

# Modelo de Representación de la Enfermedad y Salud. ¿Se aplicaría a las enfermedades crónicas de las vías digestivas?

**Autores** Mariela González<sup>1</sup>

**Afiliación** <sup>1</sup>Magister en Psicología. Universidad Simón Bolívar. Caracas-Venezuela. Venezuela. Candidata a Doctor en Psicología en la Pontificia Universidad Católica de Chile

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2017;71(4):137-142. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 2477-975X

Autor correspondiente: Mariela González. Correspondencia a Pontificia Universidad Católica de Chile. Av. Vicuña Mackenna #4860. Escuela de Psicología. Secretaría de Doctorado en Psicología. Macul-Región Metropolitana. Santiago de Chile.

Correo Autor: mgonzalez4@uc.cl

Fecha de recepción: 29 de agosto de 2017. Fecha de revisión: 18 de septiembre de 2017. Fecha de Aprobación: 29 de noviembre de 2017.

## Resumen

La búsqueda de apoyo médico, resulta de la experiencia de sentirse enfermo, esta fase es considerada como la última del proceso global de la experiencia subjetiva de la enfermedad. Este proceso comienza con una percepción de los cambios en las funciones del cuerpo; lográndose un darse cuenta de que algo está ocurriendo en una forma que no es familiar para el sujeto, y lo cual es interpretado de acuerdo al marco de referencia del funcionamiento individual y social del sujeto.

Es por medio de este proceso cognitivo, producto de factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad; que los individuos interpretan los síntomas de su cuerpo y les atribuyen a ellos significados específicos.

El presente trabajo, intenta iniciar en forma elemental el tema de la representación de la enfermedad, planeando el análisis de la evolución del estudio de la enfermedad; tratando así de llegar a una visión abarcadora de cada una de las variables que influyen a la hora de originar una respuesta a la enfermedad. Esbozando así, una aproximación al surgimiento, desarrollo y vigencia del modelo de representación de enfermedad en su contexto histórico y actual, en especial en las enfermedades crónicas de las vías digestivas.

**Palabras Clave:** representación de la enfermedad, experiencia subjetiva de la enfermedad, enfermedades crónicas de la vía digestiva.

## MODEL OF ILLNESS AND HEALTH REPRESENTATION. WOULD IT APPLY TO CHRONIC DISEASES OF THE DIGESTIVE TRACT?

### Summary

The search for medical support, results from the experience of feeling sick, and this phase is considered as the last of the global process of the subjective experience of the disease. This process begins with a perception of the changes in the functions of the body; achieving awareness that something is happening in a way that is not familiar to the subject, and which is interpreted according to the frame of reference of the individual and social functioning of the individuals.

It is through this cognitive process, product of psychological, psychosocial, sociological and cultural factors independently of the genetic, physiological or biological basis of the disease; that individuals interpret the symptoms of their body and attribute specific meanings to them.

The present work, tries to initiate in elementary form the theme of the representation of the disease, planning the analysis of the evolution of the study of the disease; trying thus to arrive at a comprehensive vision of each one of the variables that influence at the time of originating a response to the disease. Remarkable this, an approach to the emergence, development and validity of the model of representation of disease in its historical and current context, especially in chronic diseases of the digestive tract.

**Key words:** representation of the disease, subjective experience of the disease, chronic diseases of the digestive tract.

## Introducción

Ante la presencia de síntomas análogos, las personas reaccionan diferencialmente por ejemplo, frente a la ocurrencia de un dolor en el pecho, se pueden encontrar a individuos que minimicen su importancia y siguen funcionando como si nada estuviese ocurriendo o simplemente, restando la importancia al fenómeno. El mismo síntoma llevará a otros a buscar ayuda médica y a mostrarse seriamente preocupados por su salud hasta el punto de mostrar ansiedad; de igual forma, se puede encontrar quienes ante el mismo síntoma señalado acuden también en busca de ayuda, mas sin mostrar tal preocupación y ansiedad<sup>1</sup>.

Es así, como para cada experiencia sintomática se puede encontrar una enorme variabilidad en las respuestas de cada individuo a la hora de enfrentarse al hecho y por tanto, a la idea de la enfermedad. El hecho de que esto sea de dicha manera, ha profundizado el estudio de la enfermedad como experiencia, fundamento y como vivencia humana en la cual interviene la presencia de una variedad de factores tanto cognitivos como conductuales, recordando que no hay enfermedades sino enfermos<sup>1</sup>.

En la actualidad son pocos los profesionales de la salud que se dejan guiar únicamente por el modelo biomédico tradicional, cuyo planteamiento central constituía decir que los síntomas de un individuo eran el resultado de un desequilibrio o trastorno meramente biológico y que por tanto, las explicaciones a estos eran guiadas exclusivamente por principios biológicos<sup>2</sup>. Entender la enfermedad únicamente partiendo de lo biológico, impide explicar gran parte de las enfermedades de hoy en día, al igual que el sufrimiento y la vivencia por la que pasa parte de estos enfermos, es por eso que resulta tan importante el planteamiento de Engel<sup>2</sup> de realizar una formulación comprensiva de la enfermedad, donde se tome en cuenta tanto los factores biológicos, psicológicos como los sociales implicados en la enfermedad.

Por medio de la postulación de este modelo biopsicosocial, se dió un reconocimiento de que en la enfermedad están implicados importantes componentes psicosociales. El logro de esta concepción del enfermar humano, ha implicado el recorrido de un largo camino en el cual el concepto de Conducta de Enfermedad ha jugado un papel muy relevante.

El desarrollo de la conducta de enfermedad anicia con la obra del sociólogo T. Parsons y su concepto de *rol de enfermo*<sup>3</sup>; para quien el *rol*, designaba los comportamientos que son esperados de una persona en función de su estatus dentro de un grupo social. Este concepto se mostró como un útil instrumento para entender el estatus social tanto de los profesionales sanitarios como de los enfermos, al igual que abría el estudio de las relaciones dinámicas médico-paciente.

El concepto de *rol de enfermo* (sick role), señala un tipo de rol definido por una serie de derechos y deberes que la sociedad adjudica a los enfermos. Así, estos tienen derecho a ser eximidos de las responsabilidades sociales habituales y a no ser considerados responsables de la situación que están viviendo. De la misma manera, los enfermos están obligados a considerar su estado como indeseable, y por tanto desear mejorar, buscar ayuda profesional y cooperar con ella en el proceso de curación. El deseo de disfrutar de los primeros y de evitar los segundos, darían lugar a un complicado y dinámico juego de interacciones entre los distintos elementos sociales implicados en el enfermar<sup>3</sup>.

Pero este modelo de Parsons presentaba serios problemas que otros autores plantearon de manera inmediata<sup>1</sup>. Principalmente, tener un limitado rango de aplicación, tanto por las enfermedades en las que se muestra útil como por la población a la que puede hacerse extensible.

Asimismo, han señalado que es un modelo que concede un papel muy relevante al profesional clínico y obvia el papel de la familia o de las concepciones que el propio enfermo desarrolla en torno a su enfermedad. De la misma manera, informan que desatiende el papel de diversos procesos psicológicos (perceptivos, interpretativos, de afrontamiento, etc.) que se muestran como importantes en este ámbito. Y finalmente, que este modelo no dejaba espacio a las diferencias individuales en la forma de vivir la salud-enfermedad<sup>1</sup>.

El principal intento por cubrir estas deficiencias fue el trabajo de D. Mechanic<sup>4</sup>. Este sociólogo médico partió de diversos datos que mostraban que el hecho de acudir al médico, no es una respuesta automática ante el padecimiento de una enfermedad. Así, es muy frecuente que personas enfermas no acudan a los servicios sanitarios, o que individuos sanos sí recurran a estos. Además, parece existir cierta relación entre la vivencia de malestar y la decisión de acudir a un profesional, lo que refleja la influencia de factores extra-médicos en la decisión de acudir a los centros sanitarios. Estos datos llevaron a Mechanic a concluir que el sentirse enfermo y acudir al médico son los puntos finales de un largo proceso que puedo tener trayectorias alternativas<sup>4</sup>.

En la búsqueda de un concepto que recogiese las variables que están implicadas en este proceso, Mechanic creó junto con un colaborador de apellido Volkar, la expresión "Conducta de Enfermedad" con la que hacían referencia a la forma particular en la que una persona responde a sus signos corporales y a las condiciones bajo las cuales percibe esos signos como anormales<sup>1,5</sup>.

La utilidad de este concepto desencadenó que la conducta de enfermedad se convirtiera en un marco de referencia para múltiples y diversas líneas de investigación en torno a la salud-enfermedad. Esto obligó a Mechanic a intentar introducir cierta claridad en el concepto que había creado. Y así, planteó que la conducta de enfermedad podía ser conceptualizada de cuatro maneras: a- Como una disposición estable de las personas a responder de una forma determinada ante la enfermedad. b- Como el resultado de la interacción entre variables personales y sociales en el ámbito del enfermar, que van a determinar el significado proporcionado a éste. c- Como una consecuencia de la organización y estructura del sistema sanitario en cuanto a determinantes de la respuesta del enfermo. d- Como el resultado de un proceso de atribución en torno a la salud-enfermedad<sup>1,5</sup>.

Al formular este concepto, Mechanic trató de explicar la amplia variabilidad existente en la respuesta a la enfermedad, atribuyendo dicha variabilidad a razones como las experiencias previas con la enfermedad, el entrenamiento diferencial respecto a los síntomas o a las consecuencias posibles<sup>1,5</sup>; estableciendo una idea crucial para la conceptualización de la enfermedad, viéndola como una experiencia moldeada por múltiples factores psicológicos, sociales y culturales, además de sus bases biológicas.

Se puede entender entonces, que la conducta de enfermedad tiene lugar antes de que se haya producido un diagnóstico y está dirigida a determinar el estado de salud en presencia de síntomas que pueden indicar el padecimiento de un trastorno<sup>1,5</sup>. De modo tal, resulta imprescindible en el estudio de la conducta de enfermedad, el abordaje de las variables que determinan las respuestas a los síntomas.

Brannon y Feist<sup>1,6</sup> señalan cuatro variables o factores que pueden afectar a la respuesta a los síntomas, que incluyen ciertos factores demográficos y sociales, las características de los síntomas, la renuncia personal a buscar ayuda y la visión personal de la enfermedad. En un primer lugar, plantean que la conducta de enfermedad está sujeta a diferencias a través de las culturas, de la historia personal de enfermedad y de las variables situacionales, dejando entre ver que los comportamientos en la enfermedad están sujetos al modelamiento y reforzamiento<sup>1,5</sup>.

La segunda variable, hace referencia a los síntomas. Como ya se señaló, Mechanic informaba que los síntomas por sí solos no conducen a que la gente busque ayuda por su salud, habiendo cuatro características de los síntomas que determinan la respuesta a su ocurrencia<sup>1,7</sup>:

1. La visibilidad del síntoma, su notoriedad o evidencia real para la persona y para los demás.
2. La severidad percibida del síntoma, que permita la acción que aquellos tenidos por leves o menos severos.
3. La interferencia con la vida de la persona que lo sufre, en cuanto a grado de incapacidad que provocan.
4. La frecuencia y la persistencia del síntoma, si tienden a ser síntomas severos, continuos o intermitentes, características que impulsan o no la búsqueda de ayuda.

El tercer factor, se refiere al hecho de la discrepancia entre lo que se recomienda a los demás y lo que la persona informa que haría en el mismo caso. Donde para Brannon y Feist<sup>1,6</sup> es normal que la mayoría de la gente recomiende a otros acudir al médico a consecuencia de algún síntoma que, si lo padeciera ellos mismos, probablemente no acudirían al médico.

Y por último, en cuanto a la cuarta variable o factor, denominado visión personal de la enfermedad, la cual señala que la gente construye y organiza sus ideas acerca de la enfermedad de acuerdo a factores personales relevantes tomados del entorno cultural y de la experiencia personal, de manera que el comportamiento se ve influido por dichas creencias, con frecuencia sólidamente confirmadas<sup>1,7,8</sup>. Es así como dichas creencias van a interferir en el establecimiento de la cronicidad del cuadro y en el logro de un cuidado apropiado, con la cooperación o resistencia al tratamiento.

Los límites de la enfermedad y su definición son realmente muy amplios, dado a que ella puede ser utilizada para lograr una serie de objetivos personales y sociales. El modelado de la experiencia de la enfermedad y los factores que intervienen en este proceso dan como resultado que los síntomas sean percibidos y evaluados de manera diferente, esto se debe a que se crean significados completamente diferentes que son los que en última instancia, condicionan la conducta de enfermedad<sup>8</sup>.

Conocer cuáles son los procesos cognitivos que lleva a cabo las personas expuestas a situaciones similares a responder de manera diferente, no sólo a nivel físico sino también psicológico y social, lleva a que el paciente vaya dejando de ser considerado un sujeto pasivo ante su enfermedad, para ser un ser activo que tiene la capacidad de ir seleccionando la información que recibe y elaborar significados personales en virtud de su sistema de creencias, escala de valores, actitudes; todo con lo cual va a construir su experiencia subjetiva de estar enfermo<sup>9</sup>.

Por tanto, como Mechanic<sup>1,7</sup> concluye que la conducta de enfermedad no sólo es el resultado de la preocupación de estar enfermo sino que para que la enfermedad logre expresarse, es necesario de un filtro selectivo que configura la interpretación de la situación y determina el repertorio de conductas de afrontamiento ante la enfermedad.

Otra idea de Mechanic es el hecho de que esta conducta de enfermedad debe de entenderse como un proceso dinámico de adaptación, en el cual interfieren cada uno de los factores o variables que mencionaban Brannon y Feist<sup>1,6</sup> los cuales son los que determinan las características dinámicas de la experiencia de la enfermedad.

### Modelo de Autorregulación de Leventhal

Probablemente fue H. Leventhal el primero en desarrollar de una manera elaborada, un marco teórico en torno a la conducta de enfermedad, en el cual se estudian y explican las teorías implícitas que los pacientes manejan para entender sus respuestas corporales. Es éste, su modelo de autorregulación,

nacido en Norteamérica en la década de los ochenta, en el que el ser humano es concebido como un ente activo que desarrolla sus propias teorías en torno a su estado de salud. Para Leventhal, estas teorías (a las que denomina de sentido común, en oposición a las teorías científicas que rigen la actividad del médico) tienen un gran valor porque son las principales determinantes de la conducta de enfermedad del sujeto respecto a su salud<sup>9-12</sup>.

El análisis de Leventhal se centra en las representaciones cognitivas de la enfermedad que elabora cada persona; en ellas quedan recogidos los factores que el enfermo juzga importantes, como la causa de la enfermedad, su evolución y duración previstas, los rasgos definitorios en función de su experiencia con ella, etc.<sup>9</sup>.

En los últimos años, el estudio del papel de las creencias acerca de las amenazas a la salud en el afrontamiento de la enfermedad y en los resultados de salud se ha convertido en una de las áreas más productivas en el seno de la Psicología de la Salud, debido a que rescatan el papel central de los procesos cognitivos en la comprensión de la experiencia individual de la enfermedad. Siguiendo esta línea, el marco teórico más productivo ha sido precisamente el modelo de autorregulación o del sentido común propuesto por Leventhal y su grupo<sup>9-15</sup>.

El modelo se entabla, como ya se ha dicho, en la consideración de los individuos como solucionadores activos de problemas, que organizan el procesamiento de la información perceptiva y conceptual referida a las amenazas de salud de manera episódica y autorregulada mediante un sistema de feedback<sup>15,16</sup>.

Los individuos procesan, ya sea la información externa que reciba, por ejemplo un diagnóstico de un médico; o la interna, por ejemplo la detección de un síntoma por sí mismo. Inmediatamente, este sujeto elabora una representación cognitiva del problema, así como también de las emociones que le acompañan a esta representación cognitiva. En una segunda fase, se desarrollan planes de acción o procedimientos de afrontamiento, entre los que está la búsqueda de ayuda médica. Por último, la tercera fase presume la valoración de las consecuencias, paso que puede afectar a las etapas previas y modificar, por tanto, los sucesivos episodios ante futuras amenazas de salud; y que permite ver al modelo como uno de carácter procesual<sup>16,17</sup>.

Un supuesto tácito de este modelo, y que sugiere utilidad práctica, es el impacto de la representación cognitivo-emocional de la enfermedad en los resultados de salud-enfermedad (estado físico, estrés, bienestar psicológico, funcionamiento social, etc.) y, por tanto, la oportunidad de identificar dicha representación como medio para intervenir y posibilitar la adaptación y la recuperación<sup>16-18</sup>. (Figura 1).

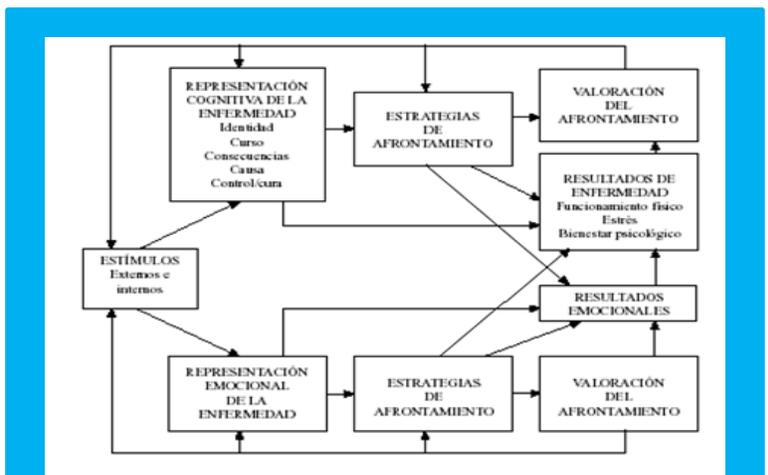


Figura 1. Modelo de autorregulación del sentido común<sup>18</sup>

Esta representación cognitivo-emocional de la enfermedad surge gracias a lo que Leventhal define como *esquemas cognitivos*, que son las estructuras de conocimiento que tiene la persona de sí misma, que usa para organizar la información que éste recibe concerniente a la enfermedad<sup>9</sup>.

Los esquemas para Beck<sup>19</sup> son estructuras del pensamiento que integran y asignan significado a los eventos. Los contenidos de estos esquemas pueden referirse a las relaciones personales, actitudes hacia sí mismo y los demás, o categorías impersonales. Estos esquemas pueden ser rígidos e hipervalentes cuando estos se activan e intervienen en la evaluación de una situación; incluso participan en la secuencia que va desde la percepción de una situación hasta la respuesta o comportamiento que la persona tiene. Es así, como los esquemas de enfermedad propios del individuo pueden adquirir, mantener o exacerbar una conducta de enfermedad, ya sea por ejemplo de afrontamiento activo o no; y por otro lado, explicar gran parte de las conductas de demora y falta de adherencia a los tratamientos<sup>9</sup>.

A partir de estos esquemas de procesamiento de información, Leventhal informa que los sujetos autorregulan sus experiencias estresantes de enfermedad, permitiendo entender así cómo es que los sujetos actúan para hacerles frente; recordando como Skinner<sup>20</sup> definía Autorregulación:

“... la autorregulación concierne a la propia motivación o capacidad para iniciar la conducta. Concepto inserto en el proceso evolutivo conocido como internalización, que supone la transformación de la motivación extrínseca, regida por factores externos, en motivación intrínseca. En líneas generales, supone el paso entre la heteronomía a la autonomía.”

En síntesis, el modelo de autorregulación de Leventhal tiene por objeto entender cómo los sujetos definen o representan la amenaza de enfermedad y cómo actúan para hacerle frente. Proponiendo en todo momento la relevancia de los procesos cognitivos en la consecución de este objetivo, es por ello que postula que las representaciones de la enfermedad se estructuran en base a cinco contenidos cognitivos<sup>12-17</sup>:

1. *Identidad* o creencias sobre los síntomas asociados a la enfermedad. Como elemento activador de determinados comportamientos y de ciertos estados emocionales.
2. Ideas del paciente acerca de las *causas* de la enfermedad. Que propician las hipótesis acerca del origen de la enfermedad.
3. Ideas con relación al *curso* o percepciones de la duración probable de sus problemas de salud.
4. Creencias acerca de la severidad, consecuencias o impacto de la enfermedad.
5. Creencias de *cura-control* sobre la enfermedad. Valoración global mediante la cual, a través de la atención de elementos de naturaleza cognitiva y afectiva, el sujeto aborda la congruencia de lo que manifiesta y las expectativas sobre los dominios que puede poder lograr sobre el mal que le afecta.

Cada uno de estos contenidos cognitivos, pueden verse en las premisas básicas que Leventhal propone para entender el proceso de creación de la representación de la enfermedad y por ende en la regulación de tal experiencia<sup>9</sup>:

1. Individuo como un ser activo que frente a la enfermedad selecciona la información (externa-interna) que recibe y elabora significados personales en virtud de sus creencias, valores, expectativas y atribuciones; que contribuyen en definitiva a la construcción de la experiencia subjetiva de enfermar.
2. Relación simétrica entre síntoma y enfermedad. Afirma así que, los síntomas definen la enfermedad y la enfermedad define a los síntomas.

3. La representación sintomática facilita el análisis de la atribución causal. La representación que realiza el sujeto va a explicarle qué posibles orígenes tiene tal enfermedad.
4. Los síntomas y sus atribuciones causales forman las teorías implícitas acerca de la enfermedad y el tratamiento. Teorías implícitas que los pacientes manejan para entender sus respuestas corporales; la severidad percibida como posibles consecuencias de tal enfermedad; la vulnerabilidad percibida, esto es la percepción que tienen los sujetos de ser menos o más vulnerables a la enfermedad; las expectativas que tienen los sujetos en cuanto a sus capacidades para enfrentar y modificar la amenaza a partir de la ejecución de las acciones correspondientes; y por último el beneficio que obtendrá con la adherencia al tratamiento.
5. La representación sintomática es una guía para planificar las estrategias de afrontamiento. En base a la representación cognitivo-emocional que lleva a cabo el sujeto, va a valorar los recursos conductuales con los que cuenta para enfrentarse a la enfermedad para de esa forma, desarrollar los esfuerzos conductuales con que hacer frente o no a las demandas específicas externas, internas o de ambos tipos, evaluadas por el sujeto, por ejemplo como abrumadoras.
6. Representación sintomática de la enfermedad como pauta para evaluar y regular el uso de tratamiento y las estrategias de afrontamiento.

El modelo de autorregulación de Leventhal, aporta a los pacientes una mejor comprensión de sus enfermedades, facilita la construcción de representaciones más adecuadas de ésta y por ende a producir estrategias eficaces de afrontamiento<sup>9</sup>. Contribución, reafirmada por Beck<sup>19</sup> al hablar de la terapia cognitiva: “... en el campo de la conciencia la persona tiene la clave para entender y resolver sus trastornos”.

Otro aporte del modelo consiste en, contribuir a explicar el por qué ante la presencia de síntomas similares las personas reaccionan diferencialmente, puesto que aborda la idea de que cada quien posee *significados* propios para cada situación, los cuales son los que determinan la forma de respuesta y afrontamiento de la enfermedad. Significados que son el producto del núcleo cognitivo de cada persona, es decir, de ese embudo por el cual procesan la información que reciben, tanto del medio externo como el interno; embudo que se construyó por medio de las experiencias personales previas, la cultura y el grado de conocimiento de cada una de ellas; y que es el que determina la valoración o interpretación que realizan de la situación de enfermedad y por ende a establecer las respuestas emocionales y motivacionales frente a ésta<sup>9</sup>.

Junto a un primer proceso de evaluación en términos de significado de la enfermedad, el individuo realiza también una valoración de los recursos conductuales con los que cuenta para enfrentarse a ella<sup>9</sup>. Este segundo proceso cognitivo mediador de la conducta de enfermedad es definido como *Afrontamiento*.

La importancia de los modelos de afrontamiento utilizados por los individuos para hacerle frente a las demandas específicas externas, internas o de ambos tipos, evaluadas por estos; fue abordada por Lazarus y Folkman<sup>20</sup> centrados básicamente en el tema del estrés y la emoción. Al igual que Leventhal, estos autores plantean que la evaluación cognitiva es el proceso que determina el por qué y hasta qué punto se da una relación entre el individuo y su entorno. Esta evaluación es el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo, así como también la respuesta emocional y conductual desarrollada por éste ante tal acontecimiento de su entorno interno o externo.

## Áreas de Aplicación del Modelo de Representación de Enfermedad y Salud

A pesar del vasto conocimiento fisiológico de que se dispone en el campo de la medicina, la mayor parte de las personas no saben sobre cómo funciona su cuerpo y cómo se desarrollan las enfermedades. Incluso, aquellos a quienes se les ha explicado a fondo las características de su enfermedad, tienden a poseer conceptos imprecisos e incompletos, en parte porque cuando las personas obtienen información, procuran integrarla en su base de conocimiento existente. Si la información reciente parece incompatible con lo que ya se sabe, la persona tiende a modificar esta nueva información para hacerla coincidir con el conocimiento previo, en lugar de cambiar sus ideas antiguas para ajustarlas a la nueva información. Por supuesto, este proceso puede conllevar a una representación de la enfermedad distinta entre una persona y otra, a pesar de que tengan la misma enfermedad. Razón por la que cada día, diversos autores han destacado la importancia de identificar los modelos explicativos de las enfermedades que desean estudiar, los cuales muestren y aclaren los vínculos entre creencias y conductas dirigidas al padecimiento.

Entre algunos de estos intentos se tiene en el abordaje de las enfermedades crónicas de las vías digestivas. En este ámbito, una aproximación en la aplicación de los principios del modelo de representación de la enfermedad en el abordaje del Síndrome de Intestino Irritable (SII), constituye el estudio de Joachim y Milne<sup>21</sup>, a la hora de estudiar la relación entre el estrés y el SII, ellos plantean que el tema del estrés no queda solamente en decir que son los sucesos estresantes relativamente recientes, los que marcan el comienzo de los síntomas o afectan su severidad; sino que plantean que la enfermedad puede ser vista como un acontecimiento estresante en la vida de la persona que la padece, resaltado esto por la alteración que el individuo percibe en su calidad de vida.

Siguiendo la línea del SII, están otros autores que obtuvieron resultados que muestran que la enfermedad es vista como un beneficio por quienes la padecen, incluso como un alivio a responsabilidades, trayendo como consecuencia lo no adherencia al tratamiento prescrito<sup>22</sup>. Estos autores plantean en su estudio, el Manejo de Contingencias (manejo de los elementos ambientales asociados a la aparición de la sintomatología), como la técnica más efectiva para reducir la frecuencia e intensidad de la sintomatología gastrointestinal y extradigestiva característica del SII; como lucha para lograr el cambio conductual.

Por otra parte, otro estudio realizado por González<sup>23</sup> toma en consideración la percepción del paciente diagnosticado con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (ERGE), en cuanto a la severidad como a las molestias de sus síntomas; subrayándola como factor resaltante para realizar un diagnóstico asociado de esofagitis.

La población utilizada fueron pacientes que consultaron por primera vez en la consulta externa del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas, desde febrero de 2003 a noviembre de 2004. Se trabajó con un muestreo aleatorio simple, incluyó a 166 pacientes con el diagnóstico de ERGE. La severidad fue medida por la percepción en la modificación de la calidad de vida y fue evaluada por medio de una encuesta. El estudio concluyó que los índices de percepción de severidad no son lo suficiente para diagnosticar esofagitis pero que resultan importantes tener en consideración para lograr la adherencia al tratamiento de la ERGE.

Asimismo, se encuentra el estudio de Van Oudenhove y col<sup>24</sup> estudiaron la determinación de la severidad en los síntomas de la Dispepsia Funcional. La dispepsia funcional constituye, al igual que el SII, un trastorno digestivo funcional, conformado por una combinación de síntomas digestivos crónicos o recurrentes

que no pueden explicarse por anomalías estructurales o bioquímicas.

Van Oudenhove y col<sup>24</sup>, estudiaron 139 pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional, a los cuales evaluaron mediante un cuestionario de severidad con un escore de 10 ítems. Los autores del estudio sugirieron, en base los datos encontrados, que la severidad del síntoma en la dispepsia funcional es en parte determinada por los factores psicosociales pero no por las perturbaciones gástricas. Entre estos factores psicosociales los autores hacen mención a la percepción de la severidad del síntoma (diarrea, náuseas, vómito, estreñimiento, gases, dolor) y del impacto que estos generan en su calidad de vida. Planteando así, la idea de que la severidad del síntoma viene dada por la representación cognitiva que el sujeto hace de éste.

## Conclusiones

Se ha podido comprobar que la conducta de enfermedad es un fenómeno cuya complejidad está siendo evidente, su importancia en todo lo relacionado con la salud y la enfermedad es notoria debido a las funciones que cumple y la relación que posee con otros fenómenos comportamentales del ámbito de la salud, como es el caso de la adherencia terapéutica.

Un modelo comprensivo de este fenómeno puede ser el modelo de representación de enfermedad y salud, caracterizado por las distintas valoraciones que hacen las personas de sus cambios fisiológicos y/o sensaciones corporales, valoraciones que determinan el comportamiento a seguir frente a éstas.

La relevancia de este modelo, se encuentra en resaltar las distintas variables que influyen a la hora de representar la enfermedad, entre ellas las enfermedades digestivas. Variables que el profesional de la salud debe de tener en consideración si lo que desea es abordar eficazmente la enfermedad que padecen sus pacientes.

## Clasificación del trabajo

AREA: Psicología.

TIPO: Artículo de revisión.

TEMA: Representación de la enfermedad y salud.

PATROCINIO: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.

## Referencias Bibliográficas

1. Eslava D, Puntel de Almeida M. Representaciones sociales de salud y enfermedad: investigando el estado del arte. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2002; 8(2): 59-72. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532002000200007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200007&lng=es).
2. Juarez F. El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research* [Internet]. 2011; 4(1): 70-79.
3. Parsons, T. *El sistema social*. 1982. Madrid: Alianza.
4. Mechanic D. The concept of illness behavior. *Journal of chronic diseases*. 1962; 15: 189-194.
5. McHugh S, Vallis T.M. *Illness Behavior: a multidisciplinary model*. 1986. New York: Plenum Press.
6. Brannon L, Feist J. *Psicología de la salud*. 2001. Madrid: Paraninfo.

7. Dean K. Self-care responses to illness: a selected review. *Soc Sci Med* 1981;15A:673-687.
8. Mechanic D. Social dimensions of illness behavior. *Soc Sci Med*. 1995: 1207-1216.
9. Gil Roales-Nieto, J. *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. 2004. Madrid: Pirámide
10. Leventhal H, Nerenz D.R. The assessment of illness cognition. En P. Karoly (Ed.), *Measurement strategies in Health Psychology* 1985. New York: Wile.
11. Leventhal H, Leventhal E.A., Cameron L. Representations, procedures and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. En A. Baum, T.A. Revenson y J.E. Singer (Eds.): *Handbook of Health Psychology* (pp. 19-47). 2001. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
12. Leventhal H, Diefenbach M. The active side of illness cognition. En J.E. Skelton y R. T. Croyle (Eds.): *Mental representation in health and illness* (pp. 247-272). 1991. New York: Springer-Verlag.
13. Leventhal H, Everhart D. Emotions, pain and physical illness. En C. Izard (Ed.): *Emotions in personality and psychopathology*. 1980. New York: Plenum Press.
14. Leventhal, A. The common-sense model of self-regulation of health and illness. En L. D. Camero (Ed.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42-65). 2003. New York: Routledge.
15. Leventhal H, Diefebanch M, Leventhal E.A. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and effect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*. 1992; 16, 143-163.
16. Cameron L, Leventhal H. *The Self-regulation of Health and Illness Behaviour*. 2003. England: Routledge.
17. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D.R. The common sense representation of illness danger. In: Rachman, S., (Ed), *Contributions to Medical Psychology* (pp. 17-30). 1980. New York: Pergamon Press.
18. Beléndez M, Bermejo R, García, M. Estructura factorial de la versión española del revised illness perception questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*. 2005. 17(2): 318-324.
19. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF et al. *Cognitive therapy of depression*. 1979. New York: Guilford Press.
20. García M, Hombrados M. Control percibido y bienestar subjetivo: un análisis de la literatura gerontológica. [Internet]. 2002. Disponible en: [http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2002\\_2/g-12-2-006.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2002_2/g-12-2-006.pdf)
21. Joachim G, Milne B. Inflammatory bowel disease: effects on lifestyle. *J Adv Nurs*. 1987; 12(4):483-487.
22. Fernández C. Tratamiento psicologico en el síndrome del intestino irritable. *Psicothema*. 1989; 1(2): 71-85.
23. González J. Índice de correlación de severidad de los síntomas de la enfermedad de reflujo gastroesofágico para el diagnóstico clínico de esofagitis. *Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela*. 2005; 28(2), 169-176.
24. Van Oudenhove L, Joris V, Geeraerts B, Vos R, Persoons P, Kindt S, y col. Determinants of symptom severity and weight loss in functional dyspepsia. *Gastroenterology*. 2006; 130: A-38.

