

LA ÉTICA DEL DIAGNÓSTICO: ASPECTOS CLÍNICOS*

J. L. González de Rivera y Revuelta**

Resumen

El acto diagnóstico debe ajustarse al criterio de prudencia, y no sólo al de veracidad o exactitud. Tres son las cuestiones éticas fundamentales: 1) ¿Para qué se hace un diagnóstico? Lain Entralgo identifica cuatro razones: saber (motivo científico), ayudar (motivo humanitario), lucrarse (prestigio personal) y contribuir al orden social (consecuencias legales o administrativas). Nosotros añadimos un quinto motivo, el ansiolítico, o defensa contra el miedo a la responsabilidad y a la incertidumbre mediante el etiquetaje. 2) ¿Cómo se hace un diagnóstico? La prudencia de los medios técnicos exige que los beneficios esperables de una investigación superen claramente a los perjuicios posibles. Los medios humanos consisten sobre todo en el pensamiento médico, que persigue el mejor beneficio del enfermo incluso a expensas de la mayor probabilidad de "acertar". La teoría de la "utilidad diagnóstica esperada" resuelve problemas de diagnóstico diferencial en los cuales puede ser más aconsejable el diagnóstico menos probable. 3) ¿Cómo se ajusta el diagnóstico a los principios de la relación médico-enfermo, evitando la manipulación expeditiva del paciente como objeto de una clasificación?

Palabras clave: Ética. Diagnóstico. Pensamiento médico.

Abstract

The ethics of diagnosis: clinical aspects

Diagnosis must adjust to the criterium of prudence, and not only to that of exactness or truth. Three are the main ethical questions: 1) Why is the diagnosis made? Lain Entralgo gives 4 reasons: knowledge, helping, prestige and social interest. Gonzalez de Rivera adds the anxiolytic purpose, or use of labeling as defense against uncertainty. 2) How is the diagnosis made?. Diagnostic techniques must follow the criterium of prudence, that is, the expected benefits from any procedure must offset the possible harm. The process of medical thinking applies itself foremost to the benefit of the patient, rather than to merely "been right". The theory of Subjective Expected Utility predicts that, in some situations of diagnostic uncertainty, a less probable diagnosis may be most appropriate. 3) How the diagnostic process relates itself with the principle of doctor-patient relationship? Expeditive manipulation of the patient as object of a classification must be avoided.

Key words: Ethics. Diagnosis. Medical thinking.

La ética médica

El diagnóstico, acto médico por excelencia, requiere una observación fidedigna, una inteligencia deductiva y un decidido sesgo hacia el beneficio del enfermo. Posee, como actividad científica que es, una dimensión epistemológica, es decir, de búsqueda de la verdad. Pero, como actividad de profundas repercusiones humanas, de-

be incardinar en todas sus manifestaciones un claro compromiso ético, en obediencia del dictum hipocrático: "Curar cuando se pueda, aliviar siempre, y por encima de todo no dañar".

El diagnóstico tiene, como toda otra acción del médico ante su paciente, un elemento terapéutico, y debe ser aplicado como tal. Por supuesto, un diagnóstico cierto constituye la mejor asistencia al trata-

* Ponencia invitada en el Primer Symposium Citran de Medicina Psicológica sobre "Ética y Psiquiatría". Sitges, 27-29 de octubre de 1994.

** Catedrático de Psiquiatría. Jefe del Servicio de Psiquiatría Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

miento, pero esta obviedad no agota la sustancia ética del tema. Cuando el médico establece una relación con su paciente, todo valor, incluyendo la verdad, queda subordinado al beneficio del enfermo. Esta idea tan simple constituye la esencia de la ética médica general, y, por lo tanto, también la del diagnóstico en particular. Podemos en consecuencia afirmar con seguridad que quien anteponga la fría realidad objetiva de los datos al principio terapéutico tal vez pueda ser un buen investigador, pero nunca será un buen médico.

Por otra parte, la ética del diagnóstico es inseparable de la del médico que lo hace, y constituye una expresión más de su actitud de servicio al enfermo y al progreso de la medicina. Las biografías de los grandes maestros abundan en detalles sobre su preparación exigente, su devoción y sacrificio continuos... pero, sorprendentemente, nunca dan la impresión de estar agobiados por su oficio, antes bien, parecen gozar precisamente en la arduidad de su ejercicio.

Del justo desempeño ético de la profesión médica, como quizá ocurra en todo desarrollo vocacional, se deriva una fuerza interna que remonta la adversidad y llena de sentido e integridad toda la existencia. La primera acepción que ofrece la Enciclopedia de Filosofía (1) ("Ética... Un estilo de vida o modo general de entender la existencia."), coincide con todo este planteamiento, y es en este sentido en el que podemos afirmar, como he hecho en otra ocasión, que "la Medicina no es una profesión, sino una forma de vida" (2). Maimónides resume estas ideas en su plegaria, formulando una ética transtemporal, transcultural y transconfesional, que convierte la Medicina en un compromiso incansable para el que la posee, o en una carga imposible para quien carece de ella (3):

"Llena mi ánimo de amor para el Arte y para todas las criaturas... sostén la fuerza de mi corazón, a fin de que siempre esté dispuesto para servir al pobre y al rico, al amigo y al enemigo... Haz que yo sea moderado en todo, pero insaciable en el amor por la ciencia... por que el arte es grande, pero el espíritu humano penetra siempre más allá"

Amor, Servicio, Conocimiento. Estas son las fuerzas básicas de la identidad médica, y en su aplicación debe basarse toda consideración ética.

El juicio ético

El Diccionario de Filosofía también define la ética, en su tercera acepción¹, como: "Disciplina filosófica que estudia el bien y el mal, en tanto que sujetos de juicio moral."

El bien y el mal son cualidades teñidas de emoción y de creencia, entes abstractos que, para nuestra propia paz mental, nos gustaría definir de manera rígida y certera. La tarea de la ética, según esta acepción, consiste en entender su esencia, o, por lo menos, en llegar a una razonable discriminación entre ambos. En una primera aproximación, podríamos intentar clasificar todos los seres y acciones, actuales, pasados e imaginables, en "buenos" y "malos", tolerando una posible categoría indiferente de "neutros". Este proceder, que llamaré denominativo, sólo requiere la identificación correlacional entre un ente y su atributo ético (por ejemplo, Dios es bueno, el demonio es malo. Diagnosticar bien es bueno, diagnosticar mal es malo, etc.).

Aunque aparentemente sencillo en teoría, el principio denominativo es exhaustivo en su aplicación práctica. La consideración detallada de los múltiples factores y consecuencias que concurren en cada decisión hace difícil la simple decisión dicotómica, y pronto empiezan a acumularse situaciones específicas ante las cuales la pregunta "¿es eso bueno?" no puede recibir mejor respuesta que la acuñada desde hace siglos por la sabiduría popular: "Eso depende".

Necesitamos otro enfoque de la tarea ética más creativo que una mera clasificación. Al decir "Eso depende", estamos re-

¹ La segunda acepción ("Ética... Un compendio de reglas de conducta, o código moral."), perfectamente conocida, no viene grandemente en ayuda de nuestro razonamiento. Un código elaborado hace más de tres mil años, fijado en toda suerte de legislaciones y reglamentos, puede ser óptimo para la exposición y el comentario, pero no ofrece mucho margen para el pensamiento y el debate, que son, después de todo, las tareas que nos congregan hoy aquí.

chazando las decisiones automáticas y los juicios estereotipados, concediendo que sean tenidas en cuenta las múltiples variables que concurren en cada caso particular. La incierta volubilidad de la Naturaleza debe desaconsejar la toma de posturas rígidas en nuestras construcciones mentales, incluyendo los artificios de la ética. Este nuevo proceder, que llamaré interpretativo, introduce dos elementos importantes: primero, la función judicativa del actor responsable de la situación, conducta o consecuencia que sometemos a valoración ética, y, segundo, la plasticidad dinámica inherente a todas esas conductas, situaciones y acontecimientos.

Bertrand Russell se enfrenta a este mismo problema (4), y, siguiendo un planteamiento algo diferente, llega a coincidir en la imposibilidad de una ética denominativa, aceptando la necesidad de elaborar criterios éticos diferenciales. Propone en consecuencia la construcción de definiciones operativas, de las que se derive una prescripción de actuaciones que maximice las posibilidades de producir o elegir el bien y disminuya las de producir o elegir el mal. El objeto de la ética queda así resumido en la prescripción del "acto más prudente"; que Russell define de la siguiente manera:

"El acto más prudente es el que, teniendo en cuenta todos los datos disponibles, nos ofrece en comparación [con otras alternativas] la mayor expectativa de bien o la menor expectativa de mal". (En prevención de obsesivos, Russell razona en otro lugar que hay circunstancias en las que lo más prudente es actuar sin tener en cuenta todos los datos disponibles.)

La prudencia del diagnóstico

Volviendo desde nuestra excursión filosófica a la perspectiva clínica, podemos considerar ahora el diagnóstico como un acto que debe ajustarse al criterio de prudencia, en el sentido de Russell, y no solamente al de veracidad o exactitud. Este matiz, que puede no marcar grandes diferencias en lo que se refiere a la formulación diagnóstica o diagnóstico en sí, sí lo hace en todo lo que se refiere a la paradiagnos, es decir, al conjunto de métodos y procedimientos utilizados para llegar al diagnósti-

co, y, sobre todo, a la metadiagnos, o contexto de interacción humana en que se desarrolla el proceso diagnóstico total. Son, en consecuencia y de manera correspondiente, tres las cuestiones éticas a las que intentaremos responder:

Primera. Como sabemos que un diagnóstico es bueno. (Éticamente bueno, no bueno en cuanto a su veracidad o exactitud, pregunta que corresponde al campo de la epistemología y no al de la ética.)

Segunda. Como sabemos que un diagnóstico está bien hecho, es decir, como se ajustan al criterio de bondad los métodos diagnósticos aplicados, independientemente de su valor tecnológico.

Tercera. Como sabemos que la metadiagnos, o interacción humana que inicia, acompaña y finaliza el proceso diagnóstico, es buena, esto es, se ajusta a los principios de la relación médico enfermo y evita la manipulación expeditiva del paciente como objeto de una clasificación.

1. La bondad del diagnóstico

La primera pregunta sugiere la necesidad de una matización inmediata: ¿Bueno para qué? Es decir, ¿para qué se hace el diagnóstico? Lain (5), magistralmente, identifica cuatro razones básicas: saber, ayudar, lucrarse y contribuir al orden social. En base a observaciones en tratamientos psicoterapéuticos y en la formación de especialistas en psiquiatría (6, 7), yo sugiero añadir una más, la motivación ansiolítica, cuyo fundamento razonaré brevemente:

La práctica clínica siempre se acompaña de ansiedad ante el enfermo y su padecimiento, quizá aún más en la práctica de la psiquiatría, donde los problemas son más difusos y complejos, o, por decirlo de otra manera, más multisistémicos. A falta de suficiente preparación y autoconocimiento, esta ansiedad puede ser tan insoportable que llega a provocar reacciones que buscan más la protección de los sentimientos del médico que la comprensión del paciente. Algunas de estas reacciones interfieren en la relación médico-enfermo, y las comentaremos después, pero otras interfieren en el proceso diagnóstico mismo, utilizándolo como un instrumento de autojustificación, más que como uno de los elementos

del proceso terapéutico. Poner nombre a lo desconocido es una estrategia básica de la humanidad, desde los albores de nuestra lucha por controlar la Naturaleza. Nombrar, clasificar, encajar manifestaciones patológicas en categorías predeterminadas, alivia la angustia de la incertidumbre, reafirma el sentimiento de la propia competencia, y ayuda a dar la impresión de que uno entiende lo que está pasando. Bien es verdad que diagnosticar es imprescindible, y es bueno sentir inquietud por llegar a una convincente formulación definitiva. Pero la tensión diagnóstica exagerada, la obsesión en encasillar al enfermo, lleva a desdeñar ciertas observaciones y a exagerar otras, y debe considerarse como un mecanismo de defensa que impide, más que favorece, el conocimiento. Así es como el diagnóstico adquiere una función ansiolítica, riesgo especialmente marcado en profesionales con baja tolerancia a la incertidumbre y alta necesidad de seguridad. Y, sin embargo, el diagnóstico es, por naturaleza, incierto e inseguro, especialmente en psiquiatría, donde abundan los datos "blandos", imprecisos, susceptibles de interpretaciones varias.

En resumen, ejercer la medicina requiere vocación y conocimiento, pero, además, una excelente tolerancia a la angustia. Solamente así, negociando la probabilidad y sometiendo nuestra inseguridad a las necesidades del paciente, podremos satisfacer la ética de la intención diagnóstica, bellamente concentrada en la conocida frase de Lain: "No es buen médico el que no procura que su actividad diagnóstica no sea, en sí misma, en alguna medida, remedio y alivio, y no se halle intensa y primariamente ordenada a la curación o mejoría del paciente" (5).

Motivos del diagnóstico

- a) *El motivo científico*: saber.
- b) *El motivo humanitario*: Ayudar.
- c) *El motivo de lucro*, prestigio o lucimiento personal.
- d) *El motivo social*, en cuanto que del diagnóstico pueden seguirse consecuencias administrativas o legales.
- e) *El motivo ansiolítico*, como defensa o alivio de la angustia ante el padecimiento humano.

2. La prudencia de los medios diagnósticos

Desde la conveniencia de nuestro análisis ético, separaremos los medios diagnósticos en dos grandes grupos, que denominaremos técnicos y humanos, según el instrumento principal de que se sirven.

Los *medios técnicos* son los procedimientos factuales de obtención de información sobre funciones y estructuras del paciente y de su patología, aplicando tanto la observación y exploración directa como la visualización instrumental y la medición de distintos parámetros y funciones. Son estos medios los que han logrado portentosos avances en los últimos veinte años, hasta el punto de que, con frecuencia, representan para el lego la esencia científica de la medicina. Aplicar a ellos el juicio ético es relativamente simple. Viene aquí muy a cuento recordar nuestra discusión inicial sobre "el acto más prudente", que, referido al proceso diagnóstico, se traduce en decir que los beneficios² esperables de toda investigación han de superar claramente a los perjuicios posibles. Obviamente, deben incluirse en este razonamiento los efectos del "no diagnóstico", es decir, de la omisión de procedimientos éticamente recomendables. Como el beneficio principal esperable del diagnóstico es la orientación terapéutica, los medios invasivos o lesivos no pueden tener caso cuando la información que de ellos cabe esperar no es susceptible de influir grandemente nuestra decisión diagnóstica. Justamente lo contrario puede decirse cuando el diagnóstico depende grandemente del dato obtenible por determinada técnica, aunque igualmente cuestionaremos medios lesivos si no cabe esperar grandes diferencias terapéuticas entre las distintas posibilidades diagnósticas. Por otra parte, cuando las decisiones terapéuticas han de ser muy diferentes según las indicaciones del diagnóstico diferencial, medios invasivos e incluso peligrosos pueden ser éticamente recomendables si se

² Nos referimos, aquí y en todo el artículo, al beneficio del paciente en lo médico, no en otras áreas de su vida, como lograr ventajas sociales, por ejemplo, bajas de complacencia, ingreso en instituciones, exculpación legal, etc.

ajustan a dos condiciones: a) ser decisivos para asegurar el diagnóstico que permite elegir la orientación terapéutica más correcta, y b) la diferencia entre elegir la orientación terapéutica más correcta u otra alternativa es de grandes implicaciones para la salud del enfermo.

Los *medios humanos* son aquéllos que requieren de las cualidades exclusivas de nuestra especie, difícilmente reproducibles por máquinas. Incluyen los procesos mentales de análisis, integración e interpretación de datos y los de toma de decisiones, que desembocan en el juicio diagnóstico y en su aplicación asistencial. Toda la riqueza y variedad técnica de la medicina actual quedaría vacía -no sólo ética sino también epistemológicamente- sin el uso que de ella hace el "pensamiento médico", término con el que designamos la esencia de los medios humanos.

Bien es verdad que, deslumbrados por los medios técnicos, esta hoy en boga una "tecnología del diagnóstico", expresada en la elaboración de árboles de decisión múltiples e interactivos, cuya pretensión última es la certeza diagnóstica automatizada. Algunos psicólogos que estudian el pensamiento médico han identificado esta forma lineal de diagnosticar como una opción "científica" y, por ello, deseable de antemano (9). Parte del atractivo de los últimos manuales de clasificación diagnóstica y estadística de la American Psychiatric Association y de sus epígonos europeos reside en su aparente capacidad de dar satisfacción a este tipo de demanda, y ello precisamente en psiquiatría, el área de la medicina en la que más necesaria es la aplicación de los medios humanos.

La obsesión por sustituir el pensamiento médico por medios técnicos es la marca de la tendencia reduccionista en Medicina. Su origen más claro está en Claude Bernard, quien, en sus esfuerzos por introducir la Medicina Experimental, censuraba a los médicos de su tiempo por "tener en cuenta la influencia de lo moral sobre lo físico y consideraciones sociales y familiares que nada tienen que ver con la ciencia" (10). No todos los grandes clínicos pensarían igual. Con una visión más amplia de la situación, Sydenham (11) ya había establecido, mucho tiempo antes, su clasificación de los

modos de enfermar en "animales", para los que recomendaba un enfoque similar al que posteriormente propugnaría Bernard, y en "humanos o biográficos", para los que parece aconsejable un acercamiento algo diferente. La insuficiencia de la Medicina Científica en Atención Primaria, gráficamente señalada por Corral (12), atestigua la necesidad de complementar el diagnóstico biocientífico con parámetros "morales, sociales y familiares", muy a pesar del optimismo reduccionista de Claude Bernard en sus primeros tiempos. Es en este sentido en el que resulta preocupante que la psiquiatría, cuya proyección en la Medicina Moderna se inició con la promesa de aportar una visión humana, psicosocial, sistémica o como sea que se quiera llamar, se esté metamorfoseando hacia la adopción de los más rígidos estereotipos de la Medicina Animal, en el sentido de Sydenham.

La probabilidad diagnóstica

Otro tema relevante en cuanto a la ética del razonamiento médico es la derivada del sesgo impuesto por la naturaleza hipotética del diagnóstico. "La Medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad", decía William Osler (8). Sólo los ordenadores y los psiquiatras inexpertos llegan con facilidad a formulaciones diagnósticas definitivas. El clínico avisado construye siempre sus diagnósticos como hipótesis en revisión continua. La incertidumbre diagnóstica, tal como la propongo aquí, es una forma de duda científica, expresión clínica del método experimental, que no está reñida con la firmeza necesaria para mantener el curso terapéutico. Si el juicio diagnóstico depende de la valoración de información frecuentemente contradictoria o insuficiente, la decisión diagnóstica requiere el compromiso con un curso de acción. De hecho, la capacidad de conjugar el razonamiento experimental con la seguridad en el manejo del enfermo es la característica principal del buen clínico, ausente tanto en el teórico sin pacientes como en el chamán sin conocimiento.

Clave de estas consideraciones es el concepto de probabilidad. Por la epidemiología conocemos la frecuencia de determinada condición en una población dada, y de ello deduciremos fácilmente la probabili-

dad de que un miembro de esa población padezca la enfermedad en cuestión. Se trata de la probabilidad estadística, sumamente interesante para planificadores que no atienden pacientes en directo, pero de limitada utilidad para el clínico que ejerce una atención individualizada. Podemos saber que el 70% de los sujetos con determinados rasgos padecen la enfermedad X, pero ello no nos dice nada sobre el paciente concreto que tenemos delante. Un individuo no tiene estadística, y cuando decimos que un paciente tiene "una probabilidad del 70% de padecer X" estamos refiriéndonos a otro tipo de probabilidad, la probabilidad subjetiva o estimativa, que no es un dato sobre una población, sino una valoración de creencia o estimación de la intensidad de nuestra confianza sobre determinado diagnóstico en determinado paciente.

La tendencia actual hacia la automatización del diagnóstico psiquiátrico favorece la aplicación directa de la probabilidad estadística, lo cual presenta dos graves inconvenientes:

- *La mediocratización del diagnóstico*, en el sentido estadístico de aplicación de medias a la toma de decisiones, perdiendo así los casos extremos, y en el sentido profesional de favorecer el desarrollo de clínicos mediocres que aciertan sólo lo más obvio y se equivocan sistemáticamente en lo más difícil.

- *El entorpecimiento del pensamiento médico*, al promocionar la búsqueda del encaje entre decisiones preprogramadas y observaciones superficiales, en detrimento del razonamiento causal sobre el encadenamiento de los procesos que subyacen en determinada condición.

De todas formas, preciso es reconocer que esta estrategia es mejor que nada, ciertamente mejor que el esoterismo subjetivo, la intuición idiosincrática y el sesgo ideológico. Lo mediocre es mejor que lo malo, pero con todo debemos aspirar a estrategias más eficaces, si queremos cumplir con el mandato ético de buscar lo más beneficioso para cada uno de nuestros pacientes.

Schwartz y Griffin (9), teniendo en cuenta la subjetividad del diagnóstico y la inevitable introducción de sesgos, revisan el concepto de la utilidad subjetiva estimada

(subjective estimated utility), estrategia que reúne, a mi parecer, las máximas garantías éticas. El concepto arranca del descubrimiento de que, en la práctica, el acto diagnóstico no busca solamente acertar, sino que incluye también consideraciones sobre sus consecuencias. Según la naturaleza de éstas, el clínico tiende a preferir determinado diagnóstico, introduciendo así un sesgo que influye en su decisión final. En principio, estos sesgos no tienen utilidad práctica para el paciente, y parecen una fuente de error que debe ser erradicada. Recuérdese, por ejemplo el conocido estudio de una clínica psicoanalítica norteamericana que demostraba que los pacientes más "atractivos" tendían a ser diagnosticados de neurosis o síndrome borderline, mientras que, con idéntica psicopatología, los demás lo eran de esquizofrenia.

Sin embargo, algunos sesgos sí pueden ser beneficiosos, y a ellos es a los que se aplica la teoría de la utilidad subjetiva esperada. De cada diagnóstico se sigue una cadena de consecuencias para el paciente, la principal de las cuales es el tratamiento a que será sometido. Según esta consideración, el mejor diagnóstico, en caso de duda, es el que mejor conjuga probabilidad y utilidad, es decir, aquel cuya aplicación tiene la mayor probabilidad de ser beneficioso para el paciente. Estas ideas pueden resumirse en estilo matemático de la forma siguiente:

$$USE_1 = P_1XA + (1-P_1)xB$$

$$USE_2 = P_2XC + (1-P_2)xD$$

Donde

USE= Utilidad Subjetiva Estimada,

P= Probabilidad de que el diagnóstico sea acertado

1-P= Probabilidad de que sea erróneo

A= Consecuencias de que se diagnostique 1, y realmente el paciente padezca la condición 1

B= Consecuencias de que se diagnostique 1 y el paciente no tenga la enfermedad 1.

C= Consecuencias de que se diagnostique 2, y realmente el paciente padezca la condición 2.

D= Consecuencias de que se diagnostique 2 y el paciente no tenga la enfermedad 2.

Regla de decisión diagnóstica:

Si $USE_1 > USE_2$, diagnosticar 1.

Si $USE_2 > USE_1$, diagnosticar 2.

Para acabar de aclarar el concepto, pondré unos breves ejemplos en los que se aplicó con acierto, si bien de manera intuitiva, la teoría de la "utilidad subjetiva estimada":

Ejemplo 1. Una anciana presenta un cuadro de inicio relativamente súbito que reúne criterios suficientes como para ser diagnosticada de demencia con una probabilidad subjetiva de, digamos, 70%. Aunque no reúne criterios diagnósticos suficientes, estimamos la probabilidad de que se trate de una depresión en un 25%, dejando un 5% para otras condiciones. Si aceptamos el diagnóstico más probable, demencia, seguiremos un curso de acción que no ayudará mucho a la enferma si acertamos, y la perjudicará gravemente si estamos equivocados. Por otra parte, si elegimos el diagnóstico menos probable, la depresión, seremos sumamente útiles si acertamos, y no causaremos gran mal si nos equivocamos. El balance global es claramente en favor de diagnosticar y tratar una depresión. En este caso, las consecuencias de un falso positivo son peores que las de un falso negativo, y en consecuencia preferimos posponer nuestro diagnóstico más probable.

Ejemplo 2. Un médico joven que inicia su residencia se vuelve irritable, con insomnio, dificultad en concentrarse, ansiedad y leve ideación autoreferencial. Después de una detallada anamnesis y exploración psicopatológica, establecemos la probabilidad de que se trate de un trastorno adaptativo en, digamos, el 30%, la de una psicosis cicloide en el 60%, con un 10% repartido en consideraciones varias. Como las consecuencias de un falso negativo pueden ser devastadoras, nos apresuraremos a diagnosticar y tratar la condición más probable.

3. La ética metadiagnóstica: La relación médico-enfermo

Entendemos ya, a estas alturas, el diagnóstico como un proceso mental complejo, con componentes cognitivos y afectivos, que se establece en beneficio de un paciente concreto, y que pretende la comprensión y la explicación del padecimiento que presenta.

Esta definición encierra la esencia no

sólo de la buena práctica clínica, sino de toda la ética metadiagnóstica, en la que deslindaré tres componentes:

a) Pensar en beneficio del enfermo, b) establecer una relación afectiva y c) responder a la pregunta que plantea su cuadro clínico.

a) *Pensar en beneficio del enfermo*

Ya he expuesto en la ética de los medios la naturaleza del pensamiento médico, y no es necesario repetir aquí toda la argumentación. Baste con decir que nuestra responsabilidad se establece con la persona que nos consulta, y no con nuestros maestros, ni con la ciencia ni con ningún sistema de clasificación. Clasificar no es diagnosticar, ni tampoco lo es detectar anomalías diversas, si éstas no explican la disfunción, el malestar o el sufrimiento del enfermo.

Incluso cuando se llega al diagnóstico correcto, la formulación no es completa si no incluye una hipótesis sobre lo que Jiménez Díaz llamaba "patodiagnóstico", que se orienta a explicar porqué el paciente no se siente bien (13), y, especialmente en lo que se refiere a las afecciones psiquiátricas, la patopsicodinamia, o procesos mentales mediante los cuales las disfunciones, neurobiológicas o psicológicas, llegan a expresarse en los síntomas consultados. En este último aspecto, es a veces más importante explicar porqué los síntomas se mantienen que cómo se originaron, es decir, el diagnóstico patogenético puede primar sobre el etiológico, sobre todo en afecciones crónicas, cuya causa inicial puede haber desaparecido hace tiempo, pero cuyas alteraciones persisten automantenidas por mecanismos reverberantes en círculo vicioso (14).

Aparte de los procesos cognitivos propiamente dichos, Jiménez Díaz recomienda una serie de principios que deben respetarse en la anamnesis y exploración clínica, y que, por su importancia en esta discusión del entorno diagnóstico, resumo a continuación en sus propias palabras (13):

1. Interés tenso: "El clínico que propiamente lo es, es ante todo un hombre enamorado de su arte, que adquiere por ello el hábito de abstraerse de todo y concentrar su atención sobre la afección de su enfermo... Es inútil creer que puede hacerse sin esta tensión una historia clínica

útil para el diagnóstico de aquel caso y para abrimos horizontes para casos futuros."

2. Sinceridad mental: "Para que esa diligencia se despierte es necesario que uno se sienta espoleado por la necesidad de saber, pero esta necesidad no es percibida sino por el que tiene una mente sincera consigo mismo, y no se contenta con oscuridades sin procurar aclararlas".
3. Objetividad y firmeza de datos: "El ansia del médico que verdaderamente se interesa por su enfermo y quiere hacer buenos diagnósticos, es llegar a poseer su oficio, preparándose para percibir con seguridad los hechos, y discurrir sobre la base de lo que es seguro.. .La intuición no sirve sino cuando se encarrila en los hechos firmes y seguros, y ninguno de éstos se opone, sino que contribuyen, al juicio intuitivo"
4. Contrastación de la congruencia de los datos obtenidos. "El contraste... de síntomas tiene que ser congruente, y si no lo es, tenemos que buscar cual de ellos ha sido erróneamente escogido... a veces puede haber [datos] que parecen oponerse y reiteradamente se comprueban, pero mientras no tengan una explicación que satisfaga nuestra mente no los debemos dejar de comprobar."
5. Ordenación jerárquica de los síntomas. "Como en un cuadro, en un diagnóstico hay lo fundamental, lo central, lo importante, lo accesorio, que contribuye a sus calidades y completa un conjunto armónico, y el fondo; el artista, o el clínico tienen que ordenar las cosas en forma semejante, destacando lo esencial de lo accesorio, sirviéndose de todo lo revelado para completar el conjunto".

b) Establecer una relación afectiva

La verdadera ética profesional consiste en hacer bien las cosas, y no es necesario repetir el conocido argumento de que el ser humano es una unidad trascendente y no debe ser tratado como un objeto o como un medio. Todo ello es cierto, por supuesto, pero la deshumanización en el trato, que busca reducir la angustia ante el enfermo mediante el distanciamiento y la fría objetividad, no sólo es un fallo ético, sino tam-

bién un error metodológico. Desde una perspectiva puramente clínico-práctica Jiménez Díaz (13) recomienda establecer una relación intensa y sincera: "Debemos traducir al enfermo, desde el primer momento, nuestro interés por él... ningún enfermo que no se sienta escrutado se entrega en su relato". Todo ello sin caer en un falso paternalismo, que puede llevarnos a "animar vaciamente al enfermo con esa ligereza que sólo sirve para exasperarlo, pensando que no le entendemos, que no nos interesamos por él, o que somos tontos".

Sin embargo, y precisamente en aras a la buena práctica clínica, el afecto e interés sincero del médico por otro humano que sufre debe sujetarse a las limitaciones que impone lo que se ha dado en llamar "la relación médico-enfermo". El exponencial aumento de errores que tendemos a cometer cuando nuestro paciente es alguien especialmente querido demuestra que el amor incalificado no es necesariamente el mejor consejero para un diagnóstico certero. Un cierta objetividad y desapego resultan ingredientes necesarios en nuestro oficio.

Nadie mejor que Lain Entralgo (15) ha formulado este dilema, partiendo, bien es verdad, de un enfoque histórico-filosófico, pero con unas implicaciones clínico-prácticas que siempre me han parecido extraordinarias. Define Lain tres tipos de relación: La *diádica*, de afecto puro, propia de la corriente que se establece con el amigo íntimo o con la persona querida; la *transitiva*, de intercambio objetivo, como la que se establece con un comerciante, y la *quasi-diádica*, en cierta forma mixta o bipolar, que oscila apropiadamente entre la diádica y la transitiva, sin quedar nunca fija en ninguno de estos dos polos. Este es precisamente el epitome de la relación médico-enfermo, y su logro puede exigir, para algunos, ablandar su corazón, pero, para otros, endurecerlo. Establecer un diagnóstico, y llevar a buen fin un plan terapéutico, necesita mucho amor y comunicación, pero también frialdad y objetividad. Esto es particularmente importante en psiquiatría, donde la propia naturaleza de los trastornos puede arrastrar al inexperto a compadecer más que tratar, o, en reacción defensiva, a im-

poner más que comprender.

c) Responder a la pregunta que plantea el cuadro clínico

¿Qué le pasa al enfermo? La enfermedad diagnosticada tiene que explicar los síntomas. "Podemos encontrar una enfermedad existente, pero si ésta no explica a un análisis sincero los síntomas que hicieron al enfermo buscar nuestro consejo, es que se trata de un diagnóstico parcial, y algo principal se nos ha quedado sin conocer" y también: "La persistencia de síntomas después de una terapéutica que conforme a nuestro diagnóstico debería haberlos hecho desaparecer, nos sirven asimismo para juzgar el papel que la reacción psíquica del enfermo toma en sus síntomas Nos es necesario conocer el ambiente social, de trabajo y de familia que rodea al enfermo..." (13).

No podemos pretender que nuestro interés por otro humano es sincero si nos contentamos con asignarle una etiqueta y encajarle en una clasificación. El diagnóstico no tiene valor en si mismo, sino en cuanto que sirve una función de ayuda, y para ello tiene que responder a la petición del enfermo, resumir y clarificar su patología, y prestarse a la planificación terapéutica. Como ejemplo práctico de este concepto, citaré el caso de una enferma que consultó por astenia matutina, cefalea e insomnio. Había visitado con anterioridad a un neurólogo, que le diagnosticó de "espondiloartrosis cervical", condición de la que sin duda padecía, pero que no guardaba relación con el motivo de sus quejas. Sin necesidad de técnica más sofisticada que una atenta escucha, pronto afloraron el llanto, la ideación depresiva y el afecto distímico, estableciéndose sin dificultad el diagnóstico de un síndrome depresivo que cedió pronto al tratamiento apropiado.

Como última observación, permítaseme decir que el estado actual de los sistemas diagnósticos no permite garantizar que todo padecimiento que se nos presente esté incluido en ellos. No debemos renunciar sin más a la sabiduría acumulada durante siglos (especialmente a lo largo del presente), solamente por que no esté bien reflejada en el último glosario oficial. El DSM-IV, por poner un ejemplo, es sólo un instru-

mento técnico de apoyo, y no debemos permitir que su filosofía penetre de tal manera en nuestra práctica como para que acabe por convertirse en todo un marco metadiagnóstico.

En resumen, podríamos finalizar este trabajo con la conocida reflexión de que en nuestra profesión no basta con saber, sino que, además, hay que saber hacer y, sobre todo, saber estar. Sólo que yo prefiero modificar ligeramente la última recomendación para que exprese más claramente el núcleo ético de la cuestión: Lo que verdaderamente necesitamos es "saber ser".

Bibliografía

1. EDWARDS, P.: *The Encyclopedia of Philosophy*, Mac Millan, New York, 1972; Vol. 3:69-134.
2. GONZALEZ DE RIVERA, J.L.: *Memoria de Cátedra*. Universidad de La Laguna, 1986.
3. FERNANDEZ DUEÑAS, A.: *Actualidad y vigencia del pensamiento Etico-Médico de la "Plegaria" de Maimonides*. En: *Sobre la vida y obra de Maimónides*. Jesús Peláez del Rosal (Ed.). Ediciones el Almendro, Córdoba, 1991; 157-166.
4. RUSSELL, B.: *Philosophical Essays*. Allen & Unwin, London, 1966.
5. LAIN ENTRALGO, P.: *El diagnóstico médico. Historia y teoría*. Salvat, Barcelona, 1982.
6. GONZALEZ DE RIVERA, J.L.: *Psicoterapias y Psicoterapeutas*. Psiquis, 1982; 3:112-115.
7. GONZALEZ DE RIVERA, J.L.: *Identity and Psychiatric Training*. J. Psychiatr Neurosci, 1980; 5:24-27.
8. OSLER, W.: *A way of life. An address delivered to Yale students Sunday evening April 20, 1913*. McGill University, Montreal, 1966.
9. SCHWARTZ, S.; GRIFFIN, T : *Medical Thinking. The psychology of medical decision making*. Springer-Verlag, New York, 1986.
10. BERNARD, C.: *El método experimental y otras páginas filosóficas*. Espasa-Calpe, Buenos Aires, 1947.
11. SYDENHAM, T : *Opera Medica. Fratres de Tourne*, Ginebra, 1716.

12. CORRAL, C.: *El razonamiento médico*. Díaz de Santos, Madrid, 1994.
13. JIMENEZ DIAZ, C.: *Los métodos de exploración clínica y su valoración. El médico explorando a su enfermo*. Paz Montalvo, Madrid, 1954.
14. GONZALEZ DE RIVERA, J.L.: *El tratamiento multidimensional en Psiquiatría*. En: A. Vela (Ed) "Trastornos Psiquiátricos Resistentes al Tratamiento". Organón, Barcelona, 1990. v. resumen en J. Rodes, J. Guardia y V. Arroyo (Eds.) Manual de Medicina, Ediciones Científicas y Técnicas, Masson-Salvat, Barcelona, 1993; 1020-1027.
15. LAIN ENTRALGO, P.: *Le Médecin et le Malade*. Hachette, Paris, 1969