

<https://doi.org/10.24245/mim.v38i1.7427>

Desafiando al ritual (tentativas iconoclasticas)

Challenging the ritual (iconoclastic attempt).

Alberto Lifshitz

ANTECEDENTES

Un ritual es una serie de acciones que se realizan principalmente por su valor simbólico y permiten preservar el orden y las rutinas para su reproducción continua. En este escrito se considerará ritual la secuencia y los componentes de la historia clínica clásica, que ha permitido a muchas generaciones mantener el orden, la tradición, la cadena de eventos que ayuda a que no se olvide ninguno, aunque sea solo por cumplir con la integridad de la tarea. Este ritual se extiende al proceder cotidiano de muchos médicos clínicos porque fue la manera en que lo aprendieron. Cuando esto se automatiza, se “rutiniza”, se “normaliza”, ya ni siquiera se cuestiona su valor, se da por hecho. Es como muchas plegarias religiosas estereotipadas, en las que muchos fieles ni siquiera meditan en lo que están diciendo, sino tan solo se ajustan al ritual consagrado, lo repiten mecánicamente y sienten que con eso cumplen.

Pero el mundo está cambiando, las funciones del médico son ahora otras y puede ser un momento apropiado para hacer intentos críticos basados en racionalidad, eficiencia y pertinencia, aun cuando se atente contra rituales añejos, aparentemente acreditados mediante costumbres, creencias, afiliaciones y usanzas. La atención médica ha empezado a cambiar, y no me refiero solo a la progresiva introducción de la tecnología, sino a que muchas funciones que realizábamos los médicos ahora las realizan otros personajes (técnicos, paramédicos, personal de enfermería), si no es que algoritmos y máquinas de inteligencia artificial; la atención remota, que había sido satanizada, ahora es promovida; el autocuidado es una estrategia que va avanzando; la intromisión de terceros es cada vez mayor, etcétera. Ya no son las mismas condiciones en las que se generó el ritual del que hablamos.

Secretaría de Educación Clínica, Facultad de Medicina, UNAM.

Recibido: diciembre 2021

Aceptado: enero 2022

Correspondencia

Alberto Lifshitz
alifshitzg@yahoo.com

Este artículo debe citarse como: Lifshitz A. Desafiando al ritual (tentativas iconoclasticas). Med Int Méx 2022; 38 (1): 1-3.

Por otra parte, *iconoclasia* o *iconoclastia* es un término griego que significa destrucción de ímágenes, ruptura de los iconos y rebelión contra lo establecido. Valores o preceptos que han sido persistentes se someten a crítica, cuestionamiento, descrédito y, si es necesario, sustitución. En la profesión médica hay partes del ritual convertidas en iconos, pero todos admiten juicios y observaciones en torno a su pertinencia hoy en día. He aquí algunos. Un análisis pormenorizado y dialéctico rebasa las posibilidades de un ensayo breve; acaso, puede ser contenido de un libro. Aquí solo se mencionará una lista indicativa muy incompleta, que podría formar parte de tal libro, pero los lectores pueden identificar muchas más tentaciones iconoclastas.

LA NOSOLOGÍA

Entendida como el estudio individual de las enfermedades, abarca la *nosobiótica* (sus alteraciones anatómicas y funcionales), la *nosocronia* o *patocronia* (su evolución en el tiempo), la *nosotaxia* (su clasificación), la *nosofisia* (sus síntomas), la *nosognosia* (su diagnóstico), la *nosonomia* (su designación), la *nosografía* (su descripción). Todo esto no es más que un ejercicio vano cuando se considera la llamada teoría ontológica de la enfermedad, la que le concede identidad propia y la concibe como una especie de parásito que aterriza sobre un individuo para enfermarlo. Incluso se clasifican como se hace con los parásitos, y se crean términos para sus componentes como los que se mencionan renglones arriba. Esta teoría ontológica se opone a la fisiológica de la enfermedad que considera que ésta no es más que resultado de una fisiología alterada, y que la enfermedad por sí misma no tiene existencia propia (*no hay enfermedades, sino enfermos*). El estudio de las enfermedades ha suplantado al estudio de las personas enfermas.

EL ARTIFICIO DEL DIAGNÓSTICO

En concordancia con lo anterior, el diagnóstico nosológico, aquél que pone nombre de enfermedad a los sufrimientos del paciente, hoy tiene que considerarse un constructo, operativo y didáctico, que ciertamente facilita a los médicos tomar decisiones, pero que se limita a una descripción sumarisima de cada caso, sacrificando los atributos que conceden individualidad al paciente.

INTERROGATORIO (CONVERSACIÓN, ENTREVISTA, ANAMNESIS)

No importa tanto cómo denominar a este capítulo de la historia clínica, sino reflexionar en la necesidad de que reenfoque su propósito. Sin dejar de reconocerle eficacia para avanzar hacia el diagnóstico, habría que cuestionar su papel utilitario y el desperdicio de su potencial. Cuando se restringe a satisfacer necesidades concretas de información por parte del médico, sin permitir digresiones, ampliaciones y rodeos, se está perdiendo la oportunidad de conocer al paciente por pretender conocer su enfermedad. Preguntar solo lo necesario para tomar notas es desperdiciar una valiosa ocasión de conocer al individuo.

EL PARADIGMA EXHAUSTIVO

Es ésta una especie de obsesión que domina muchas exigencias, tanto en la actividad clínica como en la académica. Preguntar acerca de absolutamente todo, hacer siempre una exploración física completa, realizar los exámenes complementarios más amplios posibles, abarcar absolutamente todo el tema en la conferencia y cumplir con todo el programa educativo, aunque nadie aprenda. Muchos médicos expertos han encontrado la manera

de enfocarse más al caso, ser más económicos y privilegiar la parsimonia, rebelándose ante lo exhaustivo que, por otro lado, no es más que una utopía.

EL ABORDAJE ETIOLÓGICO

Ha sido una consigna la de intentar llegar a la causa y, con ello, se desautorizan las intenciones de atender solo los síntomas. El diagnóstico y el tratamiento etiológicos no admiten restringirse a los diagnósticos sintomático y sindromático, ni al tratamiento antisintomático. La limitación de este enfoque es que absolutamente todas las enfermedades son multicausales, lo que por lo menos genera incertidumbres y, por otro lado, las responsabilidades de los médicos no se limitan a la prevención y curación de enfermedades (cuando ello es posible) sino también a moderar o suprimir el sufrimiento. Hoy en día se han consagrado y legalizado los cuidados paliativos, aunque restringidos por ahora, a una cierta ca-

tegoría de pacientes que no son susceptibles de un abordaje causal.

Éstos son solo unos ejemplos que ilustran la importancia de un enfoque autocrítico de la profesión, la invitación de abandonar las rutinas, de cuestionar las tradiciones, sobre todo pensando en los médicos del futuro. Otros enunciados que pueden considerarse bajo esta perspectiva son la pretendida *objetividad*, el *reduccionismo*, la *complejidad* frente a lo *lineal*, las tensiones entre lo *individual* y lo *colectivo*, el abordaje *individualizado* de las enfermedades en épocas de comorbilidad, atender la *enfermedad crónica* como si fuera aguda que se prolongó, la supuesta *magia de los medicamentos*, los *perfiles y chequeos*, el dolor que *molesta* y el que *preocupa*, la *falibilidad* profesional, *oír o escuchar*, la generación de *culpas* por la enfermedad y seguramente varias más que los lectores podrán identificar, si aceptan la invitación a sumarse a este ejercicio, sin verlo como sacrilegio o blasfemia.