

J. J. van Egmond

El beneficio secundario y la necesidad de estar enfermo

¹ Hospital Psiquiátrico Brinkgreven
Deventer. Holanda

Introducción. Freud introdujo dos conceptos del beneficio de la enfermedad. Una forma de beneficio más externa, consciente y adaptable, llamada el beneficio secundario, y una forma más interna, inconsciente y destructiva, llamada la necesidad de estar enfermo. Ambas formas de beneficio de la enfermedad son independientes y el beneficio secundario puede intensificar la necesidad de estar enfermo.

Método. En base a una evaluación de investigaciones empíricas explorar cómo y por qué determinadas afecciones, concretamente el trastorno de estrés postraumático, la lesión por esfuerzo repetitivo y la lesión de latigazo cervical (whiplash), son muy propensas al beneficio de la enfermedad.

Resultados. En este artículo se describe cómo y por qué estas afecciones podrían tomar formas epidémicas.

Conclusiones. Para el terapeuta es importante conocer este trasfondo para poder combatir el beneficio de la enfermedad en estas afecciones.

Palabras clave:
Beneficio de la enfermedad. Trastorno de estrés postraumático. Lesión por esfuerzo repetitivo. Lesión de latigazo cervical (whiplash)

Actas Esp Psiquiatr 2005;33(2):123-129

Secondary gain and the need to be ill

Introduction. Freud introduced two concepts of illness gain—one was a more external conscious adaptive form of gain, called secondary gain, and the other was a more internal unconscious destructive form of gain, called the need to be ill. Both forms of illness gain are interdependent and secondary gain can generate a need to be ill.

Method. Empirical research was used to examine the question of how and why some disorders, such as post-traumatic stress disorder, repetitive strain injury,

and whiplash injury, are liable to generate illness gain in affected individuals.

Results. This article describes how and why these disorders are becoming more common.

Conclusions. It is important for the therapist to know the background of these disorders in order to be able to combat the associated secondary gain.

Key words:
Illness gain. Post-traumatic stress disorder. Repetitive strain injury. Whiplash injury.

INTRODUCCIÓN

En el DSM-IV¹ se define el beneficio secundario como: «se obtienen beneficios externos o se evaden tareas o responsabilidades nocivas» (pág. 453). Sin embargo, el concepto «beneficio secundario» tiene diferentes significados. Han habido, por ejemplo, muchas discusiones sobre si el beneficio secundario es un fenómeno consciente, preconsciente o inconsciente², pero esto es un punto trivial, ya que el beneficio de la enfermedad al mismo tiempo puede ser parcialmente consciente y parcialmente inconsciente. Mientras los pacientes son muchas veces muy conscientes de los beneficios externos de sufrir una enfermedad, no se dan necesariamente cuenta de que el abrigar expectativas de beneficios puede incrementar los síntomas y hacer que se sientan peor.

Freud^{3,4}, quien introdujo el término beneficio secundario, fue dándose cuenta en el transcurso de su vida de los aspectos destructivos de la vida instintiva. Él no usaba el término beneficio «secundario», que se describía sobre todo como una capacidad constructiva y de adaptación. En lugar de ello enfocaba su atención en la necesidad inconsciente de estar enfermo. Él describió tanto los aspectos conscientes como inconscientes del beneficio de la enfermedad. Es demasiado simple pensar que abrigar expectativas sobre el beneficio sólo lleva a la agravación de los síntomas o a creerse enfermo⁵. La inconsciencia del paciente sobre el proceso puede también llevar a la intensificación de los síntomas ya presentes. Los desafortunados pacientes pueden llegar a creer que están tan enfermos como pretenden. Por ejemplo,

Correspondencia:
J. J. van Egmond
Postbus 5003
7400 GC Deventer
Holanda
Correo electrónico: j.vanEgmond@adhesie.nl

Cassidy et al.⁶ encontraron una relación entre la duración de una reclamación de daños y perjuicios por una lesión de latigazo cervical (whiplash) y la gravedad de síntomas de depresión comunicados anónimamente. En la provincia canadiense de Saskatchewan hubo más informes anónimos de síntomas depresivos cuando había allí una ley local que permitía reclamaciones de daños a causa de whiplash que cuando esta ley ya no surtía efecto.

Otro ejemplo de beneficio secundario que lleva a la intensificación del dolor se cita en el estudio de Emsley et al.⁷

Estos autores observaron que factores postraumáticos negativos (incluyendo la compensación) desempeñaban un papel igual de importante que los factores premórbidos y la gravedad del trauma en el desarrollo y la gravedad del síndrome postraumático en agentes de seguridad sudafricanos. Egmond y Kummeling⁸ están de acuerdo con la investigación de Cassidy et al.⁶ y Emsley et al.⁷. Egmond⁸ observó que cuando se hacían encuestas anónimas entre pacientes la frecuencia de beneficio secundario en pacientes psiquiátricos externos de un hospital psiquiátrico ascendía al 42,2 % de todos los pacientes recién ingresados. Más importante fue su descubrimiento de que los pacientes que abrigan expectativas de beneficio secundario tienen más a menudo considerablemente peores resultados terapéuticos que los pacientes sin expectativas de beneficios de la enfermedad.

La sociedad moderna ha establecido sistemas de apoyo, medidas y trámites que llevan a la predisposición a estar enfermo⁹. A esto se puede añadir que algunas enfermedades, por lo menos parcialmente, son inventadas, de propia cosecha, tramadas, promocionadas y extendidas por la prensa, abogados y pacientes, así como por organizaciones profesionales.

Desafortunadamente parece ser que algunas enfermedades hacen que los pacientes sean especialmente propensos al beneficio de la enfermedad o a manifestaciones de la necesidad de estar enfermo; también son los trastornos más comunes entre periodistas y abogados. Entre estos trastornos se pueden incluir el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el whiplash, la lesión por esfuerzo repetitivo (RSI), el síndrome de fatiga crónica, a los cuales se han dado nombres cuasimédicos como encefalitis miálgica o fibromialgia y el síndrome del intestino irritable. Como terapeutas debemos percatarnos de que en estos trastornos las etiquetas diagnósticas pegadas a los pacientes fomentan la enfermedad en lugar de aliviarla¹⁰. Por eso, para algunos trastornos es sensato considerar más detalladamente el significado de estas etiquetas.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El TEPT es un reconocido trastorno psiquiátrico. Se incluyó por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) en 1980¹¹. Los criterios diagnósticos para TEPT son una persistente reviviscencia de

un evento o una situación traumática, en forma de pesadillas o recurrencias, evitar los estímulos asociados con el trauma, y una irritabilidad aumentada, lo que se manifiesta en insomnio y reacciones físicas como palpitaciones, transpiración y los así llamados reflejos de sobresalto (DSM-IV, 1994). La diagnosis TEPT tiene connotaciones claramente políticas. En la década de 1970 los médicos especialistas llamados como peritos en juicios hablaban del síndrome posvietnam. Al terminar esta impopular guerra, los veteranos de Vietnam inicialmente fueron, especialmente por el grupo de presión antibelicista, tratados con hostilidad. Sin embargo, el Movimiento Veterano cambió las cosas y en el curso de la década de 1970 el mundo médico reconoció que había una relación entre las experiencias de combate en Vietnam y el alcoholismo, la violencia y las depresiones de los veteranos¹²⁻¹⁵. Un movimiento público, formado por veteranos, abogados y psiquiatras, apoyado por los medios publicitarios, insistió en la necesidad de más comprensión para el sufrimiento de las personas involucradas en la guerra, lo que resultó en la inclusión del TEPT en el DSM-III.

La formulación bastante general de los criterios para la diagnosis de TEPT hizo que muchas personas que habían experimentado un suceso traumático fueran diagnosticadas con un trastorno médico¹⁶. Hume y Summerfield¹⁷ escribieron en este contexto sobre «la industria del trauma». No sólo hubo un considerable aumento del número de personas afectadas por el trastorno, sino también del número de conferencias, de publicaciones, del número de organizaciones y particulares, como abogados, periodistas, psicopsiquiatras y médicos, involucrados en el problema. Withuis¹⁸ lo llama el «cultivo del trauma».

El posterior agolpamiento a la diagnosis de TEPT, tanto por los pacientes como por las organizaciones, y la crítica sobre ello llevó a un cambio en la definición del trauma¹⁷.

Así como el concepto trauma en el DSM-III se define como un suceso fuera de la experiencia humana normal, lo que causaría un sufrimiento en prácticamente todas las personas, en el DSM-IV1 el trauma se define como un factor físico que causa un estrés que amenaza la integridad mental o física del individuo y causa sentimientos de indefensión e impotencia. A pesar de la definición más estricta, el trastorno de estrés sigue teniendo una clasificación muy amplia que da lugar a más de una interpretación.

El hecho de que hubiera un explosivo incremento del número de personas que sufren TEPT no significa que este TEPT no existiera antes de la década de 1970. El término «corazón de soldado» se utilizaba en el siglo XIX para describir los síntomas imprecisos que los soldados desarrollaban a veces después de luchar en una guerra. El término *shell shock* (shock por el bombardeo/neurosis de guerra) se ha ligado para siempre a la Primera Guerra Mundial. Al principio se pensaba que las reacciones al shock (la incapacidad de hablar, los extraños movimientos motores y el agotamiento total) se debían a un trastorno neurológico causado por la

ola de presión por el bombardeo. De ahí el término *shell shock*. Sin embargo, pronto se reconoció que no hacía falta exponer a los soldados al fuego del enemigo para desarrollar el *shell shock*.

Era el espíritu de la época tratar a los soldados afectados en hospitales psiquiátricos lejos del frente y no en los puestos médicos, justo detrás de las líneas enemigas como se hacía durante la continuación de la Primera y la Segunda Guerra Mundial.

Ya que los pacientes fueron ingresados durante largos períodos en hospitales muy lejos del campo de batalla, no es, pues, de extrañar que desarrollaran un enfoque psicoanalítico introspectivo y que la búsqueda de previos traumas infantiles desempeñase un papel importante en el tratamiento del *shell shock*. Sin embargo, eran enfoques prácticos¹⁹.

En el frente alemán, los soldados que padecían *Kriegsneurose* (neurosis de guerra) se trataban a menudo con el «tratamiento Kauffman», el cual suponía un tratamiento por electrochoque para excluir signos de conversión. El tratamiento Kauffman se hizo también popular entre las fuerzas aliadas y fue utilizado por los médicos militares en el campo de los aliados, incluso cuando el problema de la falta de soldados se hizo urgente por la larga duración del conflicto. El método Kauffman de arrolladores electrochoques (*Überumpelung*) fue utilizado por Lewis Yealland, un canadiense residente en el Reino Unido: una corriente eléctrica aplicada a la garganta y las extremidades. En teoría se suponía que libraba de parálisis la zona afectada. La terapia de Wilfred Owen era menos rigurosa; él era un ferviente partidario de caminatas, baños fríos, madrugadas, ejercicios físicos, etc.²⁰.

El término *shell shock* ya no se utilizaba en la Segunda Guerra Mundial. En su lugar se utilizaba el término «fatiga de combate»²¹. Este cambio de terminología refleja un enfoque diferente. Lo que primero se consideraba un golpe para la psique apenas reversible, se considera hoy día una reacción de estrés aguda que podía ser tratada con sedantes y reposo en un par de días o semanas detrás de las líneas.

El histórico militar Sheppard²² describe cómo ya antes de la Segunda Guerra Mundial se había desarrollado en Inglaterra otro enfoque del shock de estrés, basándose en las experiencias con el *shell shock*. Haciendo uso de un informe de una reunión celebrada a 1939, a la cual asistieron psiquiatras y médicos que habían servido en la Primera Guerra Mundial, se observó la siguiente política:

- Los términos cuasimédicos como el *shell shock* no deberían utilizarse ni para los pacientes ni hacia la prensa.
- No se concederían pensiones a soldados con trastornos psiquiátricos.
- La psicoterapia debería reducirse a un mínimo; se debería poner énfasis en el poder curativo de la presión social.

- El reclutamiento debería enfocarse en mantener a personas vulnerables fuera de las fuerzas armadas.

Sheppard escribió sobre el psiquiatra Ross, quien había visitado hospitales del norte de Londres para hablar con médicos y enfermeras sobre los peligros de la psicoterapia extensiva en personas angustiadas por la guerra, tal como sucedía durante la Primera Guerra Mundial. Advirtió que semejante enfoque los convertiría en personas neuróticas; sería mejor fortalecer su moral. Conforme a este enfoque, a las personas con quejas psiquiátricas después de un bombardeo en Londres se les decía que la falta de capacidad de hablar, el temblor y otros síntomas físicos eran reacciones normales ante lo que habían experimentado y que el agotamiento era su problema principal. Se les decía que la mejor solución era volver a casa o quedarse con amigos, descansar unos días (con o sin la ayuda de sedantes) y volver después de unos días a sus actividades diarias normales. No se concedieron muchas pensiones a personas que padecían problemas psíquicos a consecuencia de la Segunda Guerra Mundial y se disminuyó la motivación del tratamiento psicoterapéutico extenso. El gobierno británico también aprendió de esta experiencia: en 1932, el 36 % de las pensiones de guerra que se concedieron fue por enfermedades psiquiátricas, pese a que las víctimas psiquiátricas durante la guerra fueron del 4 %.

Para Sheppard²³ la fuerza de este enfoque fue dar a la gente normal y corriente un modelo claro y sencillo de cómo actuar en situaciones desfavorables. Este enfoque se adaptaba a la cultura británica de «poner a mal tiempo buena cara».

Observó que esta característica nacional de no enseñar ninguna debilidad se presentaba en todas las capas de la sociedad.

Esta actitud de los psiquiatras, que cada vez se veían más enfrentados con los efectos retardados de lo que se llama el síndrome de posconcentración, hacia las víctimas de guerra cambió en las décadas de 1960 y 1970, sobre todo incitada por los sobrevivientes del holocausto. También se prestaba más atención a las consecuencias de otros traumas, como se desprende de nuevos términos como el síndrome de trauma por violación, el síndrome del niño maltratado, el síndrome de Estocolmo, el síndrome de supervivencia y el síndrome posvietnam.

De las dos guerras mundiales se ha aprendido que no es útil medicar la angustia humana; se habían olvidado completamente cuando se formuló la nueva entidad TEPT. Entonces se creó el tratamiento ideal para el TEPT: no dejar sola a la víctima después del trauma, sino darle la oportunidad de hablar sobre su experiencia con un consejero, a veces en presencia de otras víctimas de traumas. Se desarrollaron distintas clases de técnicas de evaluación. La reacción traumática no fue considerada una reacción humana normal a sucesos horribles, sino un trastorno médico que puede ocurrir a cualquiera si el trauma es lo suficientemente grave. Ya no se veía como una angustia humana tan vieja como el hombre mismo, sino como una reacción psíquica muy es-

pecífica, que un día puede ser desenredada hasta sus raíces biológicas y patofisiológicas. Una consecuencia importante de este cambio de actitud es que se invirtió gran cantidad de dinero en la investigación de la causa biológica de la reacción al trauma^{24,25}; sin embargo, en la década 1990 también se desarrolló una resistencia contra este enfoque de diagnóstico médica y tratamiento²⁶.

Es interesante que la envergadura o gravedad del trauma no fuera considerada como factor de predicción²⁷.

De investigaciones se deduce que la evaluación no era óptima²⁸; e incluso podía surtir un efecto contrario²⁹. En este momento es preferible respetar en el paciente la existente estrategia premórbida de abordar los problemas. La medicación de la situación debilita la capacidad de la persona para asumir responsabilidades. Muchos pacientes aceptan sugerencias, y por tanto es preferible no medicar los problemas^{30,31}.

De investigaciones³² se deduce que la personalidad e inteligencia premórbidas eran importantes determinantes de vulnerabilidad. Se determinó que la educación, un trauma precedente y una juventud por lo general miserable eran, aunque con fuerza variable, dependientes de la población estudiada y los métodos utilizados indicadores consistentes de TEPT. Se determinaron como indicadores más uniformes los factores como una historia psiquiátrica, el abuso durante la infancia y una historia psiquiátrica familiar.

Por separado, el efecto de todos los factores de riesgo era de poca importancia, pero los factores que se presentaron después del trauma, como la falta de apoyo social y más estrés en la vida, tenían un efecto más grande.

Emsley⁷ examinó a 124 miembros de las Fuerzas de Seguridad Sudafricanas, quienes desde el punto de vista médico eran candidatos para ser jubilados a causa del TEPT; ellos habían sido expuestos durante muchos años a violencia y disturbios. Un resultado que llamó la atención fue que la larga duración de la exposición a incidentes relacionados con el servicio ($16,9 \pm 7$ años) precedía al comienzo de síntomas significantes. En realidad, sus conclusiones sugieren que los factores postraumáticos pueden ser tan importantes como los variables pretraumáticos y peritraumáticos en el desarrollo del TEPT. Los autores concluyeron que de los factores que en su totalidad determinaban la gravedad del TEPT, el papel de las posibilidades de no percibir compensación y la falta de apoyo social eran tan importantes como los factores premórbidos y la gravedad del trauma.

Naturalmente, esto no quiere decir que los sucesos traumáticos no causen sufrimiento. Sería absurdo negar la reacción aguda de estrés, que puede ser seguida de trastornos de angustia o depresión. La cuestión es que el tratamiento establecido en las décadas 1980 y 1990 tiende a aumentar los síntomas en vez de mejorar la situación. La angustia humana siempre ha existido, pero no es un agente patogénico específico que lleva a un síndrome específico independiente

de la cultura. Asimismo, difieren mucho las consecuencias de la reacción aguda de estrés tal como se presentan en nuestra sociedad occidental de las de otras culturas.

Merridale³³ escribe sobre la cultura postsoviética para resolver traumas: el TEPT seguramente no es una diagnosis que ellos están buscando. Hasta cierto punto, el hecho de que los trastornos mentales en vez de llevar a la compensación sean estigmatizados en la Rusia postsoviética puede explicar su actitud. Pero también hay otros motivos. El individuo no es el centro de todos los entornos humanos. Palabras como «colectivismo» y «prestación social» surgen cuando los antiguos ciudadanos soviéticos intentan explicar por qué la Rusia de Stalin no caía bajo el peso de la desesperanza (pág. 361).

Compara esto con la característica que ofrece del individualismo de los ciudadanos estadounidenses como una cultura de queja³⁴. Es una decisión acertada no medicar esta situación y dar más adelante apoyo social y consuelo religioso para manejar una reacción de estrés postcatastrófica en vez de endosar al paciente con una diagnosis³⁵.

LESIÓN POR ESFUERZO REPETITIVO

La Asociación de la Lesión por Esfuerzo Repetitivo (*Repetitive Strain Injury, RSI*)³⁶ define la RSI de la siguiente forma: «Este es el término que antes se daba a los males de músculos, nervios, tendones, vaina tendinosa u otros tejidos blandos, generalmente en las extremidades superiores, como consecuencia de sobrecarga o mal uso. Pero las extremidades inferiores, la parte posterior del hombro y otras partes del cuerpo también pueden ser afectadas. Desafortunadamente, el término no se ajusta a los criterios convencionales para la descripción de enfermedades y esto puede llevar a confusiones, ya que implica la existencia de una condición física de causa no identificable».

Cabe preguntarse si una enfermedad que no se ajusta a la descripción convencional puede llamarse así. La base científica requiere un proceso patológico, el cual, si no se puede identificar como tal, en todo caso se supone presente. No es correcto pasar por el mismo aro a un número de afecciones con un proceso patológico que se pueden hacer visibles microscópicamente, como son la epicondilitis lateral y medial, la tendinitis bicipital, la neuritis ulnaria, la bursitis olecraneana, la tenosinovitis estenosante de Quervain, la lesión ulnaria, la tenosinovitis de flexor digital y el síndrome de túnel carpiano y las afecciones en las que esto no es el caso. Las primeras afecciones tienen síntomas subjetivos bien definidos, resultados clínicos objetivos y reproducibles, una histopatología reconocible y un tratamiento específico efectivo. No tiene sentido aglomerar las afecciones identificadas y por identificar con las que no se dejan identificar de esta manera de un grupo de pacientes con molestias vagas en las manos, los brazos y la región del hombro bajo el denominador común de RSI.

El engaño es aún mayor, ya que jamás se ha comprobado la existencia de una patología clara o una conexión con un movimiento repetitivo, así como que sea para este grupo un problema de lesión, y así las afecciones con una clara patología se presentan tanto entre la población trabajadora como en la no trabajadora.

Bell³⁷ denomina como seudoenfermedades las formas de RSI que no se dejan identificar por una patología. Existe el peligro de que no se pueda frenar la expansión de tales seudoenfermedades. Esto será aún más importante cuando haya beneficios secundarios vinculados a ello; por ejemplo, el consejo de dar la baja hasta que se mejoren los síntomas. En Australia el número de casos de RSI en la década de 1980 tomó formas epidémicas; esto se atribuye a un acuerdo entre los sindicatos, la política y la prensa para proteger a los trabajadores³⁸.

Después de una resolución de la Corte Suprema de Justicia en 1987, en la cual se desestimó la demanda de un paciente con respecto a la denegación de la baja por la diagnosis de RSI, el número de casos de esta forma de beneficios secundarios disminuyó. En el estado de Victoria, por ejemplo, disminuyeron en un 15 % todas las afecciones relacionadas con el trabajo en 1985, y hasta un 4 % en 1996³⁹.

De ahí que la RSI se llama también «enfermedad australiana» (aunque desde hace poco también la «enfermedad holandesa» por las formas epidémicas que adquiere la afección en Holanda⁴⁰); todo esto fue precedido por una epidemia en Estados Unidos, la cual ya pasó su momento culminante⁴¹.

Por otra parte, no todas las personas a las que por falta de algo mejor se les diagnostica RSI son simuladores y reacios al trabajo. La diagnosis también tiene que ver con la satisfacción en el trabajo⁴² y con problemas neuróticos⁴³, los que corresponden al psicólogo o psiquiatra.

Para recalcar de nuevo la falta específica de detalles de la diagnosis de molestias dolorosas cabe mencionar el siguiente experimento: Horal⁴⁴ examinó dos grupos con el mismo número de pacientes, agrupados por variables demográficas, bajo control del médico de cabecera. Uno de los grupos tenía vagos dolores en la parte inferior de la espalda y el otro tenía otras molestias. Sin embargo, el segundo grupo también tenía dolores en la parte inferior de la espalda comparables con los pacientes del primer grupo. El dolor, en parte, parece ser un hecho inevitable. No todo el dolor real o imaginario, si se puede hacer esta distinción, es causado por una alteración de la salud.

LESIÓN DE WHIPLASH

Whiplash es el nombre popular dado a la hiperextensión de las vértebras cervicales seguida de una hiperflexión de las mismas; esto sucede en una inesperada aceleración-de-

celeración del cuerpo, lo que ocasiona, si la cabeza no tiene apoyo, un movimiento brusco hacia atrás y después hacia adelante⁴⁵. Según Ferrari, Russel y Richter⁴⁶ las pruebas de choques realizadas en los años 1940, cuando se hacían tales pruebas con personas vivas y no con muñecos, no hicieron aumentar los síntomas duraderos, tanto somáticos como psíquicos. Ferrari opina que las molestias persistentes, agrupadas en conjunto bajo el término de síndrome de whiplash, desarrollan beneficios secundarios como el resultado de una combinación de daños yatrogénicos, sugestionabilidad y atención de los medios de comunicación y la presencia de una demanda de indemnización.

Los síntomas somáticos de whiplash son el dolor de cuello, su movimiento limitado, el dolor de cabeza, a veces dolor en las vértebras torácicas, un dolor difuso y parestesia en las extremidades⁴⁷. Estos síntomas desaparecen generalmente en algunos días o semanas, pero pueden seguir un curso crónico, y la recuperación puede durar 6 meses o más⁴⁸.

Los trastornos psiquiátricos que se consideran reacción de o que acompañan al whiplash son los trastornos de angustia y la depresión. El TEPT, en el cual los sucesos son revividos en forma de escenas retrospectivas o pesadillas, como se ve en graves accidentes de tráfico, no se ve con frecuencia⁴⁹. Los síntomas se presentan en general como consecuencia de un accidente, pero no se ha encontrado nunca una causa patológico-orgánica⁴⁶ y por esta razón la imagen clínica ha sido reconocida como un trastorno funcional. Aquí la palabra funcional ha sido utilizada en el sentido del funcionamiento anormal de un sistema orgánico y no como consecuencia de un reconocido cambio estructural⁵⁰. Este trastorno funcional ocurre menos a menudo en culturas y sociedades que no dan tratamientos médicos o apoyo para el whiplash, como Singapur⁵¹, Lituania⁵² y Grecia⁵³.

Estos países tienen una frecuencia muy baja de whiplash crónico, o no existe en absoluto, quizá porque parece que no hay información cultural para estimular este comportamiento de dolor crónico que se observa en otras culturas.

La investigación de mostró además que los síntomas también pueden disminuir a consecuencia de la legislación. Cassidy et al.⁶ investigaron la conexión entre la compensación económica, la frecuencia y el pronóstico de la lesión de whiplash en la provincia canadiense de Saskatchewan.

Reunieron información, proporcionada anónimamente por las víctimas de whiplash, sobre los síntomas depresivos, el dolor y la función física de ellas antes y después del 1 de enero de 1995. En esta fecha cambió el sistema de compensación a lesiones de tráfico, que incluía pagos por dolor y sufrimiento, se cambió a un sistema que no admite el factor de la culpabilidad y excluye estas remuneraciones. Para determinar si este cambio guardaba relación con la disminución de demandas y la mejor recuperación después de la

lesión de whiplash se realizó una investigación representativa entre personas que reclamaron al seguro por lesiones de tráfico entre el 1 de julio de 1994 y el 31 de diciembre de 1995.

La frecuencia de reclamaciones entre el primer y el segundo sistema y los dos períodos en los cuales no entra la culpabilidad en conjunto disminuyó un 43 % entre los hombres y un 15 % entre las mujeres. El tiempo medio desde la fecha de la lesión hasta la conclusión de la reclamación de compensación disminuyó un 50 %.

En ambos sistemas la intensidad del dolor de cuello, el nivel de funcionamiento físico y la presencia o ausencia de síntomas depresivos guardaban una clara relación con el momento de finalización de compensaciones. Los autores concluyeron que la eliminación legal de la compensación por dolor y sufrimiento guardaba relación con la menor frecuencia de sucesos y el mejor pronóstico de la lesión de whiplash. Existe también una relación entre la duración de la reclamación de compensación por whiplash y la gravedad de los síntomas depresivos de los que los pacientes anónimamente dieron cuenta, así como el dolor y la disfunción física.

CONCLUSIONES

La teoría de Freud sobre el vínculo entre el beneficio secundario consciente y la necesidad de estar enfermo inconsciente explica por qué algunos pacientes que tenemos en tratamiento parecen ponerse más enfermos sin que haya una clara explicación patogénica para ello. Este artículo discutió cómo y por qué en tres trastornos médicos: TEPT, la RSI y la lesión de whiplash, los pacientes son muy propensos al beneficio secundario y entran fácilmente en la inconsciente necesidad de estar enfermo. Este artículo también explicó por qué estos trastornos se están haciendo más comunes. Los psiquiatras quieren ayudar a personas con problemas psíquicos. Sin embargo, los terapeutas están limitados por el régimen *primum non nocere* (primero no hacer daño). Naturalmente esta antigua regla intenta evitar indeseables buenas intenciones; en este caso, demasiado entusiasmo terapéutico. Debemos ser conscientes de que cualquier forma de ayuda, aunque bien intencionada, puede ser perjudicial.

NOTA

Este artículo se presentó como conferencia en el Congreso Internacional de la Asociación Mundial de Psiquiatría en Caracas el 1 de octubre de 2003.

BIBLIOGRAFÍA

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4.^a ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- van Egmond JJ. Multiple meanings of secondary gain. *Am J Psychoanal* 2003;63:135-45.
- Freud S. Vorlesungen zur Einfuehrung in die Psychoanalyse Gesamelte Werke XI. Frankfurt: S. Fischer Verlag, 1917; p. 397-400.
- Freud S. Abriss der Psychoanalyse. Gesammelte Werke XVII. Frankfurt: S. Fischer Verlag, 1940; p. 63-138.
- Frueh BC, Elhai JD, Gold PB, Monnier, J, Magruder KM, Keane TM. Posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services* 2003;54:84-91.
- Cassidy JD, Carroll, LJ, Cote P, Lemstra M, Berglund A, Nygren A. Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury. *New Engl J Med* 2000;342:1179-86.
- Emsley RA, Soraya S, Stein DJ. Posttraumatic stress disorder and occupational disability in South African Security Force Members. *J Ment Dis* 2003;237-41.
- van Egmond JJ, Kummeling I. A blind spot for secondary gain affecting therapy outcomes. *Europ Psychiatry* 2002;17:46-54.
- Pearce, JM. Psychosocial factors in chronic disability. *Med Sci Monitor* 2002;8:275-81.
- Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. *J Med Philosophy* 2002; 27: 651-73.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3.^a ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
- Nace EP, Meyers AL. The prognosis for addicted Vietnam returnees: a comparison with civilian addicts. *Comprehensive Psychiatry* 1974;15:49-56.
- Robins LN, Helzer JE, Davis DH. Narcotic use in southeast Asia and afterward. An interview study of 898 Vietnam returnees. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:955-61.
- Goodwin DW, Davis DH, Robins LN. Drinking amid abundant illicit drugs. The Vietnam case. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:230-3.
- Helzer JE, Robins LN, Davis DH. Depressive disorders in Vietnam returnees. *J Nerv Mental Dis* 1976;163:177-85.
- Lippmann SB, Pary R, Turns DM, Tobias CR. Post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Am Fam Physician* 1988;37:145-50.
- Hume J, Summerfield D. Traumatic stress disorders. *Br Med J* 1991;16:1271.
- Withuis J. Erkenning. Van oorlogstrauma naar klaagcultuur. Amsterdam: Bezige Bij, 2002.
- Hinshelwood RD. Psychoanalysis in Britain: points of cultural access, 1893-1918. *Internat J Psychoanalytics* 1995;76:135-51.
- Hibberd D. A sociological cure for shellshock: Dr. Brock and Wilfred Owen. *Sociolog Rev* 1977;25:377-86.
- Lamprecht F, Sack M. Posttraumatic stress disorder revisited. *Psychosom Med* 2002;64:222-37.
- Shepperd B. Pitiless psychology: the role of prevention in British military psychiatry during the Second World war. *History of Psychiatry* 1999;10:191-214.
- Shepperd, B. A war of nerves, soldiers and psychiatrists 1914-1994. London: Jonathan Cape, 2002.
- van der Kolk BA, Fislis RE. The biologic basis of posttraumatic stress. *Prim Care* 1993;20:417-32.
- Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62:41-6.
- Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Soc Sci Med* 1995;40:1073-82.
- Moreau C, Zisook S. Rationale for a posttraumatic stress spectrum disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25:775-90.

28. Devilly GJ, Wright R, Gist R. Função do debriefing psicológico no tratamento de vítimas de trauma. *Rev Brasil Psiquiatria* 2003.
29. Summerfield D. Debriefing after psychological trauma. Inappropriate exporting of western culture may cause additional harm. *Br Med J* 1995;311:509.
30. Fullerton CS, Ursano RJ, Vance K, Wang L. Debriefing following trauma. *Psychiatric Quarterly* Fall 2000;71:259-76.
31. Ruzek, J. Providing «Brief Education and Support» for emergency response workers: an alternative to debriefing. *Military Med* 2002;167:73-5.
32. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consul Clin Psychol* 2000;68:748-66.
33. Merridale C. Night of stone. Death and memory in Russia. London: Granta Books, 2003.
34. Hughes R. Culture of complaint. The fraying of America. New York: Basic Books, 1993.
35. Meisenhelder J. Terrorism, posttraumatic stress, and religious coping. *Issues in Mental Health Nursing* 2002;23: 771-82.
36. Repetitive Strain Injury Association, 2003; 1 aug. [http:// www.rsi.org.uk](http://www.rsi.org.uk).
37. Bell DS. Epidemic occupational pseudo-illness: the plague of acronyms. *Current Review of Pain* 2000;4:324-30.
38. Lucire Y. Neurosis in the workplace. *Med J Austral* 1996;145:323-7.
39. Ireland DCR. Australian Repetition Strain Injury Phenomenon. *Clin Orthopaed Related Res* 1998; 351:63-73
40. Bongers PM, de Vet HC, Blatter BM. Repetitive strain injury (RSI): voorkomen, etiologie, therapie en preventie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2002;146:1969-70.
41. Fast C. Repetitive strain injury: an overview of the condition and its implications for occupational therapy practice. *Canad J Occup Ther* 1995;62: 119-26.
42. Szabo RM, King KJ. Repetitive stress injury: diagnosis or self-fulfilling prophecy? *J Bone Joint Surg* 2001;83:137-14.
43. Graham G. Job satisfaction and Repetition Strain Injury. Adelaide: Elton Mayo, 1985.
44. Horal J. The clinical appearance of low back disorders in the city of Gothenburg. *Acta Orthopaed Scand* 1969;118:101-9.
45. Macnab I. Acceleration injuries of the cervical spine. *J Bone Joint Surg* 1964;46:797-9.
46. Ferrari R, Russell AS, Richter M. Epidemiologie der HWS Beschleunigungsverletzung. Ein internationales Dilemma. *Orthopaed* 2001;30:551-8.
47. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining «whiplash» and its management. *Spine* 1995;20:73.
48. Mayou R, Radanov BP. Whiplash neck injury. *J Psychosomat-Res* 1996;40:461-74.
49. Mayou R, Bryant B, Duthie R. Psychiatric consequences of road traffic accidents. *Br Med J* 1993;307:647-51.
50. Silber TJ. The differential diagnosis of functional symptoms in adolescence. *Adolescence* 1982;17:769-78.
51. Balla JL. The late whiplash syndrome: a study of an illness in Australia and Singapore. *Culture Medicin Psychiatry* 1982;6: 191-210.
52. Ferrari R, Obelieniene D, Russell A, Darlington P, Gervais R, Green P. Laypersons' expectation of the sequelae of whiplash injury. A cross-cultural comparative study between Canada and Lithuania. *Med Sci Monitor* 2002;8:728-34.
53. Ferrari R, Constantoyannis C, Papadakis N. Laypersons' expectation of the sequelae of whiplash injury: a cross-cultural comparative study between Canada and Greece. *Med Sci Monitor* 2003; 9:120-4.