

Multimed 2012; 16(2)

Abril-Junio

ARTÍCULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. MANZANILLO

**Cuadro interno de la enfermedad. Valoraciones en la
práctica clínica**

Internal profile of the disease. Assessments in the clinical practice

**MsC. Med. Bioenerg. Rita González Sábado, MsC. Long Satisfact. Alberto Martínez
Cárdenas.**

Universidad de Ciencias Médicas. Manzanillo. Granma, Cuba.

RESUMEN

El presente trabajo pretende llamar la atención de los profesionales del sector salud sobre la utilidad de la categoría cuadro interno de la enfermedad que incluye el abordaje de algunos aspectos psicosociales necesarios en la valoración integral de cualquier paciente, tomando como referentes los aportes de Alexander Románovich Lúria (16 de julio de 1902 - 1977 neuropsicólogo y médico ruso), lo cual mantiene su vigencia en la medicina contemporánea.

Palabras clave: pacientes; enfermedad.

ABSTRACT

The present work aims to call the attention of health professionals about the usefulness of the internal profile of the disease which includes the approach of some necessary psychosocial aspects in the comprehensive assessment of any patient, taking the contributions from Alexander Romanovich Lúria (July 16 1902-1977, neuro-psychologist and Russian doctor), which maintains its validity in contemporary medicine.

Key words: patients; disease.

INTRODUCCIÓN

En el estudio de cualquier patología somática se hace necesario conocer las particularidades psicológicas del enfermo, estudiar el cuadro interno de la enfermedad y la repercusión que tiene para el restablecimiento o empeoramiento del paciente y la propia calidad de la relación médico/paciente son elementos claves en el manejo, tratamiento y recuperación de todo paciente.

El estudio del cuadro interno de la enfermedad constituye una de las líneas de investigación de mayores perspectivas de desarrollo en la aplicación de los conocimientos psicológicos a la clínica de las enfermedades internas. Constituye un capítulo avanzado de la investigación en Patopsicología contemporánea (disciplina que estudia los trastornos psíquicos como alteraciones de la actividad psíquica, realizando una caracterización psicológica de los mecanismos de formación de las alteraciones de los procesos y propiedades de la personalidad, apoyada en el método psicológico experimental) y una expresión de la creciente introducción de la Patopsicología en el diagnóstico y psicocorrección de enfermos de diversas patologías, procedentes por lo regular de instituciones clínico-quirúrgicas. La necesidad del estudio del cuadro interno de la enfermedad fue planteada por A.R. Luria desde 1944 y ha sido subrayada reiteradamente por psicólogos y médicos de diversas latitudes.¹

Es importante resaltar que el creciente desarrollo de la Medicina Familiar y comunitaria ha exigido de un enfoque más integral del paciente enfermo o con riesgos, teniendo en su evaluación la imperiosa necesidad de considerar su entorno familiar y comunitario, por tanto desde el nivel de Atención Primaria de Salud se hace necesario también el adiestramiento de los profesionales que allí laboran especialmente el médico de la familia, siendo imprescindible para su actuar en las acciones de promoción y prevención el conocimiento del cuadro interno de la enfermedad, lo que permite valorar al paciente como un todo, partiendo de la hipótesis como se conoce ...qué el estado de salud de la población – y por ende, el estado de salud individual – está influido por múltiples factores no siempre relacionados de forma directa con elementos puramente biológicos de la enfermedad.

Este hecho cobra una trascendencia especial en la peculiar relación que se establece entre el médico de la familia y su población, pues este convive con la comunidad que atiende y por esa razón, debe ser un exponente cabal de las normas y valores morales en su vida en general. Al comienzo de este siglo Orlesr citaba a Galeno diciendo: "Cura mejor quien

tiene la confianza de la gente", ² palabras sabias que tienen interpretación inmediata al ser leídas.

La presente comunicación tiene como objetivo fundamental exponer los antecedentes y concepciones básicas del tema abordado y los resultados de algunas investigaciones concretas conducidas por psicólogos cubanos que caracterizan el cuadro interno de pacientes con enfermedades crónicas. Pretende además resaltar la significación teórica y práctica del trabajo en esta dirección, enumerando problemas actuales de las ciencias médicas y psicológicas en cuya solución resulta necesario trabajar.

DESARROLLO

La relación médico-paciente, sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, tan importante para la práctica médica y tan imprescindible en la formación integral del médico, como siempre; o un poco más si cabe, dado el deterioro a que viene estando sometida dicha relación, tanto por la utilización hipertrófica de las medidas técnicas, como por la masificación asociada con las tendencias socializadoras y preventivas, que la Medicina ha experimentado en los últimos años.

Dentro de las relaciones humanas, la relación médico-paciente es una de las más complejas e intensas, ya que tanto paciente como médico dependen mutuamente del saber del otro, de su deseo de sanar y de su compromiso en el proceso terapéutico. Es una interacción entre personas que tiene su origen en el quehacer clínico y constituye el núcleo fundamental de la medicina. ³

Este vínculo ha sido conceptualizado desde el punto de vista legal como un contrato, generalmente no escrito, sustentado entre personas autónomas, que son libres de iniciar o romper esta relación en la medida en que el paciente no sea abandonado. Sin embargo, hay que entender que esta relación, más que legal se basa en la ética y en la deontología, y que uno de los nexos más antiguos que han existido es entre la filosofía y la medicina.

Por tanto en el intercambio de esta especial relación (médico/ paciente) hay que valorarlo con un enfoque sistémico, viendo de manera integral y holística esta relación, de interpretar que en cualquier escenario (ya sea la consulta, cuerpo de guardia, la sala, el CMF, el hogar) tienen lugar intereses, motivaciones, actitudes de ambas partes, del médico y del paciente y hay que además considerar los factores individuales (edad, sexo, ocupación, estado civil, rasgos del carácter, jerarquía de motivos, características personalógicas) y psicosociales (funcionamiento familiar, condiciones de vida, costumbres,

prejuicios) que entran en interacción y juegan su papel según el tratamiento oportuno que le demos.³

La clínica se refiere al estudio de los enfermos, no al estudio de la enfermedad. La enfermedad es una abstracción conceptual derivada del estudio de muchos pacientes en los cuales se descubrieron regularidades y similitudes en el orden semiológico, clínico, evolutivo y pronóstico que permitieron conocer e identificar un proceso morboso, que era el mismo para cada paciente, aun cuando en cada enfermo pudo tener una expresión clínica diferente.⁴ En la Grecia antigua ya Hipócrates insinuó el principio de que "existen enfermos y no enfermedades"; una misma afección puede presentarse con síntomas distintos en dos personas diferentes y también una misma afección requiere conductas diferentes en personas diferentes, de acuerdo al cúmulo de factores que interactúan de tipo personal, familiar, socioambiental.⁵

Si reconocemos que cada enfermo, cada ser humano, es igual, pero sobre todo diferente a los demás; si ésta observación nos permite constatar una contradicción dialéctica de lo que es similar pero a la vez distinto, si la práctica médica cada día nos ha evidenciado que cada persona, cada ser humano es único y no ha existido ni existirá otro igual, que pertenecen a un mismo género, pero tienen una constitución genética diferente, con historia de vida y actividad psíquica, social, económica y cultural disímiles, podemos afirmar que la expresividad clínica y evolutiva de las enfermedades va a ser, o puede ser, diferente para cada enfermo, aun teniendo la misma afección; se trata en cada caso de un experimento nuevo de la naturaleza.⁶

Es sabido que el progreso científico - técnico y su influencia cada vez más creciente en la medicina moderna ha traído una alta especialización de los médicos y un perfeccionamiento tecnológico de los medios diagnósticos y terapéuticos. La efectividad de los modernos tratamientos de muchas enfermedades han aumentado los plazos de supervivencia de un gran número de pacientes. A su vez todo esto tiene un aspecto negativo, porque con frecuencia la atención del médico está concentrada en las manifestaciones de la propia enfermedad; sin embargo, las particularidades de la reacción del organismo como un todo y más aún, las peculiaridades de la personalidad del enfermo se valoran insuficientemente.⁷

Pudiendo entonces estar en condiciones de abordar ¿qué es el cuadro interno de la enfermedad y por qué resulta tan importante que todo profesional de la salud lo tenga en consideración? especialmente el médico, lo que le permitirá tener una visión integradora

de su paciente y no tener un pensamiento científico centrado en la enfermedad al margen de la interpretación que está haciendo el paciente del proceso que está enfrentando.

Para Luria el cuadro interno de la enfermedad "...incluye todo aquello que experimenta subjetivamente el enfermo, toda la masa de sensaciones, no sólo las morbidas 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 aquél mundo interno del enfermo y que consiste en combinaciones extremadamente complejas de su percepción y sensaciones, de emociones, afectos, conflictos, vivencias psíquicas y traumas..." (A.R. Luria, 1982).⁸

"Cuadro interno de la enfermedad" o "cuadro autoplástico de la enfermedad"

constituye en esencia la percepción subjetiva que el paciente tiene de su trastorno y debe ocupar un lugar destacado en el enfoque psicológico que haga el médico de su paciente.⁹

El "cuadro interno de la enfermedad" está condicionado por cuatro grandes grupos de factores.

Factores dependientes del carácter de la enfermedad: Si es aguda o crónica, el tipo de ayuda que requiere (tratamiento ambulatorio u hospitalario, clínico o quirúrgico), la presencia o no de dolor, la intensidad de este, etc.

Factores dependientes de las circunstancias en las que transcurre la enfermedad:

- a) El grado de preocupación e inseguridad del paciente, que puede acompañar al desarrollo de la enfermedad y que suele ser una consecuencia de esta, en relación con el trabajo, la familia, el médico que lo atiende, etc. En las condiciones de nuestra sociedad socialista algunas de estas preocupaciones carecen de fundamento objetivo, como por ejemplo, el temor a perder el puesto de trabajo.
- b) El medio donde se encuentra el paciente durante el desarrollo de su enfermedad, en un lugar armonioso o por el contrario problemático, en su patria o lejos de ella, en un medio hospitalario abierto o cerrado, etc.
- c) Las consecuencias de la enfermedad, supuestas o reales, que el paciente considera que tendrá.

Personalidad premórbida. Es el tipo de personalidad que posee el paciente al inicio de su padecimiento. En este aspecto tiene importancia de primer orden los elementos siguientes:

- a) La edad, ya que en la infancia ocupa en primer lugar el aspecto emocional, la reacción instintiva inmediata ante la enfermedad y la situación creada alrededor de ella; el dolor, el

temor al dolor y a lo desconocido, la ansiedad de los padres, las limitaciones a la libertad de desplazamiento. En la vejez adquiere gran valor el temor a la soledad durante la enfermedad y el miedo a la muerte. El paciente geriátrico frecuentemente piensa en sus contemporáneos, amigos o familiares, que ya han fallecido, compara su enfermedad con la de ellos, y considera que tal vez "le ha llegado su turno". En la adultez ocupan un primer plano los trastornos propiamente ocasionados por la enfermedad (dolor, ansiedad, etc.), y sobre todo adquieren significado las posibles secuelas y limitaciones futuras.

- b) El nivel general de **susceptibilidad** del paciente ante la realidad circundante, en particular ante las circunstancias desagradables, por ejemplo el dolor, el ruido y el cambio del régimen de vida, entre otras.
- c) El tipo de **reacción emocional**, la cual está determinada por el temperamento del paciente.
- d) El **carácter y la escala de valores del enfermo**, los cuales determinan el prisma a través del cual él evalúa, consciente o inconscientemente, el medio que lo rodea y su situación patológica.
- e) El **nivel de conocimientos médicos** que se expresa en la correspondencia o no de la valoración del paciente acerca de su enfermedad, con la situación real. Los cimientos de este conocimiento se crean en la infancia y dependen de la historia particular de cada paciente.

Posición social del paciente. Obviamente un obrero no valora igual que un intelectual la amenaza que representa para él la enfermedad, debido a que el ser humano piensa según vive, es decir, el tipo de labor o actividad que desarrolla un individuo condiciona en determinada medida la "gravedad" que para él tiene la función de su organismo que resulta afectada (por ejemplo, actividad manual o intelectual).

Es meritoria la demanda de profundización en la psicología del enfermo caracterizada ésta como el reflejo subjetivo de la enfermedad, las nociones sobre ella, las vivencias y la actitud ante la enfermedad. Crece la importancia de que el médico conozca la valoración por el enfermo de su propio sufrimiento somático, la actitud ante él y su resultado final, hacia la familia, los allegados y la actividad social laboral.⁷

Ya nadie duda de la importancia de tener en cuenta para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas, los factores psicológicos que influyen en su curso y pronóstico. En el diagnóstico clínico psicológico del enfermo crónico es imprescindible considerar la determinación multicausal de la enfermedad y la necesidad de intervenciones múltiples. No tiene sentido pues, fuera de un enfoque multidisciplinario, lo que le plantea exigencias adicionales ya que tiene una finalidad intradisciplinaria (lograr la identificación de los

factores psicológicos y la dinámica de sus interacciones, que intervienen en el desarrollo de una enfermedad concreta en un sujeto concreto) y una finalidad extradisciplinaria (contribuir a la comprensión integral de cómo ellos pueden estar interactuando con factores biológicos, ambientales, sociales, etc.)¹⁰

Podemos agregar que los estudios realizados hasta el momento demuestran que en estas personas aquejadas de una enfermedad crónica al inicio, existe una gran necesidad de información y de búsqueda de elementos cognoscitivos relevantes para hacerse una correcta representación de su enfermedad y su tratamiento. Se conforman en esta etapa la actitud hacia la enfermedad, el estilo de enfrentamiento y lo que Luria denominara el componente intelectual del cuadro interno de 1a enfermedad.¹¹

A continuación mostraremos resultados de investigaciones del cuadro interno de la enfermedad en diversos pacientes que ilustran lo provechoso de profundizar en los aspectos vivenciales de un paciente con una enfermedad de base y lo que ayudaría al facultativo tener una caracterización psicológica del mismo para el manejo inicial o continuado de este tipo de paciente, sin pretender perder la individualidad de cada caso.

En el estudio psicológico de los **pacientes cardiopatas** observamos que estos tienen su propio concepto o impresión de la enfermedad, psicológicamente hablando tienen una vivencia psíquica interna de sufrimiento, de temor, de tensión, de minusvalía, de deseos de morir, de tristeza y de depresión y ello hizo detenernos en lo que la literatura de psicología médica ha identificado con varios nombres como: "Actitud hacia la Enfermedad" (E. K. Kranushkin, 1950), "Somatonosognosias" (A.V. Kvasienko, Yu B. Zubariev, 1980), pero que brillantemente resumió A.R. Luria (1982), como "Cuadro interno de la Enfermedad", al sintetizar la complejidad y el polimorfismo que el mundo de las sensaciones y percepciones subjetivas del paciente encierra.

Referente a las principales actitudes asumidas por los pacientes ante la enfermedad, el personal médico destaca cierta diferencia entre los primeros meses desde el debut de la misma. En el transcurso de los primeros tres meses generalmente estos pacientes se muestran más deprimidos y ansiosos; en gran medida inseguros, pues constantemente se hayan buscando información al respecto y también difiere entre el sexo femenino y masculino la manera en que enfrentan la enfermedad desde el punto de vista de la actitud asumida al respecto. Es también en este período donde se logra con mayor éxito la adherencia terapéutica.¹²

Al explorar la esfera autovalorativa se evidencia como este tipo de pacientes se perciben a sí mismos como enfermos; sin embargo, poseen niveles autovalorativos altos y medios con relación a las aspiraciones en la vida lo cual demuestra como a pesar de sentirse y saberse enfermos poseen un proyecto de vida o al menos un conjunto de motivaciones y metas estructuradas en tiempo futuro. Además se perciben a sí mismos, en el momento de una descompensación de la cardiopatía, con niveles bajos respecto a su carácter, cuya génesis puede encontrarse en sentimientos de inseguridad, temor, minusvalía, que van a aparecer también como consecuencia de esta descompensación de la enfermedad, pues fuera de estos estadios descompensatorios de la cardiopatía se perciben a sí mismos como estables emocionalmente; existiendo una correspondencia entre el por ciento de pacientes que se consideran estables emocionalmente y el por ciento que en el período de crisis se les afecta el carácter. En relación con la percepción que de la enfermedad que por sí sola implica variaciones en sus estilos de vida, es bien conocida; contraída por gran cantidad de personas; cuyo progreso puede valorarse como medio o lento y su padecimiento es por mucho tiempo y para toda la vida (reconociendo así su carácter crónico).

Los pacientes poseen altos niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado y manifestaciones depresivas, aunque no intensas, con mayor presencia de estos estados psicológicos en las mujeres. Tienen una adecuada valoración de su estado de su salud y su carácter se ve afectado en períodos de crisis de la enfermedad, lo que no limita sus aspiraciones en la vida, lo cual es de vital importancia en el proceso rehabilitatorio. Desde el punto de vista de las vivencias con relación a dicha enfermedad manifiestan que la misma les resulta dolorosa, que en muchas ocasiones piensan en ella; valorándose a sí mismo como una carga, sin que les provoque trastornos en la sexualidad.

En la atención al **paciente grave** desde una perspectiva psicológica debemos considerar diversos aspectos:

El entorno peculiar de las unidades de cuidados intensivos (UCI) que llega a resultar habitual para su personal de servicio, se revierte en miedo, ansiedad, depresión, trastornos del ritmo sueño-vigilia y en última instancia desorientación y agitación entre el 30 y 70% de los enfermos que son admitidos en las mismas.¹³

Las expresiones patológicas del estado psíquico pueden ocurrir si consideramos que, en estas unidades, el paciente se encuentra sometido a situaciones que condicionan la pérdida de su autonomía haciéndolo dependiente, de manera casi absoluta del equipo de salud, y por otra parte lo limitan de la compañía de sus familiares, de su ambiente

habitual debiendo intimar con personas que le son desconocidas hasta el momento del ingreso.

Este proceso de comunicación es individualizado pero se hace necesario considerar algunos elementos que nos orienten para diseñar estrategias de soporte a la hora de intercambiar con el paciente, siendo el cuadro interno de la enfermedad un elemento que cobra fuerza en tal sentido.¹⁴

1-Estructura psicológica de la personalidad premórbida del paciente. En este sentido resulta imprescindible conocer los estilos de enfrentamiento del enfermo ante situaciones de compromiso vital y las reacciones emotivo-afectivas que han provocado, previendo así las posibles respuestas del paciente ante el proceso de intercambio con su médico de asistencia. Es muy importante resaltar el valor que tiene la familia pues en alguna medida la relación del paciente dependerá también de las características de la dinámica en que esté insertado.

2. Gravedad de la enfermedad. Al médico le resultará más fácil establecer el proceso comunicativo con su paciente en cuanto más posibilidades de recuperación tenga el mismo. También varía la comunicación con el paciente en virtud de los cambios que se producen en la situación psicológica de este en la medida en que aparecen los primeros síntomas de la enfermedad, cuando aparecen las complicaciones o cuando se toma conciencia de que existen escasas posibilidades de recuperación.

3. Edad. Son marcadas las diferencias que existen en la comunicación que se establece con un anciano portador de una patología grave, pues en nuestra cultura la vejez de por sí se percibe como una enfermedad. Lo contrario sucede con pacientes jóvenes que por el hecho mismo de ser jóvenes se intentarán tratamientos más agresivos y por lo tanto se hace necesario extendernos más en la información pues resulta de vital importancia la participación activa del mismo en el proceso terapéutico aprovechándose toda su potencialidad psicofísica.

4. Reacción emocional ante la parte enferma: este elemento es muy importante considerarlo fundamentalmente en pacientes politraumatizados que requieren con mucha frecuencia de las atenciones de las UCI. Algunas partes del cuerpo tienen un importante significado simbólico, por ejemplo: el rostro, los genitales y considerando las características de nuestra cultura debemos presuponer que no todo el mundo adopta una posición consecuente cuando se le da a elegir la cantidad sobre la calidad de su vida. Muy relacionado con esto se encuentra entonces el tipo de tratamiento que se va a realizar el

cual mientras más mutilante sea nos obligará a ser más explícitos en la información que se brinde. En similar situación nos encontramos ante los efectos secundarios en determinados tratamientos. Al paciente si su estado lo permite se le debe explicar previamente el por qué de estas conductas, en su mayoría desagradables.

5. Rol social: es pertinente tener en cuenta el papel que socialmente desempeña el paciente, sus proyectos de vida, perspectivas futuras, para preguntarnos el efecto que puede tener en él no disponer de la información necesaria que le provoque incertidumbre respecto a su futuro y el de su familia.

c) La familia del paciente grave.

Cuando la familia llega al servicio de cuidados intensivos lo hace con inestabilidad en su dinámica emocional, primero porque uno de sus miembros ha enfermado con peligro inminente para la vida y porque la organización de los servicios médicos con la que entra en contacto le impone respeto y puede que en ocasiones miedo pues la atemoriza el desconocimiento de los procedimientos médicos que limitan su autonomía.

Enfrenta la familia una crisis caracterizada por:

1. Estrés, ansiedad, temor, incredulidad y desasosiego.
2. Cambios en la distribución de roles en el seno familiar.
3. Trabas burocráticas existentes en el sistema de salud.
4. Desinformación.
5. Limitaciones en la comunicación con su familiar.

Es importante considerar que al perder la familia su equilibrio y funcionalidad esto puede repercutir en el enfermo por tanto es tarea del personal asistencial ayudarla a conducirse con la autonomía típica del sistema que constituye para ayudar así a su paciente.

Una frase, una palabra, incluso formas de comunicación no verbal pueden disminuir los niveles de ansiedad de una familia.

Cuando se ignoran estas consideraciones en la familia, se puede producir reacción de cólera:

- Contra el enfermo: se consideran causas reales o imaginarias de la enfermedad; el abandono a la familia (en caso de muerte); por los asuntos pendientes; por haber introducido con la enfermedad la desgracia en el círculo familiar.

- Contra otros familiares: en razón de viejas heridas; sentimientos de culpa (por ejemplo

en caso de un accidente; familiares y amigos que al extenderse en el tiempo la enfermedad van abandonando paulatinamente al paciente).

- Contra los profesionales de la salud: contra decisiones tomadas, contra la incapacidad o limitaciones de las ciencias médicas para curar a su familiar; por anunciar malas noticias; por tener el control de la situación; dificultades en la comunicación (escasa capacidad de escucha, falta de sensibilidad, indiferencia)

- Contra el "mensajero" que anuncia las malas noticias.

- A causa de un déficit de comunicación (falta de escucha, frialdad, falta de sensibilidad, indiferencia).

-Contra fuerzas exteriores o el azar.

- Cólera contra el lugar del trabajo a la profesión del enfermo, justificado o no.

Todos estos elementos entran en análisis cuando se realiza la evaluación y el diagnóstico de la dinámica familiar. Este diagnóstico debe ser rápido, dinámico, certero, causal, longitudinal y evolutivo para la regulación del sistema de acompañantes.

Para los pacientes que se encuentran en las UCI, el acompañante cumple una función muy importante desde el punto de vista afectivo. Este familiar debe evaluarse teniendo en cuenta:

- Niveles de estados patológicos (ansiedad y depresión).
- Antecedentes de la relación comunicativa afectiva con el paciente y características de la dinámica familiar.

El personal asistencial debe orientar a la familia antes de pasar a ver a su familiar en relación a normas comunicativas con el mismo. Dichas normas son fáciles de cumplir y deben estar encaminadas a:

- ❖ Procurar no fatigar al familiar insistiendo en preguntas sobre su estado de salud.
- ❖ Hablarle siempre con términos positivos y de confianza, contener sus emociones, no expresando pena en presencia de él.
- ❖ Intentar orientar a la familia sobre el día y la hora así como de los sucesos que le hagan estar en contacto y unido a su entorno familiar, pues con frecuencia los pacientes se desorientan.

❖ No se le debe hablar de problemas ni de preocupaciones, la angustia, el estrés y la depresión pueden alargar la estancia en la unidad e incluso empeorar el cuadro.

El pensamiento científico y su avance han devenido en la integración de campos de ciencias aparentemente distintos, pero no obstante relacionados entre sí, ello es el ejemplo de aquellas ciencias que han mezclado conceptos propios unas con las otras como la Sociología, la Neuropsicología, la Psicofisiología y la Neuroinmunología (Shapiro, D. 1988). Complicándose aún más la mezcla con la Psiconeuroinmunología, la Psicofisiología social, la Sociofarmacología y la Psiconeuroendocrinología. Lo que tienen en común todas estas interrelaciones de disciplinas científicas es la insatisfacción que ofrece al análisis de una enfermedad desde un solo prisma o marco, por ello, la loable e imprescindible intención de aumentar la comunicación entre diversas disciplinas y disminuir las barreras de la especialización estrecha la barrera que separa.¹⁵ Por tanto este es el mismo principio que debe regir al enfrentar el estudio de un paciente, se trata de superar las barreras de la comunicación y explorar integralmente al paciente, apoyados en una buena entrevista médica que no obvie ningún dato clínico pero que tampoco excluya los aspectos psicológicos resumidos en el estudio del cuadro interno de la enfermedad.

CONCLUSIONES

La investigación del cuadro interno de la enfermedad en las condiciones actuales de desarrollo de la medicina es necesaria para lograr brindar al paciente una atención integral como ente bio – psico – social, y derivado de ello adecuar las técnicas de evaluación a aplicar; evidenciándose así, no sólo su importancia diagnóstica, sino como paso previo a la intervención de este tipo de paciente para contribuir a mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grau Abalo JA, Portero Cabrera DR. Perspectivas del estudio del "cuadro interno" en las enfermedades. Rev Cubana Psicol [Internet] 1984 [consultado 20 diciembre 2011]; 1(3): [aprox. 11p.]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0257-43221984000300007&script=sci_arttext
2. Rondón Rodríguez S. Comportamiento de la relación médico-paciente en el Consultorio Médico de la Familia 14-03. Dominamos.com [Internet] 2006 [consultado 11 marzo 2012]. Disponible en: <http://www.dominamos.com/contenidos/EEuAVkFAEEFebMUmyS.php>

3. González Sábado R, Martínez Cárdenas A, Martínez González O, Martínez González A. La relación médico – paciente en afecciones agudas, crónicas y en estadio terminal. Enciclopedia de Ciencias Sociales. II; 2010.
4. Ilizástigui F. El Método Clínico. La Habana: MINSAP; 1989.
5. Selman-Housein AE. Excelencia en la Atención Médica. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2002.
6. Stake RE. Selección de casos. En: Investigación con Estudio de Casos. 2da ed. México: Editorial Morata; 2003. p. 18-20.
7. Veloso Rodríguez A, Veloso Pérez E. Particularidades del cuadro interno de la enfermedad en pacientes con cardiopatía isquémica. Duazary [Internet] 2011 [consultado 20 diciembre 2010]; 7(1): [aprox. 10p.]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=61530&id_seccion=2051&id_ejemplar=6194&id_revista=127
8. Luria R. Cuadro interno de la enfermedad y enfermedades iatrógenas. Moscú: Moscú; 1989.
9. Colectivo de autores. Psicología y Salud. Complemento al Programa de la asignatura Psicología Médica II; 2005.
10. Martín Carbonell M. Elaboración y validación de un instrumento para la evaluación de los factores psicológicos que intervienen en el curso de las enfermedades crónicas. Rev Psicología.com [Internet] 2004 [consultado 20 diciembre 2010]; 8(2): [aprox. 12p.]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/771/>
11. Colli Alonso M, Mantilla Padrón E. Estrés y cardiopatía isquémica. Programa de prevención y de rehabilitación psicosocial en el paciente coronario como parte de la rehabilitación integral. Rev Cubana Psicol 2003; 15(2).
12. Blasco J, Huet J. Es estresante la unidad de cuidados intensivos para el intensivista. Med Intensiva 1998; 22(5):226-8.

13. De la Torre Prados MV, AlcAntara AG, Mérida de la Torre F, Morell Ocaña M, Daga Ruíz D, Ruíz de Fresno L. Perfil psicológico, respuesta cardiovascular y endocrinometabólica del profesional facultativo en el área de medicina intensiva. *Biomedicina* 1998; 22 (5):229-38.

14. Intervención psicológica en pacientes renales. *Visiónpsicológica*. [Internet] 2009 [consultado 20 diciembre 2010]. Disponible en:
<http://visionpsicologica.blogspot.com/2009/07/intervencion-psicologica-en-pacientes.html>

15. Cañete Rojas Y. Relación médico – paciente. Su repercusión social en los momentos actuales. *Enciclopedia de Ciencias Sociales*. II; 2010.

Recibido: 9 de febrero de 2012.

Aprobado 2 de marzo de 2012.

Rita González Sábado. Universidad de Ciencias Médicas. Manzanillo. Granma, Cuba.
riar@ucm.grm.sld.cu