

## Artículo especial

# Criterio médico. Definición, proceso y evaluación (2ª parte)<sup>#</sup>

Lic. SHIRLEY Y. DRESCH\*, Dr. JORGE R. MURNO\*, Lic. RUBEN NARVAEZ\*, Dra. MARIA E. SORDO\*,  
Lic. MARTA AINSZTEIN\*, Dr. MARIO ROCCATAGLIATA\* y Dr. CARLOS NEEDLEMAN\*

ARCH ARG PEDIATR / 1998 / VOL. 96: 108

## CAPITULO II

### INTERACCION

El acto médico se concreta en una situación espacio-temporal de entrevista. Esta fue definida por el grupo de autores "como la interacción esencialmente verbal, entre personas en contacto directo con un objetivo previamente establecido".

En el acto médico es determinante una interacción eficaz, que resulta de la intención por parte del paciente de brindar información útil y de establecer, por parte del médico, una actitud responsable para comprenderla. Se la definió operativamente como "comportamientos que conducen al paciente y su familia a aportar la información necesaria y al médico a la adecuada interpretación de la información vertida".

La condición de que los agentes de la relación paciente-médico actúen como coactores<sup>o</sup> es un requisito insoslayable. Vale decir, el proceso de la interacción se caracteriza por la coacción<sup>oo</sup> de todos los componentes del conjunto: paciente, grupo familiar, médico, equipo de salud, etc.

Si el eje de todo acto médico es la interacción, pensar en entrevistas normatizadas significa desconocer su complejidad y sus consecuencias. Por el contrario, sería conveniente asumir cada acto interactivo como original. De esta manera, el médico tendría la posibilidad de actuar en lugar de reaccionar y de conocer en vez de reconocer.

Es importante detenernos un instante en estos conceptos.

Actuar en lugar de reaccionar: el saber científico

que posee y aplica el médico se pone en marcha en el instante mismo en que el profesional entra en contacto con el paciente y se dispone a escuchar su motivo de consulta. Si se considera la interacción como la reacción a estímulos predecibles, se desconoce la verdadera trama de la situación. Es bien sabido que en la entrevista confluyen, entre otros factores, afectos, ideologías, formalidades, etc. que, en el caso de tomar el comando de la interacción, la conducirían muy probablemente por el camino de la toma de decisiones desajustadas y eventualmente riesgosas.

La posibilidad de "actuar" requiere del médico permanentes ejercicios de introspección respecto de sus distintos estados de ánimo ocurridos durante su accionar.

Conocer en vez de reconocer: es otro planteo, íntimamente relacionado con el anterior. Implica comprender al paciente, "entender" sus verdaderas necesidades sin suponer que se reconocen en él (desde un marco referencial que opera a modo de prejuicio) aquellos datos que confirmarían la presunción del médico que, muchas veces, sólo enfoca un aspecto de la realidad del paciente.

Si durante el proceso interactivo se alcanza a "conocer" los problemas del paciente, sólo restaría para resolverlos la búsqueda de conocimientos científico-técnicos en el archivo de la memoria, la interconsulta, la investigación bibliográfica, la incorporación de nuevos datos mediante el seguimiento longitudinal, etc. De esta manera, la función

# La primera parte de este trabajo se publicó en *Arch Arg Pediatr* 96 (1): 39-45, 1998.

\* Dpto. de Pediatría. Unidad Docente Académica. Hosp. de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez". Gallo 1330.

<sup>o</sup> Coactores. Dos o más personas o profesionales que actúan con carácter convergente en la misma acción social. Ej: médico y psicólogo que colaboran en la atención de un paciente analizando la salud-enfermedad.

<sup>oo</sup> Coacción. Participante en una acción común que realiza cada uno colaborando a la obtención de una meta compartida.

médica se habría cumplido y, muy posiblemente, las dificultades se podrían atenuar o resolver.

### Factores que influyen en la interacción

Se citan a continuación algunas circunstancias que caracterizan modelos particulares de relación médico-paciente y que, a su vez, influyen en el proceso interactivo:

- contexto inmediato donde se lleva a cabo el acto médico (consultorio privado del profesional, consultorio externo de un hospital público, sala de internación de obra social, etc.);
- características de la institución y del servicio;
- prestigio que la institución y el médico adjudican al problema;
- jerarquía del médico y su estatus<sup>o</sup> dentro de la institución;
- particular estilo del médico para desempeñar su rol;<sup>oo</sup>
- exigencias sociales del estatus profesional;
- expectativas del paciente sobre el desempeño del rol profesional;
- motivo de consulta aparente y real del paciente.

El estatus de "profesional médico" tiene prestigio social universal y por ello constituye una *variable estable*<sup>ooo</sup>. Pero el serlo no le otorga categoría de neutro, ya que su peso en la relación paciente-médico es determinante. Según este enfoque, existen diferencias de estatus entre los demás y el médico. Este último representa, en nuestra sociedad, una de las profesiones de nivel social más elevado.

Por lo tanto, si existen diferencias de estatus, también las hay de jerarquía.

Por consiguiente, se adjudica al profesional, aun sin conocerlo, la capacidad de máxima influencia y poder. "Si lo dice el médico...", "El médico me dijo que...", en lugar de: "Este médico piensa que..." o "¿Por qué me habrá dicho esto el médico?".

Es decir, que el paciente se subordina a quien supone que posee el saber y los medios para resolver su problema.

Tal asimetría podría tener consecuencias no deseables si paciente y médico no logran atenuar

la influencia de esta variable. Ambos deberían estar en condiciones de desmitificar<sup>oooo</sup> las siguientes asociaciones:

- a) jerarquía y conocimiento con posibilidad de dominación (desde el médico).
- b) jerarquía y conocimiento con posibilidad de delegar la responsabilidad de su salud (desde el paciente).

El poder del paciente se manifiesta con frecuencia sin que el médico pueda realizar una lectura anticipada y adecuada de su expresión. Por ejemplo, no concurre a una citación posterior, cambia de médico o de institución, no cumple las indicaciones o simplemente recurre a "otras alternativas curativas", etc.

Estos hechos permitirán inferir que no se llegó a "conocer" la real necesidad del paciente, aunque el diagnóstico técnico sea correcto. Y no es posible intentar "conocer y entender" lo que ocurre a cada paciente si no se tiene conciencia de los factores que inciden en el proceso interactivo.

### Desempeño del rol profesional

Identidad y prestigio del médico son públicos. Por lo tanto, existen expectativas básicas del rol profesional que deben ser satisfechas, como, por ejemplo, honestidad, paciencia, destreza, discreción, conocimientos, etc. Cuando el paciente puede "elegir" al médico, no lo hace, por lo general, sólo por su estatus profesional, sino también por la forma como desempeña su rol; vale decir, por lo que cada profesional con su modalidad particular puede ofrecer.

Cada médico posee un estilo para ejercer la profesión, que está condicionado, en parte, por el modo con que cada paciente desempeña su rol. Entonces, a diferencia del estatus, en el ejercicio del rol juegan ecuaciones individuales de los participantes que impregnan el desempeño de la función.

Desde esta perspectiva, cada paciente instala al médico en una situación diferente de acuerdo con su propia necesidad, su momento evolutivo, su historia personal, etc.

Además, de acuerdo con los esquemas referenciales vigentes, el prestigio profesional siempre estaría en juego en relación proporcional con la

<sup>o</sup> Estatus: Posición social lograda al desempeñar un rol.

<sup>oo</sup> Rol: Desempeño de un papel social: médico, juez, padre, etc. Tiene normas y expectativas de comportamiento.

<sup>ooo</sup> Variable estable: Característica que permanece inelástica dentro de un fenómeno.

<sup>oooo</sup> Desmitificar: El término es empleado aquí no sólo para hacer referencia a la ética de los valores, sino también a la evidencia de que esos lugares comunes no responden totalmente a la realidad.

complejidad y gravedad del problema del paciente.

## COMUNICACION

Otros aspectos relevantes de la interacción son los diversos códigos utilizados para lograr una comunicación efectiva. Esto implica compartir el universo simbólico<sup>o</sup> y el marco de referencia.

Los estudios realizados en este sentido muestran que la terminología médica es, con frecuencia, una barrera en la comunicación con el paciente. Pero no es fácil encontrar en la bibliografía publicaciones que profundicen suficientemente el tema.

Por lo general, durante las tareas cotidianas, los profesionales utilizan un "argot" específico aun para cada especialidad. Si bien ésta es una actitud comprensible, es indispensable para lograr el vínculo adecuado que el paciente pueda desentrañar, por lo menos, el sentido del diálogo.

Desde un abordaje psicológico, se podría asumir que la utilización por parte de los profesionales de discursos incomprensibles estaría asociada a la necesidad de establecer "distancia" con los pacientes y sus problemas.

Otra hipótesis, ahora de origen sociológico, explica que esta actitud estaría asociada al ejercicio del poder y la pertenencia a un grupo de "elite".<sup>oo</sup>

En algunas circunstancias –ahora referidas al paciente–, la fractura de la comunicación ocurre por la utilización de idiomas no conocidos. En otras, por la construcción de un discurso con alto contenido de giros y modismos regionales extraños al profesional y su cultura.

Otra dificultad, que suele pasar inadvertida por los alumnos y aun por médicos residentes en sus etapas iniciales, es una forma de expresión por parte del paciente percibida por el profesional como confusa, contradictoria, inconducente o paradójica.

Entre los discursos más problemáticos por su carácter inconducente, generador de atolladeros, se encuentran las presentaciones paradójicas, en que uno de los términos neutraliza al otro, y otros términos interfieren en las posibilidades de denunciar la contradicción o de fugar de la situación. Las principales paradojas son:

"Pragmáticas", entre órdenes, por ejemplo: "vestite bien y vení enseguida" dicho a un niño de cuatro años.

"Semánticas" entre un significante y su significación, por ej.: llamar "amor" al egoísmo.

"Lógicas", entre una manifestación y las posibilidades de que el sistema perceptual del destinatario revista su captación, por ejemplo: "divertite pero portate bien" dicho a un adolescente.

A menudo, tales discursos se complementan con un diálogo en que participan de diversos modos fragmentos de los cuerpos de los interlocutores –gestos, ademanes, etc.– y este otro tipo de intercambio puede complementar, reforzar o rectificar lo expresado mediante la palabra.

El análisis y evaluación de esta circunstancia debería figurar como un signo relevante en la lista de problemas del paciente ya que, con alta probabilidad, esta carencia de claridad para explicar su dificultad estaría asociada con el diagnóstico final.

## ALGUNAS PARTICULARIDADES EN LA INTERACCION EN PEDIATRIA

En pediatría, la interacción presenta características propias, ya que el paciente está intermedio, sobre todo en sus primeros años, por los padres, que actúan como interpretadores y decodificadores de las demandas del niño.

Pero, al mismo tiempo, también los padres deben ser, a su vez, interpretados y decodificados. Vale decir, la tarea pediátrica no se limita al niño exclusivamente, sino que debe extenderse a sostener y orientar a los padres en sus roles y funciones.

Un acto médico "criterioso" debería incluirlos en el razonamiento diagnóstico y, por supuesto, en las estrategias preventivas y terapéuticas.

Es imposible atender a un niño sin conocer a su familia.

Los roles de mamá y papá están sostenidos por la "maternidad" y la "paternidad", uno de los más importantes acontecimientos que le ocurren al ser humano adulto. Es por ello que de no mediar casos muy graves, los padres acuden a la consulta con una actitud más transparente y, a su vez, más demandante que cuando ellos mismos son pacientes directos. Entonces, como lo que está en juego

<sup>o</sup> Universo simbólico: Conjunto de huellas mnémicas disponibles en cada aparato psíquico que contribuye en los esfuerzos por transmitir las exigencias provenientes desde la realidad, la vida pulsional y los dictámenes morales y éticos. Este tesoro mnémico se constituye a lo largo del tiempo pero principalmente durante los primeros cinco años de vida.<sup>1</sup>

<sup>oo</sup> Diálogo de "elite": Intercambio verbal o de gestos entre personas que pertenecen a un grupo cerrado. Tiene códigos propios.

es mucho, requieren del pediatra todo aquello que suponen necesitar para cumplir sus roles.

La tarea pediátrica se ve así inicialmente facilitada, en muchas ocasiones, por el intento de brindar al médico el mayor volumen de información y de la mejor calidad. Pero, a su vez, los progenitores exigirán ante cada acto médico el mismo compromiso en el momento de brindar la información.

Por otra parte, la cantidad de información requerida para ejercer el rol materno-paterno es amplio y variado, sobre todo en las familias nucleares urbanas.<sup>o</sup> Ante ellas, el médico pediatra interacciona con parejas recientemente conformadas, alejadas de la orientación de los abuelos, con las historias individuales de cada miembro y los particulares estilos y modelos de crianza de cada familia de origen, con la ruptura precoz del vínculo madre-hijo por necesidades laborales, el ingreso temprano a guarderías o jardines, con los nuevos modelos de incorporación a la sociedad por parte de las mamás, etc. Y para completar el panorama, se entremezcla con estas situaciones la historia personal del médico actuante.

En resumen, la interacción es un integrante fundamental y decisivo en las etapas del razonamiento médico. Es un fenómeno complejo que califica a la entrevista como situación incierta, donde no se pueden predecir todas las variables. Por lo tanto, la interacción es imposible de normatizar.

Un ejemplo demostrativo es la cantidad de protocolos normatizados que existen en la actualidad para llevar a cabo entrevistas iniciales, sin que ninguno de ellos satisfaga totalmente los objetivos para los que fueron diseñados. Si bien podría aceptarse que son útiles durante el entrenamiento de los últimos años del grado y los primeros del posgrado, los médicos clínicos con mayor experiencia prefieren utilizar sistemas de registro menos extensos, más "abiertos" y "elásticos" que permiten una mejor adecuación a las circunstancias de cada paciente.

Por último, cabe agregar que las dificultades del proceso interactivo en esta etapa de la relación paciente-médico puede conducir a la obtención de datos poco válidos, capaces a su vez de originar razonamientos erróneos que pueden conducir a una consecuencia temida: la elección de estrategias ineficaces y a veces peligrosas.

La capacidad de evaluar estos componentes u otros similares requiere modelos de pensamiento introspectivo y entrenamiento constante en el análisis y evaluación de pacientes.

Por lo general, nuestros hospitales y escuelas de medicina dedican un ínfimo porcentaje de la currícula a este tipo de actividades.

#### **Indicadores del capítulo *Interacción***

- Es amable.
- Promueve la comodidad del paciente.
- Ayuda al paciente a distenderse.
- Utiliza un lenguaje comprensible para el paciente.
- Respeta su estado de ánimo.
- Reconoce los sentimientos que la entrevista le produce al paciente, atenuando los efectos negativos.
- Promueve la retroalimentación en forma continua y operativa.
- Es reflexivo y tolerante para responder a las inquietudes del paciente.
- Le anticipa posibilidades sin adelantar pronósticos.
- Detecta inconsistencias en el discurso del paciente.
- No censura.
- No evalúa ni emite juicios de valor por anticipado.
- Evita hacer preguntas o comentarios irritativos.
- No es autoritario.
- Respeta las pautas de la anamnesis pero mantiene el orden natural del diálogo.
- Limita respetuosamente el diálogo inconducente.

### **CAPITULO III**

#### **CONSTRUCCION Y JERARQUIZACION DE DATOS**

Durante el trabajo de introspección con los profesionales participantes en la experiencia, se detectó que las diferencias de punto de vista aparecían tempranamente, en el momento mismo de recoger datos para definir el problema del paciente. En esos primeros instantes, cierta información configuraba para algunos un dato y para otros no. Otras veces, cuando la información se constituía en datos para todos, el peso o la jerarquía adjudicada a los mismos era diferente para unos y otros.

Por otra parte, como ya se detalló en capítulos

<sup>o</sup> Familia nuclear urbana: Núcleo familiar constituido por padre, madre y uno o dos hijos. Lo integran dos generaciones solamente.

anteriores, la lectura y el análisis bibliográfico permitieron asociar la práctica médica con la investigativa y así dilucidar los contenidos del empirismo, que pensaba al dato como una fiel reproducción de la realidad.

Se pudo entonces corroborar que toda percepción implica reflexión, puesto que la estructura cognitiva participa activamente en la conformación de las imágenes percibidas. De esta manera, el dato es siempre una cierta información imaginaria de lo real. Lo mismo ocurre con la organización y estructuración simbólica de lo real; el aparato conceptual interviene activamente en la formación de los datos. Es así como, por intermedio de la interacción, los pacientes y sus familias ofrecen un cúmulo de información compuesto por "unidades" más pequeñas y de variado origen. Mediante procesos mentales de análisis, síntesis y evaluación, el médico "construye" con cada una de esas unidades de información los "datos" que luego deberá jerarquizar. Unos serán útiles para definir o complementar el problema; otros serán descartados. Todo lo que se registre como "dato" está directamente asociado a la particular estructura de conocimientos y valores del médico. Vale decir, su construcción se realiza en función del esquema referencial y del conjunto de hipótesis técnico-científicas propias de cada profesional.

Desde los instantes iniciales de la "interacción" y con la ayuda de la memoria (conocimientos adquiridos, pacientes similares, experiencias relacionadas por docentes, etc.), comienza la construcción de "datos" que, llevados a la conciencia del médico, lo conducen a organizar su sistema de pensamiento adecuándolo a cada situación particular.

Es pertinente volver a destacar que, tanto el aporte de unidades de información por parte del paciente como su percepción e incorporación para transformarlas en datos por parte del médico, dependen —entre otras causas— de situaciones individuales, muchas veces inconscientes, de ambos polos de la relación.

Los alumnos de nuestra Unidad Docente Académica refieren cotidianamente que la mayor dificultad que encuentran al tratar de resolver un problema es la jerarquización de datos. A través de diferentes ejercicios que realizan con el grupo docente, se pudo observar un escaso entrenamiento para clasificar, operación mental insoslayable para luego poder jerarquizar.

Por otra parte, es ya conocido que ni el acopio minucioso de datos ni una lógica jerarquización aseguran por sí mismas el éxito en la resolución de

problemas clínicos. Ambas deben realizarse sin perder de vista el logro de los objetivos propuestos.

### Indicadores del capítulo

#### **Construcción y jerarquización de datos**

- Obtiene datos del diálogo preverbal y verbal.
- Descarta con eficacia las unidades de información irrelevantes.
- Define y ubica en un orden lógico cada uno de los problemas del paciente.
- Realiza inferencia respecto de los motivos de consulta latentes.
- Construye datos válidos a partir del "interrogatorio" y la "anamnesis".
- Puede jerarquizar cada uno de los datos elaborados.
- Construye datos suficientes para el enfoque integral del paciente, basándose en conocimientos científico-técnicos multidisciplinarios.
- El proceso de focalización no impide su análisis amplio del problema.
- Consulta cuando percibe que su construcción es insuficiente.
- No descarta unidades de información sin consultar con sus docentes.
- Ante signos o síntomas de gravedad organiza la secuencia de mando adecuada.
- Obtiene nuevos datos con la evolución del paciente.

## CAPITULO IV

### **HIPOTESIS DIAGNOSTICAS Y ESTRATEGIAS DE VERIFICACION**

Entendemos por construcción de hipótesis, en el presente trabajo, la elaboración de un planteo diagnóstico adecuado a cada paciente. Su relato provoca en el razonamiento científico-técnico del médico un continuo corroborar y refutar de hipótesis. Según los vaivenes de la "interacción", unas cobran importancia para, luego, ser relegadas hasta desaparecer pero, a veces, logran tomar, más adelante, nuevo impulso. En los capítulos anteriores se hizo referencia a que "elaboración de hipótesis" era una de las instancias en la secuencia de proceso de resolución de problemas, especialmente durante las operaciones mentales que relacionan la información profesional del médico con la información aportada por el enfermo.

El paciente concurre a contar lo que le sucede y el médico actúa como mediador entre ese relato y su aparato de pensar construido durante todo su proceso de capacitación.

Diagnóstico presuntivo inicial es entonces una plataforma, un punto de partida que permite la selección de una o varias hipótesis que deberán ser refutadas o corroboradas según un complicado interjuego. Barrows y Bennet<sup>2</sup> plantean que los médicos clínicos pueden diseñar ante cada consulta, un máximo de siete hipótesis. En el mismo estudio advierten que en muchos casos, dichas hipótesis parecen surgir de repente en la cabeza del clínico. Desde el punto de vista psicológico, es conocido que en la memoria existen lazos estrechos entre el conjunto de datos relevantes y ciertas hipótesis desencadenadas por éstos. Otros diagnósticos quedan en segundo plano para permitir el proceso de focalizar la atención en una sola hipótesis inicial, a fin de especificarla, desarrollarla y adecuarla.

Se precisa entonces aquello que es esperable hallar en el examen clínico, y hasta se infieren los resultados posibles de los estudios que deben solicitarse según la hipótesis seleccionada. En este momento del proceso, la atención se orienta hacia los hallazgos semiológicos que verifican la hipótesis. Si por ejemplo se trata de "una nefritis", esperaríamos hallar en el paciente edemas e hipertensión, además de urea y creatinina elevadas.

Es interesante que investigaciones realizadas por Barrows y Bennet en 1978 revelaron que: "para seleccionar hipótesis, las consideraciones acerca de la incidencia de la enfermedad eran relativamente más importantes que los razonamientos acerca de la enfermedad". Entonces, los procesos fisiopatológicos subyacentes eran utilizados con poca frecuencia, lo que constituye un resultado sorprendente, teniendo en cuenta que tales conocimientos son el fundamento esencial en la enseñanza actual de la medicina clínica.

Por otra parte, constatamos que nuestros alumnos de pediatría formados clínicamente en un centro prioritariamente oncológico tienden a dar mayor relevancia en sus hipótesis diagnósticas a este tipo de patología. Con frecuencia, en sus planteos

iniciales, escuchamos esta muletilla: "Sería conveniente, en primer lugar, descartar un cáncer de..." Lo mismo ocurre con los estudiantes provenientes de centros nefrológicos, cardiológicos, etc. Parecería entonces que, en la elaboración de hipótesis, adquiere más importancia la frecuencia de la patología observada en los pacientes vividos personalmente que el razonamiento fisiopatológico.

En general, los hechos relacionados con los seres humanos son "complejos, probabilísticos e inciertos",<sup>3</sup> comprensibles solamente por una visión multidimensional representada hoy por el llamado enfoque "amplio" de la medicina.

### Indicadores del capítulo

#### *Hipótesis diagnósticas y estrategias de verificación*

- Su examen semiológico es completo y adecuado al paciente.
- Utiliza la semiología ampliada para precisar o ampliar el diagnóstico principal.
- Realiza diagnósticos coherentes con el problema real del paciente.
- Fundamenta sus diagnósticos con un razonamiento fisiopatológico y analógico.
- Enuncia las posibilidades evolutivas del problema.
- Expone diagnósticos diferenciales que servirían de soporte a la refutación de la hipótesis principal.
- Discrimina, entre lo relatado por el paciente, aquella información que corrobora o refuta la hipótesis principal.
- Incorpora los sentimientos que le produce la entrevista con el paciente como un dato más para la elaboración de la hipótesis principal.
- Jerarquiza sus hipótesis de acuerdo a una escala de riesgo.
- Efectúa consultas atinadas y oportunas.
- Realiza consultas bibliográficas.

### BIBLIOGRAFIA

1. Maldasvsky D. Estructura narcisista. Ed Amorrortu. Buenos Aires 1988.
2. Barrows J, Bennet P. Psicología del pensamiento médico. Barcelona: Ed. Barcelona, 1988.
3. Kordunov V. Fundamentos matemáticos de la cibernética. Ed Mir. Moscú 1974.

## CAPITULO V

### DIAGNOSTICO INICIAL, DISEÑO DE ESTRATEGIAS DIAGNOSTICAS, TERAPEUTICAS Y DIAGNOSTICO FINAL

A partir del momento en que el paciente enuncia su motivo de consulta, el médico observa signos preverbales (gestos de ansiedad, expresiones de desaliento, etc.) e inicia un interrogatorio "de rutina". Este primer conjunto de información dará lugar a la generación de las primeras hipótesis diagnósticas, que denominamos *diagnósticos iniciales*. Es la etapa en que el profesional juega con la mayor cantidad de posibilidades, ya que le faltan datos para hacer un buen ejercicio de focalización. Sobre esto último, Barrows y Bennet hallaron que la diversidad de hipótesis generadas en este primer momento, no necesariamente se relaciona con el acierto del diagnóstico final. Estos autores intentan una explicación, puntualizando que "las personas buscan de forma invariable dar un sentido a su experiencia tal como se manifiesta y están constantemente generando hipótesis para explicar sus observaciones".

Lo difícil, según manifiestan los docentes respecto de los alumnos, es que cuando se los enfrenta con ejercicios de resolución de problemas clínicos, la generación de *hipótesis relevantes* no se acerca a la realidad del paciente con la frecuencia esperada.

El proceso continúa mediante el reinterrogatorio –para precisar datos– y fundamentalmente con el examen físico que permitirá avanzar a perfeccionar la capacidad de discriminar hipótesis.

Parecería entonces engañoso intentar eludir el planteo de diagnósticos incorrectos aconsejando a los estudiantes o médicos jóvenes no generar hipótesis prematuras para evitar los sesgos que originan, por cuanto que es prácticamente imposible razonar sin hipótesis cuando la base de datos es tan compleja como lo son los problemas clínicos que padecen los seres humanos. Por el contrario, en el caso de los clínicos experimentados, estas hipótesis tempranas suelen ser más útiles que engañosas, pues intentan tener en cuenta varias posibilidades construidas intencionalmente como alternativas válidas ante aquellas sugeridas inmediatamente por el problema del paciente. Pero, por otra parte, es necesario tener en cuenta que la cantidad de hipótesis no sustituye al procedimiento de discriminar las más relevantes y, por consiguiente, el procesamiento masivo de datos no puede sustituir, en cuanto a eficacia, a una planificación reflexiva, o como se las denomina en el

presente trabajo "*estrategias diagnósticas*".

La *estrategia diagnóstica* alude a una planificación reflexiva con objetivos predeterminados. La misma se basará en la hipótesis predilecta, que ha de ser relevante, pudiendo fundamentarse su elección.

En este momento del proceso son de importancia las consideraciones de menor riesgo, máxima efectividad, así como también la posibilidad de concreción.

Del paso anterior –diagnóstico inicial– al siguiente –diseño de estrategias diagnósticas–, se produce un cambio cuali-cuantitativo que disminuirá el número de hipótesis iniciales a una sola convertida en hipótesis predilecta y denominada diagnóstico inicial.

El *diagnóstico inicial* es el que permitirá diseñar la estrategia terapéutica.

#### Características del diagnóstico

En las experiencias interdisciplinarias realizadas por el grupo de autores durante la elaboración del presente trabajo alrededor del análisis del proceso interactivo médico-paciente, se pudo precisar lo que más adelante se denominó como el "*diagnóstico amplio*" y su contrapartida, el diagnóstico limitado.

Seguramente, es impensado en la actualidad desechar la idea de que un buen diagnóstico está basado en el conocimiento de las muchas variables biológicas, psicológicas y sociales que influyen en la génesis del problema.

Sin embargo, esto no ocurre con frecuencia. Lo impiden, entre otros factores, el tiempo disponible para cada paciente en gran parte de los actuales sistemas de atención médica. Por otro lado, la ineficacia de los tratamientos médicos pueden alcanzar niveles impensados si no se intenta razonar en términos de una medicina amplia, que contemple la mayor cantidad posible de factores que conducen a la enfermedad.

Durante el desarrollo del presente trabajo se pudieron observar diagnósticos limitados en las siguientes situaciones:

- insuficiente indagación ante la urgencia del problema a resolver. Ejemplo: shock hipovolémico;
- negación de datos por cuestiones vinculadas a la relación médico-paciente. Ejemplo: el vínculo afectivo con el paciente puede conducir al médico a negar datos que posibilitan luego generar hipótesis que comprometen la vida del paciente o su inversa, exagerar la gravedad, la necesidad de prevención,

- etc.;
- escasa información técnico-científica por parte del médico. Ejemplo: desconocimiento de las alteraciones del vínculo madre-hijo como causa del llanto en las primeras semanas de vida;
  - escasa información proporcionada por el paciente. Ejemplo: ocultamiento de la administración de medicación casera sugerida por una curandera;
  - enfoque biológico exclusivo de los problemas del paciente sin tener en cuenta otras variables que lo determinan y el desconocimiento del rol del médico en ese proceso. Ejemplo: iniciar los estudios de un niño que presenta trastornos de aprendizaje escolar solicitando un electroencefalograma.

En síntesis, se denomina "diagnóstico inicial" a la hipótesis corroborada a través del resultado de los exámenes solicitados, el reinterrogatorio, la revisión física, las interconsultas y a menudo la búsqueda bibliográfica.

"Estrategias diagnósticas" a la planificación de los medios que ofrecerán indicadores para verificar las hipótesis diagnósticas.

"Estrategias terapéuticas" al conjunto de acciones destinadas a modificar la evolución natural del problema del paciente.

"Diagnóstico final" a la hipótesis dominante corroborada mediante la observación de lo ocurrido durante el seguimiento longitudinal, luego de la aplicación de las estrategias terapéuticas (*Gráfico 1*).

### **Indicadores del capítulo *Diagnóstico inicial, diseño de estrategias diagnósticas, terapéuticas y diagnóstico final***

- Propone exámenes complementarios pertinentes a las hipótesis diagnósticas.
- Solicita los exámenes complementarios de menor riesgo y mayores ventajas.
- Elabora y jerarquiza diagnósticos probables.
- Revisa sus diagnósticos iniciales cuando se agregan nuevos datos.
- Es capaz de fundamentar el diagnóstico elaborando información a través de lectura bibliográfica, conocimientos adquiridos en trabajos prácticos, clases teóricas, ateneos del hospital, etc.
- Diseña estrategias considerando las características del niño y su familia.
- Enumera los posibles resultados de las estrategias.

- Propone una serie de estrategias coherentes entre sí.
- Programa el seguimiento longitudinal para evaluar las estrategias utilizadas.
- Elabora y jerarquiza diagnósticos adecuados al problema del paciente.
- Corroboración o refutación de sus diagnósticos iniciales cuando agrega nuevos datos.
- Realiza diagnósticos específicos teniendo en cuenta la situación global del paciente.
- Diseña estrategias de verificación eficaces según se trate de riesgo, alarma y urgencia.
- Elabora estrategias terapéuticas adecuadas a las características del niño y su familia.

## **CAPITULO VI**

### **El criterio médico y su evaluación Algunas reflexiones finales**

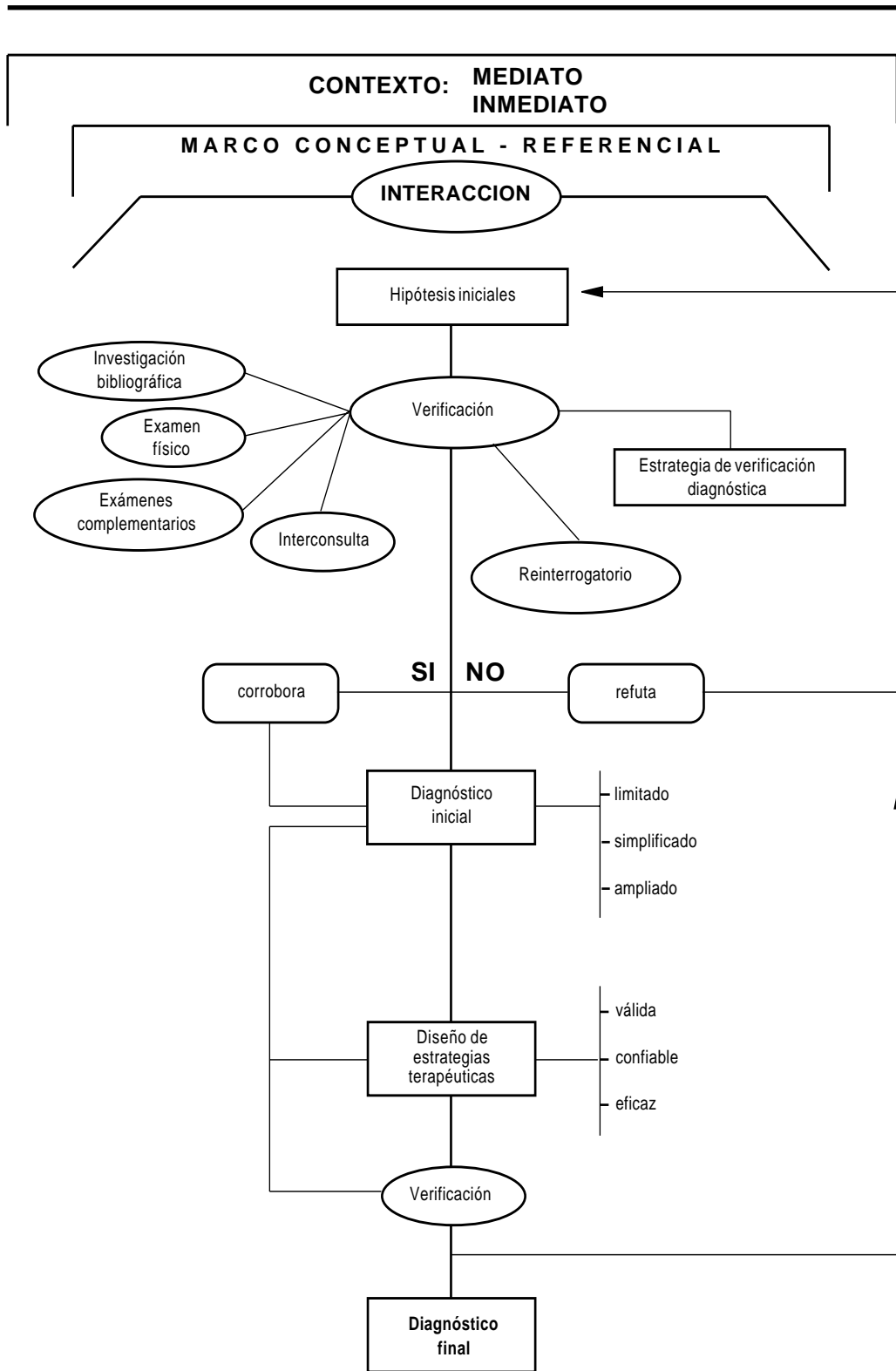
Como se describiera en la introducción del presente trabajo, el tema fue motivo de preocupación en la ex Ila. Cátedra de Pediatría desde 1975, donde se incluye por primera vez el componente criterio médico en su sistema evaluador. Desde esa época se observó las dificultades de los alumnos durante la aplicación de conocimientos. Estas dificultades aparecen en el proceso de generalización y transferencia de los conocimientos a situaciones médicas.

La evaluación del criterio médico, aun en nuestros días, es conflictiva, ya que requiere entre los docentes acuerdos básicos referidos al rol del médico generalista, concepto de salud-enfermedad, función pediátrica, etc. y respecto al método de indagación que, en la realidad, no puede limitarse a la aplicación de la norma o el algoritmo.

Respecto del primer punto, parecen no haber sido suficientes las periódicas revisiones de objetivos educacionales por parte de los docentes, durante las reuniones coordinadas por el Comité de Educación Médica de la SAP, el Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la UBA, las cátedras de Pediatría, etc., para que ese acuerdo pueda constituirse en parámetros de evaluación del criterio médico.

En cuanto a la utilización del método científico ya descrito en capítulos anteriores, se trata de un proceso inconsciente en los médicos experimentados. Esto los conduce a utilizar durante la enseñanza y en la evaluación otras sistemáticas, como las normas o algoritmos obstaculizando así el de-





**GRÁFICO 1**  
**Proceso de resolución de problemas en medicina.**  
**Etapas del criterio médico**

sarrollo de un proceso natural en los alumnos, que puede ser optimizado.

De esta manera, si se logran acuerdos respecto de los fundamentos de la práctica de la pediatría

(marco conceptual), como así también en la utilización consciente del método científico, se arribaría a la posibilidad de enseñar y evaluar el criterio médico. ■

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ainsztein M, Brieva J, Murno J, Sordo M, Roccatagliata M. Dificultades en el aprendizaje y la enseñanza de la Pediatría en el pregrado. Rev Hosp Niños Bs As 1982; 24: 209.
- Barrows J, Bennet P. Psicología del pensamiento médico. Barcelona: Barcelona, 1988.
- Carretero M, García M. Lecturas de psicología del pensamiento. Bs. As.: Amorrortu, 1984.
- Charvat J, Mc Guire C, Persons V. Características y aplicaciones de los exámenes en la enseñanza de la medicina. Cuadernos de Salud Pública, Ginebra: OMS, 1969: 36.
- Debenedetti E. Los caminos del error clínico. Bs. As.: EUDEBA, 1969.
- De Vega M. Introducción a la psicología cognitiva. Madrid: Alianza Psicológica, 1984.
- Gianantonio C. El proceso diagnóstico. Actas del 30º Congreso Argentino de Pediatría. SAP, 1994.
- House E. Evaluación ética y poder. Madrid: Morata, 1994.
- Katz F, Snow R. Evaluación del rendimiento de los trabajadores de la salud. Ginebra: OMS, 1981.
- Cusminsky M, Gianantonio C, Buraschi J, Needleman C, Reboiras J. Etica para la enseñanza de la pediatría. Actas del 30º Congreso Argentino de Pediatría. SAP 1994.
- Mannoni M, Rimbault G, Misrahi C, Needleman C, Perez A. Temas de familia y pediatría. Bs As: EUDEBA, 1987.
- Needleman C, Murno J, Sordo M, Dresch S, Ainsztein M, Narváez R. Criterio Médico. Actas del COEME. SAP, 1989.
- Pérez A. El niño, la familia y el pediatra. Rev Hosp Niños. Bs As: 1977; 19: 76.
- Roccatagliata M, Busso N, Needleman C et al. El consultorio de Niños Sanos en el Programa de la Residencia del Hosp. de Niños de Bs. As. Premio Rogelio Fumasoli. SAP 1974.

*Durante años se privilegió el "ojo clínico" sobre el "criterio clínico".  
Una cultura de mirones que escuchaba muy poco.  
Una de las actitudes de lo que se puede llamar la sensibilidad posmoderna, es  
privilegiar el escuchar sobre hablar; el entender sobre el explicar  
y ser más tiempo alumnos que profesores.*

NORBERTO BARANCHUK

**GUIA PARA LA EVALUACION DEL RESIDENTE I**

Instrucciones: Indicar con una X en el casillero que corresponda. S: siempre F: con frecuencia P: pocas veces N: no hay evidencia suficiente NC: no corresponde	AÑO QUE CURSA Y ROTACIÓN				
	1	2	3	4	5
<b>CRITERIO MEDICO</b>					
<b>A) PARA TOMAR DECISIONES DIAGNOSTICAS</b>					
1. Define y ubica en un orden lógico cada uno de los problemas.					
2. Realiza preguntas pertinentes durante el interrogatorio.					
3. Construye datos válidos y valiosos a través de la anmesis y el interrogatorio en el marco de la semiología ampliada.					
4. Realiza exámenes físicos que le permiten corroborar la sospecha diagnóstica.					
5. Realiza exámenes físicos que le permiten valorar el estado general del paciente.					
6. Solicita exámenes complementarios "pertinentes", de "menor riesgo" y mayores ventajas.					
7. Elabora y jerarquiza diagnósticos probables.					
8. Revisa sus diagnósticos iniciales con el conocimiento de nuevos datos.					
<b>B) SUS DECISIONES TERAPÉUTICAS Y SU SEGUIMIENTO SE BASAN EN</b>					
1. Hipótesis válidas con respaldo científico					
2. Diagnósticos de la situación global del paciente, además de los correspondientes a la patología específica.					
3. La consideración de riesgo probable.					
<b>C) EN SITUACIÓN QUE LO SUPERAN:</b>					
1. Actúa sin desequilibrios.					
2. Toma decisiones que no implican riesgo.					
3. Realiza interconsultas o derivaciones oportunamente.					
4. Realiza interconsultas o derivaciones quedando involucrado, manteniendo la coordinación.					
<b>D) PROGRAMA Y EJECUTA UN SEGUIMIENTO ADECUADO:</b>					
1. A las características el niño y su familia.					
2. Dando señales de alarma a la familia y estableciendo citas futuras.					
3. Programando y solicitando derivaciones atinadas.					
4. Evaluando los resultados de las estrategias aplicadas.					
5. Adecuando las estrategias a nuevas situaciones.					





