

Conducta del enfermo ante el dolor crónico

Pilar Lavielle, Dra en Antrop,⁽¹⁾ Patricia Clark, Dra en C,⁽²⁾ Homero Martínez, Dr en C,⁽³⁾ Francisco Mercado, Dr en C Soc,⁽⁴⁾ Gery Ryan, Dr en Antrop.⁽⁵⁾

Lavielle P, Clark P, Martínez H, Mercado F, Ryan G.
Conducta del enfermo ante el dolor crónico.
Salud Publica Mex 2008;50:147-154.

Lavielle P, Clark P, Martínez H, Mercado F, Ryan G.
Illness behavior in chronic pain.
Salud Publica Mex 2008;50:147-154.

Resumen

Objetivo. Describir la “conducta de enfermedad” en pacientes con dolor crónico. **Material y métodos.** Durante el año 2000 se realizaron entrevistas semiestructuradas a 53 pacientes en una institución del tercer nivel de atención. Allí se exploró su interpretación y respuesta inicial al dolor crónico y prácticas subsecuentes hasta sentirse satisfechos con el diagnóstico recibido. **Resultados.** La conducta de enfermedad estuvo determinada por la intensidad, discapacidad y creencias de las causas del dolor, recomendaciones de las redes de apoyo, la calidad y satisfacción con los sistemas de atención. En términos de la toma de decisión, la primera opción fue acudir al sector popular, y consultar al médico general, para finalmente acudir a un tercer nivel de atención (“con el especialista”). **Conclusiones.** La conducta de enfermedad es un proceso en el que se utilizan los diferentes sectores de la atención por parte de los mismos sujetos y que es determinado por el resultado de la atención brindada.

Palabras clave: conducta de enfermedad; dolor crónico; sistemas de atención; México

Abstract

Objective. To describe the illness behaviour in patients with chronic pain. **Material and Methods.** We conducted semi-structured interviews to 53 patients during 2000, in a tertiary care center. We explored their initial interpretations, responses and subsequent practices to chronic pain, until they received a diagnosis that satisfied them. **Results.** Illness behaviour was determined by pain intensity and disability; beliefs regarding pain causes, trust in social networks, and quality and satisfaction with the health care systems. In terms of the decision to seek care, the first option was to go to the popular sector, followed by consulting a general physician, and as last resort, to go to a tertiary care center (“with a specialist”). **Conclusions.** Illness behaviour should be conceptualized as a process, which combines the use of different health care sectors by the same subjects, as a result of care provided sequentially by each previous sector.

Key words: illness behaviour; chronic pain; health care systems; Mexico

- (1) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS; Hospital General de México OD. México, DF.
- (2) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS; Unidad de Postgrado, Facultad de Medicina, UNAM. México, DF.
- (3) RAND, Santa Mónica, California; Hospital Infantil de México Federico Gómez. México, DF.
- (4) Universidad de Guadalajara. Guadalajara. México.
- (5) RAND, Santa Mónica. California.

Fecha de recibido: 9 de enero de 2007 • Fecha de aceptado: 24 de octubre de 2007

Solicitud de sobretiros: Dra. Pilar Lavielle S. Chiapas 59, Edif. D-101, Col Roma. 06700 Delegación Cuauhtémoc. México, DF.
Correo electrónico: pilaviel@yahoo.com

El dolor crónico (cuya duración es de meses o años) es una experiencia personal, única y privada que sufre aquel que lo padece y que se expresa más como una conducta que como una sensación.¹ Es decir, la característica subjetiva de dolor hace muy difícil transmitir la experiencia sensorial del fenómeno; asimismo, la expresión del dolor está influenciada por la cultura a la cual pertenece el individuo que lo experimenta –como ha sido demostrado por Zborowski, pionero en el estudio del dolor y la cultura–, de tal manera que cada grupo social tiene sus formas particulares de manifestar el dolor a través de diferentes conductas.²

Este malestar –que en la mayoría de los casos es secundario a una enfermedad– es la causa más frecuente de incapacidad crónica y de que los pacientes busquen atención.³ Se considera que alrededor de 14% de la población restringe sus actividades de alguna manera por condiciones que se acompañan de dolor crónico y alrededor de 9.3% de la población se limita en actividades mayores como no asistir al trabajo o llevar una vida independiente a causa de ello.⁴

En sí mismo, el dolor crónico rara vez constituye una amenaza para la vida; no obstante, hasta el momento no existe un tratamiento eficaz para eliminarlo y la prescripción médica más común es “aprender a vivir con él” para minimizar su impacto en la vida diaria del sujeto que lo padece.^{5,6}

En el dolor crónico interactúan factores biológicos que determinan su localización, duración e intensidad; factores psicológicos que están asociados a la respuesta de afrontamiento y ajuste, y factores sociales que implican la percepción y significado que el individuo le adjudica a su dolor. Todas estas características establecen el marco que da lugar a las acciones que los sujetos llevan a cabo con el fin de obtener un diagnóstico y tratamiento para su malestar. Estas prácticas –que están comprendidas en el proceso que se conoce como “conducta de búsqueda de atención” o “conducta de enfermedad”– comienzan con la percepción de cambios corporales, la interpretación y creencias respecto de los síntomas, la búsqueda de ayuda, y concluyen con la obtención del diagnóstico y una prescripción terapéutica.⁷⁻¹³

En la conducta de búsqueda de atención, los individuos se enfrentan a diversos sistemas o sectores de atención a la salud, cada uno de los cuales le ofrece una forma propia de explicar, diagnosticar y tratar la enfermedad. Según la clasificación de Helman sobre los sectores de la atención, en el Sector Popular –el cual es un ámbito secular, no profesional, de la sociedad– el individuo lleva a cabo prácticas (automedicación, utilización de remedios caseros, “no hacer nada”) que se circunscriben al ámbito del hogar y que pueden ser recomendaciones brindadas por un amigo o un

familiar; en general, no implican el pago del servicio a una persona capacitada para ese fin. Por otro lado, en el Sector Tradicional, los individuos encuentran algún tipo de curación sacra o secular brindada por personas entrenadas de manera formal o informal, como curanderos, naturistas, yerberos y hueseros, entre otros. En apariencia, este tipo de atención ofrece varias ventajas: se comparte la visión del mundo (entre ambas partes) y en los encuentros existe cercanía, calidez, informalidad y la utilización de un lenguaje coloquial. Para finalizar, en el Sector Profesional, los individuos interactúan con instituciones de atención a la salud organizadas y sancionadas de manera legal, por lo común bajo un modelo occidental de atención a la salud.¹⁴ Así, en la mayoría de las sociedades, los individuos se enfrentan a una oferta plural en la atención y deben elegir a cuál o cuáles sectores acudir cuando padecen un problema de salud.¹⁵⁻¹⁷

En el campo de la conducta de enfermedad o de búsqueda de atención las investigaciones se han caracterizado por concebir los problemas de salud como resultado de la accesibilidad a algún tipo de sistema de atención, por lo cual la preocupación ha sido establecer en qué medida los aspectos de los sistemas de atención o características psicológicas de los individuos determinan la utilización de los servicios y del sector tradicional de la atención.¹⁸⁻²² Sin embargo, debe considerarse que en una sociedad la salud de los individuos es atribuible tanto al funcionamiento de los sistemas de salud como a los individuos mismos.

Por un lado, en la evaluación del funcionamiento de las instituciones de salud no se debe tomar en cuenta sólo el uso de los servicios. Un acercamiento más adecuado es la evaluación a partir de los resultados de la atención, es decir, determinar si el paciente recibe una atención apropiada (recibir un tratamiento adecuado para un diagnóstico específico). Este enfoque ha determinado un renovado interés en la calidad de la atención. Por otro lado, tales estudios destacan la variación entre los proveedores de los servicios, mientras el papel del paciente en este proceso permanece poco representado en la literatura de la utilización de los servicios. De manera tradicional se ha considerado que la utilización de otras formas de atención a la salud son el resultado de la falta de recursos económicos y no una expresión de las preferencias de los individuos o una forma de rechazo al conocimiento (conocimiento médico con validación científica). En la actualidad ha comenzado a presentarse cierto interés en llevar a cabo estudios sobre la utilización desde la perspectiva del consumidor. Trabajos recientes indican que existen ciertos mediadores psicosociales en la relación entre las conductas de salud y el estado de salud, por ejemplo, las creencias hacia la

salud, las cuales son un marco normativo para la toma de decisiones y estrategias de salud.²³

En lo referente al dolor crónico, la conducta de búsqueda de atención es más compleja que en otras entidades clínicas debido a que: a) intervienen diferentes factores en su presentación (físicos, psicológicos y sociales); b) la característica subjetiva del padecimiento torna problemático confirmar su presencia e intensidad a través de cualquier medio que no sea el informe verbal del paciente y por tanto influye sobre su validación tanto por parte del médico como de la gente que rodea a la persona que presenta el malestar, y c) debido a los dos factores antes mencionados, la respuesta y eficacia de los diferentes sectores de la atención para diagnosticar y tratar este padecimiento se vuelve muy limitada.

El propósito de este estudio descriptivo fue explorar el proceso de búsqueda de la atención que llevan a cabo los individuos con dolor crónico, es decir, la forma como perciben, interpretan y responden de manera inicial a los síntomas, las prácticas subsecuentes que llevan a cabo para encontrar un alivio y sus consecuencias –respuesta a los síntomas, número y cambios de sector de la atención y razones para hacerlo–, hasta recibir un diagnóstico que les satisfaga.

El estudio desde la perspectiva del consumidor permite conocer la forma como los individuos se enfrentan a un problema de salud, sus creencias acerca de lo que es importante y lo que no lo es y qué funciona o qué no, así como la respuesta y eficacia de las instituciones de salud ante esta demanda de atención. Este conocimiento permitirá proponer acciones de atención a la salud para resolver la problemática y mejorar la calidad de la atención a partir de la premisa de que la viabilidad de los programas en salud depende en gran medida de su compatibilidad con el sistema de creencias de la población.²⁴

Material y métodos

En la generación del conocimiento, la validez de los datos está relacionada con el grado en que se puede captar el fenómeno en estudio. Es posible alcanzar esta precisión si la información se obtiene de los mismos sujetos que experimentan el fenómeno. Por este motivo, fue importante tomar en consideración la perspectiva del paciente respecto al proceso de búsqueda de la atención.

El número de individuos a estudiar se determinó de acuerdo con el criterio de saturación de la información (cuando las entrevistas subsecuentes no llevan a nuevos conceptos y, por el contrario, la información tiende a ser redundante o repetitiva), que es una práctica común en los estudios de tipo cualitativo.²⁵ Así, se incluyeron en

el estudio 53 pacientes con dolor musculoesquelético (92.5% mujeres, con un promedio de escolaridad de 6.8 años y 44 años de edad) entrevistados en la consulta de reumatología de una institución de tercer nivel de atención, lo que se hizo después de explicarles el propósito del estudio y de que aceptaron participar.

Para alcanzar el objetivo de conocer la conducta de enfermedad desde la perspectiva del paciente se realizaron entrevistas semiestructuradas utilizando un formato de temas predefinidos que se obtuvo mediante un estudio piloto previo en 10 pacientes con dolor crónico a quienes se realizaron entrevistas a profundidad. El propósito de este tipo de entrevistas fue elaborar la guía temática que sería utilizada en este estudio, ya que a través de esta técnica se obtiene la configuración vivencial y cognitiva de su participación como actor en un tema particular, en este caso su experiencia del dolor y la búsqueda de atención.

El formato de las entrevistas semiestructuradas permitió cubrir los mismos temas con todos los sujetos entrevistados, así como realizar preguntas que funcionaran como “activadoras” de la memoria y que permitieran a los participantes revisar y analizar de manera exhaustiva sus concepciones y conductas y de esa manera aumentar la información.

En las entrevistas se exploraron dos aspectos de la conducta de búsqueda de atención: a) primero, se examinó la percepción, interpretación y respuesta inicial al fenómeno del dolor, así como la utilización de alguno de los sectores de atención (popular, tradicional o profesional); b) segundo, se indagaron también las prácticas subsecuentes hasta la obtención del diagnóstico y sus consecuencias, es decir, la secuencia de tratamientos utilizados –número de veces y orden en que los pacientes asistieron a los sectores de la atención– y las razones del cambio de un sector a otro.²⁶

A través del análisis de contenido, el cual es un proceso de reducción de la información, se estuvo en condiciones de efectuar un manejo cualitativo y cuantitativo de los datos obtenidos a partir de la transcripción de las entrevistas. Asimismo, el análisis de contenido permitió realizar inferencias basadas en el texto, es decir, los conceptos que aparecen en el texto fueron clasificados en cierto número de categorías a partir de su similitud semántica, lo cual reflejó los patrones cognitivos del grupo estudiado.

Para garantizar la validez de las inferencias, la organización de los datos en categorías se llevó a cabo por consenso de los investigadores (PL y PC). A su vez, esta construcción permitió elaborar una matriz de dos vías (participante-categoría) y realizar un análisis cuantitativo para calcular frecuencias de los temas y hacer comparaciones.²⁷

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Resultados

Interpretación y respuesta inicial al dolor

Las atribuciones respecto a las causas del dolor se relacionaron con el tipo de acciones iniciales que llevaron a cabo los pacientes para aliviar su malestar. Según estas atribuciones el dolor fue interpretado como una entidad que: a) de manera regular no requería tratamiento médico debido a que no podía atribuirse a una enfermedad; b) el síntoma era un malestar que sólo podían atender los profesionales de la salud, y c) también como una condición que no era “normal” pero que su atención no podía plantearse a través de un médico (como es el caso de una condición producida por la brujería).

En este sentido, las interpretaciones sobre las causas del dolor que llevaron a la utilización del sector popular como primera opción de tratamiento estuvieron relacionadas con la “normalización” de los síntomas dolorosos, tanto por parte de los pacientes como de sus redes sociales. Es decir, existió la percepción de que el malestar que experimentaban no era resultado de algún tipo de enfermedad sino producto de una condición sin gravedad y autolimitada (debido al ejercicio, producto de la imaginación, a consecuencia de un golpe, entre otras). La mayoría de los pacientes evaluó que su dolor

no era secundario a ningún tipo de padecimiento y en consecuencia que se lo podía enfrentar con sus propios recursos.

La decisión de resolver el problema de salud fuera del sector popular (en el sector profesional) se debió a la percepción de gravedad de su condición y de las consecuencias potenciales. Esta representación estuvo relacionada con la percepción de riesgo debido a una historia familiar previa de gravedad de la enfermedad. Por otro lado, la elección del sector tradicional estuvo relacionada con la creencia del origen sobrenatural del dolor, el cual sólo podía revertirse por medios no convencionales, lo que corresponde a clasificar los síntomas como una entidad que debe ser atendida por un “especialista” (cuadro I).

De esta forma, una gran proporción de los pacientes (55.8%) consideró a su condición como no grave y, por tanto, seleccionó el sistema del sector popular como primera opción para resolver su problema de salud. En este sector, la opción de “no hacer nada” fue utilizada por 25% (13) de los pacientes; 19.2% (10 pacientes) trató su dolor con remedios caseros –tal como el uso de compresas calientes o la inmersión de pies y manos en agua caliente, tomar jugo de limón con ajo, masajes con aceite caliente de coco, entre otros– recomendados por familiares o amigos. La automedicación como última opción, utilizada por 11.5% (6) de los pacientes, consistió en el uso de analgésicos y/o antiinflamatorios que pueden adquirirse sin receta médica.

En cuanto a la consulta con el sector profesional, representado de manera usual por un médico general

Cuadro I

EJEMPLOS DE ATRIBUCIONES DE LAS CAUSAS DEL DOLOR DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO DE INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO. 2000

Como una condición que no requiere ser atendida por un médico	<p>“Pensé que (el dolor) era otra cosa, y me dije ‘lo más seguro es que sea cansancio... porque como yo siempre estoy muy ocupada lavando, planchando y haciendo todo el quehacer de la casa’. Me sentía muy bien tomando pastillas y no vi la necesidad de ir con el doctor y así me la llevé como por un año”</p> <p>“Pensé que el dolor se me iba a pasar... como no sabía qué tenía, me empecé a tomar que un té y cosas así... usted sabe... como son los amigos y la suegra”</p> <p>“No le hice caso pues mi mamá me dijo: ‘No hija, es sólo pura imaginación’... y lo tomé como algo natural”</p>
Como una condición grave que sólo puede ser atendida por un médico	<p>“Fui inmediatamente, inmediatamente a ver al doctor... porque tengo dos hermanos, uno de ellos ya murió y el otro tiene la columna deformada y está pero bien mal... entonces... después de ver esas cosas me dije... ¡No!, pues yo no quiero que me pase lo que a ellos”... entonces que voy a ver al doctor”</p> <p>“El dolor me desesperaba mucho... era horrible mi dolor... el dolor me hacía llorar y me preguntaba “¿Qué voy a hacer con mis hijos?”... yo lloraba todo el tiempo... me preocupaba mucho, entonces fui con el doctor”</p>
Como una condición grave que requiere ser atendida por un “especialista”	<p>“Mi esposo y su familia creen en eso de las limpias... y yo pensé que tal vez el curandero podría aliviarme de mi dolor... porque ya ve como es la gente cuando a uno le va bien, pues yo tenía un ‘negocito’... y me dijeron que tal vez me estaban haciendo un ‘trabajito’ ”</p>

(debido a que los pacientes atribuyeron sus síntomas dolorosos a una enfermedad), fue seleccionada por 30.7% (16 sujetos) como primera opción, y sólo 3.8% (2 sujetos) se dirigió directamente a un hospital (HGM) para ser atendido.

Para finalizar, el sector tradicional fue consultado por sólo 9.6% de los pacientes (5), quienes recurrieron sobre todo al "curandero" o al "sobador".

Secuencia en el tratamiento y razones de cambios de sector

El evento que desencadenó la búsqueda de ayuda fuera del sector popular fue la discapacidad producida por el dolor persistente. Con respecto al orden y el número de veces que fueron consultados los diferentes sectores de la atención, se pudo observar, por un lado, que los pacientes cambiaron de modalidad entre 1 y 12 ocasiones. Por otro lado, en el orden de consulta de un sector a otro se observaron diferentes tipos de secuencias, que fueron agrupadas en tres patrones diferentes (cuadro II): a) el patrón en donde se distinguen las acciones de consultar de inmediato al especialista (26.4%), sin considerar otra opción; b) el patrón constituido por la búsqueda de ayuda en el sector profesional, sin cambiar de sector, independientemente del número de veces que se consultó al médico (35.8%), y c) el patrón en donde lo relevante fue el cambio frecuente de un sector a otro (37.7%). En los dos patrones de utilización iniciales existe una diferencia cualitativa. La forma de utilización muestra que los pacientes hacen una diferenciación entre acudir con un médico general o con un médico especialista, considerado este último como el único profesional que en última instancia puede llegar al diagnóstico correcto.

Las razones que expusieron los participantes que cambiaron de una modalidad de tratamiento a otra se relacionaron con la evaluación que cada uno hizo de la efectividad del tratamiento tanto en el sector tradicional como en el profesional. Específicamente, la motivación para el cambio dentro del sector profesional fue que los pacientes consideraron que habían sido mal diagnosticados o se les había asignado un tratamiento inadecuado debido a que los médicos normalizaban o minimizaban sus síntomas y/o no percibían interés en su caso por parte del profesional. En segundo lugar, la percepción de los efectos adversos de los medicamentos influyó en la decisión de cambiar de modalidad de tratamiento (del profesional al tradicional). Las creencias se centran alrededor de que los medicamentos que prescriben los "yerberos", por su origen "natural", son menos dañinos. Muy pocos pacientes consideraron que la "brujería" estaba relacionada con la persistencia de los síntomas.

Cuadro II
SECUENCIAS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES
CON DOLOR CRÓNICO DE INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL
DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO. 2000

Secuencias*	N (%)
Secuencias I	
Acudir con el médico general [‡]	
M-HGM	1
M-M-HGM	4
M-M-...HGM	11
Total	19 (35.8)
Secuencias II	
Acudir directamente con el médico especialista [‡]	
HGM	
Total	14 (26.4)
Secuencias III	
Alternancia en el uso de los sectores [‡]	
M-M-C-M-HGM	6
M...C-HGM	3
C-M-M-M...HGM	4
M-M-C-HGM	1
M-C-HGM	2
C-C-M-M-HGM	1
C-M-HGM	1
C-HGM	1
Total	20 (37.7)

* Secuencias: serie ordenada de cambios de una modalidad de tratamiento a otra
[‡] Modalidades de tratamientos: M = consultar al médico general; C= consultar al curandero, yerbero, huesero; HGM= consultar con el médico especialista en una institución de tercer nivel de atención

Para concluir, un aspecto que es importante resaltar fue que la decisión de acudir con el HGM (acudir con el médico especialista) sobrevino a consecuencia de las redes de apoyo de los pacientes y no como producto de la recomendación del médico que los estaba atendiendo.

Discusión

En este estudio se describió la conducta de enfermedad en un grupo de pacientes con dolor crónico, es decir, la forma como los sujetos, motivados por su condición, siguen diferentes rutas para aliviar su malestar. Esta descripción es importante en la medida que permite conocer cómo se enfrentan los pacientes a un problema

de salud, lo cual brinda oportunidad de desarrollar intervenciones a la medida –tomando en cuenta la perspectiva del paciente y sus motivaciones– que les ofrezcan a los pacientes un repertorio de acciones para enfrentarse a su dolor.

Los datos de este estudio señalan que en la conducta de enfermedad: a) intervienen diferentes aspectos, como son los biológicos (intensidad y discapacidad producidas por el padecimiento) y socioculturales (influencia de las creencias y las redes de apoyo), y b) debe ser conceptualizada como un proceso en donde se combina la utilización de los diferentes sectores de la atención por parte de los mismos sujetos que es determinado por el resultado de la atención brindada por los diferentes sectores.

De acuerdo con los hallazgos, el proceso de decidir qué acción elegir no está determinado por un solo factor; por el contrario, depende de una combinación de factores biológicos y culturales, que incluyen la intensidad y discapacidad producida por el dolor, la satisfacción con los diferentes sistemas de salud, las recomendaciones de las redes de apoyo y las creencias culturales acerca de las causas del dolor.

Algunos de estos factores también han sido descritos por otros autores que han trabajado en el campo del dolor crónico. En tales estudios se enfatiza el papel que juega la percepción de gravedad del estado de salud en las decisiones acerca de la atención que se debe buscar, así como el de las redes sociales al proporcionar información y opiniones acerca de la naturaleza y la respuesta que debe buscarse para responder a los problemas de salud.²⁸ También ha sido documentada la existencia de un componente emocional que incrementa la percepción de dolor y que por tanto determina algunas de las características de la conducta de enfermedad. Por ejemplo, algunos estudios han evidenciado el efecto mediador de las emociones negativas, la hipervigilancia y los pensamientos catastróficos en el incremento de la intensidad del dolor y acelerado la búsqueda de atención.²⁹⁻³¹ Los hallazgos del presente estudio muestran que los aspectos culturales también son determinantes en la toma de decisiones de los pacientes con respecto a la búsqueda de la atención, y que se manifiestan a través de las explicaciones del origen del dolor.

Asimismo, la conducta de búsqueda debe entenderse como un proceso en el que se aprecian diferentes patrones, es decir, los sujetos siguen secuencias de acciones que pueden ser más o menos similares hasta alcanzar el propósito de obtener un diagnóstico y tratamiento con el cual se encuentren satisfechos. En este estudio fue posible ilustrar el proceso de búsqueda de atención en pacientes con dolor crónico que reflejaron tanto las creencias de los sujetos acerca del padecimiento así como

el funcionamiento de los sistemas de salud. Al centrar el foco de atención en el proceso de decisión en sí, en la presente muestra de pacientes con dolor crónico la primera elección fue el uso de recursos del sector popular; el siguiente paso fue consultar a un médico general y como etapa final la decisión fue acudir al HGM (“con el especialista”).

Las conductas llevadas a cabo por los sujetos al inicio del proceso pueden explicarse tomando en cuenta que uno de los elementos en que se encuentran inmersos es el de la incertidumbre. En la medida en que las personas tienen múltiples opciones de tratamiento y poco o nada de conocimiento médico, la utilización del sector popular les permite evaluar su padecimiento, reducir la incertidumbre y ahorrar dinero, además de recurrir a una opción menos amenazante que la de acudir al sector profesional. Esta conducta de inicio es muy frecuente, aun en países desarrollados, en donde la respuesta más frecuente a diferentes padecimientos se toma en el seno del hogar. Es decir, la persona con algún malestar primero busca resolver sus problemas de salud en el hogar, antes de buscar otras opciones.^{32,33} En segundo término, si la molestia persiste, los sujetos deciden buscar ayuda fuera de la casa. Esta acción está determinada por la atribución de que el malestar no puede ser manejado con los recursos propios. Asimismo, el evento desencadenante de esta acción se relaciona con el grado de discapacidad producido por la intensidad del dolor. En este sentido, la descripción de *Mechanics*^{34,35} se dirige en esa misma línea, donde los determinantes en la búsqueda de la atención son las características de los síntomas (visibilidad, percepción de gravedad, persistencia y grado de limitación que producen).

Existen muy pocos estudios que muestren los patrones temporales de utilización y sus causas. Los datos del presente estudio mostraron que, una vez que el sujeto tuvo contacto con los diferentes sectores de la atención, los cambios en las modalidades de tratamiento reflejaron su evaluación del funcionamiento de las instituciones de salud: la efectividad en el manejo del diagnóstico y tratamiento para el dolor y la calidad en la interacción. En este estudio, varios de los participantes percibieron que el médico no les entendió o haber recibido un diagnóstico o tratamiento erróneos, por lo que decidieron cambiar de sector de atención. Asimismo, los cambios de modalidad que realizaron los sujetos se relacionaron con sus preferencias en el tratamiento. Para el cambio de sector influyó la percepción de los posibles efectos adversos de los medicamentos utilizados por los médicos, en concreto, la creencia de que los medicamentos utilizados por los “yerberos” tienen un origen natural y por lo tanto no causan ningún efecto dañino en los seres humanos.

En varios estudios se ha mostrado que los diferentes patrones de uso -en que los individuos recurren a los diferentes sistemas de atención- reflejan que los individuos lo hacen con cierto nivel de conciencia y conocimiento de las diferentes alternativas que pueden utilizar. Esto demuestra que los pacientes pueden llevar a cabo trayectorias de experiencia que los capacita, con el tiempo, a utilizar de manera selectiva los servicios según sus necesidades.³⁶ Esto no significa que rechacen por completo la medicina occidental; por el contrario, la mayoría de los pacientes consulta a un médico general antes de buscar otro tipo de atención y sólo por excepción abandonan la biomedicina. Las instituciones de salud no pueden ignorar este hecho, que el rechazo posmoderno a la autoridad indiscutible de la ciencia médica indica que por el momento la visión de los legos sobre la atención a la salud no es completamente medicalizada.

El presente trabajo presenta algunas limitaciones inherentes al diseño del estudio. En la medida en que el grupo de pacientes fue seleccionado en un tercer nivel de atención, la conducta de búsqueda que se evidencia en este estudio sólo puede aludir a este tipo de población, es decir, a aquellos sujetos que utilizan el sector profesional como opción para tratar sus padecimientos. Del mismo modo, debido a que este estudio fue realizado en pacientes con dolor crónico de origen reumático, los hallazgos no pueden extrapolarse a pacientes con otras afecciones, por ejemplo la conducta de enfermedad en sujetos con un padecimiento que amenace su vida, la que con toda seguridad ha de resultar diferente en virtud del impacto psicológico.³ Tampoco se exploró la coexistencia de otro tipo de acciones llevadas a cabo de manera paralela al HGM; sólo se evaluaron las conductas que llevaron a cabo los pacientes antes de su arribo a esa institución debido a que el foco de interés era la conducta de enfermedad y no el papel de enfermo (que hace referencia a la conducta que llevan a cabo los individuos una vez que han recibido un diagnóstico y tratamiento para su enfermedad). A pesar de estas limitaciones, la información que se deriva de esta investigación es importante ya que no existen antecedentes en la población mexicana de estudios similares en enfermos con dolor crónico de origen reumático.

En conclusión, el proceso de búsqueda de atención en sujetos con dolor crónico debe considerarse como un continuo de respuestas al malestar, y en donde la elección de la acción más conveniente a poner en práctica recibe influencias de factores biológicos, socioculturales e institucionales.

Los diferentes patrones de utilización son muy reveladores de aquello que los pacientes demandan de

los servicios de salud. Con toda claridad, los pacientes desean un tratamiento efectivo con pocos efectos colaterales y una mejor calidad en la interacción (interés y la percepción de ser escuchados por el médico).

Al reconocer este punto, las instituciones de salud pueden orientar a la personas sobre la utilización de los servicios de manera adecuada, de acuerdo con los diferentes padecimientos, sobre todo en aquellos que se requiere una utilización temprana o permanente (como en el caso de los padecimientos crónicos), y de esa manera permitirles restablecer el control y la autonomía sobre su salud. Además, acrecentar la investigación acerca del funcionamiento de las instituciones de salud con una evaluación continua e identificación de las deficiencias en la atención a los diferentes problemas de salud y de esta manera incrementar la eficiencia de los sistemas de salud y la satisfacción de sus usuarios.^{37,38}

Referencias

1. Clark P. Medición clínica del dolor. *Rev Mex Reumatol* 1990;4:9.
2. McCarberg B, Billington R. Consequences of neuropathic pain: quality of life issues and associated costs. *Am J Manag Care* 2006;12:S263-268.
3. Zborowski M. Cultural components in response to pain. *J Social Issues* 1952;8:16-30.
4. Bennett K, Cardiel M, Ferraz M, Riedemann P, Goldsmith C, Tugwell P. Community screening for rheumatic disorder: cross cultural adaptation and screening characteristics of the COPCORD Core Questionnaire in Brazil, Chile, and Mexico. The PANLAR-COPCORD Working Group. Panamerican League of Associations for Rheumatology. Community Oriented Programme for the Control of Rheumatic Disease. *J Rheumatol* 1997;24(1):160-168.
5. Kotarba J. Perception of death, belief systems and the process of coping with chronic pain. *Soc Sci Med* 1983;17:681-689.
6. Baszanger I. Pain: its experience and treatments. *Soc Sci Med* 1989;29:425-434.
7. Jensen M, Karoly P. Control beliefs, coping efforts and adjustment to chronic pain. *J Consul Clin Psychol* 1991;59(3):431-438.
8. Young A. The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care. *Soc Sci Med* 1983;17:1205-1211.
9. Jensen M. Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain* 1994;57:301-309.
10. Melzack R, Wall P. The challenge of pain. UK: Penguin, 1982.
11. Taddio A. Effects of early pain experience: The human literature. En: McGrath P and Finley A (eds.): *Chronic and recurrent pain in children and adolescents*. Seattle: IASP Press 1999.
12. Fitzpatrick R, Newman H, Scambler G, Thompson J. La enfermedad como experiencia. México: FCE, 1990.
13. McKinlay J. Social network influences on morbid episodes and the career of help seeking. En: Eisegerg L, Kleinman A (eds.). *The relevance of social science for medicine*. Holanda: Dordrecht Reidel Publishing Co. 1985.
14. Helman C. Culture, health and illness. UK: Butterworth-Heinemann, 1990.
15. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.
16. Young L. The ethnography of health care decisions. *Soc Sci Med* 1982;16:1451-1452.

17. Wetzel M, Eisenberg M, Kaptchuk T. Courses involving complementary and alternative medicine at US medical school. *JAMA* 1998;280(9):784-787.
18. Aaron L, Bradley L, Alarcon G, Alexander R, Triana-Alexander M, Martin M et al. Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness. *Arthritis Rheum* 1996;39(3):436-445.
19. Aaron L, Bradley L, Alarcon G, Alexander R, Triana-Alexander M, Martin M, et al. Perceived physical and emotional trauma as precipitating events in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997;40(3):453-460.
20. Egan K, Katon W. Responses to illness and health in chronic pain out patients and healthy adults. *Psychosomatic Med* 1987;49:470-481.
21. Macfarlane G, Morris S, Hunt I, Benjamin S, McBeth A, Papageorgiou B et al. Chronic widespread pain in the community: The influence of psychological symptoms and mental disorders on healthcare seeking behavior. *J Rheumatol* 1999;26:413-419.
22. Richards H, Reid M, Murray G. Socioeconomic variations in response to chest pain: qualitative study. *BMJ* 2002;324:1318.
23. Robert S, House J. Socioeconomic inequalities in health: integrating individual, communitary, and societal level theory and research. En: *Social studies in health and medicine*. California, USA: SAGE, 2003.
24. Lewis S, Saulder M, Renaud M. Reconfiguring health policy. En: *Social studies in health and medicine*. California, USA: SAGE 2003.
25. Willms D, Johnson N. *Essentials in qualitative research: a notebook for the field*. Ontario, Canada: McMaster University, 1996.
26. Ryan G. What do sequential behavioral patterns suggest about the medical decision-making process?: Modeling home case management of acute illnesses in rural Cameroonian village. *Soc Sci Med* 1998;46(2): 209-225.
27. Krippendorff K. *Content analysis: an introduction to its methodology*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1980.
28. Hurwicz M, Berkanovic E. Care seeking for musculoskeletal and respiratory episodes in a Medicare population. *Medical Care* 1991;29(11):1130-1145.
29. Crombez G, Eccleston C, van den Broeck A, Goubert L, van Houdenhove B. Hypervigilance to pain in fibromyalgia: the mediating role of pain intensity and catastrophic thinking about pain. *Clin J Pain* 2004;20(2):98-102.
30. Sullivan M, Thorn B, Haythornthwaite J, Keefe F, Martin M, Bradley L, et al. Theoretical perspective on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001;17(1).
31. Kersh B, Bradley L, Alarcon G, Alberts K, Sotolongo A, et al. Psychosocial and health status variables independently predict health care seeking in fibromyalgia. *Arthritis Care Res* 2001;45:362-371.
32. Dean K. Lay care in illness. *Soc Sci Med* 1986;22(2):275-284.
33. De la Cuesta C. Las mujeres y el manejo del síntoma: de la valoración a la selección. *Salud Publica Mex* 1999;41(2):124-129.
34. Mechanic D. Social dimensions of illness behavior. *Soc Sci Med* 1995: 1207-1216.
35. Dean K. Self-care responses to illness: a selected review. *Soc Sci Med* 1981;15A:673-687.
36. Notini G, da Silva R, Nations M. Popular knowledge related to back pain in northeastern Brazilian women. *Ciencia Saude Colet* 2007;12(2):389-397.
37. Kronenfeld J. Self-care as a panacea for the ills of the health care system: an assessment. *Soc Sci Med* 1979;13A:263-267.
38. Barret B, Marchand L, Scheder J, Appelbaum D, Plane M, Blustein J, et al. What complementary and alternative medicine practitioners say about health and health care. *Ann Fam Med* 2004;2(3):253-259.