

DUALIDAD ENFERMEDAD DOLENCIA

Dr. Víctor A. Burga Soplin
Profesor de la Facultad de Obstetricia y Enfermería - USMP

INTRODUCCIÓN

El modelo filosófico sobre la relación mente cuerpo propuesto por Descartes en el siglo XVII influyó en el pensamiento médico originando el llamado "modelo biomédico", según el cual el cuerpo humano es considerado como una máquina que puede analizarse desde el punto de vista de sus partes. La enfermedad está constituida por una lesión anatómica o una alteración fisiológica. La medicina moderna al concentrarse en porciones cada vez más pequeñas del cuerpo, suele perder de vista la totalidad del paciente, reduciendo la salud a una función mecánica, prestando poca atención al vínculo que existe entre los estados emocionales y la enfermedad, es decir, sin tener en cuenta lo que el sujeto siente ante la impresión de saberse o creerse enfermo, lo cual constituye la dolencia.

La comprensión de la dualidad enfermedad dolencia es una fórmula que podría conducir al médico a tratar al paciente en forma integral, dirigiendo su atención no sólo a la normalidad estructural o funcional, sino también a la aflicción que aquélla ocasiona.

CONCEPTOS ENFERMEDAD DOLENCIA

El Concepto de Enfermedad

Varios autores han definido la enfermedad. Lenz: "Enfermedad es el estado de un organismo en los límites de su capacidad de adaptación". Para Rössle, "es el conjunto de las reacciones anormalmente constituidas de un organismo o de una de sus partes, consecutivamente a un estímulo morbígeno". Según Grote, "un organismo enferma si no puede equilibrar, parcial o totalmente, con su adaptación morfológica y funcional una desviación de su norma individual que pasajera o prolongadamente actúa respecto a su capacidad y duración de resistencia". Lain Entralgo definió enfermedad como "un doloroso modo de vivir del hombre, reactivo a una ocasional alteración o a un estado permanente de su cuerpo que hacen imposible la realización en el tiempo de su personal destino (enfermedad letal), impiden o entorpecen pasajera esa realización (enfermedad curable) o la limitan penosa o definitivamente (enfermedad residual o cicatrizal)". Honorio Delgado (1) hace una crítica a estas definiciones: "En la primera de estas definiciones no se deslinda categóricamente qué se entiende por capacidad

de adaptación entre la salud y la enfermedad; en la segunda y en la tercera no se establece cuál es el criterio de norma o normalidad; en la cuarta, si se estatuye la diferencia respecto a la salud, aunque es cuestionable qué se entiende por personal destino; pero falla en cuanto no incluye el grupo de las enfermedades ignoradas por aplicar el atributo de dolencia a toda enfermedad".

Para Honorio Delgado (5), enfermedad es un desorden biológico complicado en el cual el organismo obra como un todo en proceso de adaptación, regulación y defensa, tendiendo a recuperar el equilibrio perdido.

Tweddle (15) emitió su punto de vista: "Enfermedad es un fenómeno objetivo, que puede medirse por las pruebas de laboratorio, la observación directa y otros signos. Es lo que ocurre en un individuo cuando su funcionamiento fisiológico se aparta de lo normal o cuando se convierte en huésped de otros organismos que limitan sus capacidades o su esperanza de vida".

Para Kurt Schneider: "Las enfermedades, sin excepción, son enfermedades del cuerpo. Las condiciones extracorporales psicológicas y sociales son susceptibles de favorecer la manifestación de la enfermedad o de agravarla, sólo cuando intervienen produciendo simultáneamente cambios orgánicos, mas no por vía psicogenética".

Carlos Alberto Seguín (2) se refiere a la enfermedad con una visión holística, visión que engloba el acontecer humano como un todo, integrado a su ambiente cultural y social, superando la concepción de la enfermedad como un problema meramente individual. Califica a la enfermedad como un todo que no puede ser aprehendido sino en su total e intrincada relación con las varias instancias de la humanidad del hombre; desde su bioquímica hasta su antropología. De tal manera que, así como el desequilibrio orgánico enferma al hombre, puede muy bien el desequilibrio humano enfermar a la sociedad y el desequilibrio social enfermar a la cultura. Estos fenómenos pueden ocurrir también en sentido contrario: una cultura enferma a las sociedades que la componen; una sociedad enferma a los hombres inmersos en ella y un hombre enfermo (como totalidad) enferma a sus órganos. Seguín refiere además: "El médico no puede ya ser considerado como un cuidador

del buen funcionamiento orgánico, concepto que predominaba en la mayoría de los ambientes actuales. Sus funciones se multiplican, se agrandan y se ennoblecen. Se trataría de cuidar no solamente la totalidad humana en todas sus complicaciones psicosomáticas, sino, y como parte inseparable de la tarea, en toda su complejidad social y cultural".

Hernán San Martín (6) dice: "Toda enfermedad es un fenómeno social porque tiene componentes sociales que la originan y consecuencias para la sociedad. Pero, aun cuando todas las enfermedades están relacionadas por factores sociales y producen alguna repercusión sobre la sociedad, ciertas enfermedades tienen mayor significación para la comunidad que otras, debido a sus características epidemiológicas o por la tendencia a producir incapacidad en el sentido ocupacional o de la producción. Un problema deja de ser individual y pasa a ser de incumbencia colectiva cada vez que en su solución dominan factores sociales y, por ende, requiere de acción comunal organizada".

Otra definición de enfermedad es la enunciada por León Barúa y Berendson (7), la cual se basa en la definición de salud propuesta por dichos autores: "Un ser humano se encuentra sano cuando, además de sentirse bien física, mental y socialmente sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales para todos los otros seres humanos que comparten con él las mismas características y el mismo medio ambiente. Enfermedad sería lo contrario de salud, es decir, malestar físico, mental o social, o desborde de los límites considerados normales para estructuras corporales, procesos fisiológicos o comportamiento, tomando en cuenta los lineamientos propuestos".

El Concepto Dolencia

Para Honorio Delgado (1), dolencia es la reacción del sujeto anímico frente a la enfermedad que sufre o cree sufrir. La impresión de saberse o creerse enfermo depende de la percepción efectiva y directa del desorden patológico por la cenestesia, especialmente por las sensaciones viscerales. Recalca que en la dolencia pueden mezclarse componentes psicofísicos causados por la enfermedad, con estados psíquicos y espirituales puramente motivados por la conciencia que tiene la persona de estar enferma. O sea que la dolencia está constituida por dos aspectos diferentes de la participación psíquica en la afección: la sintomática y la psico-reactiva.

Tweddle (15) explica que la dolencia se refiere a dimensiones más subjetivas o psicológicas de no salud, que son generalmente causa de preocupación más inmediata para quien las experimenta. Este autor considera que los pacientes acuden donde el profesional

de la salud con síntomas que determinan cómo se sienten, lo que pueden hacer y cómo son vistos por los otros. A través de la entrevista, las pruebas de laboratorio y la observación, el profesional de la salud "hace un diagnóstico". Es decir, que convierte el proceso, de uno basado en la dolencia, a uno basado en la enfermedad.

Pfifferling (15) nos dice: "Las anomalías en los fenómenos biológicos pueden explicar algunas variantes de la enfermedad, pero no explican nunca las considerables variaciones en la experiencia de la dolencia". Stoeckle y Barsky expresan: "La teoría de la atribución de la psicología social, se halla basada en la observación común de que los seres humanos tratan de comprender sus experiencias y percepciones asignándoles causas. Así, ante el malestar que la enfermedad produce, tratamos de buscarle una causa que nos explique qué es lo que anda mal. Es decir, que intentamos llegar a un autodiagnóstico, a poner un nombre y asignar una causa a lo que ocurre. Al hacerlo, nos tranquilizamos porque ello nos permite atribuir a algo o a alguien el trastorno y nos orienta hacia la acción o acciones terapéuticas". Refieren dichos autores: "Las explicaciones causales proveen control, porque dan un significado personal al malestar corporal y sugieren las acciones que debemos tomar".

Para Carlos Alberto Seguin (2), "la dolencia es influida por una serie de factores especialmente sociales y culturales, y es muy posible que pacientes con la misma enfermedad presenten muy distintos cuadros cuando el factor dolencia predomina".

RELACION ENTRE ENFERMEDAD Y DOLENCIA

En la mayoría de los casos existe relación entre enfermedad y dolencia, teniendo en cuenta que enfermedad es un fenómeno objetivo, caracterizado por anomalías de la estructura y función de los órganos y sistemas del cuerpo, mientras que la dolencia es un fenómeno subjetivo, caracterizado por lo que el sujeto siente ante el conocimiento de estar enfermo, noción fundada o puramente aprensiva. Dicha relación se manifiesta por ejemplo, por el malestar producido por una determinada enfermedad, esto es, los síntomas psíquicos directamente dependientes del desorden patológico y por las reacciones psíquicas que resultan de sentirse y saberse enfermo.

Honorio Delgado (1) estudió los círculos viciosos que se producen entre la enfermedad y la dolencia, por ejemplo cuando un sujeto enfermo concentra su atención en un órgano determinado tratando de verificar la falla, lo cual puede perturbar el funcionamiento del órgano, cuya actividad es óptima si se realiza automáticamente, sin la

vigilancia de la mente. Además, tanto las emociones penosas suscitadas por la impresión de sentirse presa de un mal corporal cuanto las convicciones y sugerencias que fomenta y agranda la fantasía, repercuten por mecanismo causal somático, neuroendocrino, sobre el estado corporal. Por otra parte, estas complicaciones repercuten sobre los sentimientos y las ideas sombrías del sujeto, reforzando la aptitud doliente. Esta interinfluencia perturbadora entre enfermedad y dolencia refuerza la dificultad vital que sufre el individuo.

Eisenberg (3) dice: "Los pacientes sufren de dolencias; los médicos diagnostican y tratan enfermedades. La enfermedad es, pues, el acontecimiento conceptualizado por el médico y la dolencia es lo que experimenta el paciente". Castell es el autor de la ingeniosa frase: "Debemos usar la palabra dolencia para lo que el paciente siente cuando va donde el médico, y enfermedad lo que tiene cuando vuelve a su casa".

Grados similares de patología orgánica pueden generar grados diferentes de angustias, diferencias determinadas por la cultura, expectativa y situación personal. Zola (12) ha descrito modelos de síntomas notablemente diferentes en pacientes italianos e irlandeses ante situaciones médicas "objetivamente" similares. Beecher (13) ha notado la mayor confianza a la analgesia con morfina entre civiles víctimas de accidentes, que entre militares heridos en batalla, con injurias traumáticas comparables. Calin y Fries (14) en un seguimiento sistemático de "saludables" donantes de sangre, HLA W-27 positivos (un antígeno identificado como un marcador para espondilitis anquilosante), encontraron que alrededor de un tercio de estos individuos ambulatorios y no diagnosticados, tenían síntomas de enfermedad inflamatoria y hallazgos radiológicos patognomónicos de esta entidad clínica. Aquí encontramos la variabilidad no sólo de la expresión de enfermedad en una población genéticamente susceptible, sino también del índice médico de sospecha para su diagnóstico frente a la presencia de dolor crónico en la parte inferior de la espalda (también presente en el 10% del grupo de control de donantes, sin W-27, quienes fueron simultáneamente observados).

Estos pocos ejemplos deben ser suficientes para ilustrar la variabilidad de la dolencia en presencia de una enfermedad diagnosticada de severidad comparable.

En otras situaciones como recalca Eisenberg (3), dolencia y enfermedad no tienen una relación directa o total. Existen enfermedades sin dolencia y dolencias sin enfermedad. Dos ejemplos de los casos de enfermedades sin dolencia, es decir, patología corporal sin repercusión personal, es lo que ocurre en los casos de diabetes incipiente o hipertensión arterial preclínica. Dice: "La

persona con hipertensión puede estar asintomática y, por tanto, despreocupada cuando el médico que le toma la presión arterial se alarma; puede esa persona dejar de tomar la medicación prescrita porque le hace sentirse mal (le produce dolencia), aunque se le diga que mejorará su enfermedad. Sólo cuando la hipertensión lleva a insuficiencia cardíaca congestiva o hemiplejía, la persona se convertirá en paciente y estará de acuerdo con su médico en que está enfermo".

Para Carlos Alberto Seguin (2) el caso contrario también es común: está presente la dolencia sin que haya enfermedad. Refiere por ejemplo el caso de la histeria, que puede producir graves dolencias sin que el profesional descubra ningún signo de enfermedad. Otro ejemplo es la hipocondría.

Como decía Honorio Delgado (1), cabe distinguir la enfermedad sufrida de la enfermedad ignorada o inaparente: la primera es manifiesta al individuo en cuyo cuerpo se produce; la segunda es un proceso que daña el organismo a veces con lesiones considerables y que conducen a la muerte sin que el sujeto se percate durante un tiempo de su existencia. Es decir, no siempre existe dolencia asociada a enfermedad.

Eisenberg y Kleiman (15) afirman: "una visita al médico es más posible cuando está presente la enfermedad, pero es esencial comprender que contraer una enfermedad, sentirse enfermo y ser un paciente son estados sobrepuestos, pero no coexistentes".

Erwing Liek (5), un cirujano representativo de la mentalidad de nuestro tiempo, reconoce que "no hay ninguna alteración del organismo viviente, ninguna enfermedad, llámesele funcional o orgánica, que no sea más o menos susceptible de estar sujeta a la influencia anímica". En base a lo anterior Honorio Delgado (5) comenta: "el estudio del enfermo no se agota siguiendo sólo los métodos de las ciencias naturales, por más que se quiera extender el dominio de éstas; requiere también la aplicación de los métodos de la ciencias del espíritu. El médico es médico a medias si sólo a la enfermedad atiende, pues olvidando el alma del paciente frustra y traiciona su misión, esencialmente humana, pese a toda la competencia científica y técnica que pueda poseer y desplegar".

"ILLNESS" Y "DISEASE"

Varios autores estudiaron el significado de estas palabras inglesas. Robinson en 1939 definió "illness" como un estado en el que algunas de las funciones naturales del cuerpo están alteradas, de manera que el paciente no puede enfrentar los requerimientos usuales de la vida sin dolor o molestia. Asimismo, definió "disease" como un

estado anormal del cuerpo que resulta de efectos, procesos, sustancias perjudiciales o accidentes. Disease es reconocida por medio de procedimientos objetivos como cambios estructurales o condiciones anormales, reveladas por métodos químicos, físicos o biológicos, y denotados como enfermedad orgánica. De todo lo anterior se desprende que illness es subjetiva y disease es objetiva.

Fabrega calificó disease "sobre la base de desviaciones y malfunciones de los sistemas fisiológicos del cuerpo", mientras que Helman se refirió a illness como "un término vago que encarna la percepción subjetiva del paciente o, a veces, de aquellos que lo rodean, de una condición de bienestar disminuido".

Para Eisenberg, illness son las experiencias de cambios minusvalorativos y disease, en el paradigma de la medicina moderna, son anomalías de la estructura y función de los órganos y sistemas del cuerpo.

De acuerdo con todo lo anterior podemos adjudicar a illness el significado de dolencia y a disease el de enfermedad.

ENFERMEDAD Y SOCIEDAD

En las sociedades primitivas la enfermedad estaba caracterizada por modificaciones de la conducta, modificaciones que eran registradas por el grupo y repercutían sobre su organización. Fabrega (15) expresa: "La enfermedad entre los iletrados es vista como conectada directamente con los eventos sociales; se manifiesta socialmente en conductas alteradas y en limitaciones personales y es comprendida por la gente en términos de fenómenos integrados en las relaciones sociales".

En las sociedades occidentales, las condiciones variaron con el nacimiento de "la ciencia" y con la necesidad de explicar los fenómenos de acuerdo con ciertas categorías objetivas. Dice Fabrega: "En verdad, un correlato del nacimiento de la ciencia biomédica occidental ha sido que los rasgos dominantes, es decir, los significados por su versión de "enfermedad", han sido separados progresivamente (se han hecho, lógicamente casi independientes) de la conducta social. Este desarrollo ofrece un interesante contraste antropológico. Entre la gente primitiva, y también entre contemporáneos iletrados, la enfermedad es indicada por y, por tanto, basada en cambios de la conducta social. Por esa razón se puede decir que la enfermedad está entrelazada en la textura social. Entre la gente moderna por otra parte, la enfermedad se ha hecho formalmente inconexa de la esfera social".

Para continuar estas reflexiones debemos referirnos a la obra del filósofo Dilthey, la cual ha influido notablemente en la evolución de las ideas. Dilthey (2) propuso la distinción entre dos clases de ciencias: "las de la naturaleza (Naturwissenschaften) y las del espíritu (Geisteswissenschaften). Las primeras tienen como método principal la explicación, las segundas se basan en la comprensión. En el planteamiento de Dilthey, la explicación nos despliega, pues, un fenómeno y nos permite verlo con claridad; la comprensión es la captación de las totalidades fenomenológicas de lo psíquico, sin desmembrarlas ni analizarlas, sino, mas bien, intentando comprender el todo y no las partes. En conclusión, la explicación busca las causas; la comprensión, el sentido.

Para Sigerist (6) "la meta de la medicina no sólo es curar enfermedades, sino también conservar al hombre ajustado a su medio como miembro útil de la sociedad, o recapitarlo cuando la enfermedad lo haya atacado. Su tarea no se completa simplemente con la restauración física, sino que debe continuarse hasta que el individuo haya encontrado otra vez su lugar en la sociedad, el mismo de antes, si es posible, o uno nuevo, si es necesario. Por eso, la medicina es una ciencia social más que otra cosa".

Leon Barúa (4) sostiene que la comprensión de la dualidad enfermedad dolencia podría mejorar sustancialmente no sólo la práctica, sino la docencia y la investigación médicas.

CONCLUSIÓN

La atención de nuestros pacientes en los últimos años se ha centrado más en verlos como "casos" o "clientes" olvidándonos de una parte importante, cual es, lo anímico, es decir el sufrimiento y la angustia que embargan al enfermo. En otras palabras, tratamos la enfermedad, mas no la dolencia.

En el hospital Rebagliati, por ejemplo, el concepto de "producción" se mide con el promedio de días de estancia hospitalaria, lo cual está en relación con el número de altas o egresos; esto "mecaniza" al médico y lo obliga o presiona a "tratar" lo más rápidamente posible la "enfermedad", sin tener en cuenta la repercusión anímica, es decir, la "dolencia". Deberíamos esforzarnos en tratar la parte anímica del paciente, evitando en lo posible que predominen estados de angustia o depresión que repercutirán negativamente en su enfermedad. Estudios de investigación han sugerido que la depresión podría disminuir los linfocitos T "helper" (CD4) y desencadenar SIDA, en individuos HIV positivos (8, 10). Otros estudios han indicado que el stress crónico aumenta el riesgo de infecciones y cáncer (9, 11). Por otra parte, varias técnicas psicoterapéuticas parecen fortalecer el sistema inmune (9).

Debemos rescatar pues, los viejos valores e intentar la comprensión integral del paciente, de tal manera que la práctica médica esté dirigida a lograr su recuperación física, psicológica y social, restableciéndolo totalmente, tanto en el aspecto corporal como espiritual.

Teniendo en cuenta estos conceptos lograremos el nivel de excelencia deseado en nuestra atención médica, tanto desde el punto de vista científico como humano. No basta solamente llegar al diagnóstico exacto de la enfermedad utilizando métodos tecnológicos modernos, sino brindar al paciente una relación afectuosa, considerándolo como un compañero, un semejante, un prójimo y, por ello, digno de lo más excelso de nuestra atención, para lograr su reincorporación al mundo material y humano que lo rodea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DELGADO, H. *Enjuiciamiento de la medicina psicosomática*. Barcelona, Editorial Científico Médica, 1960.
2. SEGUÍN, C.A. *La enfermedad, el enfermo y el médico*. Madrid, Ediciones Pirámide, 1982.
3. EISENBERG, L. "Delineation of clinical conditions: Conceptual models of "physical" and "mental" disorders. Research and medical practice: Their interaction". A Ciba Foundation Symposium. p. 3-23.
4. LEON BARÚA R. "Dualidad enfermedad dolencia en la práctica, docencia e investigación médicas". Rev. Med Hered 1993; 4(3), p.103-105.
5. DELGADO, H. *El médico, la medicina y el alma*: 3era. Ed.. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Fondo Editorial, 1992.
6. ———. *Salud y enfermedad*. Biblioteca Salvat de Grandes temas. Barcelona, Salvat Editores, 1973.
7. LEÓN BARÚA R. y BERENDSON Seminario R. "Medicina Teórica. Definición de la Salud". Rev. Med. Hered. 1996; 7 (3), p.105-107.
8. SEGENSTRON S.C., TAYLOR SE, Kemeny ME, REED GM, VISSCHER BR. "Causal attributions predict rate of immune decline in HIV seropositive gay men". Health Psychol 1996. Nov; 15 (6), p.485-93.
9. KJELDSSEN KRAGH J. "The influence of psychological factors on the immune system and immunological diseases". Tidsskr-Nor-Laegeforen. 1996 Oct. 30; 116 (26), p.3102-7.
10. ANDERSON JL. "The immune system and major depression". Adv Neuroimmunol. 1996; 6(2), p. 119-29.
11. ROGERS MP, Fozdar M. "Psychoneuroimmunology of autoimmune disorders". Adv Neuroimmunol. 1996 6 (2), p.169-77.
12. ZOLA, I.K. "Culture and symptoms: an analysis of patients' presenting complaints". American Sociological Review. 1966; 31, p.615-630.
13. BEECHER, H.K. "Relationship of significance of wound to the pain experienced". Journal of the American Medical Association. 1956; 161, p. 1609 1613.
14. CALIN A., FRIES J.F. "Striking prevalence of ankylosing spondylitis in "heathy" W-27 positive males and females". N Eng J. Med. 1975; 1975; 293, p.835 839.
15. EISENBERG L. y KLEINMAN A. (editores): *The Relevance of Social Science for Medicine*. Doedrecht, D. Reidel Publishing Co., 1981.