

Dualidad enfermedad-dolencia en la práctica, docencia e investigación médicas.

Duality disease-complain in medical practice, teaching and research.

LEÓN BARUA, Raúl

Director Adjunto, Instituto de Medicina Tropical “Alexander von Humbold”. Profesor Principal, Departamento de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Con el presente ensayo trataré de demostrar que la comprensión de la dualidad enfermedad-dolencia puede ser una fórmula para mejorar la práctica, la docencia y la investigación médicas.

Génesis de las enfermedades y de la dualidad enfermedad-dolencia

Toda enfermedad, cualquiera que ésta sea, no tiene una sino múltiples causas, o mejor aún, factores determinantes, que actuando en conjunto y relacionándose entre sí dan lugar a esa enfermedad.

Los factores determinantes pueden ser clasificados en etiológicos y patogénicos. Los factores etiológicos, a su vez, pueden ser subclasificados en externos e internos. Los factores etiológicos externos son: físicos, p.ej., baja tensión de oxígeno; químicos, p.ej., una sustancia tóxica; biológica, p.eje., un microorganismo patógeno; y psico-sociales, p.ej., estrés de tipo psico-social. Los factores etiológicos internos son: predisposición congénita, p.ej., herencia de una gran masa de células parietales en el estómago, que predispone a úlcera péptica duodenal; y adquirida, p.ej., hipoclorhidria debida a gastritis crónica atrófica y que predispone a diarreas infecciosas.

La interacción de factores etiológicos externos e internos da lugar en primer término a cambios fisiológicos (bioquímicos o biofísicos). Cuando los cambios fisiológicos se mantienen dentro de límites considerados normales, se conserva la salud. Pero, cuando los cambios rebasan esos límites, es decir, cuando los cambios se vuelven fisiopatológicos, se inicia la patogenia y aparece la enfermedad.

En la casi totalidad de casos de lesiones anatómicas, éstas son precedidas y generadas por alteraciones fisiológicas. Pero, a su vez, lesiones anatómicas de magnitud considerable pueden comprometer las funciones del órgano en que asientan, cerrando así el círculo vicioso patogénico: alteración fisiológica-lesión anatómica-alteración fisiológica.

La presencia de una alteración fisiopatológica o lesión anatómica constituye enfermedad. Pero, sólo cuando esa alteración fisiopatológica o lesión anatómica es percibida conscientemente por el sujeto que la presenta, éste experimenta síntomas y vive su enfermedad, apareciendo lo que ha sido denominado dolencia.

La dualidad enfermedad-dolencia, descrita brillantemente por los profesores Honorio Delgado (1) y Carlos Alberto Seguí (2) en nuestro medio, debe ser tenida muy en cuenta por nosotros los médicos para que la atención de nuestros pacientes sea excelsa desde los puntos de vista científico y humano. Porque de nada valdría que hagamos finos diagnósticos de lesiones anatómicas o alteraciones fisiopatológicas, inclusive incipientes, si olvidamos el sufrimiento y la angustia que embargan al paciente que las padece.

Tipos de medicina y esencia del diagnóstico

Claude Bernard (3) precisó muy bien los dos objetivos de la medicina: conservar la salud y curar las enfermedades, o, lo que es lo mismo, prevenir y curar las enfermedades. De allí las dos grandes ramas de la medicina: preventiva y curativa. Aunque, como trataré de demostrar en otra oportunidad, la medicina preventiva y la curativa tienen más similitudes que diferencias, me voy a referir aquí, por motivo de simplicidad, sólo a la segunda.

Las principales acciones de un médico curativo son el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico. De estas tres acciones, la más importante para el paciente es el tratamiento, porque lo que él busca al consultarnos es que eliminemos la enfermedad que le aqueja y/o los síntomas de esa enfermedad. Y, si no es posible eliminar la enfermedad ni los síntomas, el paciente espera que, por lo menos, precisemos lo que le va a ocurrir en el paciente sólo por sus implicancias en materia de pronóstico y tratamiento.

Para el médico, sin embargo, lo más importante es el diagnóstico, porque si bien es verdad que, a veces, pueden tratarse sin él, en forma empírica, las manifestaciones morbosas que presenta un paciente, sólo con un diagnóstico preciso se puede aspirar a un manejo científico de la enfermedad.

Para mí ha sido una revelación descubrir que, como lo precisa muy bien el profesor Pedro Laín Entralgo (4), el diagnóstico consiste, más que en poner un nombre, una etiqueta, a las molestias que aquejan a un paciente (diagnóstico consiste, más en poner un nombre, una etiqueta, a las molestias que aquejan a un paciente (diagnóstico de entidad nosológica), o en diferenciar a una enfermedad de otras (diagnóstico diferencial), consiste, en comprender profundamente lo que ocurre en el cuerpo y la mente del paciente que solicita nuestros cuidados. Dicho en otras palabras, diagnosticar es, fundamentalmente, comprender en forma profunda los múltiples factores determinantes y la naturaleza de la enfermedad y la dolencia que presenta un paciente.

Comprensión de la dualidad enfermedad-dolencia: su influjo sobre la práctica, docencia e investigación médicas

Práctica médica

Es obvio que si nos esforzamos por comprender no sólo la enfermedad sino también la dolencia que aqueja a un paciente, esto es, la interpretación que hace de su enfermedad así como la angustia que ésta le ocasiona, nos estaremos acercando a una atención más científica y humana de sus problemas. En suma, estaremos llevando a cabo una mejor práctica médica.

Docencia médica

Cuando observo críticamente el modo cómo se enseña medicina en nuestras universidades, encuentro varias inconveniencias. Los programas hacen hincapié preferencial en un sinnúmero de entidades nosológicas (v.g., fiebre tifoidea, brucelosis, colecistitis crónica, gastritis, colitis ulcerativa crónica inespecífica), resultando por ello innecesariamente sobrecargados. Muchas de las entidades nosológicas son presentadas en más de un departamento de las facultades de medicina, y en forma que pretende ser tan exhaustiva y perfecta que acaba por consumir totalmente el tiempo de que disponen los alumnos y no permitir entrever las múltiples dudas y lagunas de conocimiento que siempre existen en la medicina. Como consecuencia, los alumnos terminan agobiados y confusos por el exceso de información, acostumbrados a recibir esta información en forma absolutamente pasiva, y sin posibilidades de realizar alguna investigación original.

Creo que si la enseñanza estuviera más centrada en la comprensión de la enfermedad y la dolencia que en el conocimiento de las entidades nosológicas, las cosas podrían cambiar favorablemente.

Los alumnos, al inicio, serían muy bien preparados en las ciencias morfológicas (que incluirían anatomía, histología, embriología y anatomía patológica), ciencias fisiológicas (que incluirían la fisiología misma, biofísica, bioquímica, farmacología, microbiología, parasitología y ciencias psicológicas y sociales (que incluirían antropología y psicología médicas, con enseñanza de los factores psicológicos y sociales determinantes de enfermedad y dolencia).

A continuación, los alumnos serían puestos en contacto con pacientes, guiados por profesores de medicina general y las diversas especialidades médicas, para aprender a obtener datos de historia clínica y realizar examen físico. Como los pacientes no vienen a consultar por una entidad nosológica específica (a menos que ya hayan sido atendidos y diagnosticados con anterioridad), sino quejándose de síntomas y síndromes, es en éstos donde se debe centrar inicialmente la atención. Una forma de aprendizaje de los síndromes que he encontrado muy adecuada durante mi experiencia docente ha sido la de presentarlos en seminarios, y no por profesores sino por los mismos alumnos. Siempre me ha maravillado la capacidad de alumnos muy bien preparados en ciencias básicas para presentar y discutir síndromes. En estas presentaciones, los profesores actuarían corrigiendo errores, moderando la discusión y agregando datos de su propia experiencia. Otra forma muy útil de aprendizaje a este nivel es la introducida con éxito desde hace algún tiempo por el profesor Jorge Berríos en la enseñanza de la gastroenterología: la presentación de simposio sobre problemas de la especialidad, con participación de varios profesores como ponentes, con un moderador y con la participación del alumnado para hacer preguntas aclaratorias e iniciar la discusión. Este sistema tiene la ventaja de que los alumnos perciben así mejor las lagunas de conocimiento y las variadas posiciones e ideas, a veces controversiales, de los ponentes.

Los alumnos continuarían poniéndose en contacto con pacientes, tratando constantemente de comprender los problemas que éstos presentan, conversando con sus profesores, consultando bibliografía y aprendiendo las entidades nosológicas en un texto de medicina completo pero breve, que les serviría como guía. Muchas veces se

minusvalora la información que puede obtenerse de un texto de medicina como el que mencionó. Sin embargo, nadie menos que el profesor Gregorio Marañón (5), gran internista y endocrinólogo español de fama mundial, aconsejaba a los médicos jóvenes revisar cada noche una página del breve texto de medicina que habían empleado para prepararse antes de rendir exámenes durante sus estudios de pregrado.

Demás está decir que los estudiantes, al mismo tiempo que aprenden a comprender mejor la enfermedad y la dolencia de sus pacientes, aprenden a hacer más certeros sus pronósticos y más eficientes sus métodos terapéuticos.

Investigación Médica

Cuando en el esfuerzo por comprender lo que ocurre en el cuerpo y la mente de los pacientes se llega a un límite en el conocimiento, cabe aún progresar. El progreso se obtiene haciendo investigación. Así como la investigación científica en general tiene como finalidad ampliar los límites del conocimiento científico, la investigación médica, que es una rama de la investigación científica, tiene como finalidad ampliar los límites del conocimiento médico. El camino que se sigue en la investigación médica es el mismo de la investigación científica que ha sido muy bien descrito en excelentes obras sobre el tema.

Aquí sólo quiero decir que, en todos los años de mi actividad académica, ha sido una experiencia maravillosa el imaginar, junto con colaboradores médicos y estudiantes, hipótesis para explicar procesos morbosos de génesis aún desconocida, o nuevas formas de tratamiento, y luego poner a prueba esas hipótesis o formas de tratamiento en experimentos bien planeados y controlados.

Reflexión final

Muchas veces he escuchado opinar que hay que escoger entre ser médico práctico o investigador, o entre hacer docencia o investigación. Por todo lo expuesto en el presente ensayo, creo sinceramente que con la fórmula que propongo se pueden armonizar muy bien la práctica, la docencia y la investigación médicas, y conseguir así que nuestras facultades de medicina y hospitales universitarios lleguen a alcanzar el nivel de excelencia que tanto anhelamos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Delgado, H. Enjuiciamiento de la medicina psicosomática. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1960.
2. Seguí, C.A. La enfermedad, el enfermo y el médico. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid, 1982.
3. Bernard, C. Introducción al estudio de la medicina experimental. Versión de J. Joaquín Izquierdo. Emecé Editores, S.A. Buenos Aires, 1944.
4. Laín Entralgo, P. El diagnóstico médico. Historia y teoría. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1982.
5. Marañón, G. La medicina y nuestro tiempo. Colección Austral, Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1980.