

Policlínico Docente "Ramón González Coro", La Habana, Cuba.

Propuestas de acercamiento al diagnóstico de la afectación y el padecer en la carrera de Medicina

Approach proposals to the diagnosis of affectation and suffering in the medicine career

Miguel Ángel Blanco Aspiazú^I, Amaya Blanco del Frade^{II} y Joel Antonio García Álvarez^{III}

^IDoctor en Ciencias Médicas. Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. Máster en Educación Médica. Profesor Titular de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Policlínico Docente "Ramón González Coro".aspiazu@infomed.sld.cu

^{II}Residente. Internado vertical en Pediatría. Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez", La Habana, Cuba. aspiazu@infomed.sld.cu

^{III}Estudiante Quinto año de Medicina. Instructor no graduado de Ortopedia. Facultad de Ciencias Médicas "Finlay-Albarrán", La Habana, Cuba. aspiazu@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: A pesar del tiempo transcurrido, el paradigma biologicista de atención médica no ha sido sustituido por el paradigma biopsicosocial. En el programa de la carrera no hay definición clara de los términos para que los estudiantes de Medicina en su tercer año, durante la estancia en salas de Medicina Interna se acerquen al diagnóstico de la afectación y el padecer.

Objetivo: Elaborar una propuesta argumentada de acercamiento al diagnóstico de la afectación y el padecer por estudiantes de Medicina durante su estancia en salas de Medicina Interna.

Material y Métodos: Se realizó una revisión narrativa de la literatura seleccionada, obtenida mediante el motor de búsqueda *Google Académico* y la base de datos Scielo de la Biblioteca Virtual de Salud.

Resultados: El Índice de Barthel permite suficiente acercamiento al diagnóstico de la discapacidad como concepto asociado a la afectación. La respuesta emocional del paciente puede definirse como adaptativa – adecuada – conveniente o como inadaptable – inadecuada – inconveniente para la solución de su problema de salud.

Conclusiones: Se proponen términos concretos para el acercamiento al diagnóstico de la afectación y el padecer para el estudiante de Medicina.

Palabras clave: Historia psicosocial, diagnóstico médico, paradigma biopsicosocial, educación médica.

ABSTRACT

Introduction: In spite of the elapsed time the biologicistic paradigm of medical attention has not been substituted by the bio psychosocial. In the career's program, there is no obvious definition of terms in order that the third year medicine students, during their stay in the Internal Medicine wards, approach to the diagnosis of affectation and suffering.

Objective: Elaborate an argued proposal of approach to the diagnosis of affectation and suffering for students of medicine during his stay in Internal Medicine wards.

Material and Methods: Was performed a narrative revision of the selected literature obtained by means of the computer search engine "google academic" and SciELO data base of the Health's Virtual Library.

Results: Barthel's index enables an enough approach to the diagnosis of the disability as a correlated concept with affectation. The patient's emotional reaction can be defined as adequate – adaptive -convenient or inadequate – inconvenient and maladaptive for the solution of his problem of health.

Conclusions: The authors propose specific terms for the approach to the diagnosis of affectation and suffering for the student of medicine.

Keywords: Psychosocial history, medical diagnosis, psychosocial paradigm, medical education.

INTRODUCCIÓN

La propuesta de humanizar el currículo médico es universal ¹⁻³ e incluye la mejor comprensión de la persona que está enferma. Bajo el paradigma psicosocial enunciado por Engels ⁴ se propone que en el proceso del diagnóstico médico se tenga en cuenta toda la información del paciente tanto el componente biológico como el psicosocial integrados.

A pesar de las opiniones de directivos, profesores y estudiantes, así como de los objetivos plasmados en los planes de estudio no se ha logrado que en la práctica médica se imponga en paradigma biopsicosocial emergente.

Los autores han podido constatar en su escenario docente que la confección de historias psicosociales por los estudiantes de Medicina ocurre en el tercer y sexto años de la carrera y en exámenes finales de las asignaturas Propedéutica, Medicina Interna y Psiquiatría. Además, que la contribución al diagnóstico de la afectación por la enfermedad y su padecer es muy escaso tanto en el texto de las pocas historias psicosociales que realizan los estudiantes como en el resto de la historia clínica.⁵

No se trata de un problema fácil de resolver, pues hay factores tanto de la práctica médica como de la educación. El abordaje del problema tiene que ser necesariamente multilateral.

En el programa de la carrera no hay definición clara de los términos para que los estudiantes de Medicina en su tercer año, durante la estancia en salas de Medicina

Interna se acerquen al diagnóstico de la afectación y el padecer. Por tal razón, los autores se plantean en esta investigación responder la pregunta: ¿Qué propuestas pueden contribuir a mejorar la labor didáctica de los docentes en el tercer año de la carrera para el diagnóstico de la afectación y el padecer?

OBJETIVO

Por tanto, el objetivo de esta investigación es elaborar una propuesta de acercamiento al diagnóstico de la afectación y el padecer por estudiantes de Medicina durante su estancia en salas de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte cualitativo basado en la revisión narrativa de fuentes bibliográficas que fueron localizadas mediante el motor de búsqueda *Google Académico* con los descriptores: afectación, padecer, diagnóstico, discapacidad, biosicosocial, estrés, empatía, sentimientos, emociones, *disability, psychosocial, stress, empathy, emotions, beliefs, psychosomatics*. Además, se utilizaron artículos de la biblioteca de los autores y la base de datos Scielo de la Biblioteca Virtual de Salud. Las fuentes en idioma inglés y español fueron revisadas y se seleccionaron aquellas que los autores consideraron facilitaron responder la pregunta: ¿Qué propuestas pueden contribuir a mejorar la labor didáctica de los docentes en el tercer año de la carrera para el diagnóstico de la afectación y el padecer? Las mismas aparecen como referencias de este artículo.

RESULTADOS

De la información médica con fines diagnósticos el componente biológico es el que más directamente facilita identificar el problema diagnóstico en términos de entidades nosológicas en las cuales se suele reconocer una lesión de estructura que explica las alteraciones fisiopatológicas.

El componente psicosocial por su parte incluye todo lo que se asocia al origen y manifestación del problema de salud en los campos síquico y social. El enunciado diagnóstico aquí se concreta en el área de los conceptos afectación y padecer.

La afectación es el deterioro de la vida de relaciones del paciente por la enfermedad y la atención sanitaria. En la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS se definen dos conceptos importantes y útiles al valorar la afectación: el funcionamiento y la discapacidad.⁶

Se incluyen en el funcionamiento las funciones corporales, actividades de la vida diaria y participación, mientras que discapacidad incluye los déficits, limitaciones para actividades y restricciones en la participación.

Para el modelo biopsicosocial la discapacidad es una experiencia humana universal y dinámica que resulta de la interacción entre el estado de salud y los factores contextuales internos y externos al individuo.⁷

Una escala general para cualificar la discapacidad es el Índice de Barthel⁸ que en un contexto general y fuera de los marcos de una investigación puede ser un abordaje adecuado para el estudiante de Medicina.⁹

La discapacidad no solo depende de la presencia de enfermedad, sino también del entorno social del individuo. De aquí que la solución de los problemas de salud del individuo no se pueda limitar a acciones directas sobre él, sino que implicará abordar su entorno social.⁷

El padecer es la expresión emocional y sentimental derivada de la enfermedad y la afectación. La información necesaria para diagnóstico en esta área radica en varias partes de las historias clínicas.

Un estudiante de tercer año de la carrera pudiera resumir su diagnóstico de padecer en dos variantes: la respuesta adaptativa adecuada y conveniente y la respuesta inadaptativa inadecuada e inconveniente para la solución del problema de salud. Otro acercamiento más concreto sería la calificación de los estilos de afrontamiento en variantes como: estilo **orientado al problema** (ver el problema con objetividad y desde todas sus aristas o desarrollar un plan de acción), el estilo **orientado a lo emocional** (expresar que el problema fue el fallo de alguien o estar preocupado por el problema o criticarse por estar en problemas), estilo de **búsqueda de apoyo** (hablar sobre el problema con algún profesional o rezas con confiar en Dios para la solución), estilo de **evitación del problema** (fumar más de lo habitual, comer más de lo acostumbrado), **pensamientos aislados** (alejarse del problema o pensar en otras cosas).¹⁰

Cualquiera de ambas variantes diagnósticas exige la obtención de la información psicosocial. En los estudiantes existe una barrera a romper cuando en la asignatura Psicología y en Propedéutica se les orientan la confección de las historias psicosociales. Les resulta problemático adentrarse en el mundo emocional del paciente pues no saben cómo afrontar sus expresiones emocionales.

Es difícil que un enfermo aborde temas en los que considera un estudiante no está apto para ayudarlo. El estudiante por su parte debe vencer esas resistencias entrando en empatía con el paciente mediante un acercamiento no agresivo sino a modo de invasión consentida y necesitada por el paciente. Para ello un concepto esencial es el de empatía.

Empatía es comprensión; no un estado emocional de simpatía ni lástima. Se evidencia en todas las acciones del médico que indiquen su comprensión del estado afectivo del paciente y su disposición a ayudarlo.

Sus bases científicas se han venido desarrollando de modo que se distinguen cuatro componentes.¹¹

- El componente emotivo consiste en la capacidad para prestar atención a las experiencias emocionales del paciente.
- El componente moral que se refiere a la motivación para prestar esa particular atención.
- El componente cognoscitivo que es la comprensión fiel del estado emocional del paciente.
- El componente conductual implica la comunicación al paciente de forma efectiva que el médico lo comprende

En el componente emotivo surgen en los médicos sentimientos que los limitan en abordar aspectos psicosociales. Según el psiquiatra Robert C. Smith por ejemplo el

temor a dañar al paciente, a perder el control de la entrevista, a evidenciar un pobre desempeño al entrevistar, son factores que llevan a los médicos a evitar estas áreas.
12

Por esta razón, es muy importante que en la preparación del estudiante antes de afrontar la confección de la historia psicosocial reciba algunas maniobras que le permitan en primer lugar propiciar la expresión de sentimiento por el paciente y luego otras que le faciliten manejar estos estados emocionales.

Se citan como ejemplos de maniobras de final abierto para solicitar más información:

- Silencio.
- Respuestas extraverbales (gestos manuales o expresiones faciales de invitación a hablar).
- Expresiones neutrales o continuadoras ("Uh- hum". "Mmm... sí").
- Reflexión o repetición de las últimas palabras del paciente.
- Peticiones o preguntas de final abierto (Continúe por favor, dígame más).
- Pequeños resúmenes o parafraseo (Así que usted se realizó numerosas pruebas pero ninguna aportó resultados relevantes).

Prácticamente en cualquier frase de un paciente hay un contenido emocional, aunque de diferente grado de evidencia cuando se analiza la información verbal y extraverbal.

Por ejemplo, nótese el contenido en ejemplos como los que siguen.

- Expresiones no relacionadas con el presente, el entrevistador, ni los afectos. ("A mucha honra"; "soy guajiro y vivo en la capital hace 10 años").
- Expresiones sobre el médico (Yo esperaba encontrarme un médico hombre y más viejo).
- Expresiones sobre circunstancias actuales (Hace calor en su consulta. Hay mucho ruido de construcción).
- Expresiones de contenido afectivo explícito (Me siento realmente preocupado y desesperado).
- Expresiones extra verbales de emociones (Facies de depresión, ansiedad, agotamiento, etcétera).
- Expresión actual de una emoción (Llanto, júbilo).

Una vez que los pacientes expresan sus emociones, el médico debe transmitir su comprensión y para ello puede auxiliarse de maniobras para el manejo de la información psicosocial como:

- Nombrar la emoción (Parece triste o preocupado por eso).
- Comprensión o legitimación (Me imagino lo preocupado que debe estar por eso).
- Reconocimiento o respeto (Usted ha manejado muy bien la situación).
- Apoyo (Creo que juntos podremos lograrlo).

Esta evidencia de reconocimiento de emociones no tiene que ser inmediata ni parecer forzada. En ocasiones se da el denominado efecto del lazo en el que se dan varias expresiones y el médico las resume enlazándolas todas en determinado momento posterior.

Estas maniobras relativamente sencillas posiblemente no sean conocidas por médicos que no recibieron esta formación o también sean utilizadas pocas veces e inconscientemente. No se enseña bien lo que no se conoce.

Aunque los estudiantes cuenten con una orientación adecuada, pueden llegar al paciente y no encontrar las puertas abiertas. En investigaciones donde se comparan criterios de pacientes sobre la participación o presencia de estudiantes en su atención se demostró que con los estudiantes se limitaban más en exponer problemas emocionales que con los médicos graduados, pues con los primeros no alcanzan la suficiente confianza.^{13, 14} Ello indica que es necesario alcanzar un contacto emocional inicial suficiente y luego abordar de forma de forma consentida y necesitada los aspectos emocionales hasta donde el paciente y la situación lo permita y aconseje.

Es evidente que es necesario asumir un enfoque más holístico en el diagnóstico médico que todavía limita el problema de salud del enfermo al terreno biológico y aborda de forma insuficiente el campo psicológico.

La concreción de un diagnóstico de padecer en el tercer año de Medicina debe partir del acercamiento que recibe el estudiante a síntomas síquicos en la asignatura Psicología médica y sin necesidad de aportar un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica en caso de que exista. Puede ser suficiente que el estudiante haga una valoración de la información con que cuente para plantear una de las siguientes opciones de diagnóstico:

- Reacción adaptativa.
- Reacción desadaptativa.

La valoración a realizar por el estudiante puede darse en torno a la coherencia entre la intensidad y duración del problema de salud del paciente y la apreciación que este realiza de la importancia y consecuencias del problema de salud, siempre y cuando no sea expresión de una enfermedad psiquiátrica precedente o en debut.

Es imprescindible considerar el entorno sociocultural y la personalidad previa del paciente que matizan su reacción.

En tal sentido, los programas y los docentes podrían enriquecerse a partir de la lectura e interpretación que se hace en el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría de las reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación.¹⁵

Entre los elementos a indagar en la historia psicosocial están la interpretación que el paciente realiza de su situación. Aunque las relaciones entre las creencias, las emociones y las conductas son complejas y raramente obvias,¹⁶ se reconoce que existe un ciclo de relaciones entre pensamientos, emociones y conductas que es consecuencia de determinadas situaciones como pueden ser el estar enfermo y la interacción con el sistema sanitario origina reacciones emocionales, fisiológicas y conductuales.¹⁷

Es decir que la forma en que la persona interpreta su situación determina su respuesta emocional y conductual. En este sentido se puede comprender que un paciente puede responder emocional y conductualmente de forma apropiada o no ante la enfermedad según la comprensión que tenga sobre la misma y su personalidad. En este sentido incluir en la historia psicosocial la interpretación del paciente es importante con fines de tratamiento.

Las creencias son definiciones, evaluaciones o interpretaciones que la persona tiene sobre sí mismo, los demás y el mundo. Surgen a partir de sus vivencias desde la infancia y se puede estar consciente o no de su existencia. De las creencias se derivan los denominados pensamientos automáticos que surgen de forma automática y tiene un carácter evaluativo rápido y breve, y no expresan una deliberación detenida o razonamiento.

Los pensamientos automáticos pueden ser evidenciados a partir de lo que se dice uno a sí mismo o por imágenes. Surgen en relación con vivencias actuales como por ejemplo el estar enfermo. Por tanto, están a un nivel más consciente que las creencias.

En el diagnóstico del padecer el médico debe distinguir pensamientos adaptativos de los desadaptativos. Las diferencias se presentan en tabla en forma de cuatro preguntas sobre las que un paciente debe reflexionar. En caso de que la respuesta sea negativa en alguna de esas preguntas se identificará un pensamiento como desadaptativo. Cuadro

Cuadro. Preguntas y criterios para valorar el pensamiento del paciente como adaptativo/desadaptativo en el diagnóstico del padecer"

Preguntas	Criterio valorado por la pregunta	Pensamiento adaptativo	Pensamiento desadaptativo
¿Qué pruebas hay para pensar así?	Objetividad del pensamiento.	Se aportan evidencias objetivas en la respuesta.	Se aportan solo creencias.
¿Cómo se siente cuando piensa así?	Intensidad, duración o ambas, de la emoción generada por el pensamiento.	Producen emociones moderadas y permiten sentimientos agradables o desagradables controlables.	Producen emociones de muy alta intensidad o muy larga duración que deparan perturbación y pérdida del control de la situación.
¿Será útil pensar así ahora, mañana o en el futuro?	Utilidad del pensamiento para la persona.	Sirven a corto plazo para sentir emociones saludables, ayudan a actuar con eficacia. A mediano plazo ayudan a conseguir metas y a largo plazo deparan felicidad.	A corto plazo producen emociones dolorosas, acciones inefectivas. A medio plazo dificultan lograr metas y a largo plazo producen infelicidad.
¿Qué palabras utiliza?	Forma del pensamiento.	Expresa deseos, preferencias, posibilidades (puede que, me gustaría).	Lenguaje catastrófico. (Inútil, desastre, fracaso, nunca, jamás, etcétera).

Los aportes de la psicología en el campo educativo ¹⁸ nos indican que el estado emocional influye en cómo se perciben e interpretan los problemas o situaciones y en la motivación para cumplir tareas, como podrían ser los consejos médicos.

Una emoción es un estado sentimental de corta duración intensa y específico. Definirla como buena o mala es muy simplista. Debemos considerar su valor positivo o negativo y su grado de activación.¹⁹⁻²⁰

Con frecuencia los médicos definimos a un paciente como supratentorial, nervioso, funcional psicósomático o sicógeno cuando son marcadas las manifestaciones de la esfera síquica. Los pacientes pueden rechazar esa denominación y los médicos subvalorar tal condición. Esta situación puede afectar la disposición de un paciente a abordar esta esfera.

El modelo biomédico reduce la enfermedad a sus causas y las divide en médicas y psicológicas. En las primeras se identifican lesiones estructurales y agentes externos, sean infecciosos, tóxicos, físicos y agentes internos como alteraciones metabólicas, endocrinas etcétera.

Se señala que los síntomas sin explicación lesional se pueden identificar en 50% de los casos en APS. Suelen ser pacientes que asisten con alta frecuencia a los servicios de salud, tiene mayores probabilidades de tener insatisfacciones con la atención en particular por falta de alivio y rechazan cualquier sugerencia de origen psicosocial de su problema.²¹ Este rechazo al valor de los factores psicosociales en el origen de una enfermedad revela la persistencia del paradigma biomédico también en la población. En una serie de 700 casos donde 25% eran definidos como "somatizadores persistentes" se demostró que cuando el paciente se empeña en negar la existencia de factores psicosociales como causa de su problema de salud, es más difícil que los médicos identifiquen su trastorno psiquiátrico real.²²

El diagnóstico diferencial de las enfermedades más cercanas al psiquiatra y las que deben ser manejadas mejor por el internista puede ser complejo.²³ Esta situación ha sido constatada en la práctica asistencial y por investigación previa de los autores donde al revisar las historias clínicas de salas de Medicina Interna se identificaron 3 pacientes con interconsultas con psiquiatría al plantearse posibles diagnósticos del campo de esta última especialidad. Esos casos en particular, contaban con historia psicosocial y comentarios extendidos. Contrastaban con la parquedad de las historias psicosociales del resto de los pacientes, donde en ocasiones se señalaba que no existían datos psicosociales de relevancia.⁵ Esta frase es muy frecuente, casi una constante en las discusiones diagnósticas en que los autores han participado en Medicina Interna.

¿Será real que hay enfermos sin datos psicosociales relevantes?

Los autores consideran que no, pero la práctica actual está marcada en primer lugar por la escasa importancia que se les da a estos datos en correspondencia con el desconocimiento y el enfoque biomédico prevaleciente.²⁴

Un elemento importante en la historia psicosocial es tratar de caracterizar cómo el paciente asume los retos en otros momentos de su vida dentro y fuera de la enfermedad. Hay personas que ante los retos de la vida se enfocan en su nivel de desempeño y se limitan a asumir solo retos para los que consideran están preparados o ante los cuales no han fracasado. Otras se enfocan en su necesidad de aprender y asumen retos aunque los consideren por encima de sus posibilidades con el fin de ponerse a prueba y si fracasan no cejan en su empeño.²⁵ Acceder a esta información requiere tiempo y dedicación, pues puede ser útil para enfocar la persuasión ante la realización de pruebas diagnósticas molestas.

Talcott Parson denominó rol de enfermo a las expectativas que surgen en el paciente cuando se considera un enfermo. Tales expectativas implican un balance entre los derechos y obligaciones que surgen en el rol de enfermo. El estar enfermo implica derechos como ser relevado de responsabilidades laborales y familiares, pero al mismo tiempo tiene la obligación de buscar asistencia médica y cumplir las orientaciones para resolver su enfermedad. En correspondencia el papel del médico consiste en legitimar el rol de enfermo del paciente, pero estando alerta sobre las ganancias secundarias del enfermo.²⁶

En esta teoría (Talcott Parson) se limita el concepto de enfermo, no se tienen en cuenta las vivencias emocionales que debe incluir el rol de enfermo. Su visión del asunto seguramente estuvo marcada por su dedicación a la sociología. No obstante,

basta destacar solo el elemento simple de la ganancia secundaria que puede tener el paciente como parte de lo que denominamos padecer.

Incluso de no confeccionarse una historia psicosocial propiamente dicha, la información psicosocial y el razonamiento médico a ella asociado debe reflejarse en otras partes de las historias clínicas. Con fines puramente asistenciales en especialidades o situaciones con contacto breve con los pacientes como es frecuente en salas de cirugía y en menor grado de ortopedia al menos comentarios sobre problemas de contenido emocional que siempre están presentes pueden tener lugar.

El paciente que ingresa suele acudir con la expectativa propia de una enfermedad aguda en la que la intervención médica puede curar y evitar secuelas. Esta situación genera respuestas emocionales y conductuales diversas que deben ser objeto de atención médica y en el estudiante de reflexión independientemente de la sala donde curse. Ello no significa que sea el centro del aprendizaje de esas salas, pero es importante que durante la formación en salas se preste atención a un problema tan frecuente en la práctica de Medicina tanto comunitaria como hospitalaria. Desde el punto de vista ético se fundamenta el ver al paciente en toda su dimensión humana.

Hay evidencias de alta frecuencia de trastornos o quejas emocionales en la práctica de la Medicina a nivel de la comunidad, para la que se preparan a los estudiantes y en la Medicina hospitalaria pasan parte de su formación.

Algunos autores señalan que más de 30% de los pacientes en APS presentan malestares psicológicos y de ellos más de 80% presentan problemas psiquiátricos leves como ansiedad, depresión y trastornos adaptativos en respuesta a situaciones estresantes.²⁷

La dicotomización entre emociones y razones es frecuente en la práctica y la educación en Medicina. Algunos médicos no reconocen la unidad entre ambas, pues consideran que las emociones dificultan el razonamiento y se evita la respuesta emocional del médico ante las situaciones de pacientes.

Nancy McNaughton realizó una revisión narrativa de literatura sobre emoción y resumió las ideas más importantes para definirla conceptualmente en tres aspectos muy útiles con vistas a las reflexiones sobre las respuestas del paciente ante el estar enfermo: la emoción como fenómeno fisiológico; la emoción como habilidad; la emoción como mediador sociocultural.²⁸

La emoción como fenómeno fisiológico.

- Las emociones son parte de nuestra estructura y, por tanto, son experiencias naturales y universales.
- Las emociones resultan de complejas reacciones biológicas y neuroquímicas.
- Las emociones pueden ser expresión de lesiones estructurales; exceso y escasez de emociones son signos de alteraciones.

La emoción como habilidad.

- Las emociones son habilidades que pueden ser aprendidas.
- Las emociones son tan psicológicas como fisiológicas y pueden modificarse a través de la práctica.
- Las emociones son conductas observables y pueden ser evaluadas en el desempeño.

Las emociones como mediadores socioculturales.

- Las emociones son prácticas construidas por disposiciones políticas, sociales y culturales.
- Las emociones son formas de conocimientos comprometidos en el análisis y resolución de problemas críticos.
- Las emociones se forjan en colaboración en los contextos socioculturales particulares.

Todas estas aristas muy resumidas aquí acerca de las emociones son elementos a considerar en las valoraciones que los médicos y estudiantes realicemos.

La confección de las verdaderas historias psicosociales y, en general, el manejo de los problemas psicosociales y su reflejo en las historias clínicas tiene un impacto francamente positivo en la formación de valores como el humanismo, la solidaridad, la empatía y el respeto tan necesarios para el futuro médico, pero también para el graduado de cualquier especialidad. Coincidimos con el profesor Alberto Lifshitz en que las vivencias emocionales del currículo oculto contribuyen en gran medida en ese sentido.²⁹

Este acercamiento del estudiante al diagnóstico de la afectación y el padecer es consustancial a la propuesta de diagnóstico integral del paciente como ser biopsicosocial y debe tener continuidad a lo largo de su carrera.

CONCLUSIONES

Se proponen términos concretos para el acercamiento al diagnóstico de la afectación y el padecer, para el estudiante de Medicina. Como acercamiento al diagnóstico de la afectación se propone cualificar la discapacidad por el Índice de Barthel. Para el acercamiento al diagnóstico del padecer se propone calificar la respuesta emocional del paciente como adaptativa – adecuada – conveniente o como inadaptativa – inadecuada – inconveniente para la solución de su problema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Swanwick T. Doctors, science and society *Med Educ.* 2013; 47: 3-17.
2. Hernández Rosales MJ. El humanismo y la relación médico-paciente. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2013 Sep; 42(3): 255-257. [Citado 2016 Jun 21]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000300001&lng=es
3. Sosa Martínez LI, Espinosa Arencibia A, Corne Carmenate R, Corne Sosa E, Reyes Corne M, Leal Felipe M. Acciones para reforzar los valores responsabilidad y humanismo en los futuros profesionales de la salud. *EDUMECENTRO* [Internet]. 2016 Mar; 8(1): 96-110. [Citado 2016 Jun 21]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742016000100008&lng=es
4. Engel GL. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatic.* 1997; 38(6): 521-8.

5. Blanco Aspiazú M, Blanco del Frade A, García Álvarez JA. Las historias psicosociales y el diagnóstico médico. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2015 Jun; 14(3): 307-318. [Citado 2015 Dic 20]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000300008&lng=es
6. Herrera–Castañedo S, Vázquez–Barquero JL, Gaité Pindado L. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Rehabilitación. 2008; 42(6): 269-75.
7. Fernández-López JA. Hacia una mejor comprensión de los enfermos. Semergen. 2013; 39(8): 403-405.
8. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Evaluación de la dependencia: Escala de Barthel. Rev Esp Salud Pública. 1997; 71: 127-37.
9. Bernabeu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Rotaeché del Campo R, Sánchez Gómez S, Casariego Vales E. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología Aten Primaria. 2014; 46(7): 385-92. [Citado 2015 Dic 20]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.04.001>
10. Jalowiec A, Powers M. Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. Nursing Research. 1981; 30: 10-15.
11. Morse JM, Anderson G, Bottorf JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, *et al*. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? Image J Nurs Sch. 1992; 24(4): 273-80.
12. Smith RC. Unrecognized responses and feelings of residents and fellows during interviews of patients. J Med Educ. 1986; 61:982-4.
13. Price R, Spencer J, Walker J. Does the presence of medical students affect quality in general practice consultations? Med Educ. 2008; 42: 374- 381.
14. Mol SSL, Peelen JH, Kuyvenhoven MM. Patients'views on student participation in general practice consultations: a comprehensive review. Med Teach. 2011; 33e: 397-400.
15. Colectivo de autores. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. La Habana; ECIMED: 2008, p. 168-73.
16. Teunissen PW, Bok HGJ. Believing is seeing: how people's beliefs influence goals, emotions and behaviour. Med Educ. 2013; 47: 1064- 1072.
17. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press; 1976.
18. Mc Connell MM, Eva KW. The role of emotion in learning and transfer of clinical skill and knowledge. Acad Med. 2012; 87: 1316- 22.
19. Artino AR, Holmboe E, Durning SJ. Can achievement emotions be used to better understand motivation, learning, and performance in medical education? Med Teach. 2012; 34: 240-4.

20. Artino AR. When I say... emotion in medical education. *Med Educ.* 2013; 47: 1062-1063.
21. Ávila LA. Somatization or psychosomatics symptoms? *Psychosomatics.* 2006; 47:163-166.
22. Kirmayer L, Robbins J, Dworkind M, Yaffe, M. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry.* 1993; 150: 734-41.
23. Serra Valdés Miguel A. El dilema del paciente con trastornos mentales y de la conciencia en la práctica clínica. *Rev haban cienc méd [revista en la Internet].* 2013 Dic; 12(4). [Citado 2014 Abr 01]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000400008&lng=es
24. Moreno Mora R, Blas Aedo LL, Pérez Díaz CB. Caracterización biopsicosocial de niños menores de 5 años con retardo en el neurodesarrollo. *Rev haban cienc méd [revista en la Internet].* 2013 Dic;12(4). [Citado 2014 Abr 01]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000400010&lng=es
25. Van Dijk D, Kluger AN. Feedback sign effect on motivation: is it moderated by regulatory focus? *Appl Psychol.* 2004; 53 (1): 113-35.
26. Turner BS, Robertson R, eds. Talcott Parsons: Theorist of Modernity. Los Á;12(4):ngeles, CA: Sage Publications; 1991.
27. Ibáñez-Tarín C, Manzanera-Escartí R. Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en asistencia primaria (parte 2). *Semergen.* 2014; 40(1): 34-41.
28. Mc Naughton N. Discourse(s) of emotion within medical education: the ever-present absence. *Med Educ.* 2013; 47: 71-79.
29. Lifshitz A. la importancia del aprendizaje afectivo. *Med Int Mex.* 2009; 25(6): 423.

Recibido: 20 de diciembre de 2015.

Aprobado: 15 de julio de 2016.