

## Modificaciones de la conducta

### El problema de la adherencia al tratamiento y el cambio de hábitos.

#### ¿Podemos hacer algo?

Apenas nos introducimos en el tema de la prevención, aparece uno de sus problemas de más difícil solución, que podríamos plantear en forma de interrogantes:

- ❖ ¿Cuántos de nuestros pacientes sostienen tratamientos de por vida?
- ❖ ¿Cuántos de nuestros pacientes sostienen modificaciones de su estilo de vida?
- ❖ ¿Cuántos de nuestros pacientes que requieren tratamiento activo lo reciben?
- ❖ ¿Cuántos de los que lo reciben lo hacen en las dosis recomendadas?

Evaluar estos y muchos otros aspectos se hace imprescindible a la hora de analizar el impacto que las distintas medidas tienen sobre la salud pública. Todo indica que el conocimiento minucioso de las propiedades farmacológicas de una droga no garantiza el cumplimiento del tratamiento. Existe una brecha entre la "eficiencia" y la "eficacia" de las intervenciones que jamás será suturada mientras no se estudien sus causas y se nos entrene en habilidades que, aún resultando claramente imprescindibles, nadie se ha preocupado en incluir en la currícula médica.

#### Figura 1: (ver)

La formación vigente del médico nos aporta herramientas conceptuales capaces de analizar en detalle la eficacia de las intervenciones farmacológicas o instrumentales. Esta saludable orientación nos dota de la capacidad de seleccionar las acciones más eficaces, menos dañinas y más económicas. Pero es más que evidente que existe una serie de intervenciones sobre la que raramente ejercemos el mismo procedimiento analítico, crítico y selectivo. Los médicos, como personas que interactúan con otras personas, constituyen, en sí mismos, un poderoso instrumento de intervención.

Sus acciones comunicativas producen efectos no menos intensos y no menos peligrosos que los que ocasionan fármacos o cirugías. Pero: ¿Quién nos ha preparado para manejar estos recursos con idoneidad, eficiencia y resguardos éticos?

Reconocemos una situación, evaluamos su riesgo, seleccionamos de acuerdo a las evidencias disponibles las mejores intervenciones, las prescribimos, pero: ¿Cómo nos va a la hora de analizar el impacto que tenemos sobre la salud de las personas?

Las habilidades comunicativas no pueden quedar libradas a las aptitudes espontáneas del profesional desde que una parte fundamental del éxito de sus medidas dependerá de ellas. El acto médico es, tal vez, el modelo más antiguo y menos estudiado de un acto comunicacional, de un encuentro, a menudo mediado por el dolor y el sufrimiento, entre dos personas. La palabra, los significados, la subjetividad y las emociones tienen efectos tan concretos y tan contundentes como los lípidos, la presión arterial o la glucemia.

Existen investigaciones que han puesto de manifiesto el modo en que la comunicación fracasa respecto de sus objetivos específicos según la estrategia empleada. También han logrado identificar estrategias con una efectividad mayor y, por ello, deseables.

Estrategia empleada	Resultados obtenidos
Órdenes, estilo imperativo	Similar Placebo
Transferencia de información	Similar Placebo
Información + Motivación	Superior Placebo
Estrategias de bajo contacto (espóradico)	Similar Placebo
Estrategias de bajo contacto (sistemático)	Superior Placebo

No se trata únicamente de estimular hábitos saludables, también es imperioso establecer una comunicación eficaz para que las acciones farmacológicas tengan los resultados esperados. Una parte trascendente del efecto medicamentoso proviene de la forma en que la necesidad del tratamiento sea comunicada a un paciente. La comunicación no está en la periferia, sino en el centro neurálgico de todo acto médico.



## Cruzando la brecha entre la eficacia y efectividad



Figura. 1

### La prevención cardiovascular y el mito de Casandra: ¿Algo en común?

Según la mitología griega clásica, Casandra había sido dotada por los dioses con el don de la predicción o la profecía. Es decir, que era capaz de predecir acontecimientos futuros.

Enemistada posteriormente con los dioses, estos ya no pudieron castigarla quitándole ese don. Entonces, encontraron la forma de sancionarla sin privarla de su privilegio. Hicieron que las personas no escucharan sus predicciones, no creyeran en ellas y no actuaran en consecuencia. Así, su valiosa habilidad se tornó socialmente inútil, estéril e intrascendente. Casandra predijo con certeza acontecimientos trágicos del futuro, como la guerra de Troya, pero nadie modificó nada para evitarlos. Su palabra, aún portando la verdad, no produjo efectos.

#### Enfermedades crónicas y comunicación: ¿Tienen algo que ver?

En enfermedades crónicas no transmisibles - escenario epidemiológico del siglo XXI - la adherencia a los tratamientos y las modificaciones conductuales son dos aspectos de la mayor relevancia. Las investigaciones al respecto son numerosas y tienen diverso grado de confiabilidad metodológica pero, en general, aportan datos bastante desalentadores.

Deberíamos primero analizar qué evidencias existen acerca de la función de las modificaciones de estilo de vida sobre la evolución de las enfermedades crónicas.

#### ¿Pueden los cambios de hábitos modificar la evolución de enfermedades crónicas?

La epidemiología sugiere que sí, pero es sabido que: correlación no significa causación. Los estudios clínicos randomizados son el gold standard para diferenciar una de otra. Se han concretado varias investigaciones de este tipo y una de las más importantes es el estudio "Diabetes Prevention Program Research" (DPP), cuyas conclusiones principales destacan el papel trascendente del cambio de hábitos en la evolución de la Diabetes tipo II comparado con fármacos (metformina) o placebo. En esta investigación, la incidencia acumulativa de diabetes resultó inferior con los cambios sostenidos del estilo



de vida que con placebo o metformina.

en 1976 respecto del caso de la hipertensión arterial.

## Figura 2

### ¿Cómo es la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas?

La adherencia en este tipo de enfermedades es, en general, deficiente. Hoy es clásica la afirmación de David Sackett hecha

### Regla del 50%:

- ❖ • La mitad de quienes padecen hipertensión lo saben.
- ❖ • La mitad de quienes lo saben reciben tratamiento.
- ❖ • La mitad de quienes reciben tratamiento están adecuadamente controlados.

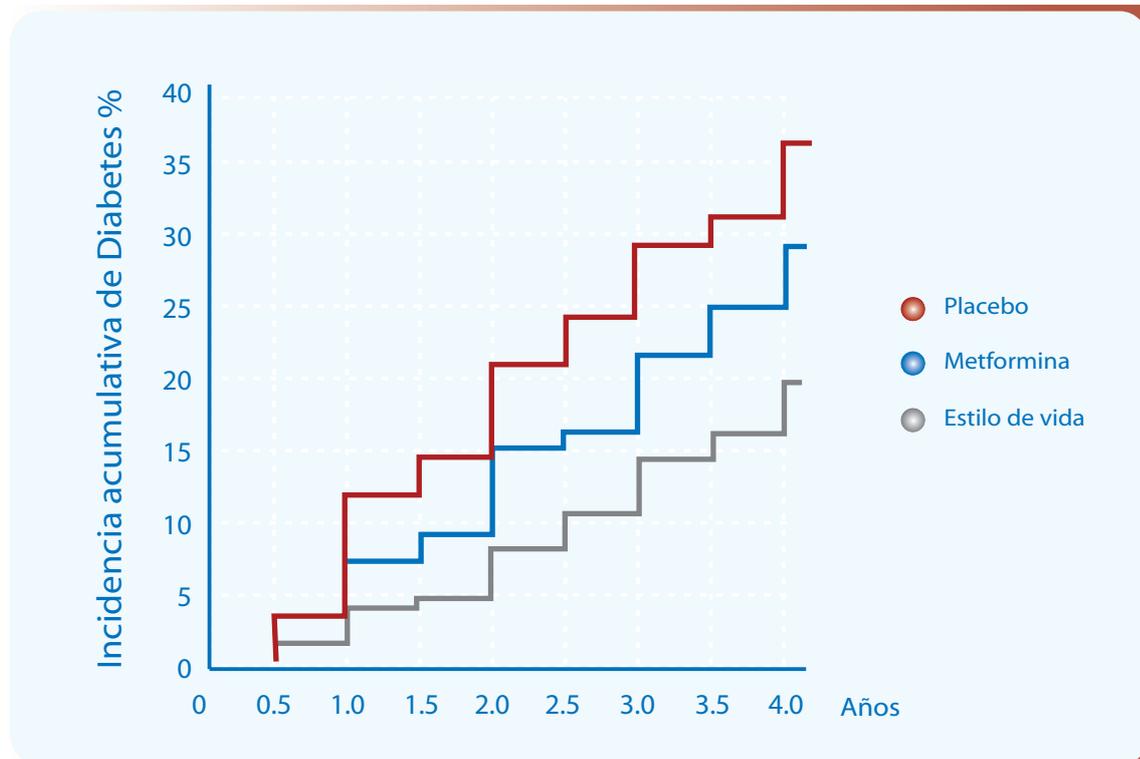


Figura. 2 Diabetes Prevention Program Research Group, Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. *N Engl J Med* 2002 346: 393-403

**Conclusión:** aproximadamente el 12,5% de los hipertensos alcanza un control satisfactorio de su enfermedad.

Para el caso de la insuficiencia cardíaca, muchas investigaciones ponen de manifiesto que, en las grandes series de casos de descompensación, la causa precipitante principal es la falta de adherencia al tratamiento. La bibliografía es pródiga en este tipo de trabajos, y los autores de este texto han reportado en una comunicación al Congreso de la Federación Argentina de Cardiología una importante casuística local donde el incumplimiento del tratamiento farmacológico o de la dieta hiposódica fue la causa más importante de internación hospitalaria por IC descompensada, que alcanzó valores superiores al 50%, lo que coincide con otras series internacionales.

efectos de propranolol sobre la mortalidad en sobrevivientes a un IAM, se encontraron resultados altamente significativos. Los pacientes con pobre adherencia (menos de 75% de la medicación prescrita) tuvieron **2,6** veces más probabilidad de morir durante el año de seguimiento.

El estudio Canadian Amiodarone Myocardial Infarction (CAMIAT) encontró que, más allá de los indudables efectos protectores del fármaco sobre la muerte súbita, los pacientes con baja adherencia a la amiodarona tuvieron mayor mortalidad que los pacientes con alta adherencia al placebo. Este hecho movió a los autores a contemplar otras variables mediante las que afirman que: las actividades sociales y las actitudes positivas hacia la salud contribuyen a los resultados a largo plazo. De este modo, se objetivan en un estudio científico riguroso los efectos concretos que la adherencia en sí misma tiene sobre puntos finales duros como mortalidad.

## Figura 3

En el estudio Beta Blocker Heart Attack Trial, que evaluó los



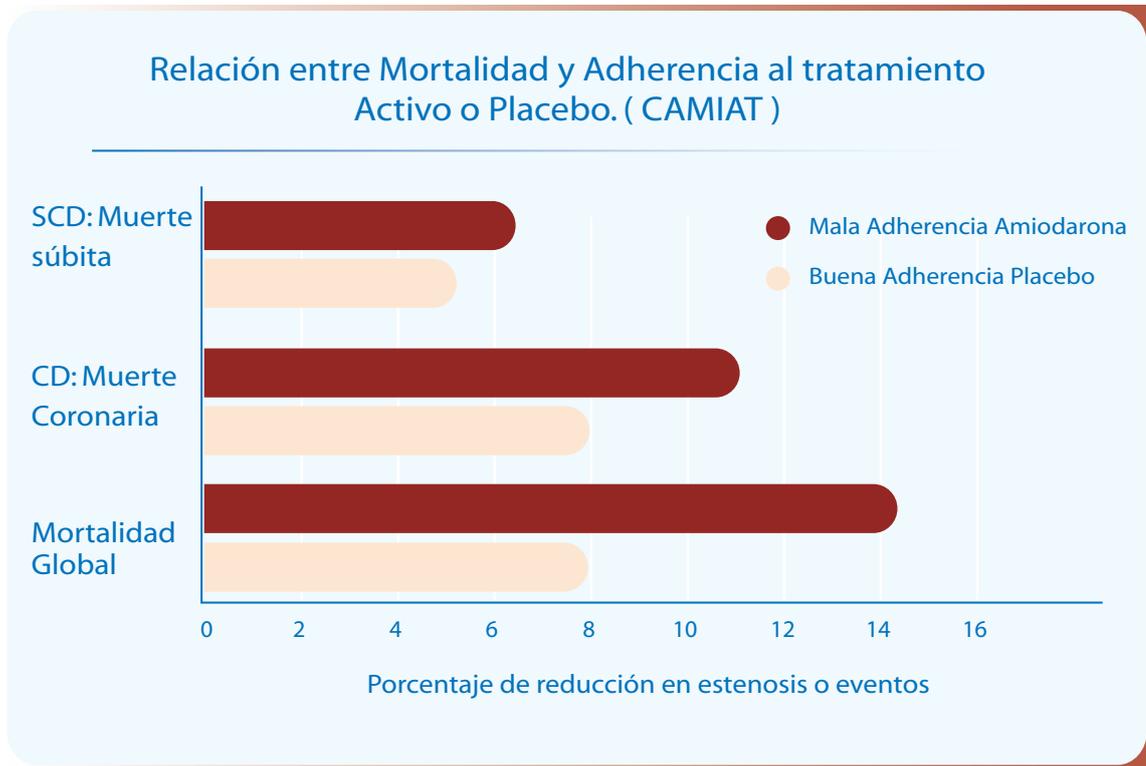


Figura 3. Data from Psychosom Med 1999; 61: 566 -575

### Figura 3

Existen numerosas investigaciones que muestran el alto impacto que la falta de adherencia al tratamiento tiene en áreas tales como: HTA, dislipidemias, uso de IECA en diabéticos, dificultad en la implementación de las guías de práctica clínica, y en cuanto tema relativo al control y prevención de enfermedades crónicas se analice.

La falta de adherencia obedece a múltiples factores que, según el caso, dependerán del paciente, del equipo de salud, del sistema sanitario, del sistema social. Esta situación conocida desde hace largo tiempo permanece aún vigente. Por causas muy variadas, la intervención médica no ha logrado adelantos de importancia respecto de este problema. Las dificultades en la comunicación entre médicos y pacientes, la inercia clínica, las influencias medioambientales, las barreras económicas, psicológicas y cognitivas han sido sólo algunas de las razones a las que se les ha atribuido este fenómeno.

Mientras que los esfuerzos realizados en las poblaciones de los grandes ensayos clínicos producen significativos resultados, esto no sucede cuando nos trasladamos al "mundo real". Existen recomendaciones basadas en la evidencia respecto del tratamiento farmacológico para todas las patologías de mayor prevalencia, pero aún no están disponibles "intervenciones basadas en evidencias" orientadas al cambio conductual.

### ¿Culpabilizar a la víctima o analizar las estrategias comunicativas?

Frente a las pruebas del fracaso relativo en este rubro, existe una tendencia a responsabilizar o culpar al paciente por estos resultados. Sin embargo, un análisis más cuidadoso permite objetivar fallas en el sistema de asistencia que resultan estructurales y, por ello, funcionan como barreras, a menudo "invisibles", para el logro de las metas.

Desde esta perspectiva, podemos analizar el sistema identificando algunos de sus componentes mayores.

**Nivel A:** Experiencia de los pacientes y de la comunidad.

**Nivel B:** Microsistemas de atención: pequeñas unidades de trabajo donde se brinda la asistencia a los pacientes.

**Nivel C:** Organizaciones sanitarias: sistemas complejos para definir las mejores prácticas, disponer de tecnología de la información, desarrollar equipos de trabajo y coordinar las acciones.

**Nivel D:** Medio ambiente: reglas, sistemas de pago, información, cultura.

Una vez conocida la estructura del sistema, podríamos preguntarnos: ¿Dónde intervenir para obtener mejores resultados?

Existen evidencias acerca de que las intervenciones en los estratos superiores mejoran el acceso a la atención sanitaria –lo que ya implica un gran beneficio social–, pero no son capaces de superar las carencias en términos de adherencia y de cambio de hábitos.

Un objetivo posible podría ser el nivel B de microsistemas de



atención. Allí se hace necesario revisar las estrategias de relación entre pacientes y equipo de salud con la idea de reconocer aquellas modalidades que producen resultados más satisfactorios.

Sabemos que, en enfermedades crónicas, la mayor parte del tiempo los pacientes no están en contacto con los médicos, por lo que se requiere comprender en profundidad las formas que adopta la autorregulación de la conducta en sus vidas diarias. Existen investigaciones muy rigurosas donde este tema se analiza, particularmente, en población anciana. En especial se selecciona a este subgrupo de pacientes por la alta prevalencia de enfermedades crónicas entre ellos, por su experiencia en el procesamiento de la información médica y por la disposición que tienen para hablar acerca de su enfermedad y de lo que hacen con ella.

### La percepción del riesgo:

¿Qué es el riesgo? No existe un acuerdo unánime acerca de la definición de riesgo ni en ciencias ni en el ámbito legal. En todos los casos, aparece la noción de que se trata de una anticipación del futuro. La definición propuesta por Douglas (1994) simplemente afirma que riesgo es el “peligro de un daño futuro”. Riesgo es la probabilidad de que un suceso ocurra en el futuro, es un peligro potencial. La noción de riesgo, lejos de ser uniforme y específica, es un concepto que alude a fenómenos materiales y, simultáneamente, es una construcción social. Comprender esta característica implica necesariamente problematizar la definición y reconocer variantes acerca de lo que cada persona puede entender como “riesgo”.

La experiencia cotidiana nos aporta ejemplos acerca de la respuesta divergente que, ante una amenaza supuestamente equivalente, tienen distintas personas. Esta asimetría entre estímulos semejantes y respuestas diferentes nos introduce en el tema de la percepción del riesgo que cada persona construye

de manera individual y social. Esta construcción se encuentra inevitablemente vinculada con la historia, la subjetividad, el capital simbólico, el contexto y la pertenencia cultural de cada persona. Enfrentada cara a cara con un riesgo, se desencadenan en la persona una serie de procesos cognitivos que le asignan significado y modulan su respuesta conductual posible. La evaluación que cada individuo realiza intenta establecer las posibilidades que él tiene de verse afectado por ese riesgo particular.

Existe una serie de modelos cognitivos que intentan esquematizar las respuestas de las personas frente al riesgo. Entre ellos, pueden mencionarse: Modelo de creencias sobre salud (Rosenstock, 1974), Teoría de protección motivación (Rogers, 1975) y Proceso de acción en salud (Schwartz, 1992).

Los trabajos de H. Leventhal han aportado datos de gran valor al respecto y generado un marco teórico de gran interés en el llamado: “Modelo del sentido común y la autorregulación”. Allí se considera a las personas como “solucionadores activos de problemas”. Ellos operan como médicos y psicólogos del “sentido común” expertos en conectar sus experiencias somáticas con las palabras. Los pacientes etiquetan situaciones con significados generales. Este proceso, analizado con mayor detalle, permite identificar varias operaciones básicas que conviene tener presente:

- *Representación o modelos de enfermedad.*
- *Representaciones de procedimientos.*
- *Crean planes de acción y actúan.*
- *Evalúan caminos de acción.*

Leventhal construye un modelo a partir del estímulo somático desde el que se desencadena una serie de sucesos complejos que actúan sobre la conducta.



Se ha descrito, también, un “sesgo de optimismo” que, en algunos casos, se menciona como el comportamiento más frecuente. En estos casos, las personas hacen estimaciones irreales sobre el futuro, imaginan que los sucesos les ocurren más a los otros que a ellos mismos y se posicionan en una sensación personal de invulnerabilidad.

La estimación probabilística del riesgo, propia del modelo de pensamiento epidemiológico que emplea el médico, no es, ni lejanamente, la más

usada por los pacientes. Estas dimensiones no mensurables, cualitativas y singulares deben tomarse en cuenta para establecer relaciones comunicativas apropiadas y efectivas en cada caso.

De acuerdo con el modelo del sentido común y la autorregulación, una amenaza probable contra la salud de las personas actúa como estímulo y activa una serie compleja de mecanismos que desarrollan representaciones sobre el riesgo de enfermedad. En este momento, comienza un proceso motivacional que produce representaciones y respuestas emocionales, en general vinculadas con el temor, como la ansiedad y la preocupación. En esta etapa, actúan de modo simultáneo procesamientos abstractos o conceptuales, y concretos o perceptuales. La información abstracta puede relacionarse con las causas posibles, recuerdos, etc mientras que la concreta o perceptual se relaciona con síntomas u otras percepciones del enfermo.

Algunas investigaciones han concluido que los contenidos concretos y perceptuales acerca del riesgo son rápidamente motivacionales de conductas automáticas y reacciones impulsivas (contenidos “calientes”). Generalmente, se producen comportamientos protectores o de defensa ante una amenaza. Sin embargo, esta modalidad suele ser de corto plazo, sin que se obtengan modificaciones sostenidas hasta que se establecen cambios en el ámbito cognitivo. Las representaciones vagas o difusas son menos estables que las más ricas y detalladas, que inducen respuestas en la conducta con mayor estabilidad y, por lo tanto, son deseables en cuanto estrategias de prevención.

### **La atribución de significado o los modos de “etiquetar” una situación:**

No es infrecuente que las representaciones de una enfermedad resulten muy diferentes entre médicos y pacientes. Existen estudios empíricos que lo han demostrado respecto de patologías, tales como la enfermedad coronaria, el cáncer o la hipertensión arterial. En este último caso, es particularmente notable la asimetría en cuanto al significado que se le atribuye al cuadro. Los pacientes suelen entender que tratan síntomas derivados de la HTA, en tanto que los médicos entienden que tratan la HTA. Mientras suponen estar hablando de lo mismo,

es evidente que hablan de asuntos muy diferentes. Sus respectivos modelos de enfermedad son discrepantes. Este problema de la atribución de significados o el acto de “etiquetar” una situación ha sido estudiado por los expertos en repetidas ocasiones.

### **¿Qué importancia podría tener esto en la adherencia al tratamiento de la HTA?**

Todos asistimos a diario a una elevada tasa de abandono entre los pacientes que guían su tratamiento según la presencia o no de síntomas. De este modo, se ignora la escasa sensibilidad de estos para evaluar la necesidad del tratamiento y la naturaleza esencialmente silente de esta enfermedad. Resulta imprescindible consensuar significados comunes mediante una negociación que contemple estrategias comunicativas apropiadas para cada contexto.

Abundan los ejemplos en otras patologías. La insuficiencia cardíaca, por ejemplo, permite encontrar muchos casos en que síntomas, como la disnea de esfuerzo o los edemas en los miembros inferiores, son atribuidos erróneamente y durante largos períodos a causas tales como la edad o la circulación venosa de los miembros inferiores. Así, se pierde un tiempo precioso, a menudo irrecuperable, para el tratamiento apropiado en las etapas más tempranas de la enfermedad.

Los cuadros coronarios agudos constituyen otro dramático ejemplo donde la atribución errónea de significados impone una carga de riesgo que, no pocas veces, cobra la vida del paciente o impone secuelas graves para el resto de su vida. Muchos pacientes con dolor anginoso ensayan explicaciones diversas desde que los síntomas percibidos no se ajustan con exactitud a su modelo de “crisis cardíaca”. Así, retrasan su consulta y pierden un tiempo irrecuperable para la aplicación de estrategias médicas o invasivas de restablecimiento del flujo coronario y preservación de la viabilidad miocárdica.

Investigaciones realizadas sobre enfermos con asma bronquial han demostrado que, cuando se los interroga acerca sus creencias respecto de esta enfermedad, la mayoría cree que es una patología que sólo está presente cuando tienen síntomas y no todo el tiempo.

Estas y otras situaciones semejantes hacen imprescindible que se intervenga en la construcción de significados con el objetivo de mejorar los resultados. La ausencia de vinculaciones entre una condición clínica y las actitudes del paciente están mediadas por el “etiquetamiento” que este realice al respecto.

Existen diversos mecanismos involucrados en el proceso empleado para “etiquetar” una situación de enfermedad (heurística) al que los pacientes apelan.



- **Simetría:** Etiquetar ——— experimentar síntomas.  
Síntomas ——— etiquetar.
- **Edad /enfermedad:** Crónico = bajo nivel = no cambia  
Agudo = alto nivel = cambia
- **Estereotipos de género:** Síntomas cardíacos = estrés en mujeres,  
enfermedad coronaria en hombres.
- **Test en prevalencia:** Muchas personas lo padecen = no es grave.  
Sólo yo lo padezco = entonces es grave.
- **Localización:** Si es causado por un órgano, tiene localización específica

En general, los médicos nos transformamos en expertos en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, pero tal vez sea necesario también ser expertos en las representaciones que sobre ellas tienen nuestros pacientes. De este modo, podremos acompañar a las personas en el proceso de asignación de significado a los síntomas o a las terapéuticas, y orientarlos en la construcción de planes de acción prudentes.

Veamos algunos ejemplos acerca de la disociación entre el pensamiento médico y el del paciente ante la misma situación clínica.

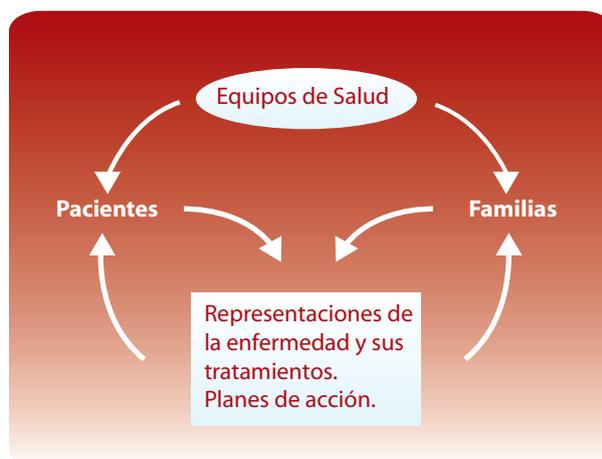
**Dolor precordial:** (ver apéndice)

Aspectos	Médicos	Pacientes
Diagnóstico	3 posibilidades	1 posibilidad
Angina	Mortalidad/ morbilidad	Morbilidad/ muerte súbita
Reflujo gastroesofágico	Morbilidad	Morbilidad/ muerte súbita
Dolor óseo	No significativo	Morbilidad/ muerte súbita

**“Lo intermitente”:** (Asma, insuficiencia cardíaca)

Médicos	Pacientes
Crónico	Agudo, cíclico

Una estrategia recomendable es compartir las representaciones de la enfermedad con los pacientes y su entorno familiar. De este modo, se obtienen ideas equivalentes y pueden hacerse acuerdos acerca de sus tratamientos y de los planes de acción futuros.



**Conclusiones y debilidades:**

La comunicación entre médicos y pacientes es un tema trascendente y complejo. Los médicos raramente recibimos una formación sistemática al respecto, lo que, en parte, podría tener consecuencias en los resultados obtenidos en la práctica.

El análisis en profundidad de la comunicación excede nuestras posibilidades, y no ignoramos que cuando seleccionamos perspectivas teóricas lo hacemos en función de su utilidad en la clínica y no eligiendo una opción sobre teorías que no podemos juzgar. Las anteriores son sólo algunas aproximaciones al tema de las que nos apropiamos con una mirada seguramente ingenua para el especialista. Abordar el tema es también un modo de llamar la atención sobre esta carencia y convocar a repararla.

La crítica al cognitivismo desde la teoría social afirma que no es apropiado considerar a las personas como máquinas de procesamiento de datos. Quedarían fuera de estos modelos los aspectos simbólicos, afectivos e intersubjetivos y se darían explicaciones reduccionistas a un problema complejo. Se privilegian la racionalidad y los procesos intrapersonales por sobre los emocionales e interpersonales. Se atribuye a las posiciones cognitivistas una tendencia al “álgebra cognitiva” y una “pa-



tología del algoritmo” que desconoce otras dimensiones.

En esta dirección, deben mencionarse los trabajos de Moscovici acerca de la construcción social de las representaciones. Para este autor, la percepción es el elemento determinante en los abordajes cognitivos, mientras que la representación lo es en la psicología social del sentido común. Al analizar la forma en que el conocimiento científico se convierte en sentido común, menciona la influencia de las representaciones sociales vigentes a menudo moduladas por los medios masivos de comunicación. Estos mass media no aportan “fotocopias” del conocimiento experto, sino que lo modifican generalmente mediante la simplificación y el sensacionalismo. Así, las personas evalúan los riesgos no sólo mediante el uso de “hechos duros” de la realidad, sino adicionando una considerable cuota de valoración e, incluso, una verdadera dimensión moral al riesgo. De este modo, la percepción del riesgo no es sólo un proceso racional de procesamiento de los datos perceptuales, sino un complejo mecanismo de atribución de significados mediante la simbolización y la valoración de los hechos.

Desde otros marcos teóricos, se hacen críticas muy duras hacia este tipo de abordaje conductual y, seguramente, son justificadas y tienen sustento teórico. No es nuestra intención tomar partido en esa disputa intelectual, sencillamente porque no estamos capacitados para hacerlo. La urgencia epidemiológica nos obliga a reconocer la importancia del tema y a asomarnos a un mundo nuevo y fascinante en el que estamos ávidos de recibir los aportes que provengan desde todos los espacios del conocimiento.

## Apéndice:

### Acerca de la palabra como instrumento irremplazable en Medicina.

#### Desnudos:

---

*“Muchas veces las palabras que tendríamos que haber dicho no se presentan ante nuestro espíritu hasta que ya es demasiado tarde.”*

*André Gide*

---

La formación médica a lo largo de las últimas décadas ha mostrado una progresiva tecnificación de las destrezas requeridas para el ejercicio profesional. Sin que esto implique en sí mismo un desmérito, parece apropiado señalar que esta transformación implica, al mismo tiempo, un desplazamiento de las habilidades clínicas centradas en la palabra y la exploración física.

No sería justo ignorar los impresionantes avances que la tecnología puesta al servicio de la salud ha permitido alcanzar. No se trata, pues, de responder al pensamiento binario, que opone tecnología a relación médico-paciente con una argumentación opuesta, pero igualmente polar.

No será la disyunción, sino la articulación de las habilidades la llave del verdadero progreso médico. La complejidad que reúne, y no el reduccionismo que aísla deberá convertirse en la herramienta que garantice una Medicina cada vez más cercana y no más alejada de la persona enferma.

La instancia del diagnóstico se encuentra hoy fuertemente signada por la necesidad, cuando no por la obsesión, de objetivar mediante la cifra o la imagen la impresión inicial.

La permanente tendencia a conjurar la incertidumbre a través de la objetivación aparece como una estrategia a la vez tranquilizadora e imbuida del estatuto de lo verdaderamente “científico”.

Hay una carrera furiosa en busca de la materialización de las hipótesis mediante la contundencia semiótica de la imagen, de algún estudio complementario, de la cifra.

Sin embargo, parece obvio recordar que, como la enfermedad se trata de un fenómeno típicamente humano, su representación debería incorporar más que ignorar la cuota de incertidumbre intrínseca a todo proceso biológico o social que



afecte al hombre.

En ocasiones, la clínica nos ofrece ejemplos en los que esta sustitución del criterio clínico por la cifra o el registro gráfico se convierte en una actitud especialmente peligrosa.

Existe un escenario crítico en el que, aún en plena era de la tecnología diagnóstica, nos encontramos verdaderamente “desnudos” de recursos tecnológicos, y la propia realidad nos devuelve violentamente al ámbito del pensamiento, la semiología y la palabra como únicos instrumentos.

Los enfermos con síndromes coronarios agudos suelen consultar en los servicios de emergencia por cuadros de dolor torácico donde, rápida y acertadamente, son sometidos a estudios complementarios. En este caso, electrocardiogramas y determinaciones bioquímicas que investigan la presencia de una eventual isquemia o necrosis celular miocárdica (enzimas, troponinas).

Las características cronobiológicas de estos exámenes hacen que, en un porcentaje variable pero significativo de los casos, ambos resulten normales o no específicos en el momento de la consulta y, sin embargo, el paciente esté padeciendo un verdadero episodio coronario agudo.

De la angina inestable al infarto agudo de miocardio, los cuadros clínicos se asocian en porcentajes considerables a períodos de “silencio” electrocardiográfico o bioquímico, mientras “habla” la clínica.

En tanto dura esta situación (que suele verse modificada con el curso de las horas), existe el riesgo de caer en la tentación de descartar el cuadro sobre la base de la ausencia de datos “objetivados” y pasar por alto un momento particularmente riesgoso para la vida del paciente privándolo de un ambiente de observación protegida y de eventuales intervenciones terapéuticas tanto más eficaces cuanto precoces en su indicación.

Abandonados al escenario de la palabra y la semiología física en un momento histórico que secundariza estas herramientas, no resulta sorprendente que la cantidad de pacientes devueltos a su domicilio con un síndrome coronario agudo en curso sea alarmantemente alta.

Podríamos ensayar algunas observaciones acerca del porqué de esta realidad.

La estructura piramidal de la Guardia Médica hace que recaiga en el personal con menos entrenamiento la tarea de entrevistar al paciente y recabar los datos provenientes de su narrativa. El análisis de los estudios complementarios queda reservado, generalmente, a quienes tienen mayor experiencia o son especialistas en la materia. Esta distribución de tareas delata el supuesto implícito que opera como una jerarquía tácita estratificando la importancia relativa asignada a cada etapa diagnóstica.

La falta de experiencia en el uso de la palabra y el juicio clínico parecen el resultado inevitable de una formación que destina sus mejores esfuerzos y la mayoría de su tiempo disponible al estudio de tecnologías y al adiestramiento automatizado en algoritmos secuenciales.

La orientación de las conductas resulta siempre deseable, la sistematización de los procedimientos una necesidad ineludible. La sustitución del juicio y el abordaje cualitativo de la entrevista médica por un criterio sustentado exclusivamente en la imagen o la cifra son, sin embargo, deformaciones indeseables.

Las descripciones clásicas de los cuadros clínicos son, en general, prototipos promedio y no moldes a los que el relato de cada persona deba ajustarse con precisión. Sin embargo, la recapitulación del recorrido de muchos pacientes que infructuosamente consultaron en las primeras horas de un cuadro coronario demuestra que, entre los motivos que “justificaron” su alta, aparece lo que se da en llamar “precordialgia atípica”.

Nunca es tarde para recordar que el lenguaje es un instrumento ambiguo, polisémico y relacionado con las matrices culturales de cada persona. Que el dolor no tiene una palabra que lo nombre con exactitud y que, incluso los cuadros absolutamente “típicos”, apelan a la metáfora como modalidad semántica de la enunciación.

Con frecuencia, la entrevista médica ronda obsesivamente a la espera de aquella descripción libresca que esperamos que el paciente nos haga. Ocasionalmente se induce, cuando no se fuerza, una narración que se adecue a nuestras expectativas invirtiendo la operación lógica recomendable. No es el relato del paciente el que debe amoldarse al prototipo conocido, sino nuestros prototipos los que deben reconocerse en la palabra y la gestualidad múltiples de cada enfermo.

En una pequeña investigación en curso, hemos relevado el itinerario de algunos de estos pacientes al ser internados en la Unidad Coronaria luego de una o más visitas a Emergencias. La argumentación más comúnmente esgrimida por quienes asistieron en esas primeras horas al paciente revela una insistencia reiterada en las respuestas dadas a algunas preguntas que consideraron decisivas para descartar una internación preventiva.

- ❖ ¿Dónde le duele?
- ❖ ¿Cuánto le duele?
- ❖ ¿Cómo le duele?

Muchas veces, los registros de la historia clínica aportaban un ejemplo de matematización dudosa del dolor en escalas de 1 a 10 o equivalentes.

¿Alguien conoce alguna experiencia más cualitativa, subjetiva e inefable que el dolor físico?



Hemos pensado que una pregunta raramente formulada podría haber “puesto en contexto” las ambiguas respuestas a las anteriores: ¿A quién le duele el pecho?

La presencia de una historia de factores de riesgo vascular, el sexo, la edad, la genética familiar, los hábitos de vida; en fin, el perfil de una persona con dolor precordial es probable que hubiera aportado el sentido y la dirección a las conductas frente a su motivo específico de consulta.

No parece absurdo pensar que, al ser progresivamente más y más expertos en el manejo de sofisticados instrumentos de diagnóstico, sería prudente establecer los mecanismos para no perder, para recuperar, la habilidad en el empleo de la herramienta más compleja y sutil que haya creado jamás la especie humana: el lenguaje.

Esta “milenario tecnología de punta” ha sido el elemento más específicamente humano que hay en nosotros y es indudablemente la vía de acceso más directa y formidable hacia nuestros semejantes.

Restaurar el imperio de la palabra en un universo plagado de afortunadas mediaciones tecnológicas devuelve a los datos complementarios a su auténtico rol: el de valiosos suplementos del juicio.

Otorgar a la comunicación y al razonamiento lógico la jerarquía intelectual que merecen podría prevenirnos de una injustificable subordinación o una irracional dependencia de lo que, necesariamente, debería subordinarse a ellos.

No hacerlo nos expone al automatismo maquinal de la cifra y al desperdicio imperdonable de aquello que justifica, nutre y sostiene nuestra profesión: La insustituible comunión con el otro que sufre y el ejercicio creativo de esa ancestral habilidad en peligro de extinción: *escuchar, reunir, relacionar, contextualizar..., pensar.*

## Referencias bibliográficas:

Burt, VL. Et al, (1995). Prevalence of hypertension in the US adult population, *Hypertension*, 25, 305-313.  
Dunbar-Jacob, J., & Schlenk, E. (2001). Patient adherence to treatment regimens. In *Handbook of health psychology* (pp. 571-580). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Phillips, L. S., Branch, W. T., Cook, C. B., et. Al. (2001). Clinical Inertia. *Annals of Internal Medicine*, 135, 825-834.  
Ethan Halm, MD, MPH; Toni Sturm, MD; Pablo Mora, PhD; Jason Wang, PhD; Howard Leventhal, PhD.  
Horne (1997) Representation of medication and treatment. In K. Petrie & J. Weinman (Eds.) *Perceptions of health and illness*. London: Harwood.

Horne, R. (2003). Treatment perceptions and self-regulation. In L. D. Cameron, & H. Leventhal (Ed.), *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour* (pp. 138-154). London: Routledge Taylor & Francis Group.

Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J. Psychosomatic Res*, 47, 555-567.  
Horne, R., & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 555-567. (Data analyzed with AMOS).

*Ann Behav Med*. 1997 Summer; 19(3):239-63. Compliance with cardiovascular disease prevention strategies: a review of the research. Burke LE, Dunbar-Jacob JM, Hill MN.

Howard Leventhal, Michael Diefenbach, Elaine A. Leventhal, *Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions*, *Cognitive Therapy and Research*, Volume 16, Issue 2, Apr 1992, Pages 143-163.

Lack of adherence to lipid-lowering drug treatment. A comparison of utilization patterns in defined populations in Funen, Denmark and Bologna, Italy.  
Authors: Larsen J.; Vaccheri A.; Andersen M.; Montanaro N.; Bergman U.

Source: *British Journal of Clinical Pharmacology*, Volume 49, Number 5, May 2000, pp. 463-471(9).

Publisher: Blackwell Publishing.

*Arch Intern Med*. 2004 Jan 26; 164(2):203-9. Get with the guidelines for cardiovascular secondary prevention: pilot results. LaBresh KA, Ellrodt AG, Gliklich R, Liljestrand J, Peto R. Department of Medicine, Brown University School of Medicine, Providence, RI, USA. Kalabresh@alum.mit.edu  
Lori Mosca, Allison H. Linfante, Emelia J. Benjamin, Kathy Berra, Sharonne N. Hayes, Brian W. Walsh, Rosalind P. Fabunmi, Johnny Kwan, Thomas Mills, and Susan Lee Simpson.

National Study of Physician Awareness and Adherence to



---

---

Cardiovascular Disease Prevention Guidelines.  
Circulation, Feb 2005; 111:499-510.

### **CARDIOVASCULAR DISEASE IN WOMEN:**

Lori Mosca, Noel Bairey Merz, Roger S. Blumenthal, Mark J. Cziraky, Rosalind P. Fabunmi, Chaitanya Sarawate, Karol E. Watson, Vincent J. Willey, and Eric J. Stanek.

Opportunity for Intervention to Achieve American Heart Association Guidelines for Optimal Lipid Levels in High-Risk Women in a Managed Care Setting.  
Circulation, Feb 2005; 111:488-493.

Current Directions in Psychological Science. Volume 13 Page 1 - February 2004. doi:10.1111/j.0963-7214.2004.01301001.x  
Volume 13 Issue 1. Intelligence Predicts Health and Longevity, but Why? Linda S. Gottfredson<sup>1</sup> and Ian J. Deary<sup>2</sup>.

Risk: From perception to social representation. Author: Joffe H.1 Source: British Journal of Social Psychology, Volume 42, Number 1, March 2003, pp. 55-73(19) Publisher: British Psychological Society.

Longitudinal Study on Hypertension Control in Primary Care: The Insubria Study. American Journal of Hypertension, Volume 19, Issue 2, Pages 140-145 A. Grandi, A. Maresca, A. Sessa, R. Stella, D. Ponti, E. Barlocco, F. Banfi, A. Venco.

Barriers to effective implementation of guideline recommendations. The American Journal of Medicine, Volume 118, Issue 12, Pages 36-41 L. Erhardt.

Annals of Behavioral Medicine 2006, Vol. 31, No. 1, Pages 45-52 (doi:10.1207/s15324796abm3101\_8).  
A Heuristics Approach to Understanding Cancer Risk Perception: Contributions From Judgment and Decision-Making Research. Ellen Peters, Kevin D. McCaul, Michael Stefanek, Wendy Nelson.

Atherosclerosis. 2005 Dec 9; The gap between dyslipidemia control perceived by physicians and objective control patterns in Spain. Banegas JR, Vegazo O, Serrano P, Luengo E, Mantilla T, Fernandez R, Civeira F; HISPALIPID Study Group Investigators. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Publica, Facultad de Medicina, Universidad Autonoma de Madrid, Avda. Arzobispo Morcillo s/n, 28029 Madrid, Spain.

Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2005 Dec; 12(6):521-9. Knowledge and perception of guidelines and secondary prevention of coronary heart disease among general practitioners and internists. Results from a physician survey in Germany. Heidrich J, Behrens T, Raspe F, Keil U.

Patient Educ Couns. 2004 Jan; 52(1):47-53. Perceptions of cardiovascular risk among patients with hypertension or diabetes. Frijling BD, Lobo CM, Keus IM, Jenks KM, Akkermans RP, Hulscher ME, Prins A, van der Wouden JC, Grol RP. Centre

for Quality of Care Research, University of Nijmegen/ Maastricht, PO Box 9101, 6500 HB, Nijmegen, The Netherlands. frijling@knmg.nl

Health Educ Res. 2006 Feb 8; Older people's views of advice about falls prevention: A qualitative study. Yardley L, Donovan-Hall M, Francis K, Todd C. School of Psychology, University of Southampton, Highfield, Southampton SO17 1BJ, UK.

Rosenstock, I. M (1974). Historical origins of the health belief model. Health education Monographs, 15, 328-355.

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fears appeals and attitude change. Journal of Psychology, 91. 93-114.

Health Psychol. 1985; 4(2):115-35. Common-sense models of illness: The example of hypertension. Meyer D, Leventhal H, Gutmann M.

Diabetes Prevention Program Research Group, Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. N Engl J Med 2002 346: 393-403

