

ESENCIA REAL DEL DIAGNÓSTICO Y SU PROCESO MENTAL

Real Essence of the Diagnosis and its Mental Process

Burga Soplin, Víctor Augusto¹

Resumen

La esencia real del diagnóstico consiste en explicar la enfermedad, comprender la dolencia y determinar la repercusión de la enfermedad-dolencia en el entorno social y cultural del paciente.

El proceso mental del diagnóstico comprende tres pasos: recoger la información clínica, postulación de la hipótesis y poner a prueba la hipótesis. Cada enfermo plantea, en efecto, un problema: los datos del problema son los síntomas o los resultados de los exámenes; la solución es el tratamiento.

La resolución del problema es normalmente hipotético-deductiva. Cuando enfrentamos problemas con el enfoque hipotético-deductivo, la mente se pone a trabajar de una manera que es más parecida a construir un mapa que a obedecer a un algoritmo.

Campbell sugiere que los algoritmos como modelos no son tan representativos del diagnóstico mental como desarrollar un mapa y planear una ruta a través de él. Dicho autor describe un mapa básico y tres posibles rutas.

Key words: diagnóstico, procesos mentales.

Abstract

The real essence of diagnosis is to explain disease, understand illness and determine the impact of disease-illness in the social and cultural environment of the patient.

The mental process of diagnosis comprises three moments: to collect the clinical information, postulation of the hypothesis and to put the hypothesis on approval. Each patient raises, in effect, a problem: the data of the problem are the symptoms or the results of the examinations; the solution is the treatment.

The resolution of the problem is normally hypothetical-deductive. When we face problems with the hypothetical-deductive approach, mind begins to work in a way that is more similar to construct a map than to obey to an algorithm.

Campbell suggests that algorithms, as models, are not so representative of mental diagnosis as making a map and planning a course of action through it. This author describes a basic map and three possible courses of action.

Key Words: Diagnosis, mental processes.

ESENCIA REAL DEL DIAGNÓSTICO

Para llegar a la esencia real del diagnóstico, es necesario tener en cuenta tres condiciones: la génesis multifactorial de las enfermedades, la comprensión de la dualidad enfermedad – dolencia, y la repercusión de la enfermedad – dolencia en el entorno social y cultural del paciente.

Respecto a la génesis multifactorial de las enfermedades, esto significa que toda enfermedad tiene múltiples factores determinantes (etiológicos y patogénicos), los cuales se relacionan y dan lugar a la enfermedad (1).

La enfermedad es un fenómeno objetivo,

caracterizado por anomalías de la estructura y función de los órganos y sistemas del cuerpo, mientras que la dolencia es un fenómeno subjetivo, caracterizado por lo que el sujeto siente ante el conocimiento de estar enfermo, noción fundada o puramente aprensiva.

El tema de la dualidad enfermedad – dolencia fue tratado extensamente por Honorio Delgado (2) y Carlos Alberto Segúin (3). En la mayoría de los casos existe relación entre enfermedad y dolencia; dicha relación se manifiesta, por ejemplo, por el malestar producido por una determinada enfermedad, esto es, los síntomas psíquicos directamente dependientes del desorden patológico y por las reacciones psíquicas que resultan de sentirse y saberse enfermo.

Eisenberg (4) dice: “Los pacientes sufren de dolencias; los médicos diagnostican y tratan

¹ Doctor en Medicina. Docente de la Facultad de Obstetricia y Enfermería de la USMP

enfermedades. La enfermedad es, pues, el acontecimiento conceptualizado por el médico y la dolencia es lo que experimenta el paciente". Castell es el autor de la ingeniosa frase: "Debemos usar la palabra dolencia para lo que el paciente siente cuando va donde el médico, y enfermedad lo que tiene cuando vuelve a su casa".

En otras situaciones como afirma Eisenberg (4), dolencia y enfermedad no tienen una relación directa o total. Existen enfermedades sin dolencia y dolencias sin enfermedad. Dos ejemplos de los casos de enfermedad sin dolencia, es decir, patología corporal sin repercusión personal, es lo que ocurre en los casos de diabetes incipiente o hipertensión arterial preclínica. Dice: "La persona con hipertensión puede estar asintomática y, por tanto, despreocupada cuando el médico que le toma la presión arterial se alarma; puede esa persona dejar de tomar la medicación prescrita porque le hace sentirse mal (le produce dolencia), aunque se le diga que mejorará su enfermedad. Sólo cuando la hipertensión lleva a insuficiencia cardíaca congestiva o hemiplejía, la persona se convertirá en paciente y estará de acuerdo con su médico en que está enfermo".

Para Carlos Alberto Seguí, (3) el caso contrario también es común: está presente la dolencia sin que haya enfermedad. Refiere por ejemplo el caso de la histeria, que puede producir graves dolencias sin que el profesional descubra ningún signo de enfermedad. Otro ejemplo es la hipocondría.

Como decía Honorio Delgado (2), cabe distinguir la enfermedad sufrida de la enfermedad ignorada o inaparente: la primera es manifiesta al individuo en cuyo cuerpo se produce; la segunda es un proceso que daña el organismo a veces con lesiones considerables y que conducen a la muerte sin que el sujeto se percate durante un tiempo de su existencia. Es decir, no siempre existe dolencia asociada a enfermedad.

Desde una visión holística, el concepto de enfermedad no se circunscribe al hombre como un ente aislado, sino integrado a su ambiente social y cultural (3).

La medicina curativa tiene tres acciones principales: el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico (5). Para el médico, lo más importante es el diagnóstico ya que sólo con un diagnóstico

preciso se logrará el manejo adecuado de la enfermedad.

Según Pedro Laín Entralgo (6), el diagnóstico consiste, más que en poner un nombre, una etiqueta, a las molestias que aquejan a un paciente (diagnóstico de entidad nosológica), o en diferenciar una enfermedad de otras (diagnóstico diferencial), en comprender profundamente lo que ocurre en el cuerpo y la mente del paciente que solicita nuestros cuidados. Dicho en otras palabras, según afirma León Barúa (4) diagnosticar es, fundamentalmente, comprender en forma profunda los múltiples factores determinantes y la naturaleza de la enfermedad y la dolencia que presenta un paciente.

Más aún, desde una visión holística de la enfermedad, el diagnóstico, además de lo anterior, engloba el acontecer humano como un todo, integrado a su ambiente social y cultural.

Para entender mejor esto, es necesario mencionar al filósofo Dilthey (3) quien propuso la distinción entre dos clases de ciencias: "las de la naturaleza (Naturwissenschaften) y las del espíritu (Geisteswissenschaften)". Las primeras tienen como método principal la explicación, las segundas se basan en la comprensión. En el planteamiento del Dilthey, la explicación nos despliega, pues, un fenómeno y nos permite verlo con claridad; la comprensión es la captación de las totalidades fenomenológicas de lo psíquico, sin desmembrarlas ni analizarlas, sino, mas bien, intentando comprender el todo y no las partes.

En conclusión la explicación busca las causas; la comprensión, el sentido.

No basta hacer el diagnóstico de una alteración fisiopatológica o lesión anatómica (ciencia de la naturaleza), si no comprendemos la reacción psíquica que experimenta el paciente, o dolencia (ciencia del espíritu).

En conclusión, para llegar a la esencia real del diagnóstico hay que poner en evidencia todos los factores determinantes de la enfermedad, tratar de explicarla y comprender la dolencia, y determinar la repercusión de la enfermedad – dolencia en el entorno social y cultural del paciente.

I. EL PROCESO MENTAL DEL DIAGNÓSTICO

Este proceso comprende tres pasos:

1. Recoger la información clínica.
2. Postulación de la hipótesis
3. Poner a prueba la hipótesis, confrontándola con los exámenes.

Se comienza con una buena historia clínica. Durante la anamnesis, en ocasiones existe una actitud médica receptiva según la cual el médico se limita a escuchar al paciente; otras veces el médico adopta una actitud interrogativa comportándose como un verdadero policía (7). Lo mejor es utilizar una combinación de ambas actitudes.

A continuación, debe practicarse un examen físico completo y sistemático. Debe tenerse en mente las categorías anatomopatológicas clásicas (Aschoff L., 1950) que son cinco: malformaciones, desórdenes metabólicos, circulatorios, inflamatorios y neoplásicos, lo cual ayuda a clarificar las lesiones anatómicas encontradas. Así mismo ayuda a aclarar los factores determinantes de alteración fisiológica, el conocimiento de la patogenia de los síndromes y los criterios de frecuencia.

En ocasiones la operación mental es tan simple que ni siquiera nos damos cuenta de ella, pero en otros casos el problema es tan complejo que tenemos que reflexionar largo tiempo y recurrir a complejas investigaciones (7).

Cada enfermo que se nos presenta plantea, en efecto, un problema: los datos del problema son los síntomas o los resultados de los exámenes; la solución es el tratamiento. Al tratar de resolver el problema, el diagnóstico adquiere una particular importancia y es menester erradicar dos tendencias perjudiciales: el abuso y la insuficiencia.

Grandes avances se han dado en entender ciertas propiedades de la mente en las últimas dos décadas, haciendo que los estudiantes y nuevos médicos graduados se enteren de estas propiedades que pueden ayudarles a aprender las vías del diagnóstico (8).

LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA ES NORMALMENTE HIPOTÉTICO –DEDUCTIVA.

Esta afirmación es una forma imaginativa de decir que cuando encaramos un problema, el enfoque usual es pensar en posibles soluciones y examinarlas. El trabajo de Elstein y colaboradores (9) sugiere que es típico en la gran mayoría de médicos y de estudiantes.

Las ideas diagnósticas de mayor o menor especificidad vienen a la mente después de los primeros y pocos indicios en la entrevista. Estas "hipótesis" no son necesariamente "diagnósticos convencionales", son hipótesis de procedimiento: "Si yo encuentro a fulano, yo mejor tendría que hacer tal o cual cosa".

El diagnóstico hipotético deductivo en contraste con una mente en blanco que recolecta información como un ritual, es superior, debido a que una mente en blanco puede perder información, que es generada sólo en respuesta a una idea. Un ejemplo favorito de Campbell (8) fue la súbita aparición de reflejos aquileanos perezosos cuando la posibilidad de hipotiroidismo fue considerada.

EL NÚMERO DE HIPÓTESIS QUE PUEDEN SER MANTENIDAS EN LA MEMORIA Y EXAMINADAS EN UN TIEMPO ES PEQUEÑO.

Miller (10) argumentó que la capacidad para la retención de artículos dentro de la memoria es 7 +/- 2 para artículos simples. Para artículos más complejos, como los diagnósticos, el número es menor: los mejores estudios formales sugieren que es 4 +/- 2.

Se ha dicho que la referencia acerca del número 7 es insustancial, pero la experiencia con asuntos diarios como el teléfono indica que uno no puede realmente manejar más de 7 números. Sin embargo el esfuerzo puede ser facilitado con algunos recursos como el "chunking". Con respecto al teléfono es más fácil recordar 01-44-416-525-9140-2751 que 014441652591402751. Chunking es el término usado para describir la reunión de pedacitos de artículos en trozos compuestos, los cuales ocupan sólo una ranura en la memoria. Otros recursos para extender la

capacidad de la memoria de corto término son las listas memorizadas, axiomas o reglas mnemotécnicas. En muchas ocasiones, sin embargo, el número de posibles diagnósticos es muy grande para ser manejado en la memoria de corto término. El número puede ser reducido por el uso de categorías diagnósticas amplias (una forma de chunking) más que de categorías específicas, pero una categoría diagnóstica amplia disminuye su poder explicativo y su comprobabilidad.

CUANDO ENFRENTAMOS PROBLEMAS CON EL ENFOQUE HIPOTÉTICO – DEDUCTIVO, LA MENTE SE PONE A TRABAJAR DE UNA MANERA QUE ES MÁS PARECIDA A CONSTRUIR UN MAPA QUE A OBEDECER A UN ALGORITMO.

Esta idea es tomada de estudios sobre la manera en que los animales resuelven sus problemas espaciales: animales tales como ratas en laberintos y abejas dulces hawaianas en jardines construyen mapas y no algoritmos. Para ilustrar la diferencia entre los dos conceptos considere el siguiente algoritmo: “Primero izquierda, segundo derecha, volteo a la derecha en el León Rojo, mi casa es el tercero sobre la izquierda”. Es mucho más fácil publicar un mapa del vecindario del León Rojo para llegar al punto, de modo que, mientras que el algoritmo es útil para una tarea simple, es mucho menos poderoso que un mapa, y encontrar el camino de uno alrededor de un vecindario es mucho mejor descrito como un mapa que “compilando un grupo de algoritmos”.

Campbell (8) compara el salto de una abeja dulce hawaiana en persecución del néctar a un clínico en persecución de un diagnóstico y considera que algo parecido a un mapa ocurre en la mente del médico cuando se forma la hipótesis.

Recalca Campbell que el clínico experimentado conoce el valor de la historia, examen e investigaciones para resolver el problema. Después de encontrar ciertos signos, él puede volver atrás e indagar más profundo en la historia; aún después de completar la parte clínica de la consulta y estudiar los resultados de ciertas investigaciones él puede regresar todavía más lejos. Clásicamente, un algoritmo no hace esto; no es conmutativo, no permite cambios en el orden en el cual los pedacitos de información son buscados debido a que la solución del problema depende del orden en el cual son encontrados. Sugiere Campbell que los algoritmos como modelos no son tan representativos del diagnóstico mental como las actividades gemelas de desarrollar un mapa y planear una ruta a través de él. Dicho autor describe un mapa básico y tres posibles rutas.

La figura 1 (en la página siguiente) describe un esquema muy simple o mapa; las figuras 2,3 y 4 indican tres posibles rutas. La ruta mostrada en la figura 2 puede ser llamada la clásica o de mejor conducta, la figura 3 es la más usual o de buena conducta, mientras que la ruta en la figura 4 o ruta sospechosa, es más a menudo usada que lo que admitimos pero está en completa desaprobación para la enseñanza, ya que los resultados de los exámenes obligan a retornar a la información clínica (observación clínica insuficiente) y a plantear una nueva hipótesis, modificando la hipótesis inicial.

En la figura 1 la "información clínica" de entrada podría ser mapeada como historia → problema → hipótesis → exámenes, pero en realidad las flechas pueden ir en muchas direcciones entre estos cuatro elementos.

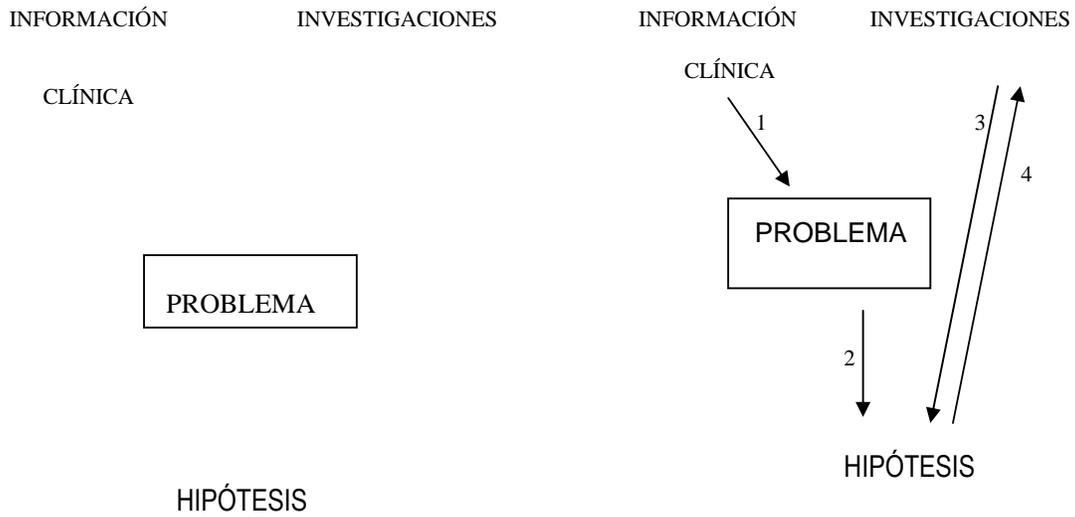


Figura 1 – Mapa básico

Figura 2 – Ruta clásica: mejor conducta

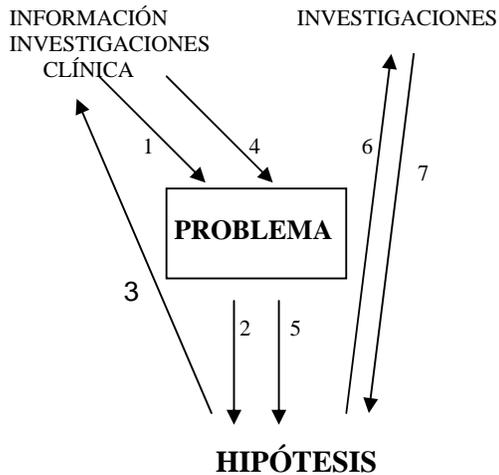


Figura 3 – Ruta más usada: buena conducta

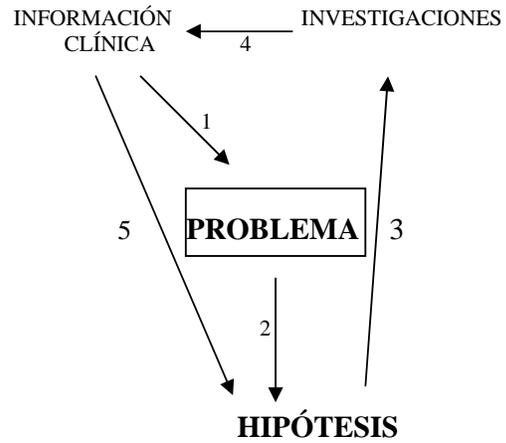


Figura 4 – Ruta común: conducta sospechosa

Cuando los primeros estudios mostraron que los clínicos expertos emplean un enfoque hipotético – deductivo en el diagnóstico, fue tentador sugerir que en ello se asienta su pericia. Con el hecho de que todos lo hacen, el foco de la búsqueda de la naturaleza de la pericia cambió. Norman (11) encontró que la mayoría de las preguntas hechas por los clínicos para aclarar la enfermedad presente fueron corroborativas más que refutativas. Cualquier científico devoto o no de Whewell, Popper, o Medawar, sabe que la búsqueda de evidencia corroborativa es una muy ineficiente forma de examinar las ideas. Sin embargo, el foco ahora está en las estructuras del conocimiento. El conocimiento o la memoria ya no está más considerado como un montón de hechos inmutables no relacionados sino como una red de focos de información que está sujeta a modificación o depuración por información que fluye en la red.

En conclusión, el médico experto genera sus hipótesis más hábilmente, las aborda más agresivamente, genera mapas más rápidamente, elige sus rutas a través de los mapas más expeditivamente, y tiene una mejor “estructura general de conocimiento” (tal vez más elocuentemente uno podría decir que está mejor y más útilmente informado).

REFLEXIONES FINALES

1. Al plantear un diagnóstico, no debemos detenernos en el hombre como individuo, mas bien, debe hacerse una evaluación ponderada y completa del fenómeno “enfermedad”, ya que, en una u otra forma, altera las relaciones del individuo con su medio social y cultural. Sólo comprendiendo profundamente la enfermedad, la dolencia y sus repercusiones en el entorno social y cultural del paciente, podremos llegar a la esencia real del diagnóstico.
2. Los estudiantes deberían encarar problemas diagnósticos poco tiempo después de que ellos empiezan el estudio de Medicina. Aún con conocimientos elementales de anatomía, fisiología y patología, es

generalmente posible que los estudiantes sugieran soluciones a problemas.

3. El profesor debería tratar de compartir con los estudiantes la formulación de hipótesis, el desarrollo del mapa y la elección de rutas.
4. En cualquier cambio de rumbo en la historia, examen físico y exámenes auxiliares, es importante preguntar (incluyéndose uno mismo) cuáles son las implicaciones de todas las posibles respuestas, hallazgos, resultados, para eliminar la generación de información que no nos llevará más lejos, y al mismo tiempo mantenerla dentro de las restricciones de la memoria de corto término.
5. El registro de un caso y el proceso del diagnóstico deben ser distinguidos. Aunque el registro de un caso es un conveniente medio de comunicación, no representa qué pasó en la mente de quien hace el diagnóstico. Todos nosotros, desde los estudiantes hasta los grandes maestros podríamos ayudar preguntando más a menudo: “¿Qué pasa en tu mente?”.
6. Existen factores desconocidos (factores X) que la ciencia aún no ha descubierto, que podrían impedir en algunos casos, a pesar de un proceso mental excelente, llegar a la esencia real del diagnóstico.
7. Como se comprenderá, el proceso mental del diagnóstico no debe estar sometido a presiones de limitación de tiempo, lo que ocurre cuando se aplica el concepto de “producción” a la actividad médica, limitándose el tiempo para la atención de los pacientes, por ejemplo, otorgándose sólo 10 – 15 minutos por paciente en consultorio externo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. León Barúa R. y Berendson Seminario R. Medicina teórica. Ideas para renovar la enseñanza médica de Pregrado. Rev Med Hered 1977; 8 (1): 1 – 4.

2. Delgado, H. Enjuiciamiento de la medicina psicosomática. Barcelona: Editorial Científico – Médica., 1980.
3. Seguí C.A. La enfermedad, el enfermo y el médico. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., 1982.
4. Eisenberg, L. Delineation of clinical conditions: Conceptual models of “physical” and “mental” disorders. En: Research and practice: Their interaction. A. Ciba Foundation Symposium. pp: 3-23.
5. León Barúa R. Dualidad enfermedad – dolencia en la práctica, docencia e investigación médicas. Rev Med Hered 1993; 4 (3): 103 – 105.
6. Laín Entralgo, P. El diagnóstico médico. Historia y teoría. Barcelona: Salvat Editores, S.A., 1982.
7. Sournia, J. Ch. Lógica y moral del diagnóstico. Barcelona: Editorial Seix Barral; 1966.
8. Campbell, E. J. M. The diagnosing mind. The Lancet 1987; 11: 849 – 851.
9. Einstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. Medical problem solving an analysis of clinical reasoning. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
10. Miller GA. The magical number seven, plus or minus two: some limits on our capacity for processing information. Psychol Rev. 1956; 63: 81 – 97.
11. Barrows HS, Norman GR, Neufeld VR, Feightner JW. The clinical reasoning of randomly selected physicians in general medical practice, Clin Invest Med 1982; 5: 49 – 55.

Correspondencia electrónica:
vburgas6@hotmail.com

Recepción del artículo: 22/05/2007

Aceptación: 02/07/2007