



La percepción y el síntoma

The perception and the symptom.

Alberto Lifshitz

*“No vemos las cosas como son.
Vemos las cosas como somos.”*

EL TALMUD DE BABILONIA

Una función de la medicina clínica es la capacidad de “leer” a los pacientes, no solo escuchar lo que dicen, de lo que se quejan, lo que demandan, sino lo que esperan, lo que expresan con sus cuerpos, sus actitudes, sus posturas, sus órganos y sus fluidos, además de estimar lo que verdaderamente necesitan. La enfermedad se expresa en el paciente de manera que un intérprete, en este caso el médico, pueda llegar a descubrirla. La habilidad diagnóstica comprende esta facultad, de leer el lenguaje de los síntomas y signos, y descubrir su origen en la enfermedad. El lenguaje clínico puede gritar o expresarse sutilmente, clara o veladamente o incluso negarse a hablar y ciertamente es una habilidad del clínico oírlo, interpretarlo y hasta escudriñarlo.

El diagnóstico clínico tradicionalmente se ha fundamentado, en buena medida, en los síntomas que acusa el paciente, en las quejas que expresa, partiendo de que es él (o ella) el único que los advierte y confiando precisamente en su percepción. Aunque hay intentos por definir síntomas objetivos,¹ lo cierto es que prácticamente todos son subjetivos, lo que define su diferenciación con los signos. Pero, aún con daños cuantitativa y cualitativamente similares, cada enfermo puede percibir diferente: los hay estoicos o indolentes, sensibles e hipocondriacos, quejumbrosos y plañideros, y su capacidad para describir lo que sienten puede ser muy diversa.

El carácter protector de los síntomas se relaciona con su capacidad iatrotópica, con la motivación para solicitar ayuda, en buena medida

Secretaría de Enseñanza Clínica, Internado Médico y Servicio Social, Facultad de Medicina, UNAM, Ciudad de México.

por el tono afectivo que entrañan, ya sea por desagradables, incómodos o preocupantes. El papel del médico es leer esos síntomas y relacionarlos con lo que los puede estar provocando. Pero aquí pueden surgir algunos tropiezos: las cualidades de la percepción por parte del paciente y la capacidad para lograr comunicar esta percepción.

Las percepciones van más allá de las sensaciones, pues son interpretaciones que el cerebro hace de lo que recibe a través de los sentidos. La epidemia de COVID-19 nos ha mostrado una amplia gama de percepciones: en un extremo quienes al primer estornudo se convencen de que han sido contagiados, la angustia los hace hiperventilar, perciben dificultad para respirar y están listos para acudir a que los intuben; en el otro extremo se encuentran quienes no creen en la enfermedad, que interpretan que hay una conspiración de las autoridades o de países extranjeros para reducir la sobrepoblación.

Cuando un paciente refiere que se siente mareado no necesariamente percibe como si estuviera en el mar, sino que lo que puede sentir es vértigo, inestabilidad, debilidad, desmayo inminente, náusea, sensación de vacío abdominal y algunas otras. Algunos solo dicen que se sienten raros, percibir “un no sé qué”, un vahído, un “aislamiento” (*hilamiento*), el “no estar en sí”, irrealidad, falta de energía, etc.

En cuanto a la comunicación, circula la idea de que hay muchas posibilidades de no entenderse: entre lo que pienso, lo que quiero decir, lo que creo decir, lo que digo, lo que quieres oír, lo que oyes, lo que crees entender, lo que entiendes, y todavía más lo que interpretas, lo que supones, y lo que lees entre líneas, y si a esto se agrega lo que ocurre con personas con limitación sensorial, pertenecientes a otra cultura, o que hablan otro idioma, se pueden calcular las posibilidades de no entenderse.

Una queja conocida es la de los pacientes a los que les dicen que no tienen nada (o al menos nada de la especialidad de quien lo dice), pero ellos no se sienten bien. Hay muchas maneras de interpretar esta incongruencia entre las que no quedan excluidas las imperfecciones de la ciencia médica ni las deficiencias cognoscitivas de los médicos (al fin y al cabo, todos las tenemos). Cómo explicar este “no tengo nada, pero no me siento bien”.

No tengo nada (objetivo), pero no me siento bien, dado que tengo síntomas (subjetivos)

El paradigma positivista, que ha dominado la ciencia, no concede valor a lo subjetivo, que es un intruso, un mal necesario que nos engaña enturbiando la realidad. Considera que solo lo mensurable es válido, de modo que si tú no tienes algo medible y medido no se puede afirmar su existencia. El modelo de la ciencia cuantitativa es reduccionista, pretende ver los fenómenos de manera aislada, independientes de su entorno y aferrándose solo a datos sólidos, repetibles, confirmados. Muchos hechos clínicos, fundamentalmente los síntomas, no son mensurables. La clinimetría² es una materia que ha intentado medir los fenómenos clínicos, pero sigue habiendo muchos que escapan a este intento. ¿Cómo medir empatía, compasión, solidaridad, angustia, miedo, satisfacción, alegría o tristeza? Se ha logrado aproximarse a una estimación cuantitativa –imperfecta– del dolor mediante escalas analógicas visuales, y el esfuerzo se agradece porque permite aproximarse a un manejo de los datos clínicos como datos científicos.

Hoy la ciencia ha sufrido un nuevo cambio paradigmático en que lo subjetivo adquiere nueva jerarquía,³ el modelo mecanicista se reemplaza por uno probabilístico, las relaciones causales no son directas ni únicas, cada efecto es resultado de muchas causas entre las que se incluyen



deseos, temores, aprensiones, anhelos, miedos, aspiraciones, prejuicios y creencias (subjetividades); la relación entre causa y efecto es relativa, proporcional.

Hoy se respeta la subjetividad más que lo que se menosprecia.

No tengo enfermedad, pero sí padecimiento

Aunque con cierta frecuencia estos términos se utilizan como intercambiables, lo cierto es que tienen significados diferentes. Mientras que la enfermedad es un constructo, un artificio didáctico y operativo que se encuentra en los libros, pero que carece de existencia propia, el padecimiento es lo que el paciente efectivamente tiene, no necesariamente idéntico a la enfermedad, sino que a veces es solo un fragmento del cuadro clínico descrito para esta última, o aspectos parciales de varias enfermedades simultáneas. Dice Martínez-Cortés:⁴ “Los problemas de salud que el paciente le presenta al médico no consisten solamente en la existencia de una determinada enfermedad con los síntomas propios; comprenden también la manera como estos síntomas son *vividos* o experimentados por el paciente debido a sus características personales de orden psíquico, cultural, biográfico, social, etc.”

El padecer se ubica en dos planos: el de las molestias o los síntomas (dolor, disnea, astenia, etc.) y el de las interpretaciones y significados personales de estos fenómenos.

Paracelso publicó en el siglo XVI un libro sobre “Las enfermedades invisibles”,⁵ concepto que podría aplicarse aún. Hay varios capítulos de la nosología que cabrían bien bajo esta denominación. Son condiciones que no tienen bases anatómicas convencionales; tal vez las bases se encuentren en niveles submicroscópicos o bioquímicos; que sus criterios diagnósticos son relativamente “blandos”, poco estrictos; que al

menos en algún momento o por algunas personas se ha dudado de su existencia; que han sido llamadas de diferentes maneras en distintos tiempos, y que tienden a atribuirse a factores psicológicos, no siempre con argumentos suficientes para ello. Algunas se han manejado como “cajón de sastre” en el que se hace acopio de todos los trastornos que el médico no puede diagnosticar de manera directa y, aunque algunas enfermedades invisibles, con el avance científico y tecnológico han alcanzado una identidad propia, en algún momento se manejaron como etéreas o imaginarias. Entre ellas habría que ubicar a las “diátesis” (hemorrágica, convulsiva, infecciosa, etc.), discinesia biliar, las defensas bajas, la labilidad circulatoria, la dispepsia, la mala circulación y todavía en discusión la fibromialgia y la fatiga crónica.⁶

No tengo diagnóstico, pero sí síntomas (molestias)

Ésta es una situación común. La necesidad de ponerle nombre de enfermedad a los sufrimientos del paciente habla de la artificiosidad de muchos diagnósticos.⁷ Se acostumbra seleccionar el diagnóstico que más armoniza con los signos y síntomas del paciente, de entre un catálogo de enfermedades y si no se encuentra la que encaje con el caso en cuestión, se entra en crisis. Incluso se han acuñado términos para disfrazar esta ignorancia, como idiopático, esencial o criptogénico.

Pero no todo es el diagnóstico. Tal vez lo importante sean las decisiones que derivan de él: cómo ayudar al paciente, y poco se le ayuda cuando se le dice que no tiene nada y se insinúa que es un enfermo imaginario, simulador, hipocondriaco, impostor o fingido.

REFERENCIAS

1. Feinstein A. Clinical judgment. Robert E. Krieger Publishing Company. Malabar, Florida, Pág. 132.

2. Ponce de León S. Alvan Feinstein o el renacimiento de la clínica. *Salud Pública Méx* 2012; 44 (1).
3. Lifshitz A. La continua intromisión de la subjetividad en las decisiones médicas. *Gac Méd Méx* 2016; 152: 437-438.
4. Martínez-Cortés F. Enfermedad y padecer. *Anales Médicos* 2002; 47: 112-117.
5. Paracelso: *Las Enfermedades Invisibles*. Editorial Fontamara, 2001.
6. Varios autores: *Las enfermedades invisibles: fibromialgia, fatiga crónica*. Barcelona: Ara Libres, 2008.
7. Lifshitz A. El diagnóstico como artificio. *Med Int Méx* 2017; 33 (6).