y deja de lado a la persona, su comportamiento, su forma de comunicarse con profesionales de la salud, entre otros. Si el punto principal del encuentro clínico es decidir qué puede estar bien o mal para una persona, puede que la teoría médica tradicional carezca de algo importante (13).

Los síntomas pueden trascender la enfermedad; aunque el paradigma clínico predominante establece que los síntomas son el resultado de una enfermedad.

Un modelo alternativo podría ser aquel en el cual los síntomas son modulados por múltiples factores: Biológicos, cognitivos, culturales, socioeconómicos, psicológicos, de interrelación y espirituales. Este modelo favorece un enfoque integrador en el que los síntomas representan la expresión de nuestra humanidad y no necesariamente responden al modelo reduccionista centrado en la enfermedad (14).

Las personas que buscan atención médica representan a una minoría de personas con síntomas. En la población general, el 80% de las personas tienen al menos un síntoma que les preocupa en el lapso de un mes; sin embargo, sólo uno de cada cuatro personas busca atención médica para atender sus síntomas (15).

En la exploración de la enfermedad, evaluamos los síntomas y signos que la persona presenta, los resultados del examen físico y de los exámenes de ayuda diagnóstica; con estos datos intentamos llegar a un diagnóstico, a una categorización del problema para poder dar un tratamiento.

La naturaleza del sufrimiento de las personas es más compleja; el sufrimiento puede ser definido como un estado de estrés severo asociado con eventos que amenazan la integridad de la persona (15). La persona entiende que el alivio del sufrimiento es el propósito de la Medicina, muchas veces no es entendido así por las y los médicos, inclusive frecuentemente no prestan atención a los efectos adversos del tratamiento destinado a combatir la enfermedad, que puede causar mayor sufrimiento en las personas.

Eric Cassell (15), sostiene que el sufrimiento es una experiencia personal, que se puede explorar preguntando a la persona. Una persona con cáncer terminal, que tiene una vida espiritual fuerte y que está libre de dolor, puede decir que en determinado momento ya no sufre, y una persona aparentemente sana que tiene miedo de estar enferma puede sufrir intensamente.

La exploración de la dolencia o sufrimiento podría entenderse, como la exploración de las dimensiones de la experiencia de la enfermedad. Stewart y Brown propusieron cuatro dimensiones fundamentales (16):

1. Los sentimientos del paciente acerca del problema; especialmente sus miedos
2. Sus ideas acerca de qué es lo que anda mal
3. El efecto de la enfermedad en su funcionalidad
4. Cuáles son sus expectativas con respecto al clínico

La exploración de la dolencia está enmarcada en el contexto de la relación médico/paciente. Existe en esta relación por sí sola un efecto terapéutico y un contrato tácito para que la persona doliente permita la invasión de su privacidad física y personal.

La relación médico/paciente existe, aunque el médico o la médica no hayan sido entrenados en cómo comunicarse con las personas; esta relación puede ser empleada, explotada, usada o inclusive sabotada, pero no se puede renunciar; estará allí sin importar si la médica o el médico la quieran o no (17).

Raúl León Barúa (18), manifiesta que en el Perú, el paradigma centrado en la enfermedad fue cuestionado y se comenzó a entender la relación “enfermedad-dolencia” desde fines del siglo pasado.

MÉTODO CLÍNICO CENTRADO EN LA PERSONA (MCCP)

En este artículo se utiliza la denominación: “Método clínico centrado en la persona” como sinónimo de “Método clínico centrado en el paciente”.

En Canadá, Ian McWhinney, Moira Stewart y Judith Brown, desarrollaron el MCCP; basados en el conocimiento de que el paradigma existente no respondía a las necesidades de las personas (19).

El método clínico centrado en la persona busca que las y los profesionales de salud aborden cuatro componentes cuando se aproximan a las personas:

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL / SPECIAL CONTRIBUTION

1. Abordar la dolencia, la salud y la enfermedad
2. Aproximarnos a la persona como un todo
3. Llegar a un acuerdo común: Definición de problemas, objetivos y roles
4. Desarrollar la relación médico/paciente

En el gráfico 1 se ejemplifica el MCCP, cuya práctica requiere una reflexión hacia el cambio del paradigma, pero también requiere un entrenamiento para aplicarlo.

El primer componente ha sido explicado previamente; la exploración de la salud y la dolencia son necesarias además de la exploración de la enfermedad como paso inicial para centrarnos en las personas.

El segundo componente, la exploración de la persona como un todo, requiere un enfoque en las características especiales de la persona, su personalidad, sus creencias, su identidad, su familia, su comunidad, sus miedos, su contexto, etcétera.

El contexto proximal es en la mayor parte de casos, la familia (20); es importante saber con quién vive esa persona, en qué etapa del ciclo familiar se encuentra, qué desafíos y qué crisis puede estar afrontando ese núcleo familiar; esto se puede explorar a través de preguntas simples o de la elaboración de un genograma que nos puede ayudar a entender patrones repetitivos en las familias, tipo y ciclo vital familiar y relaciones entre los miembros.

El contexto distal explora el conocimiento de la comunidad en la que vive la persona, su trabajo, su cultura, sus ingresos económicos, el acceso a servicios de salud, factores históricos, demográficos, etcétera (21).

El tercer componente, encontrar el espacio común con la persona, es el foco del MCCP. Para quien presta la atención y para la o el paciente; el entendimiento de la dolencia, la salud y la persona como un todo, conducen a definir los problemas que serán abordados, las metas del manejo de esos problemas y acordar los roles que asumirán las y los clínicos y pacientes, en los encuentros a futuro.

Encontrar el espacio común es un proceso basado en la relación y en el respeto a las decisiones de la persona y pasar del modelo paternalista/maternalista en el que se toman decisiones por la o el paciente en nombre de su mejor interés, a pensar que las personas son expertas en sí mismas y que los clínicos son facilitadores de la toma de las mejores decisiones (22).

Finalmente, el cuarto componente, el desarrollo de la relación médico/paciente, requiere el compromiso de quien provee la atención, respeto, compasión, empatía y confianza. Estas características deben ser reflexionadas, entrenadas y practicadas. El ambiente en el cual se practica, el sistema sanitario, los tiempos y la existencia de longitudinalidad son necesarios para que esta relación se refuerce (23).



Gráfico 1. Método clínico centrado en la persona y sus cuatro componentes; adaptado de Stewart M, Belle J, Wayne W, et al (9).

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL / SPECIAL CONTRIBUTION

El MCCC no sólo debe ser visto como una forma de practicar la Medicina de forma más humana, sino también como una forma de hacer que los sistemas sean más efectivos, ya que se ha encontrado que su aplicación mejora la adherencia al tratamiento, el número de actividades preventivas, la satisfacción tanto de clínicos como de pacientes (24).

PREVENCIÓN CUATERNARIA

Los motivos de consulta de las y los pacientes, no siempre pueden ser catalogados como enfermedades; se calcula que hasta el 30% de los motivos de consulta en el primer nivel de atención corresponde a síntomas inespecíficos. Estos síntomas pueden generar igual que las enfermedades alteración en los sentimientos de las personas, miedo a la pérdida de salud, ideas y expectativas y alteración de la funcionalidad (25).

Leavell y Clark (25), acuñaron los términos, prevención primaria, secundaria y terciaria. Estos términos se han utilizado ampliamente en la literatura médica. Los conceptos desarrollados por Leavell y Clark, tienen una aproximación lineal de tiempo, antes y después del problema de salud; que se centra en la enfermedad y la aparición de complicaciones.

Marc Jamoulle (26), médico familiar belga, acuñó el término de prevención cuaternaria, tomando en cuenta la existencia de pacientes que podrían tener síntomas y preocupación por la salud en los cuales una acción importante debería ser la de evitar el daño. Es así que define la prevención cuaternaria como la acción tomada para identificar a una/un paciente en riesgo de sobretratamiento, para protección de una nueva invasión médica, y sugerir intervenciones, que son éticamente aceptables (27).

Jamoulle clasificó las prácticas de prevención relacionando la dolencia (perspectiva de quien se atiende) con la enfermedad (perspectiva de quien brinda la atención):

- Cuando una persona no tiene la dolencia ni la enfermedad, debemos aplicar la prevención primaria.
- Cuando una persona no tiene la dolencia pero tiene la enfermedad, debemos aplicar la prevención secundaria.
- Cuando una persona tiene la enfermedad y la dolencia debemos que aplicar la prevención terciaria.
- Cuando una persona tiene la dolencia pero no la

enfermedad debemos aplicar la prevención cuaternaria.

Las prácticas de prevención cuaternaria, están muy relacionadas con la relación médico/paciente, porque incluyen todas las intervenciones que los clínicos hacen para no dañar, para controlar la ansiedad o para hacer frente a la falta de conocimiento o certeza acerca de los problemas de salud (27).

CONCLUSIONES

Las definiciones de salud, dolencia y enfermedad deben ser entendidas para poder practicar una Medicina centrada en la persona. Para evitar el sufrimiento de las personas y no causarles daño con intervenciones médicas innecesarias, es preciso explorar la experiencia de la persona con la enfermedad y pensar en la enfermedad contextualizada en las personas y sus circunstancias, y en la salud como una experiencia única, influida por los valores y aspiraciones de cada una de las personas.

Declaración de conflictos de intereses:

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la realización de la presente revisión.

Contribución de autoría:

MC y JC: Diseño de artículo y revisión bibliográfica.

Correspondencia:

María Sofía Cuba Fuentes
Calle José Gonzales N° 775 Departamento N° 604.
Miraflores - Lima -Perú.
Teléfono 958914161
Correo electrónico: maria.cuba@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saéz M. Modelo clínico centrado en el paciente. *Rev arch med familiar gen.* 2008; 5(1):1-10.
2. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. 8va edición. Argentina: Fondo de cultura económica; 2004. Disponible en: http://www.conductitlan.net/libros_y_lecturas_basicas_gratuitos/t_s_kuhn_la_estructura_de_las_revoluciones_cientificas.pdf
3. McWhinney IR, Freeman T. *Family Medicine.* Third Edition. New York: Oxford University Press; 2009.
4. OMS/WONCA. Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL / SPECIAL CONTRIBUTION

- de familia. Ontario: OMS/WONCA; 1994.
5. World Health Organization (WHO). The Social determinants in Health. 2nd Edition. Copenhagen, Denmark: WHO; 2003.
 6. WHO. Constitution of the World Health Organization. 2006.
 7. Cassell E. The nature of healing: Modern practice of Medicine. New York, NY. Oxford University Press. 2013.
 8. Starr P, The Social Transformation of American Medicine. New York: Basic Books, 1982. p 27.
 9. Stewart M, Belle J, Wayne W, et al. Patient - centered medicine: Transforming the clinical method. 3rd Edition. New York: Radcliffe Publishing; 2014. p. 37.
 10. Kraupl Taylor F. Concepts of Illness, Disease and Morbus. New York: Cambridge University press, 1979, Chap 2.
 11. Cassell E. The Nature of suffering and the goals of medicine. Second Edition. New York: Oxford University press. 2004. Chap 1.
 12. Kroenke K. A Practical and Evidence-Based Approach to Common Symptoms: A Narrative Review. *Ann Intern Med.* 2014; 161:579-586. doi:10.7326/M14-0461
 13. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, et al. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med.* 2001; 344:2021-5.
 14. Illich I. Medical Nemesis: the exploration of Health. New York: Bantman Books, 1976.
 15. Cassell E. The Nature of suffering and the goals of medicine. 2nd Edition. New York: Oxford University press. 2004 Chap 3.
 16. Stewart M, Belle J, Wayne W, et al. Patient – centered medicine: Transforming the clinical method. 3rd Edition. New York: Radcliffe Publishing; 2014.
 17. McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, et al. Family-Oriented Primary care. 2nd Edition. Ney York: NY Springer; 2005.
 18. León Barúa L, Medicina Centrada en la Persona: Perspectivas Clínicas. *Rev Med Hered.* 2010; (21):109-110.
 19. Hinds PS, Chaves DE y Cypess SM. Context as source of meaning and understanding. In Morse JM (ed) *Qualitative health research.* Newbury Prak, CA. Sage Publications 1992.
 20. Chin JJ. Docto-patient reationship: form medica paternalism to enhance autonomy. *Singapore Med J.* 2002; 43(3):152-5.
 21. Scott GS, Cohen D, Diccico-Bloom B, et al. Understanding healing relationships in primary care. *Ann Fam Med.* 2008; 6(4):315-22.
 22. Cassell E. Talking with patients, Vol I: The Theory of Doctor–Patient communication. Cambridge. MIT Press 1985. p. 175
 23. Dwamena F, et al. Interventions of providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (12).
 24. McWhinney I. Illnes in the Community. In: McWhinney I. *Textbook of family medicine.* New York: Oxford University Press Inc.; 2009. p. 30-8.
 25. Leavell H, clak E. Preventive Medicine for the doctor in his community an epidemiologic aproach. New York: Mc Graw-Hill; 1958.
 26. Bentzen N. WONCA Dictionary of General/Family Practice. Copenhagen, Denmark: Laegeforeningens Forlag; 2003.
 27. Jamoulle M, Gomes LF. Prevenção Quaternária e limites em medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2014; 9(31):186-91.

Recibido: 16/01/2017
Aceptado: 20/03/2017