

El padecer como diagnóstico de la enfermedad

Suffering as a diagnosis of the disease

Miguel Ángel Blanco Aspiazu^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4678-6024>

Rodolfo Isidro Bosch Bayard² <https://orcid.org/0000-0002-2815-7750>

Osmín Hernández Azcuy² <https://orcid.org/0000-0003-1305-4182>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana: Policlínico Docente “Ramón González Coro”. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas Finlay Albarrán. La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: aspiazu@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las vivencias emocionales de las enfermedades y su cuidado reciben atención insuficiente en las condiciones actuales de una medicina altamente biologicista.

Objetivo: Profundizar en el concepto del padecer como componente del diagnóstico con enfoque psicosocial en clínica.

Métodos: Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, SciELO y Lilacs utilizando las palabras claves: padecer; afectación; enfermedad, *illness, sickness, disease*.

Desarrollo: El diagnóstico médico se centra en la entidad nosológica que representa alteraciones estructurales y funcionales. La afectación se vincula a la vida de relaciones sociales del enfermo en la que supone determinado grado de invalidez y en el padecer, el cual es una expresión de la dimensión psicológica cuya complejidad se centra en la respuesta afectiva identificable por las emociones y sentimientos. El padecer tiene un carácter individual según los rasgos de personalidad, la biografía del paciente, las características de su enfermedad (aguda o crónica), el contexto en el que surge y se desarrolla el problema de salud y las cualidades del proceso de atención. El afrontamiento del padecer del paciente puede verse mejor desde una visión alostática.

Conclusiones: El padecer de las enfermedades, también conocido como cuadro interno de la enfermedad, tiene como centro la respuesta emocional pero no se limita a ella. Exige conocer al enfermo como persona y su red de apoyo con vistas a facilitarle una respuesta adaptativa beneficiosa a su nueva condición.

Palabras clave: empatía; afectación; padecer; diagnóstico; clínica.

ABSTRACT

Introduction: The emotional experiences of diseases and their care receive insufficient attention in the current conditions of highly biologic oriented medicine.

Objective: To deepen the concept of suffering as a component of diagnosis with a psychosocial approach in the clinic.

Methods: A search in PubMed, SciELO and Lilacs databases was performed using suffering; affectation; disease, illness, sickness, disease as keywords.

Discussion: The medical diagnosis focuses on the nosological entity that represents structural and functional alterations. Suffering is linked to the social relations of the patient in which certain degree of disability and suffering are supposed, which is an expression of the psychological dimension whose complexity focuses on the emotional response identifiable by emotions and feelings. Suffering has an individual character according to the personality traits, the patient's history, the characteristics of the illness (acute or chronic), the context in which the health problem arises and advances and the qualities of the care process. Coping with the patient's suffering can be better understood from an allostatic view.

Conclusions: Suffering from diseases, also known as internal symptoms of the disease, is centered on the emotional response but it is not just limited to it. Knowing the patient as a whole person and their support network is required to facilitating beneficial adaptive response to the new condition.

Keywords: empathy; affectation; suffer; diagnosis; clinic.

Recibido: 07/06/2019

Aprobado: 01/11/2019

Introducción

En 1977 el psiquiatra norteamericano Engel publica el artículo *The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine* en la revista Science;⁽¹⁾ en 1980 publica *The Clinical Application of the Biopsychosocial Model* en el American Journal of Psychiatry⁽²⁾ y luego en 1997, dos años antes de fallecer, publica *From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain.*⁽³⁾ La lectura de esos tres artículos permite tener una idea más clara de los conceptos que dicho autor no desplegó a plenitud como para convertirlos en teoría científica.⁽⁴⁾

Aun con ese elemento es importante destacar que como científico se desarrolló como internista y psiquiatra en una sociedad donde el pragmatismo y el fetichismo de la tecnología y el mercado son la regla. Lo cual es muy sugerente del papel del determinismo de las contradicciones sociales en los saltos cualitativos de una visión biologicista a otra más humana de la atención clínica. No obstante, en países de capitalismo más moderado e incluso socialistas, la globalización y las tensiones sociales han dificultado la generalización en la práctica asistencial del paradigma psicosocial.

En el caso de Cuba ese enfoque se reconoce y se manifiesta de forma limitada en el diseño de la formación en pregrado y posgrado. Es también insuficiente la manifestación en investigaciones biomédicas y la práctica asistencial, a pesar de ser política del estado.

Desde el punto de vista de la salud pública destacan la consideración de los factores sociales⁽⁵⁾ en el par dialéctico salud–enfermedad. Desde el punto de la medicina individual o clínico, hay varios elementos que suelen recibir atención insuficiente en las condiciones actuales de una medicina tan impactada por las tecnologías duras y la visión, todavía altamente biologicista socialmente determinada. Sin la pretensión de agotar un asunto tan complejo, se profundizará en elementos abordados en publicaciones previas.^(6,7) Por tal motivo el objetivo del presente trabajo es profundizar en el concepto del padecer como componente del diagnóstico con enfoque psicosocial en clínica.

Métodos

Se presentan criterios de los autores sobre el diagnóstico psicosocial estructurado desde los conceptos de diagnóstico nosológico tradicional, diagnóstico del padecer y diagnóstico de la afectación. Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, SciELO y Lilacs utilizando las palabras clave: padecer; afectación; enfermedad, illness, sickness, disease. Se

excluyeron fuentes repetitivas y se avanzó en la revisión hasta lograr una saturación de información determinada por el objetivo previsto del artículo.

Desarrollo

El diagnóstico nosológico tradicional ha sido visto de forma estrecha al limitarse a los componentes biológicos y en menor medida a los componentes psicosociales. En esencia la visión psicosocial del diagnóstico nosológico lo extiende e implica tomar en cuenta un grupo de elementos (fig).



Fig. - Modelo de diagnóstico nosológico con enfoque biopsicosocial.

Ese modelo simplificador refleja tres conceptos en los que se centra el diagnóstico médico. La entidad nosológica vista desde una posición tradicional en la que según el enfoque biologicista más puro estas representan alteraciones estructurales y funcionales. La afectación que se vincula a la vida de relaciones sociales del enfermo en la que supone determinado grado de invalidez. El padecer es una expresión de la dimensión psicológica cuya complejidad se centra en la respuesta afectiva identificable por las emociones y sentimientos.

¿Qué límites existen entre padecer y enfermedad?

El padecimiento (“*illness*”) de una enfermedad crónica significa según *Fitzpatrick*⁽⁸⁾ la reinterpretación del significado de sus síntomas y tratamiento por los pacientes.

Kleinman y otros⁽⁹⁾ destacan la existencia de tres modelos explicativos del padecimiento, los cuales, según criterio del autor, reflejan creencias desde posiciones claramente diferentes: el

profesional, el popular (que incluye al paciente, su familia y la comunidad) y el folclórico cuando se refiere a curanderos.

Los conceptos cuadro interno de la enfermedad, cuadro autoplástico de la enfermedad, anteceden al de padecer y se refieren en esencia a lo mismo. Expresaba *Luria* que el cuadro interno de la enfermedad...

... incluye todo aquello que experimenta subjetivamente el enfermo, toda la masa de sensaciones, no solo las mórbidas localizadas, sino su disposición general, su autoobservación, sus representaciones sobre la enfermedad, sobre sus causas, todo aquello que para el enfermo esté relacionado con sus visita al médico, todo aquel mundo interno del enfermo y que consiste en combinaciones extremadamente complejas de su percepción y sensaciones, de emociones, afectos, conflictos, vivencias psíquicas y traumas...⁽¹⁰⁾

El autor ha considerado el padecer como la respuesta emocional ante la enfermedad y la afectación que producen esta y la atención médica.⁽⁶⁾ Esa respuesta emocional que se toma como centro de abordaje, parte de las creencias que tiene el paciente sobre diferentes elementos de su enfermedad, tales como sus causas, sus manifestaciones, los mecanismos de esas manifestaciones, su evolución, su tratamiento; también sobre los elementos del proceso de atención. De manera que el tomar como centro el aspecto emocional es útil para distinguir este componente del diagnóstico; sin embargo, es una visión todavía intencionalmente esquemática y limitada de expresiones clínicas pertenecientes al mismo proceso de salud enfermedad. La esquematización (fig) es solo un recurso expresivo para lograr comprensión.

La visión de las manifestaciones clínicas como psíquicas o somáticas tiene más que ver con el órgano o sistema al que más se asocia. Los síntomas resultan de combinación de factores en su origen, e incluso pueden ser síntomas sin definición clara en la práctica como puede ocurrir en una paciente deprimida y con insuficiencia cardiaca izquierda que refiera disnea y cansancio.

El espectro de origen de los síntomas va desde la clara adjudicación de la disnea espiratoria al asma de un enfermo que la padece desde la niñez y se presenta ahora con una de sus crisis habituales asociadas a sibilancias y respuesta clara al uso de broncodilatadores, hasta la disnea suspirosa de una paciente en plena crisis histérica conversiva que manifiesta espasmos carpo-pedales por alcalosis respiratoria y disminución de niveles de calcio iónico.

Pero hay situaciones menos claras entre esos extremos, tales como cuando se asocian entidades; cuando se añaden las repuestas emocionales, cuando se trata de entidades como el síndrome de intestino irritable o la fibromialgia que expresan hipersensibilidades en zonas específicas, cuando existen las denominadas manifestaciones somáticas de la ansiedad, el pánico o la depresión, cuando estamos en presencia de trastornos somatomorfos, entre otras. La comprensión del estado emocional del enfermo requiere en primer lugar estar dispuesto a prestarle atención a su historia. Para prestarle esa atención no basta con la motivación que la coyuntura exija, sino que debe ser un valor humano que como tal se exprese en el actuar cotidiano. Desde el punto de vista cognitivo el médico debe desarrollar sus habilidades comunicativas.⁽¹¹⁾ Es la escucha atenta la que permite registrar de forma creativa esa comprensión del estado emocional. Las evidencias constatadas por investigación en pregrado⁽⁶⁾ y posgrado^(12,13,14,15) permiten afirmar que estamos lejos todavía de lograr que las historias clínicas reflejen la información psicosocial en general y su reflejo del estado emocional.

La revisión de cómo se narra la historia del paciente en las historias clínicas es una forma de valorar el acercamiento empático. Para esa valoración debe tenerse en cuenta que es probable que no se registre por diversas razones en toda su magnitud el conocimiento del enfermo como persona. De ahí que sea necesario determinar esa información oculta y añadir la observación del médico durante su accionar. La educación médica tiene en ese aspecto una tarea inconclusa.

Se han publicado algunos trabajos que ofrecen orientaciones concretas sobre cómo facilitar las expresiones de contenido empático y más importante aún, cómo manejar esas situaciones de la entrevista⁽⁷⁾ que algunos médicos evitan precisamente por temor a no saber cómo afrontarlas y perder el control de la entrevista.^(16,17,18,19)

El estar enfermo genera estrés que se expresa en el plano fisiológico y particularmente en las esferas psicológicas (cognitiva, afectiva, conativa), de manera que la respuesta emocional así generada es parte de la expresión clínica de la enfermedad. El padecer tiene un carácter individual según los rasgos de personalidad, la biografía del paciente, las características de su enfermedad (aguda o crónica), el contexto en el que surge y se desarrolla el problema de salud y las cualidades del proceso de atención.

La atención a la respuesta emocional tiene en la depresión, la ansiedad, los trastornos del sueño y síntomas mediados por las relaciones psico-neuro-endocrino-inmunológicas expresiones de origen emocional que exigen manejo psicoterapéutico y farmacológico de ser necesario. Ese manejo no siempre requiere la interconsulta con el psiquiatra y el psicólogo,

pero incluso en ese caso es parte de las necesidades de aprendizaje de cualquier médico generalista.

La depresión como estado emocional se caracteriza por tristeza, menor autoestima, menor ánimo, insomnio, fatiga, pensamientos negativos y en consecuencia menor actividad en la vida diaria.

El diagnóstico de manifestaciones depresivas implica definir si es reactiva a otra enfermedad, si se presenta en alguien especialmente susceptible, si tiene base orgánica o a ella contribuye algún medicamento con ese efecto adverso o si se trata de una persona que tiene entre sus enfermedades la depresión sin relación clara con otra entidad de carácter no psiquiátrico.

Se han identificado alteraciones genéticas y epigenéticas en la asociación de la depresión como comorbilidad en estudios con roedores.⁽²⁰⁾ Igualmente la relación entre microbiota intestinal y actividad del sistema nervioso es un área de investigación.⁽²¹⁾

La depresión se asocia a cambios estructurales en sustancia gris del hipocampo, giro cingulado anterior, amígdala izquierda y corteza prefrontal dorsomedial derecha.^(22,23) todas son zonas relacionadas funcionalmente con el eje psico-neuro-endocrino.

También es bidireccional la relación entre estrés y depresión.⁽²⁴⁾ A corto plazo las funciones regulatorias mantienen la homeostasis, pero cuando los estresores persisten esta se pierde y aparecen daños a nivel de esos sistemas regulatorios. Una expresión de ese daño es la depresión, que representa también un estresor y si no se controla se conforma un círculo vicioso.⁽²⁵⁾

Muchos pacientes tienen rasgos de personalidad que matizan su expresión clínica y su participación en el proceso de atención. Destacan los que tienen de base trastornos de personalidad. Estos últimos definidos como un patrón de conducta y experiencia interna con expresión particularmente relevante en la cognición, la afectividad, las relaciones interpersonales y el control de impulsos. Según la *American Psychiatric Association*⁽²⁶⁾ esto le depara desadaptación en múltiples contextos incluido el proceso de atención médica, en el que se muestra frecuentemente poco flexible e inconforme.

Los trastornos de personalidad se añaden a otros problemas, pero en ocasiones es la razón fundamental para que un enfermo viaje de médico en médico, de institución en institución y en definitivas no quede satisfecho. Un médico generalista debe identificar la existencia del trastorno de personalidad y proceder a la interconsulta con el psiquiatra y el psicólogo con vistas a mejor caracterización y manejo. Téngase en cuenta que aparecen con mayor

frecuencia desde la adolescencia⁽²⁷⁾ y por tanto, llegan al internista con evidencias de su existencia que forman parte de la información psicosocial a recoger.

La alostasis como explicación de la relación entre el padecer (*illness*) y la enfermedad (*disease*)

La respuesta al estrés ha tenido dos visiones fundamentales que expresan los conceptos de homeostasis y alostasis. El primero más conocido.

La alostasis y la carga alostásica son conceptos que pertenecen a la respuesta adaptativa al estrés generado por los cambios del medio ambiente. Alostasis, implica que el organismo monitorea de forma continua las necesidades fisiológicas y se adapta continuamente al medio externo.⁽²⁸⁾ Es decir, los cambios del medio interno priorizan la adaptación al medio externo, lo que significa estabilidad (estasis) a través del cambio (alo).⁽²⁹⁾ Esos cambios se generan desde el funcionamiento del sistema nervioso central, en particular en el cerebro como base material de la actividad nerviosa superior, incluidas las emociones.

Nótese la diferencia con el concepto de homeostasis que se refiere al proceso de mantener el equilibrio del medio interno como prioridad ante cambios (estresores) de naturaleza física, psicosocial y ambiental.⁽³⁰⁾ Es decir, la estabilidad (estasis) a través de la constancia (homeo). Sin embargo, ese modelo no explica el valor adaptativo de los cambios en la tensión arterial, ni de la glucemia y conciben a la hipertensión arterial esencial, la obesidad central y a la diabetes tipo 2 como expresión de errores en el control de variables del medio interno, tales como la tensión arterial, el índice de masa corporal y la glucemia respectivamente, y no como respuestas adaptativa a las agresiones provenientes de un estilo de vida no saludable.

La carga alostásica es el estado generado por la actividad continua de los estresores crónicos y que determina que los mecanismos de adaptación entre en situación de producir daño sobre el organismo. La relación de esa carga alostásica con estresores crónicos ha sido abordado por *Shannon, King y Kennedy*⁽³¹⁾ previamente y se refiere al estado de fallo adaptativo que se expresa en disregulación de los principales sistemas de control, como el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales, el sistema nervioso autónomo y el sistema inmune.⁽³²⁾ Este eje que vincula la actividad nerviosa superior con el funcionamiento de estructuras no neurológicas es la base estructural y funcional que vincula el padecer y los síntomas que expresan trastornos de órganos internos.

La resiliencia es la capacidad de adaptarse exitosamente y funcionar proficientemente ante circunstancia adversas.⁽³³⁾ En la medida que un paciente tiene mayor resiliencia mantiene su

estado de alostasis (con indicadores normales) y no cae en el campo de la carga alostática (indicadores alterados). La resiliencia se asocia por tanto, a un padecer adaptativo al estado de enfermedad.

Un factor que afecta en particular al médico (y equipo de atención en general) cuando afronta pacientes con pronóstico de muerte alto y evolución en general desfavorable, es precisamente el *burn out*, una expresión del padecer médico acumulado, un estado de desadaptación ante la atención de pacientes.

El *burn out* es una condición particular de contratransferencia en gran medida originada por el enfoque biologicista que desaprovecha los avances, aunque sean pequeños y breves de sus pacientes.

¿Cómo manejar un paciente desde las manifestaciones que reflejan su respuesta emocional?

En el plano terapéutico la intervención para incrementar la resiliencia y evitar la carga alostática se ha probado como opción factible, particularmente en niños y jóvenes.^(34,35,36)

Lógicamente al ser las experiencias vitales negativas, incluidas las enfermedades crónicas no transmisibles que pueden llegar a representar una carga alostática, tan frecuentes en el paciente adulto, las intervenciones en este grupo etario que atiende el internista, son en ese sentido menos oportunas, pues el desarrollo de resiliencia debe comenzar antes de que aparezcan las enfermedades. La intervención debe ser proactiva, con enfoque de riesgo.

En la atención secundaria el manejo comienza desde que se realiza la entrevista y se le brinda la oportunidad de exponer su agenda con sus preocupaciones y expectativas sobre cómo afrontar el problema de salud. Esa opción de que se exprese, permite valorar también su estado emocional-sentimental y estilo de afrontamiento. El estilo de entrevista centrado en el paciente permite no solo la obtención de información, sino también el efecto psicoterapéutico de la entrevista.

Las dudas del enfermo suelen estar asociadas a: la explicación de la naturaleza de sus manifestaciones; al tiempo en que estaría presentándolas; a las afectaciones que pueden aparecer; a la posibilidad de la muerte; a las variantes del tratamiento. En todos esos aspectos puede tener sus criterios y expectativas basadas en sus creencias.

En el diálogo con el paciente hay que mostrar respeto y en el caso de algunas creencias que pueden afectar su evolución favorable debemos facilitar que las exponga y conducirlo a la comprensión de su relevancia en términos de ventajas y desventajas. Hay creencias mal fundadas que pueden ser útiles en algún momento y otras que son ciertas que no tienen que

ser objeto de énfasis. Es decir, el manejo de las creencias del paciente es dialéctico e implica arte en el ejercicio de la clínica.

El paciente puede reaccionar emocionalmente con ansiedad ante lo desconocido, ante la posibilidad de quedar inválido, de tener dolor, perder su rol en la familia, entre otras. Puede deprimirse al no ver opciones de solución o verlas confusas o poco probables. Puede tornarse rebelde, racionalizar, subestimar o subvalorar y tener sentimientos de culpa.

Todas esas formas de responder que pueden asociarse, pueden tener efectos con diversos grados de conveniencia y de adaptación a la situación.

Si en el proceso de diagnóstico se llega al criterio de que el paciente está enfermo, entonces él debe reconocer ese nuevo estado como algo propio de la condición humana y que hay que adaptarse a esa nueva condición, transitoria o no, y ajustar todo en su vida para lograr el mejor nivel de salud posible. En ese ajuste entre expectativas y posibilidades se centran acciones para manejar el padecimiento de las enfermedades y las afectaciones que deparan. El internista debe dedicarle tiempo a conversar y aconsejar al paciente sobre los ajustes en su vida, sobre su autocuidado, su responsabilidad, las redes sociales de apoyo de que dispone y hacer énfasis en las áreas donde le sea más factible avanzar.

Como ya se ha mencionado la respuesta emocional del paciente no solo se deriva del estar enfermo, también del proceso de atención que para un internista puede implicar la hospitalización.

La hospitalización también genera problemas, pues hay un cambio de estatus en lo referente a funciones sociales, aportes a la familia, nivel de autonomía en tomas de decisiones sobre sí mismo y los demás. Al hospitalizarse debe someterse a un régimen en que su vida es invadida por personas y aparatos, se expone moral y físicamente. Hay un nuevo círculo de relaciones con personalidades que no siempre le son compatibles.

El manejo dirigido a incrementar la capacidad de afrontamiento y autorregulación de la conducta deben ser parte del tratamiento del paciente adulto. Las bases biológicas, psicológicas, éticas y humanistas, están probadas. Ese tipo de intervención, que se dirige directamente a las causas originales de las enfermedades y a su padecer, establece la diferencia entre el enfoque psicosocial y el biologicista del clínico. Algunas acciones que expresan ese sentido en pacientes no sanos son:

- Debe saber quién es su médico de cabecera o coordinador (“abogado del paciente”), así como el resto del equipo de trabajo que lo cuidará.
- Conocer los deberes y derechos de los pacientes.

- Demostrar respeto al enfermo y su privacidad.
- Acercarse a él como persona. Llamarlo por su nombre y no por su enfermedad.
- Satisfacer la necesidad de conocimiento que surge en la persona enferma acerca de su problema de salud y el proceso de atención.
- Obtener su consentimiento educado en todas las tomas de decisiones sobre intervenciones diagnósticas y terapéuticas.
- Ofrecerle las mejores opciones de confort posibles, sin ruidos que afecten su sueño.
- Dejarle claro que se conoce su respuesta emocional.
- Hacer que el paciente conozca su responsabilidad y los beneficios de su disciplina ante el cuidado de su estado de salud-enfermedad.
- Esclarecerle las áreas en que le es posible avanzar para mejorar su estado y conducir su atención a estas.
- Demostrarle cómo utilizar las redes sociales de apoyo y cualquier recurso a su disposición.

Las acciones mencionadas se ubican en las potencialidades a aprovechar, no en las áreas de desventajas evidentes a lamentar. Aun en las peores situaciones la actitud del médico ante el paciente debe ir siempre hacia el estímulo realista, nunca a la desesperanza. El clínico debe hacer énfasis en los avances por mínimos que sean para lograr una respuesta emocional proporcionada y adaptativa. Esto es particularmente importante ante el paciente complejo con alta comorbilidad y pluripatología.

Las redes de apoyo tienen un componente familiar, económico y de estructura organizativa que no siempre es óptimo y constituyen elementos psicosociales que el clínico debe conocer para poder utilizar de forma eficiente los recursos disponibles para el paciente en esa red. La potenciación de la red de apoyo social es un elemento que puede incrementar la resiliencia.⁽³⁷⁾

No se trata de tarea fácil pues en un grupo de enfermos se constatan diversos retos. Sin embargo, reto no es sinónimo incapacidad del médico. En la medida que se asuma esa visión de la atención de pacientes, los beneficios se verán en el enfermo, la familia y el propio equipo de atención.

El padecer de las enfermedades, también conocido como cuadro interno de la enfermedad, es un componente del diagnóstico clínico propio del paradigma biopsicosocial de la atención médica. El padecer tiene como centro la respuesta emocional, pero no se limita a ella. Exige

conocer al enfermo como persona y su red de apoyo con vistas a facilitarle una respuesta adaptativa beneficiosa a su nueva condición.

Referencias bibliográficas

1. Engel G. The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
2. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137:535-44.
3. Engel GL. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatic*. 1997;38(6):521-8.
4. Ramos Pozón S. Una propuesta de actualización del modelo bio-psicosocial para ser aplicado a la esquizofrenia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2015;35(127):511-26.
5. Benach de Rovira J, Muntaner Bonet C, Tarafa G, Vergara M. Impacto del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuatro años después. *Rev Cubana Salud Pública*. 2012[acceso: 28/12/2018];38(Suppl 5):794-802. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000500012&lng=es
6. Blanco Aspiazú M, Blanco del Frade A, García Álvarez JA. Las historias psicosociales y el diagnóstico médico. *Rev haban cienc med*. 2015[acceso: 28/12/2018];14(3):307-18. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000300008&lng=es
7. Blanco Aspiazú M, Blanco del Frade A, García Álvarez JA. Propuestas de acercamiento al diagnóstico de la afectación y el padecer en la carrera de Medicina. *Rev haban cienc méd*. 2016[acceso: 28/12/2018];15(5). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000500014&lng=es
8. Fitzpatrick R. Conceptos comunes de enfermedad. In: Fitzpatrick R, Hinton J, Staton N, Scambler G, Thompson J, org. *La Enfermedad como Experiencia*. México, DF: Fondo de Cultura Económica. 1990. p. 19-41.
9. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Clinical lessons from anthropologic and cross cultural research. *Annals of Internal Medicine*. 1978;88:251-8.

10. Luria R. Cuadro interno de la enfermedad y enfermedades iatrógenas. Moscú: Moscú; 1989. Citado por: González Sábado R, Martínez Cárdenas A. Cuadro interno de la enfermedad. Valoraciones en la práctica clínica. Multimed. 2017[acceso: 29/02/2019];16(2). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/581>
11. Rodríguez Collar TL, Blanco Aspiazú MA, Parra Vigo IB. Propuesta de guía metodológica para evaluar las habilidades comunicativas en la entrevista médica. Educ Med Super. 2012[acceso: 28/12/2018];26(1): 92-102. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000100010&lng=es
12. Alonso González M, Ruiz Hernández I, Ricardo Alonso O. Habilidades comunicativas para la relación médico paciente en estudiantes de Medicina desde la percepción de profesores. Educ Med Super. 2012[acceso: 28/12/2018];26(1):74-82. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000100008&lng=es
13. Suárez Rivero B, Blanco Aspiazú MA, Morales Jiménez E, Suárez Rivero A, Bosch Bayard RI. Errores en el examen físico del paciente. Rev Cub Med Mil. 2011[acceso: 28/12/2018];40(3-4):211-17. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000300002&lng=es
14. Suárez Rivero B, Blanco Aspiazú MA, Morales Jiménez E, Suárez Rivero A. Influencia en la certeza diagnóstica de los errores médicos en la discusión diagnóstica. Rev Cub Med Mil. 2012[acceso: 28/12/2018];41(3):271-82. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000300007&lng=es
15. Suárez Rivero B, Blanco Aspiazú MA, Morales Jiménez E, Suárez Rivero A, Bosch Bayard RI. Errores más frecuentes al interrogar y su asociación con la certeza diagnóstica. Rev Cub Med Mil. 2012[acceso: 28/12/2018];41(4):334-40. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000400003&lng=es
16. Smith RC, Zimny GH. Physicians emotional reaction to patient. Psychosomatic. 1988;29(4):392-7.
17. Smith RC. Unrecognized responses and feelings of residents and fellows during interviews of patients. J Med Educ. 1986;61:982-4.

18. Smith RC. Teaching interviewing skills to medical students: The issue of countertransference. *J Med Educ.* 1984;59:582-8.
19. Williamson PR, Smith RC, Kern DE. The medical interview and psychosocial aspect of medicine. *J Gen Intern Med.* 1992;7:235-42.
20. Massart R, Mongeau R, Lanfumey L. Beyond the monoaminergic hypothesis: neuroplasticity and epigenetic changes in a transgenic mouse model of depression. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2012;367:2485-94.
21. Cryan JF, Dinan TG. Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour. *Nat Rev Neurosci.* 2012;13:701-12.
22. Frodl TS, Koutsouleris N, Bottlender R, Born C, Jager M, Scupin I, *et al.* Depression-related variation in brain morphology over 3 years: effects of stress? *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65:1156-65.
23. McEwen BS, Gianaros PJ. Stress- and allostasis induced brain plasticity. *Annu Rev Med.* 2011;62:431-45.
24. Kinser PA, Goehler LE, Taylor AG. How might yoga help depression? A neurobiological perspective. *Explore (NY).* 2012;8:118-26.
25. Taylor A, Goehler L, Galper D, Innes K, Bourguignon C. Top-down and bottom-up mechanisms in mind-body medicine: development of an integrative framework for psychophysiological research. *Explore.* 2010;6:29-41.
26. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4^a ed., revisada). Barcelona: Masson. 2004.
27. Kessler RC. Sociology and psychiatry. En: Kaplan HI, Sadock BJ eds. *Comprehensive textbook of psychiatry/ VI vol 1.* Baltimore: Williams & Wilkins, 1995;1:361-2.
28. Peters A, McEwen BS. Allostasis and allostatic load introduction. *Physiol Behav.* 2012;106:1-4.
29. Sterling P. Allostasis: a model of predictive regulation. *Physiol Behav.* 2012;106:5-15.
30. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *New Engl J Med.* 1998;338:171-9.
31. Shannon MT, King TL, Kennedy HP. Allostasis: A theoretical framework for understanding and evaluating perinatal health outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing.* 2007;36:125-34.
32. Schulkin J, editor. *Allostasis, homeostasis and the costs of physiological adaptation.* New York: Cambridge University Press; 2004. pp. 228-301.

33. Fossion P, Linkowski P. The relevance of the concept of resiliency in the field of psychiatry. *Revue medicale de Bruxelles*. 2007,28:33-38.
34. Lee TY, Shek DT, Kwong WM. Chinese approaches to understanding and building resilience in at-risk children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2007,16:377-92.
35. Koller SH, Lisboa C. Brazilian approaches to understanding and building resilience in at risk populations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2007,16:341-56.
36. Kumpfer KL, Summerhays JF. Prevention approaches to enhance resilience among high-risk youth: comments on the papers of Dishion & Connell and Greenberg. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006,1094:151-63.
37. Kaufman JBZ, Yang H, Douglas-Palumberi S, Houshyar D, Lipschitz JH, Krystal, *et al*. Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *Proc. Natl Acad. Sci. USA*. 2004,101:17316-21.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Miguel Ángel Blanco Aspiazu: Confección y revisión final del artículo.

Rodolfo Isidro Bosch Bayard: Revisión de la bibliografía.

Osmín Hernández Azcuy: Revisión de la bibliografía.