

Perspectivas biopsicosociales sobre la enfermedad crónica

Fernando Lolas S.*

Summary

Illness, disease, and sickness are three dimensions along which chronicity can be established, often with a different connotation and scope in each of them. Two features distinguish chronic from acute, everyday and life-threatening conditions: *permanence* in time and *globality* in terms of life spheres compromised.

This paper examines several concepts pertinent to a discussion of chronicity from a biopsychosocial point of view: sick role, illness behavior, patient role, and abnormal illness behavior. The relative contribution of organismic (i.e. subject-related) and environmental factors is discussed within the framework of different, albeit complementary, research traditions.

Resumen

Sentirse enfermo, estar enfermo y ser considerado enfermo son tres dimensiones que pueden intervenir en la cronicidad, a menudo con diferente connotación y alcance en cada caso. Dos características distinguen a las condiciones crónicas de las agudas, las triviales o las de amenaza vital: la *permanencia* en el tiempo y la *globalidad* en términos de las esferas vitales comprometidas.

Este artículo examina diversos conceptos relevantes para una discusión sobre la cronicidad, desde un punto de vista biopsicosocial: el rol del enfermo, el curso de la enfermedad, el rol del paciente y la conducta anómala por la enfermedad. La contribución relativa de los factores orgánicos (dependientes del sujeto) y los ambientales, se discute en el contexto de diferentes tradiciones de investigación que son complementarias.

Introducción

Uno de los avances más significativos de la investigación en los últimos decenios consiste en haber legitimado la distinción entre *sentirse enfermo*, *estar enfermo* y *ser considerado enfermo*.

Salud y enfermedad no son términos que puedan definirse estáticamente, como cosas. Todo intento en esta dirección termina siendo una declaración de valores o una formulación de ideología implícita. Salud y enfermedad no deben considerarse antípodas polares en un mundo de objetos. La salud, sobre todo, no debe ya concebirse como un precioso objeto de cristal que debe preservarse intacto. Es un proceso, una relación siempre en construcción y siempre destruyéndose en la permanente dialéctica de la cultura y de la vida, con la impronta del medio social en que se le concibe y acepta, y del individuo que la padece o de la teoría que la explica.

* Unidad de Psicofisiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Casilla 70055, Santiago 7, Chile.

Existen, como en el caso de la belleza, muchas clases de salud. El estado de disminución que el sujeto percibe como amenazante, con limitaciones, dolor y sufrimiento, es una etapa del continuo entre el bienestar y el malestar. En la mayoría de las sociedades, el "crédito idiosincrático" de un individuo lo autoriza a declararse enfermo, en cierta forma, bajo determinadas reglas, con una definida periodicidad. Este sentirse enfermo, cuando se propasa un límite, que es variable de sociedad a sociedad, está ligado al miedo. Miedo del individuo que teme directamente por su vida o por la vida de los suyos, o miedo ante la incertidumbre del peligro indiferenciado. Este miedo lleva a delegar en otro la tarea de curar, no sólo porque éste realizará las acciones apropiadas, sino también porque está dotado del poder de dar *sentido* a la dolencia, organizarla y explicarla en torno a un eje de significaciones coherentes. Una tarea del agente de salud, desde el chamán hasta el médico, es ordenar la percepción y la experiencia, y crear una realidad suprapersonal de conceptos, teorías y reglas para la acción. Este control del significado - que trasciende, como información organizada, al individuo doliente - confiere a los agentes de salud un *poder*, que la comunidad delega en ellos y que despierta respeto. Ello se asocia a un conjunto de obligaciones por parte de quienes detentan tal poder. Al papel de experto, en todas las esferas, pertenece no sólo un conocimiento sino también un comportamiento; las sociedades contemporáneas integran ambas nociones bajo el concepto de profesional. De entre los profesionales, aquellos que tratan con la salud y la enfermedad gozan de algunas prerrogativas, a veces aparentes, sólo cuando empieza el proceso de sentirse enfermo.

En español no tenemos un término adecuado para diferenciar estos dos estados: sentirse enfermo y estar enfermo. En inglés se dice *illness* y *disease*; en alemán, *kranksein* y *krankheit*. La enfermedad experimentada por el hombre común, asociada al miedo, a la incertidumbre y a sus características personales, tiene diferente connotación que la enfermedad definida y catalogada por el experto. Podría decirse que la primera existe sólo como estadio transitorio y reacción provisoria del sujeto en menoscabo, mientras que la segunda existe como realidad abstracta, creada por la teoría y es, como ella, modelo de muchas situaciones y estados, sin reflejar ninguno cabalmente.

Nunca está el hombre plenamente sano o plenamente enfermo. Se mueve en una zona gris, mensurable sólo en base a dimensiones de malestar y bienestar. Aproximarse a uno u otro de estos polos depende

de factores puramente ecológicos (como la exposición a noxas ambientales), sociales (como el vivir inadecuadamente, sufrir frustraciones y desamparo), y personales (como el carecer de adecuados recursos para entender y controlar las situaciones productoras de malestar). Entre sentirse enfermo y estar enfermo media la intervención decisiva de los agentes establecidos de salud, que definen y codifican para el paciente la "la verdadera" enfermedad, y la distinguen de la simple dolencia, malestar, o trastorno pasajero.

No obstante, el ámbito de las posibles definiciones no se agota en esta doble determinación. Además de la sensación personal (el sentirse enfermo) y de la definición profesional (estar enfermo, tener una enfermedad), está también la definición dada por la comunidad inexperta, o mejor aún, por el saber implícito, no teórico, de las comunidades. A esta tercera dimensión podemos llamarle *sickness*: "ser considerado enfermo".

No habría tensión ni dificultad si las coordenadas que definen *illness*, *disease* y *sickness* fueran siempre las mismas o coincidieran en sus términos, pero no es así. Cada episodio o estado de menoscabo puede ser ubicado en estas tres dimensiones simultáneamente, revelando su discrepancia y la disimilitud de sus lenguajes. La medicina contemporánea, especialmente en algunas regiones del mundo, privilegia la definición de enfermedad que se basa en una teoría explícita y no en la sensación subjetiva. No son "casos" de *disease* aquellos en los que no se descubren categorías relevantes ni se pone en marcha el proceso argumental de su fundamentación específica. También dentro de la epistemología médica se dan tensiones, y la definición de enfermedad será distinta en tradiciones iatromecánicas, iatrodinámicas o humorales, con modelos diferentes, categorías distintas y fuentes válidas de evidencia, a menudo antagónicas. Piénsese sólo en los distintos modelos – a veces inconmensurables – que presiden la labor del psicoterapeuta y del médico. Agréguese a ello la definición social (folklorica), el influjo de la tradición y del sistema social, con sus diversos grados de tolerancia, y se obtendrá un infinito número de coordenadas, un hiperespacio de dimensiones en las que puede ubicarse cada episodio de enfermedad y, más críticamente, cada persona en alguna etapa de su vida.

En ocasiones, estas tres dimensiones pueden ser coincidentes, debido sobre todo, a relaciones de poder. Tanto el paciente individual como su comunidad tienden a otorgar validez a la definición profesional, basada en una teoría para ellos desconocida, y a "medicalizarse". Sin embargo, la hegemonía de una única, exclusiva y excluyente definición de enfermedad, se ve objetada, negada y aún atacada, de acuerdo con el conocimiento de los últimos decenios.

Estas consideraciones se encuentran en el núcleo de una auténtica perspectiva biopsicosocial sobre la salud y la enfermedad. Apuntan el hecho de que, más que tratar con abstracciones, lo que interesa es definir sujetos individuales en términos de estas tres dimensiones básicas. En su aplicación al caso concreto de la cronicidad, tendremos ocasión de examinar algunas aportaciones de las ciencias sociales que, lejos de ser

añadidas a la concepción médica y fisiológica de salud y enfermedad, deben ser integradas armónicamente con ella.

La cronicidad puede referirse a *illness*, *disease* y *sickness*, adquiriendo connotaciones distintas en cada una de estas dimensiones.

Sobre la cronicidad

Laviets (1974) describe la enfermedad crónica de la siguiente manera:

"La enfermedad crónica se caracteriza por una larga duración y repetidas exacerbaciones. Frecuentemente está presente mucho antes de evidenciarse y a menudo es irreversible. Por otra parte, el curso usual es el deterioro progresivo, aunque a menudo lento. Para la mayoría de las enfermedades crónicas no hay curación; afortunadamente, a menudo existen recursos paliativos útiles. Las enfermedades crónicas dan origen a incapacidades, pérdida de eficiencia laboral, necesidad de cuidado médico, y tal vez lo más importante, a una disminución en la calidad y plenitud de la vida. El comienzo de la enfermedad crónica obliga a muchos pacientes a percatarse de un defecto permanente, no importa cuán leve sea, y a enfrentar la necesidad de aprender a vivir con algo menos que la perfección, que hasta entonces se había tomado por obvia. Nuestra comprensión de la enfermedad crónica ha progresado en los últimos años, sin embargo, aún faltan métodos probados para prevenir o retardar su comienzo, y el tratamiento de la enfermedad manifiesta raramente llega a su raíz, y más bien apunta a controlar algunas de sus manifestaciones".

La principal característica de la enfermedad crónica, en términos del desarrollo de paradigmas para su sistematización y tratamiento, es la presencia conjunta de dos atributos: la *permanencia* y la *globalidad*. La primera alude al tiempo: la enfermedad crónica es una enfermedad extendida en el tiempo, que se inicia y se prolonga sin límite definido; no es episodio, es destino. El segundo atributo alude al paciente: la enfermedad crónica no se detiene en el órgano afectado o en el menoscabo parcial. Afecta todas las esferas de la vida: el trabajo, las obligaciones sociales, la vida familiar; no es un accidente, es una alteración vital.

El clínico Sydenham sostenía en el siglo XVII que las enfermedades agudas exhiben una necesidad casi mecánica en su presentación sintomática; son, por así decirlo, más dependientes de las causas exteriores, de modo que conociendo éstas se pueden predecir aquéllas, y viceversa. Dios es la causa inmediata de las enfermedades agudas, pero es sólo una causa mediata de las crónicas. En éstas, el hombre mismo es quien contribuye a su gestación y se entrelazan sutilmente con su biografía y su proyecto vital. Aparecen, por ejemplo, cuando los principios de la naturaleza de un hombre son débiles y se han debilitado más por la edad o a consecuencia de hábitos perniciosos largamente mantenidos. En las dolencias crónicas, Sydenham ve, por lo tanto, un factor biográfico o personal, y la persona humana determina sus manifestaciones generales y específicas.

Ya hemos señalado (Lolas, 1985) el contraste entre el clínico Sydenham, que reconoce la impronta de lo personal en las manifestaciones de la enfermedad crónica, y el teórico, que al tratar de explicarla vuelve a tratar el cuerpo como pura articulación de mecanismos impersonales.

Tal es la antinomia que la emergencia de la teorización biopsicosocial, desde los precursores hasta hoy, ha intentado resolver. Más que la resolución abstracta del viejo debate sobre el alma y el cuerpo, o que la pregunta acerca de la influencia patógena de los estados del ánimo sobre el cuerpo, la perspectiva biopsicosocial debe tomar como punto de partida de su teoría y de su acción, lo que está "entre" el *soma* y la *psique*. Aquellas nociones fundamentales, "relacionales" originariamente, que no son ni uno ni otra, aunque dependan de ambas, sino "realidades" que emergen de ellas y cuya formalización demanda hoy la medicina.

Una perspectiva biopsicosocial sobre la cronicidad debe poner seriamente en entredicho la clásica distinción entre causas, enfermedades y consecuencias. Se ha querido ver en la teorización psicossomática una simple ampliación del campo etiológico. A las causas físicas reconocidas por la medicina científico-natural, se agregaban las causas psíquicas de la enfermedad. Es posible que esta idea simple de psicogenia haya estado realmente presente en algunos pioneros. Nuestra interpretación corriente parece apoyar la noción de que podemos enfermar *desde la psiquis*. Pero la utilidad de este modo de pensar no ha sido evidente. El dualismo práctico, el cartesianismo implícito en nuestras tecnologías curativas, no pueden considerarse exitosos. No, por lo menos, en la medida en que signifiquen negar o desconocer algún tipo de sufrimiento humano o de enfermedad que no se dejan reducir a nuestras convenciones teóricas. La ampliación del campo etiológico sería un logro muy mezquino si seguimos aferrados a un modelo puramente lineal. La "causa", en medicina, elude frecuentemente la determinación única y se contrae o expande según el punto de referencia del observador. Si una persona muere de infarto del miocardio, el patólogo comprobará la oclusión de una arteria coronaria y declarará que ésta es la causa. Sin embargo, la oclusión de la arteria coronaria fue precedida por años de hipertensión e hipercolesterolemia, y el clínico no dudará en declarar que éstas son las causas del resultado final. Los científicos sociales han identificado determinados estilos de vida en los sujetos que se enferman de las coronarias, o bien determinada constelación de eventos vitales y reacciones psicológicas que precedieron o acompañaron el comienzo de la dolencia. Su argumento es fuerte en términos estadísticos, y técnicas apropiadas permiten hablar, también en este caso, de causas de la enfermedad. Los ya clásicos estudios de Mirsky y colaboradores mostraron que en las personas que eventualmente desarrollan una úlcera duodenal, se encuentran, ya desde muy temprano en la vida, elevados niveles séricos de pepsinógeno. Por ello, el argumento genético también podría desarrollarse en términos de causalidad.

Hablamos de multicausalidad de la enfermedad. Pero la ecuación personal ha probado ser tan decisiva,

que sumados todos los factores de riesgo, y establecidas apropiadamente las mediciones del estado final patológico, no siempre es posible establecer cadenas argumentales lineales.

La enfermedad crónica, con sus caracteres de globalidad y permanencia, nos lleva también a objetar una tajante división entre causas y consecuencias. Ya el hecho de enfermar constituye una fuente de tensión, incertidumbre, angustia y otras reacciones psicológicas, que pueden en buena medida constituir causas de nuevos desarrollos, agravaciones o retrocesos en el proceso mórbido. Los pioneros de la perspectiva psicossomática fueron, en este punto, de considerable perspicacia, porque reconocieron que aquellas dolencias en las cuales el papel que desempeñan los factores psicossociales y biográficos es más nítido son, precisamente, las enfermedades crónicas. Hoff y Ringel (1969), al caracterizar la dolencia psicossomática, destacan precisamente este punto. Es en las largas evoluciones donde el papel determinante del hábito y del comportamiento, y las consecuencias deletéreas del propio proceso de enfermar, son más evidentes. Es precisamente en ellas, por lo que involucran de estilo de vida y de influencias patógenas del entorno significativo de las personas, donde tales aspectos pueden ser más destacados. La perspectiva biopsicosocial propone la ampliación de este punto de vista a toda enfermedad, borrando esas aparentemente nítidas fronteras entre agente causal, paciente que enferma, experto que define y sociedad que apoya o critica. Esto puede parecer una innecesaria difuminación de las categorías de pensamiento que presiden el estudio científico de la medicina, pero sólo a condición de ignorar el impacto que estos otros factores tienen en el bienestar de las personas, inadecuadamente tratado en nuestras teorías iatromecánicas, deudoras de una metodología empírico-analítica excluyente.

No obstante, hay que reconocer que las herramientas conceptuales, que luego serán utensilios terapéuticos, deben ser depuradas o revisadas, con el objeto de no volver a repetir el reduccionismo de la explicación única. En otro lugar hemos hablado de pluralismo metodológico para designar la necesidad de no dejarse embelesar por lo que parece ser la explicación definitiva de todo (Lolas, 1984). El pluralismo metodológico en medicina, significa el abordaje conjunto, por parte de muchas disciplinas, del gran tema antropológico, que es central en la medicina y que constituye un mar de resonancias nunca agotadas y tal vez nunca agotables. Significa, por otra parte, reconocer y fundamentar un campo propio para la experiencia médica, una epistemología que no convierte a la medicina en química aplicada, biología aplicada o sociología aplicada.

Justamente la tentación aquí es hablar en términos demasiado esquemáticos. Ya que no sabemos distinguir entre causas, consecuencias, factores predisponentes y enfermedad, sería vano pretender que podemos hablar unitariamente de enfermedad. A menudo las personas padecen más de una dolencia. Tienen, por ejemplo, un modo anómalo de reacción ante los sucesos exteriores y son también portadoras de una neoplasia. Utilizar apresuradamente la navaja de Ockham - reducir los entes y las explicaciones al máximo -

podría llevarnos a ver simples hechos que no son tales, y a descubrir relaciones causales en donde sólo hay coincidencia.

A continuación trataremos de examinar algunos aspectos que son relevantes al tratar de la perspectiva biopsicosocial sobre la enfermedad crónica, señalando algunas de sus insuficiencias e ilustrando formas de su integración.

El rol de enfermo, la conducta en la enfermedad y el rol de paciente

Estos son algunos de los conceptos utilizados por los científicos sociales para tratar, a nivel sistémico o individual, las dimensiones de sentirse enfermo (*illness*) y ser considerado enfermo (*sickness*). No debe ignorarse el hecho de que la aportación sociológica puede revestir dos formas: sociología de la medicina y sociología en medicina, ya que puede haber confusión en este aspecto. Cuando Talcott Parsons (1951) proponía el concepto de rol de enfermo, desde la perspectiva social y sistémica, hacia sociología de la medicina. Cuando otros autores han utilizado el concepto de rol de paciente lo han hecho desde una perspectiva aplicada, sociología en medicina, como herramienta auxiliar al servicio de las necesidades de información y planeación de los servicios médicos.

Hecha esta salvedad, examinaremos sumariamente estos conceptos en su relación con la cronicidad.

El concepto de *rol de enfermo* deriva de la idea de que el intercambio social, en toda situación, está regulado por normas implícitas o explícitas. Hay cuatro expectativas de tipo normativo que están incluidas en él. Dos son derechos: el enfermo tiene derecho a ser eximido de toda responsabilidad y a ser liberado de sus obligaciones habituales. Dos son deberes: el enfermo debe buscar tanto su curación como ayuda técnicamente competente, la que debe acatar, cooperando a su recuperación. Correlativo a este rol de enfermo se encuentra el papel del médico o del agente de salud, el cual está codificado en términos de dedicación a la tarea de curar y brindar bienestar, y a suministrar los recursos apropiados para lograrlo, al igual que una ética en sus relaciones con el individuo en su papel de enfermo.

La *conducta en la enfermedad*, según Mechanic (1978) es el conjunto de percepciones, pensamientos, sentimientos y actos que afectan el significado personal y social de los síntomas, la enfermedad (*illness*), sus limitaciones y sus consecuencias.

El *rol de paciente* puede ser diverso del rol de enfermo, por cuanto se puede ser paciente sin necesidad de sentirse enfermo y basta sólo la determinación de tal condición por parte de los agentes de salud. Por ejemplo, rol de paciente puede tenerlo alguien que acude a consultar sin quejas, por puro control rutinario o preventivo. Para la evaluación de los servicios de salud, este concepto puede ser de gran interés, toda vez que su utilización no depende solamente de síntomas sino de factores distintos, tales como accesibilidad, disponibilidad, imitación, etc.

De particular relieve para el estudio de la cronicidad

es el concepto de *conducta anómala en la enfermedad* de Pilowsky (1978), que se refiere a modos persistentes de percepción, evaluación y acción inapropiadas en relación al propio estado de salud. Es de singular interés poner este concepto en relación con la falta de acatamiento (*compliance*) de los regímenes terapéuticos, mucho más acentuada y extendida de lo que suele creerse. Se ha señalado la naturaleza asintomática de muchas dolencias crónicas como causa de modos anómalos de comportarse en relación con la propia salud. Algunos estudios tienden a reducir la importancia de este factor. También deben considerarse aquí factores disposicionales, tales como la estructura de la personalidad o las obligaciones sociales que dificultan o impiden una adecuada atención a las medidas paliativas, curativas o preventivas. Se ha abierto un gran debate en este punto, en relación con el sexo, con autores que defienden que la mayor morbilidad de la mujer se debe al papel fijo predominante en el hombre, y otros que la atribuyen al "*nurturant role*" de la mujer, que efectivamente le impide preocuparse adecuadamente de sí misma. Pero también las cualidades de *sensation seeking* o *personalidad tipo A* son conceptos pertinentes para evaluar el factor "conducta inapropiada en la enfermedad". Existe una liga con el concepto de *accident-prone personality* de Dunbar. Finalmente, una conducta inapropiada puede obedecer a la deficiente comunicación entre el paciente y el médico, en el sentido de que éste, creyendo dar instrucciones claras, muchas veces no es comprendido.

El concepto parsoniano ha sido revisado en muchos estudios (Frankel y Nuttall, 1984). Es, desde luego, poco aplicable a los trastornos menores, porque nadie espera que un resfrío simple obligue a buscar ayuda especializada y su existencia no siempre exime al paciente de sus obligaciones sociales. El concepto reconoce poca importancia al apoyo, positivo o negativo, de la familia, amigos agentes profanos de la salud, esquematizando el rol de enfermo sólo en relación con el sistema médico. Por supuesto, no permite una disección analítica de los casos de "enfermedad responsable" y la inadecuada motivación para consultar al médico o para sanar (que ya son parte de una anomalía en la ejecución del rol). En el presente contexto, es relevante señalar que justamente en la enfermedad crónica, el concepto presenta serias debilidades.

En primer lugar, la mayoría de las enfermedades crónicas estabilizadas no eximen de ciertas obligaciones sociales. Más bien, la exención depende de una estimación de gravedad y del crédito idiosincrático del individuo, en términos de prestigio o poder. La tolerancia social se hace menos flexible a medida que dura más la enfermedad, reduciendo la exención de responsabilidad correlativamente. Por otra parte, una enfermedad irreversible raramente puede curarse, de modo que el deber de sanar o ponerse bien no puede ser manifestado cabalmente. A menudo, asimismo, la ayuda técnica competente se limita a paliar las consecuencias de la enfermedad, sin aspirar a sanar ésta de modo completo. Alonzo (1984) ha presentado una perspectiva integradora, en que compara cuatro tipos de conducta en la enfermedad, en tres dimensiones relevantes. Si en la enfermedad menor (de todos los

días) el proceso primario es la contención, y en la aguda el *coping*, en la crónica es el ajuste, esto es, la adaptación del enfermo al estilo de vida que supone una condición irrecuperable. La relación con el papel social que desempeña el sujeto permite describir el del paciente crónico como un papel disminuido o alterado, en tanto que en el paciente agudo se trata de un papel atenuado, y en las enfermedades de todos los días, de uno comprometido. Finalmente, en cuanto a la relación con el agente de salud, en la enfermedad crónica se trataría de una participación mutua, en tanto que en la aguda, de una relación polar guía-cooperación. La relación paciente-agente de salud es, en las enfermedades menores, típicamente indirecta: como no demandan consulta directa al experto, a menudo las medidas proceden del intercambio con otros pacientes que las han experimentado y que han recibido atención.

Esta perspectiva de Alonzo (1984) permite categorizar las diferentes formas de conducta en la enfermedad en forma mucho más diferenciada que la simple adscripción al rol de enfermo, con lo cual puede implementarse no sólo un sistema más eficaz de diagnóstico y prevención, sino también de tratamiento.

Debe destacarse que el proceso de adaptación y ajuste a la enfermedad crónica supone un esfuerzo y constituye un factor de estrés adicional, para cuyo control, la participación de los propios recursos personales, de los "otros relevantes" (parientes y amigos) y del sistema de salud, tienen diferente importancia. Los estudios de Ben-Sira (1984) señalan que los recursos se usan en el orden citado, y que a veces la participación profesional, si es inadecuada en términos de apoyo emocional, puede ser negativa para el paciente.

Acontecimientos vitales y personalidad

Tres han sido los procedimientos más empleados para estudiar la relación entre el estrés y la enfermedad:

- a) La exposición de hombres y animales a estresores experimentales.
- b) El impacto de las experiencias individuales, tales como el duelo o los desastres naturales.
- c) Retrospectivamente, el estudio de la intensidad del estrés experimentado previamente en los grupos clínicos.

El primero de estos enfoques no explica la relación que hay entre el estrés y la enfermedad "espontánea" o natural. El segundo no explica la "elección" de una determinada enfermedad, por lo que la cantidad de variables que deben controlarse es muy elevada. El tercero depende críticamente del instrumento que se haya empleado para evaluar el esfuerzo adaptativo.

La medición del estrés ambiental (o vital) mediante el instrumento de Holmes y Rahe (1967): *Schedule of Recent Experience*, supone que sus componentes se comportan aditivamente. Este instrumento ha sido objeto de numerosas críticas (Creed, 1985), proponiéndose su reemplazo por el de Brown y Harris (1978), que supera el problema de "el esfuerzo en

pos del significado", por el cual las personas tienden a buscar o atribuir una razón para su enfermedad.

Entre sus atributos positivos merecen destacarse la exclusión de síntomas y acontecimientos relacionados con la enfermedad, la determinación por parte del observador (y no del respondiente) de los criterios de inclusión de acontecimientos, considerar el significado individual de éstos, no suponer aditividad en ellos y categorizar a los sujetos según la severidad del suceso, que se ubica con precisión en el tiempo. Considera el factor de decremento de acontecimientos en dirección retrospectiva, que puede deberse al olvido, y que genera la impresión de que los acontecimientos se acumulan en el periodo inmediatamente anterior a la enfermedad.

El instrumento de Brown y Harris, llamado también método *Bedford College LEDS (Life Events and Difficulties Scale)*, pese a su complejidad, no ha producido aún suficiente evidencia sobre la relación que hay entre los acontecimientos vitales y la enfermedad física. Hay estudios prospectivos, sin embargo, que muestran claras implicaciones. En todo caso, como apunta Creed (1985), es necesario tomar en consideración otros factores: la edad, el momento en que ocurre el acontecimiento, el tipo de éste y la interacción con el "estilo de vida" o los factores estables de la personalidad.

En relación con el último punto, aunque han predominado los modelos lineales, se ha sugerido (Murphy y Brown, 1980) que los acontecimientos vitales causan depresión y que ésta da origen al trastorno orgánico. Evidentemente, hay que tomar en cuenta el apoyo social, los recursos defensivos y la personalidad.

Obsérvese que el hecho de obtener correlaciones entre los cuestionarios de acontecimientos vitales y otros (estilo de *coping*, tendencia al rol de enfermo, etc.), puede no deberse a la asociación entre las variables medidas, sino al modo en el que determinados grupos de sujetos llenan los cuestionarios. Esta dependencia muestral indica la importancia de los factores estables disposicionales.

La independencia conceptual y la validez discriminante de los acontecimientos vs. los estilos vitales inductores de estrés, ha sido examinada por Behling y McFillen (1983), quienes proponen que se relacionan en cuatro formas: a) efectos independientes (estilos y acontecimientos) pero complementarios sobre la enfermedad; b) efectos independientes, no complementarios; c) efectos antecedentes (o causales) de estilo vital (con tendencia a ciertos acontecimientos vitales); d) efectos moderadores del estilo vital (que modifican los acontecimientos vitales).

Estos autores encuentran que los puntajes en el *Jenkins Activity Survey*, que mide la conducta tipo A, y la Escala de Cambios Vitales Recientes, están correlacionados. Ello puede deberse a una vinculación conceptual, a una comunidad de dominios investigados por ambos instrumentos, o a un artificio debido a la formulación de las preguntas.

Es evidente que la separación entre persona y situación es sólo analítica y que precisamos de instrumentos más sensibles para tratar las interacciones.

Por último, de lo que se trata es de identificar la contribución de ambos factores (persona y situación) a la especificidad.

La cointervención de *life events* y *life processes* ha sido también señalada por Aro y Hanninen (1984).

Recapitulación y comentario final

La cronicidad puede describirse en las tres dimensiones que hemos considerado importantes para el estudio de la enfermedad: *illness* (sentirse enfermo), *disease* (estar enfermo según la teoría médica) y *sickness* (ser considerado enfermo por la comunidad no profesional). Para cada paciente, y para cada dolencia o episodio, debe precisarse la intensidad con que se expresa la morbilidad en cada una de estas dimensiones, no siempre coincidentes. Paradigmáticamente, el paciente con dolor crónico o el paciente mental crónico brindan ejemplos de disociación que el médico debe considerar en el diagnóstico y en el tratamiento.

Los principales atributos de la enfermedad crónica son la *permanencia* (en el tiempo) y la *globalidad* (en términos de áreas vitales comprometidas). En ella son decisivos los aspectos biográficos y personales y, para enfocarlos correctamente se precisa de una auténtica perspectiva biopsicosocial.

Algunos conceptos de las ciencias sociales han encontrado aplicación en el terreno de la salud, y han

brindado esquemas de cuantificación y evaluación. Sin embargo, al examinar el concepto del rol de enfermo, salta a la vista que su aplicación a los problemas de la cronicidad no puede ser simple y que exige modificaciones. Una perspectiva situacional, que distinga lo esencial de los distintos tipos de conducta en la enfermedad (con valor sintomático), permite superar algunas dificultades y merece un estudio más atento.

La personalidad y los acontecimientos vitales son dos conjuntos de variables que determinan el curso, el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad crónica y que han sido objeto de extensa investigación empírica. Su interrelación ha sido descrita bajo cuatro posibilidades teóricas, que probablemente se dan en forma diversa según la condición patológica que se quiera estudiar.

En el estudio y el tratamiento de la enfermedad crónica se deben contestar las cuatro preguntas clásicas de la investigación psicosomática: quién es el paciente, por qué enfermó en esta forma y en este momento, y qué acontecimientos precipitaron o agravaron su dolencia. Como en toda la medicina, en la enfermedad crónica se trata de acentuar la contribución de los factores que definen, en forma única e irrepetible, la condición de paciente. El viejo *dictum* de Krehl: "no hay enfermedades sino enfermos", adquiere en este terreno el valor de un postulado.

REFERENCIAS

1. ALONZO A A: An illness behavior paradigm: a conceptual exploration of a situational-adaptation perspective. *Soc Sci Med* 19:499-510, 1984.
2. ARO S, HANNINEN V: Life events or life processes as determinants of mental strain? A 5-year follow-up study. *Soc Sci Med* 18:1037-1044, 1984.
3. BEHLING O, McFILLLEN J M: The measurement of stress-inducing life events and life styles: questions of conceptual independence and discriminant validity. *J Psychosom Res* 27:215-221, 1983.
4. BEN-SIRA Z: Chronic illness, stress and coping. *Soc Sci Med* 18:725-734, 1984.
5. BROWN G W, HARRIS T: *The Social Origins of Depression*. Tavistock Publications, Londres, 1978.
6. CREED F: Life events and physical illness. *J Psychosom Res* 29:113-123, 1985.
7. FRANKEL B G, NUTTALL S: Illness behavior: and exploration of determinants. *Soc Sci Med* 19:147-155, 1984.
8. HOFF, R: *Problemas Generales de la Medicina Psicosomática*, Morata, Madrid, 1969.
9. LAVIETES P: The problem of chronic disease. *Am J Hosp Pharm* 31:1048-1052, 1974.
10. LOLAS F: *La Perspectiva Psicosomática en Medicina*. Editorial Universitaria, Santiago, 1984.
11. LOLAS F: *Nota sobre la emergencia de la persona en medicina*. En: *Notas al Margen*, Colección Travesía, Editorial Cuatro Vientos, Santiago, 1985.
12. MECHANIC D: *Medical Sociology*. The Free Press, Nueva York, 1978.
13. MURPHY E, BROWN G W: Life events, psychiatric disturbance and physical illness. *Brit J Psychiat* 136:326-338, 1980.
14. PARSONS T: *The Social System*. The Free Press, Glencoe, Ill, 1951.
15. PILOWSKY I: A general classification of abnormal illness behaviors. *Br J Med Psychol* 51:131-137, 1978.