

ARTICULO

El método clínico y el método científico*

Dr. JOSE A. FERNÁNDEZ SACASAS**

** Especialista de II Grado en Medicina Interna. Prof. Titular y Consultante de Medicina Interna del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Máster en Educación Médica. Asesor del Sitio Web "Policlínico Universitario Vedado".

INTRODUCCION

Como ha dicho Florez Tascón, la medicina moderna se ha ido convirtiendo en ciencia exactamente igual que la artesanía se convirtió en Ingeniería durante y después de la revolución industrial. Ya no basta con observar la naturaleza y describirla, sino hay que interrogarla, y según apuntara Carlos Marx, hay que transformarla. De una u otra manera, la ciencia de nuestros días se ve definida según Jaspers como:

- 1) Universal en cuanto no hay nada que con el tiempo pueda substraerse a su capacidad de investigación (rechazo del agnosticismo).
- 2) Inacabada e incompleta, al tener el concepto de su propia provisionalidad; sus hipótesis actuales están destinadas a ser superadas, la ciencia de hoy es el error del mañana (rechazo al estatismo metafísico).
- 3) Llena de curiosidad universal y para ella nada es indiferente y todo merece atención (retorno a Terencio: Nada humano me es ajeno) siempre que comprendamos que la curiosidad responde a una necesidad.

FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DEL MÉTODO CIENTÍFICO

El llamado "problema fundamental de la filosofía" tiene gran importancia en la comprensión de la teoría del conocimiento científico así como del método de la ciencia para descubrir la verdad.

El marxismo distingue dos aspectos en el problema fundamental de la filosofía. El primer aspecto se refiere a las relaciones entre el ser y el pensar, entre la materia y la conciencia, entre el objeto y el sujeto. Qué es lo primario y qué es lo derivado. La respuesta a esta pregunta permite definir dos campos cosmovisivos: materialismo e idealismo filosóficos. El segundo aspecto del problema fundamental se refiere a la cognoscibilidad del mundo, esto es, si éste es o no cognoscible. La corriente filosófica que plantea la incognoscibilidad del mundo es el agnosticismo, la cual cae en el campo filosófico idealista.

* Tomado de : Enseñanza de la Clínica (Capítulo V). Biblioteca de Medicina, U.M.S.A., La Paz, 2000.
Reproducido con autorizado por su autor.

La teoría del conocimiento contempla tres fases en la construcción del conocimiento y del pensamiento:

1) La fase concreto-sensible

Es la primera etapa en el conocimiento del objeto. A través de los sentidos captamos su aspecto externo o fenomenológico, mediante las sensaciones, percepciones y representaciones de aquél. Esta fase cognitiva es compartida con los animales.

2) La fase lógico-abstracta o racional

Es privativa del hombre. Con ella penetramos en la estructura interna del objeto de estudio a partir del conocimiento transmitido por los órganos de los sentidos. Del conocimiento fenomenológico externo a lo esencial interno, mediante procesos lógicos de análisis (del todo o las partes), síntesis (de las partes al todo), deducción (de lo general a lo particular), inducción (de lo particular a lo general) abstracción (destacar el aspecto esencial, prescindir de los aspectos no esenciales), generalización (concepto abarcador de los rangos comunes esenciales que caracterizan el objeto).

No siempre el conocimiento va de la inducción sensible a la deducción racional. Es posible también el proceso inverso, esto es, partir de una generalización teórica para confirmar el conocimiento en la realidad, mediante la práctica. Es posible obtener nuevos conocimientos a partir de conocimientos ya establecidos, proceso conocido como inferencia lógica o razonamiento. El pensamiento se apropia de los aspectos esenciales del objeto, lo reproduce prescindiendo de sus elementos superfluos o contingentes, originando así el concepto.

Al igual que los objetos y la materia están en constante movimiento, los conceptos también lo están (dialéctica objetiva / dialéctica subjetiva).

La cognición es resultado de la unidad e interacción entre lo sensorial y lo racional, entre el objeto y el sujeto, enfoque que supera los abordajes unilaterales. Así, el empirismo solo reconoce validez al conocimiento que se nos da a través de los órganos de los sentidos y que es susceptible de investigación a través de la experimentación. Aquí la verdad está en el objeto. Sin embargo, el conocimiento no es solo lo que proporcionan los órganos de los sentidos, pues las representaciones sensoriales están siempre impregnadas del pensamiento. Como dice Ilizástigui más que reflejar la realidad, la refractamos. El conocimiento empírico procede de la experiencia (observación, experimentación). El conocimiento teórico devela los nexos y regularidades procedentes de la experiencia mediante el pensamiento abstracto. Los niveles empírico y teórico del conocimiento están dialécticamente interpenetrados.

Por otra parte el racionalismo tiende a desconocer o subvalorar el origen sensorial del conocimiento al hiperbolizar el papel del pensamiento en la cognición. A la

contemplación sensorial oponen la contemplación suprasensorial o intelectual. La razón, sin el concurso de la experiencia sensorial, puede conocer directamente la esencia del objeto: Aquí la verdad está en el sujeto.

3) La fase concreto pensada.

En la relación sujeto-objeto, el sujeto cognoscente en su proceso de conocimiento transforma los datos concretos procedentes de la fase sensorial (concreto-sensible) de la realidad objetiva, en abstracciones y generalizaciones teóricas mediante el pensamiento lógico. Después vuelve a transformar esas generalizaciones en objetos y fenómenos concretos en forma de verdades concreto-pensadas, esto es, concreto conocidas. Ello es lo que permite actuar sobre la realidad a través de la práctica social transformadora, la cual se constituye en base, fin y criterio de la verdad. Hace así posible el conocimiento integral del objeto, en su expresión fenomenológica y esencial. Es evidente que el proceso del conocimiento discurre de lo concreto a lo concreto y de una práctica a otra práctica.

Procede aceptar que la verdad es objetiva porque está contenida en el mundo exterior al sujeto y es subjetiva porque solo puede darse en el sujeto cognoscente. Dicho de otra manera, la verdad es objetiva y concreta en su contenido y subjetiva y abstracta en la forma en que la refleja o refracta la conciencia.

Tanto el objeto como el sujeto (ambos de cognición, valoración y práctica transformadora) están entramados por la praxis multidimensional humana, o cuyo través se ponen en contacto gnosisológico, axiológico y praxiológico.

La relación epistemológica sujeto-objeto admite tres enfoques metodológicos, que según Sotolongo Codina no hay que considerar antagónicos y excluyentes, sino mas bien complementarios, pues reflejan facetas distintas de dicha relación, cada una con una ámbito legítimo de consideración.

- * *Enfoque lógico-positivista:* El objeto es reflejado por el sujeto, la acción de éste es excluida para que no influya en la relación, en busca de la máxima objetividad.
- * *Enfoque fenomenológico:* La conciencia del sujeto es quién determina la acción cognoscente sin que participe el objeto de cognición lo que se denomina subjetividad.
- * *Enfoque hermeneúutico:* Antes que desconectar el sujeto y el objeto, lo considera inmersos como parte integrante de una totalidad en una circularidad objeto/sujeto mediada por la praxis transformadora, que conjuga las objetividades y subjetividades del quehacer humano en pos de lograr la cognición mediante aproximaciones sucesivas.

EL SENTIDO COMÚN Y EL MÉTODO CIENTÍFICO: "DOXA" VS "EPISTEME"

En su interacción en el medio natural y social el hombre va conociendo al mundo y a sí mismo a medida que con su práctica lo transforma y se transforma. En el llamado conocimiento empírico-espontáneo, común a todos los seres y conglomerados humanos según su estado de desarrollo. La adquisición de los conocimientos no está separada del empleo de los conocimientos. No se requiere una capacitación especial para ello, ni de medios o instrumentos especiales para su obtención. Es el sentido común de conocer y valorar el mundo circundante, la "doxa" u opinión común, la actividad cognoscitiva cotidiana del hombre.

La ciencia se forma históricamente como un proceso especial del conocimiento para dar respuesta a necesidades del desarrollo social, descubrir los nexos internos o leyes de los procesos y fenómenos. Requiere de grupos especialmente capacitados para investigar así como de medios e instrumentos especiales de investigación de la realidad. Se concreta en un objeto de estudio particular, una parcela de la realidad. Dispone de un método de estudio y de un sistema conceptual categorial que expresa los criterios lógico-gnosológicos que permiten establecer la veracidad de los resultados. Frente al conocimiento común origina el conocimiento científico (episteme).

ETAPAS DEL MÉTODO CIENTÍFICO

Del estelar y socorrido trabajo monográfico de Ilizástigui y Rodríguez Rivera transcribimos las etapas fundamentales del método científico por ellos propuestas:

Las etapas fundamentales del método científico son las siguientes:

1. La existencia de un problema, de una laguna del conocimiento, de una situación que no ha podido tener solución por el pensamiento ordinario o sentido común, y que se presenta en la vida diaria del hombre como una necesidad. Es posible que no se trate de una necesidad inmediata de la vida social, sino simplemente de una necesidad pura de conocer la verdad, que surge en el trabajo de los científicos.
El problema debe ser formulado con precisión desde el primer momento. En ciertas circunstancias sólo aparece después del acople de información derivada de un amplio trabajo científico.
2. Búsqueda, recolección y análisis de toda la información existente hasta ese momento acerca del problema o cualquier conocimiento o experiencia acumulada previamente por la ciencia relacionada directa o indirectamente con el problema. Este procesamiento de la información debe ser independiente del juicio previo que tenga de ella el investigador (útil o inútil, veraz o inexacta).

3. La formulación de hipótesis o conjeturas, que de modo aparentemente lógico, racional, dan solución al problema, o es la clase que permite resolver la necesidad planteada, o explica la esencia de lo que no se conoce.

Estas hipótesis, obviamente, surgirán del análisis del problema y de la información que sobre el mismo se dispone.

Las conjeturas que propongan deben ser bien definidas y fundadas de algún modo y no suposiciones que no se comprometan en concreto, ni tampoco ocurrencias sin fundamento visible.

4. La hipótesis o conjeturas son sometidas a contrastación, a prueba, para conocer si son o no ciertas. De acuerdo a la hipótesis, se planean y diseñan diversos procedimientos, experimentos, técnicas u observaciones mantenidas, las cuales deben realizarse con una metodología y ser interpretadas de manera que quede excluida o minimizada la introducción de errores en las diversas conclusiones parciales. Tales procedimientos deben dar una respuesta final de sí o no a la hipótesis o conjeturas planteadas.

Hay que someter también a prueba o contrastación estas técnicas para comprobar su relevancia y la fe que merecen.

Si la hipótesis no se comprueba, se puede formular una nueva o producirse un hallazgo que pudiera haber surgido de la búsqueda, del análisis sistemático realizado a lo largo de las investigaciones, observaciones o experimentos. La negación de la hipótesis es también un avance del conocimiento científico.

Si la hipótesis se comprueba, debe darle solución parcial o total al problema; hay que determinar en qué terreno vale la hipótesis comprobada. Es posible que la validez se limite sólo a las condiciones específicas de lo investigado; pero también es posible que además de ello, a partir del nuevo conocimiento o descubrimiento se generen leyes o teorías que permitan resolver otros problemas o comprender otros fenómenos, al inicio aparentemente inconexos o formular los nuevos problemas originados para la Investigación. Estas generalizaciones requieren del mayor rigor científico, pues si son erróneas pueden desviar el camino de los investigadores.

5. La comunicación a la comunidad científica internacional del resultado de la investigación, cualquiera que sea el resultado alcanzado, es un deber inexcusable de cada investigador.
Esto permitirá que otros científicos en cualquier parte del mundo puedan poner a prueba la comprobación realizada, y reproducirla en su totalidad si las condiciones son similares.

El método científico debe ser aplicado en todos los casos sin violaciones de la ética vigente.

EL MÉTODO CLÍNICO COMO MÉTODO CIENTÍFICO

La medicina individual, la clínica, utiliza el método científico a escala observacional y experimental si aceptamos que toda observación bien hecha es una investigación y toda terapéutica bien diseñada es un experimento. Como recomendaba E. Sergent, el celebre clínico francés de la primera mitad del presente siglo, de lo que se trata es de: <<mirar terca y tenazmente el "experimento espontáneo" que todo enfermo nos brinda>>.

El estudio de los enfermos ha permitido hacer generalizaciones de carácter teórico que nutrieron y nutren el cuerpo de conocimientos de la semiología, la patología, la clínica, la terapéutica y otras disciplinas afines. Pero, al mismo tiempo que se identificaban estas regularidades que permitían asegurar que varios enfermos tenían una misma enfermedad, los clínicos observaban que en cada uno de los enfermos, la afección, siendo la misma, tenía un expresión clínica diferente, peculiar; se describió entonces lo que se denominó formas clínicas de la enfermedad. De estas observaciones, de esta contradicción dialéctica de lo que es similar, pero a la vez distinto, surgió el aforismo de que no existen enfermedades sino enfermos.

Cada persona es igual a las demás (tiene los mismos órganos, pertenece al mismo género), pero es a la vez diferente, puesto que su construcción genética es diferente (la excepción conocida son los gemelos univitelinos) y su medio ambiente tiene siempre peculiaridades individuales, aunque se trate de hermanos. Cada persona es única, y no ha existido ni existirá otra igual.

Por esta razón la expresión clínica y evolutiva es diferente para cada enfermo, aun teniendo la misma afección. Se trata en cada caso de un experimento nuevo de la naturaleza.

Si a la variabilidad genética y ambiental unimos además los diferentes modos de actuar de un mismo agente etiológico, las asociaciones en un mismo paciente de más de un proceso morboso, el estado de su inmunidad natural en un momento dado, así como su respuesta física y psíquica al proceso morboso, comprenderemos que, al enfrentarnos a un enfermo, lo hacemos a una situación nueva y peculiar, no vista previamente. Al final, el diagnóstico será casi siempre el de entidades nosológicas conocidas; pero para llegar a ello se requiere dedicación, capacidad de observación, juicio clínico certero, capacidad para analizar situaciones nuevas, creatividad, audacia en las conjeturas, pero prudencia y rigor al establecer conclusiones. Se trata de la evaluación integral del paciente y de decisiones que tienen que ver con algo tan preciado como la salud y aun la propia vida.

Cada paciente es una situación nueva. Cada paciente debe ser investigado y el método de la ciencia es el que debe utilizarse.

El método clínico no es más que el método científico aplicado al trabajo con los pacientes.

ETAPAS DEL METODO CLINICO

Siguiendo con Ilizástigui y Rodríguez Rivera, las etapas del método clínico pueden desprenderse de las etapas ya señaladas del método científico con las peculiaridades que distinguen la especial relación sujeto-objeto inherente a la práctica médica.

1. El problema, en este caso es el trastorno o pérdida de la salud, por lo cual consulta el paciente, lo que motiva al enfermo a solicitar la ayuda del clínico. Este problema o problemas - porque no pocas veces no se trata de uno solo- debe ser precisado con toda nitidez. Si es parte de una falsedad, de un supuesto, producto de la superficialidad o del apuro en el primer contacto con el paciente, será absurdo pensar que puede aplicarse con éxito el método clínico. Un ejemplo lo tenemos en los pacientes que consultan por "mareo". Para cada paciente esta palabra tiene un significado diferente. En ella cabe la crisis vagal, el vértigo, la ansiedad, la ausencia epiléptica, la ataxia, la alcalosis por hiperventilación y otras sensaciones. Si el médico no precisa la sensación subjetiva o el síntoma que el paciente codifica como mareo, todo el resto de su ruta crítica en la aplicación del método clínico estará desviado, desorientado.

La motivación subjetiva del paciente, lo que movió a buscar la ayuda del médico, debe ser conocida también con certeza, pues forma siempre parte del problema, o a veces incluso, está motivación es el verdadero problema. A veces un paciente no consulta por el síntoma, sino por lo que él piensa acerca del síntoma que lo aqueja.

2. La búsqueda de información básica en el método clínico, se refiere específicamente al interrogatorio y al examen físico del paciente, es decir, a la historia clínica. Este procedimiento generalmente está dirigido u orientado por la experiencia previa y por los conocimientos que posee el clínico con respecto a las hipótesis explicativas del problema. Muchas veces esto ahorra tiempo y permite recoger datos que hubieran pasado inadvertidos para un lego o que incluso a veces el propio paciente soslaya, por no darles importancia. Sin embargo, el clínico debe ser abierto y un tanto ecléctico en esta búsqueda de información, porque una posición muy cerrada puede inhibir el flujo de información procedente del paciente o la familia.

El examen físico debe realizarse completo, independientemente de que se detalle más el aparato hacia el cual orienta la sintomatología subjetiva.

La información debe recogerse en detalle en la historia clínica.

3. La hipótesis o conjetura en el método clínico, es el o los diagnósticos presuntivos. Es imprescindible que este diagnóstico o diagnósticos sean bien definidos, se basen en la información recogida y tengan un fundamento.

Es lógico que si la búsqueda de información fue deficiente o inexacta, las hipótesis no tendrán posibilidad alguna de comprobarse, y todos los pasos siguientes no tendrán basamento alguno.

No es posible que ningún científico pueda diseñar un programa de investigación, si no sabe para qué lo hace.

Con no poca frecuencia, se viene violando por algunos la etapa del análisis de la información que lleva a las conjeturas o hipótesis diagnósticas, y se programan investigaciones complementarias que no tienen ninguna fundamentación, que se indican sobre la base de diagnósticos del tipo de esplenomegalia para estudio, etcétera.

4. Sometemos a contrastación el diagnóstico presuntivo mediante el estudio de la evolución del paciente y la programación de diversas pruebas de laboratorio, imagenológicas, anatomopatológicas y otras, es decir, de la moderna tecnología a nuestro alcance.

No hay que olvidar que estas técnicas no son inhumanas, son también realizadas e interpretadas por humanos. Al igual que los clínicos analizan, interpretan la sintomatología y la semiología que le ofrece el paciente, los radiólogos y patólogos analizan e interpretan imágenes, tejidos o humores. Tanto el análisis del clínico como el análisis de los radiólogos, patólogos o microbiólogos están sujetos a error. No existe método que no tenga un límite de sensibilidad. La ciencia misma progresa por aproximaciones sucesivas.

El clínico incluso tiene la ventaja que además de los síntomas y los signos, puede estudiar a la persona, al ser humano que las padece, puede conocer su vida completa, donde no pocas veces se encuentra si no la causa, al menos factores precipitantes, coadyuvantes o perpetuantes de la afección.

La revolución científico-técnica de los últimos 40 años, lo que ha revolucionado es la técnica, no la clínica. Lo que se ha vuelto obsoleto es la técnica antigua, no la clínica. De unas pocas exploraciones que teníamos al alcance de los años 40, hoy tenemos numerosas técnicas, mucho más precisas y que permiten un conocimiento mucho más profundo de la biología de nuestros pacientes. Algunos médicos, aunque no lo dicen, actúan como si las técnicas pudieran sustituir el pensamiento, hacer innecesarias las conjeturas diagnósticas, obviar el interrogatorio y el examen físico cuidadoso.

Se actúa como si el avance tecnológico permitiera echar por la borda la ciencia clínica desarrollada a lo largo de siglos de cuidadosa observación. Lo curioso es que

en los países más desarrollados donde se crea y desarrollan las técnicas en los centros médicos de más nivel, se sigue siendo cuidadoso en la recogida e interpretación de los datos clínicos, en tanto que estas tendencias nocivas ocurren en los sitios que importan o compran las técnicas.

Se sabe que sólo por el interrogatorio se puede llegar al 60-70 % de los diagnósticos, que si añadimos el examen físico, la certeza puede subir al 80 %, y que las diversas técnicas confirman lo anterior y pueden hacer subir la certeza hasta el 95 %.

Si se prescinde o se elimina la ciencia clínica, la medicina se encarecería notablemente, se haría además mecánica e irracional y podría incluso crear iatrogenia.

Ninguna técnica puede sustituir el pensamiento humano, el intelecto del hombre. La información que proviene de la evolución clínica del paciente es siempre relevante y puede incluso confirmar o negar un diagnóstico presuntivo.

Por demás, es oportuno destacar que la jerarquía o importancia de la información no depende de la fuente. Un dato clínico puede ser de importancia capital, y un dato radiológico intrascendente. Por supuesto, lo inverso también es cierto. Por tanto, se debe analizar el dato, independientemente de su procedencia, es decir, si es clínico o procede de las técnicas de exploración complementarias.

5. Finalmente se llegará a un diagnóstico de certeza que permitirá indicar la terapéutica, o bien se descubrirán nuevos problemas en el paciente, o se negarán las hipótesis diagnósticas planteadas, lo que obligará a reanalizar toda la situación, plantear nuevas hipótesis diagnósticas y nuevos programas de investigación de acuerdo a las mismas.

Al científico biomédico a veces no le es posible verificar experimentalmente una hipótesis, por cuanto la ciencia actual no posee todas las respuestas al tema en discusión o no existen las técnicas más apropiadas para validar la hipótesis.

Al clínico pudiéramos decir que en una proporción mayor le sucede otro tanto. A veces la hipótesis global, diagnóstica sobre un paciente no es posible validarla aun cuando el clínico pueda contar, sobre todo en la etapa presente, con los datos imagenológicos, humorales y biológicos.

La persona -ser complejo- es algo más que lesiones histológicas y moleculares, sin que estos datos deban ser despreciados, olvidados o no tenidos en cuenta.

El diagnóstico integral lo debe hacer el médico con todos los elementos de juicio en su poder o con ausencia de algunos de ellos, para identificar la enfermedad, con la lesión. El diagnóstico patológico es parte de la hipótesis, pero no es toda la hipótesis

del caso en estudio. Para lo primero bastan las técnicas, para lo último la tecnología básica es el médico.

El método científico es esencial para abordar y conocer la realidad. Esto es incontrovertible.

No obstante, la realidad no siempre y en todas las circunstancias se adquiere en forma tan metódica. Ya los clínicos del pasado aprendieron a captar la realidad por el abordaje sistémico de la misma: el diagnóstico intuitivo.

Diagnóstico un tanto olvidado y que hoy vuelve a ponerse sobre el tapete, cuando los estudios actuales del pensamiento humano nos señalan el poder que para la ciencia y los científicos posee el juicio sintético integral, juicio que se desarrolla y forman parte esencial del arte y de las humanidades. De aquí que el clínico no debe despreciar en el abordaje de la realidad clínica irreplicable la imaginación y el cultivo del arte como medio de educar también su pensamiento creativo.

El método clínico no se agota ni circunscribe al diagnóstico. Incluye también el pronóstico, la terapéutica y la profilaxis. Como todo científico, el médico debe registrar todos los datos que obtiene en el estudio del paciente, que le permita la aplicación de su método de cognición, valoración y praxis transformadora de la situación de salud de aquél.

METODO CLINICO

(Según Ilizástigui y Rodríguez Rivera)

1. Formular el problema
(Alteración de la salud de una persona)
2. Información primaria
(Interrogatorio, examen físico)
3. Formular hipótesis
(Diagnóstico presuntivo o provisional).
4. Comprobar o negar la hipótesis
(Exámenes complementarios y evolución del paciente)
5. Exposición de resultados. Contrastación con la hipótesis original
(Diagnóstico de certeza; no diagnóstico; nuevos problemas).
6. Instituir terapéutica si procede o reiniciar el proceso.
7. Exposición y evaluación de los resultados finales.

EL MÉTODO CLÍNICO Y EL EXPEDIENTE CLÍNICO

Sobre el particular, Ilizástigui y Rodríguez Rivera señalan:

El documento que se elabora, que para el científico no clínico recibe el nombre de libreta del científico, cambia de dominación y para el médico se convierte en la Historia Clínica.

Hablando con propiedad se trata en realidad de todo el expediente clínico, por cuanto las etapas del método clínico no se agotan en la Historia Clínica propiamente dicha.

Aunque este aspecto se convierte en un capítulo para tratar independientemente, no puede, sin embargo, dejarse de lado en un momento en que se habla sobre el método clínico.

El expediente clínico, para que esté a la altura de la ciencia clínica, debe exponer en forma explícita cumpliendo con rigor las diversas etapas del método clínico antes señaladas.

- La información recogida debe ser real, esencial y necesaria, teniendo en cuenta la ciencia semiológica.
- Los problemas de salud individual deben ser bien identificados.
- Las hipótesis diagnósticas deben estar bien fundamentadas, así como las interrelaciones entre ellas. La causa, la lesión anatómica, la alteración fisiopatológica o patobioquímica, no deben ser descuidadas. El análisis debe incluir los problemas psicológicos, sociales y sus interrelaciones con los problemas clínicos.
- Deben establecerse los planes de búsqueda de más información tecnológica para contrastar con la hipótesis planteada para su verificación final.
- Los exámenes deben ser justificados y valorados en relación con los diagnósticos clínicos establecidos.
- La conducta terapéutica debe ser justificada y valorada constantemente.
- El paciente debe ser informado, cuando sea posible, de su proceso y de las decisiones del médico para obtener su conformidad.
- La evolución debe presentarse exponiendo el pensamiento científico del médico y no ser una exposición de datos innecesarios y anecdóticos.

- El egreso debe ser un resumen de cada problema y las orientaciones brindadas por el médico para el futuro cercano o lejano.
- El médico, si desea que la clínica sea ciencia clínica, deberá acostumbrarse a trabajar con su método clínico en forma explícita y no oculta. Ellos deben ser registrados por cuanto pueden ser olvidados, tergiversados, en detrimento de la salud del paciente y la propia medicina.

Se intenta abogar sobre todo por clínicos no internistas, por una clínica que es una simple aplicación de la ciencia y la tecnología compleja. Existe en estos casos más preocupación por la lesión de la molécula (llamada actualmente la Patología) que por el paciente; más por la alteración clínica que por la persona. De esta forma se rompe el vínculo entre la persona y la lesión acentuando la búsqueda de la última y olvidando la primera.

Ni qué decir del clínico que sin ver al paciente o viéndolo escasamente unos segundos ordenan un cúmulo de exámenes para adelantar y adecuar posteriormente su interrogatorio y examen clínico al resultado de aquellos.

LA TECNOLOGÍA Y EL MÉTODO CLÍNICO

Acorde al enfoque positivista prevaleciente, se ha considerado que la medicina se convierte en ciencia cuando la enfermedad empieza a ser medida, cuantificada. El dato que se toma como científico es el proporcionado por la tecnología y la biología y no el dato clínico, que es subvalorado. (Dato "duro" vs dato "blando"). El resultado es la exclusión del foco de estudio de las características distintivamente humanas.

La clinimetría es un esfuerzo contemporáneo que busca atender esta demanda mediante la estandarización de las observaciones clínicas en aras de reducir la variabilidad de lo observado estableciendo criterios de "objetividad".

El desplazamiento del interés del médico, de la cabecera del enfermo al laboratorio, ha originado la creencia de que todas las respuestas dependen de la tecnología avanzada. Ello ha conducido a la pérdida de las habilidades propiamente clínicas y al sobreuso de los exámenes diagnósticos o complementarios, con la adopción de un eje diagnóstico basado en la alta tecnología y un eje terapéutico a base de procedimientos y medicamentos complejos y costosos. Aunque esta conducta se intenta justificar invocando que proporciona una mayor calidad de la atención médica, se sabe que no siempre calidad es igual a la alta tecnología, la que por cierto no está exenta de efectos paradójicos, como la iatrogenia y el encarecimiento de los servicios de salud.

Ilizástigui a señalado que este desequilibrio o asimetría ha empobrecido la práctica clínica general y especializada al relegar al ser humano global y solo percibirlo de forma fragmentada, limitada y deshumanizada. Al prescindir de la dimensión propiamente humana de la profesión, se acerca la medicina a la veterinaria: Se

estudia el Homo pero se excluye el Sapiens, como apuntara Rodríguez Rivera, citando a Hoffman.

Por su parte, el paciente percibe que no se tienen en cuenta sus necesidades emocionales, incrementadas por la pérdida de su salud. El médico pierde sensibilidad y capacidad empática, capacidad de comunicarse, de transmitir interés, confianza, afecto y esperanza.

¿Que enfoque procedería entonces hacer? Reforzar el modelo técnico-biológico, a pesar de su escaso costo-beneficio cuando se utiliza sin un juicio clínico crítico?
¿Renunciar a los adelantos de la ciencia y la técnica, promovente de un primitivismo diagnóstico y un nihilismo terapéutico?

A todas luces, procede promover una utilización racional y crítica de la tecnología en congruencia y no como sustituto de la clínica, como medio y no como un fin. Perfeccionar las habilidades clínicas de comunicación, exploración y comprensión multidimensional del paciente. Garantizar tanto la calidad científico-técnica como la calidad humana de la atención, entendiendo que la una refuerza a la otra. Neutralizar el desenfreno tecnológico con un refinamiento clínico y una reafirmación de los valores éticos y humanos de la profesión.

LA VULNERACIÓN DEL MÉTODO CLÍNICO

(Según Ilizástigui y Rodríguez Rivera)

PRIMERA FASE

1. El no establecer la adecuada relación médico-paciente.
2. El no formular apropiadamente el problema o los problemas del enfermo.

SEGUNDA FASE

1. Acentuar más lo anecdótico que lo semiológico en el interrogatorio.
2. Interrogatorio parcial o incompleto.
3. La no realización del examen físico, o éste se efectúa en forma inapropiada o incompleta.

TERCERA FASE

1. No se formulan hipótesis diagnósticas.
2. Sustituir los juicios diagnósticos por las expresiones "síndrome tal para estudio".

CUARTA FASE

1. Selección inapropiada de los exámenes paraclínicos de acuerdo a la hipótesis diagnóstica.
2. La no justificación de las pruebas seleccionadas.
3. La no contrastación del cuadro con el resultado de los exámenes paraclínicos.
4. Indicar batería de exámenes y posteriormente orientar el interrogatorio y el examen clínico.
5. El no arribar, como parte del juicio médico, al diagnóstico total, global e integral del paciente.

QUINTA FASE

1. El no reflejar en el expediente clínico del paciente los juicios establecidos en las diferentes fases del método clínico.
2. La no comunicación a colegas de las experiencias obtenidas en el trabajo médico.

ERRORES QUE SE COMETEN CON MAS FRECUENCIA DURANTE LA EXPLORACION CLINICA

(según Ilizástigui y Rodríguez Rivera)

DE TECNICA

1. Comunicación inadecuada con el enfermo que produce incomodidad del mismo, humillación u hostilidad.
2. Posición inapropiada del enfermo para realizar la técnica exploratoria.
3. Orden y organización deficiente durante el examen.

4. Técnica defectuosa para explorar o usar instrumentos de exploración.
5. Equipo deficiente o inexistente.
6. Práctica de la exploración en momento inoportuno (no hay facilidades para la confidencia, escasez de tiempo o de cooperación del paciente).

POR OMISION

1. El omitir parte de la exploración.

OBTENCION DE INFORMACION INEXACTA

1. No detectar signos existentes.
2. Detectar signos que no existen.
3. Interpretar variantes fisiológicas o anatómicas como anormalidades.
4. No obtener los detalles de los signos detectados.

DE INTERPRETACION

1. No conocer el significado fisiopatológico de un signo.
2. No conocer los signos que confirman una hipótesis o la descartan.

DE REGISTRO

1. No registrar un hallazgo por olvido.
2. Escritura ilegible, abreviatura incomprensible, mala gramática y registro incompleto de los datos recogidos.
3. Registrar diagnóstico y no signos recogidos.

LA ENSEÑANZA DEL MÉTODO CLÍNICO Y SU ESCENARIO

La enseñanza de la medicina clínica también está signada por las tres misiones que Ortega y Gasset declaró deberes de la Universidad: enseñar, investigar y transmitir la cultura.

La medicina clínica no se aprende en las aulas, laboratorios, bibliotecas y computadoras, que desempeñan una importante función complementaria o de apoyo al núcleo de su aprendizaje, que ha sido, es y será la implicación o participación de los educandos en el proceso de atención de salud a las personas en su contexto natural y social.

Este enfoque resulta más abarcador que el de la enseñanza a la cabecera del enfermo, al dar espacios a escenarios distintos del hospital y a objetivos más amplios que la curación.

Se requiere profundizar en la aplicación del método científico a la identificación y solución de los problemas de salud y sus determinantes, así como en la conformación de una metodología didáctica que permita su asimilación, a través de un creciente protagonismo estudiantil. El educando tiene que construir sus propios marcos referenciales inmersos en una práctica clínica transformadora que le permita apropiarse del modo de actuación profesional. La enseñanza acorde con estos propósitos tiene que propiciar ese aprendizaje activo, mediante formas particulares centrados en la educación en el trabajo, sin desechar las formas tradicionales, que la complementan.

Solo así se adquiere competencia profesional, que en clínica exige el aprendizaje persona a persona o enseñanza tutorial en pequeños grupos, en contacto continuado con el paciente. Implica también el desempeño en un marco ético de actuación con relevancia de los valores humanos y sociales y la adquisición de un compromiso de ejercer la profesión con vocación de servicios, entrega a la sociedad, junto al compromiso de practicar una medicina sustentada en la ciencia, que requiere de una permanente actitud crítica del médico así como de aprender por sí mismo durante toda su vida profesional.

El profesor de clínica debe ser un médico en ejercicio, que participa en la atención de pacientes, en cualquier rama de la medicina asistencial, con alta vocación docente y sentido de su responsabilidad como modelo capaz de promover la formación integral de sus educandos (científico-técnica, humanista, ético-moral, revolucionaria). Como el educador necesita ser educado, no basta que el profesor sepa medicina, condición por su puesto indispensable, es preciso también que sepa enseñarla ajustado a las demandas de su tiempo. Se exige entonces de aquél una sólida formación científica y ético-moral, complementada con la preparación pedagógica y humanística inherente a sus altas funciones.

La investigación clínica es consustancial a la aplicación del método clínico así como a su enseñanza, como ha afirmado Atchley "En la enseñanza de la clínica cotidiana, el concepto de que el diagnóstico es investigación y la terapéutica es experimento, debe estar implícito de modo constante en la atención del enfermo".

Profesores y alumnos no se conformarán con el papel de meros repetidores del conocimiento ya elaborado sino que trabajarán por conformar su experiencia investigadora propia, mediante la aplicación del método clínico. Esa rica experiencia permite la asimilación crítica de la teoría y la práctica concurrentes, así como el aporte de nuevas perspectiva y conocimientos.

Respecto a la misión universitaria de transmisión de la cultura, general y particular, debemos comprender con Letamendi que "quien solo sabe medicina, ni medicina sabe". El médico como profesional universitario tiene que estar al nivel de la cultura de su tiempo, tanto en lo referente a su profesión como a la cultura general. Conocer la historia de esa profesión, de sus saberes y quehaceres, de su indisoluble vinculación con la historia del desarrollo científico, material y espiritual de la sociedad. Asimilar el aporte de las generaciones pasadas y estar a la altura de las exigencias del presente, le permitirá proyectarse en el devenir de la medicina, la ciencia, la cultura y la sociedad.

ESCENARIO FORMATIVO

El escenario formativo del método clínico no puede ser otro que el espacio donde se lleva a efecto la atención al paciente o al sano, para promover, preservar o recuperar su salud. Como ya vimos, en la antigüedad la clínica se aprendía principalmente de forma ambulatoria o domiciliaria. En los tiempos modernos fue adquiriendo cada vez mayor relevancia el hospital como centro formador, hasta constituirse en el presente siglo el hospital universitario altamente especializado en el paradigma para la adquisición de la competencia clínica.

En las últimas décadas, este concepto ha sido desafiado, a partir de los trabajos de K. White, la asociación colombiana de facultades de medicina y de Juan C. García entre otros. Se plantea que la educación preponderantemente hospitalaria promueve que los educandos centren su atención en casos muy seleccionados en el orden técnico y biológico, a menudo en un estadio avanzado o terminal de su proceso morboso. Este enfermo no es representativo de toda la población que requiere de atención. Se ha encontrado que de mil personas de un área de la comunidad solo dos ingresan en un período de dos semanas. Así, los pacientes hospitalizados constituyen una muestra altamente seleccionada, que excluye al enfermo que no requiere ingreso, al sector de la morbilidad oculta, de los pacientes en riesgo y a los sanos.

Por otra parte todo ingresado tiene un pasado y un futuro fuera del hospital, etapas en la que requiere de atención médica, de gran significación en relación con la conveniencia del diagnóstico y tratamiento tempranos y el seguimiento y control

ulteriores. Se va afianzando la tesis de propiciar una formación compartida entre el hospital y la comunidad, que capacite al educando para ejercer en los entornos de la atención primaria y la atención secundaria, con una visión mas integral y abarcadora, como médicos de "universos" mas que de "muestras seleccionadas".

BIBLIOGRAFIA

1. Academias de ciencias de Cuba y la URSS: Metodología del conocimientos científico.
2. Atchley, D.: Science and Medical Education Jama, 1645 (Jun 1957) -citado por (9).
3. Fernández Sacasas, J.A.: La medicina interna en la comunidad (Editorial). Rev. Cub. Med. 14:267. 1975.
4. Fernández Sacasas, J.A.: Los paradigmas médicos y la práctica de la medicina clínica. Boletín Ateneo J. C. García: 4 (1-2), 72, 1996.
5. Florez Tascón, F. J.: Epistemología o teoría de la medicina Interna. 1er Ed., Madrid, 1971.
6. García, J. C.: La educación médica en America Latina. Pub. Científica 255, OPS/OMS, Washington, 1972.
7. Hoffman F.: El concepto de la medicina integral en los programas de enseñanza médica. Bol. Of. San Pan 1(2): 138-151, 1961 (citado por 10)
8. Ilizástigui Dupuy, F. y L. Rodríguez Rivera: El método clínico. Minsap, La Habana, 1989.
9. Ilizástigui Dupuy, F.: La ciencia clínica como objeto de estudio. Boletín Areneo Juan C. García: 4 (1-2), 7, 1996.
10. Rodríguez Rivera, L.: La práctica clínica actual y el legado humanitario hipocrático, ¿Donde fallamos?. Boletín Ateneo Juan C. García: 4 (1-2), 104, 1996.
11. Sánchez Linares, F.: Teoría del conocimiento marxista-Leninista. Ed. Hosp. Psiquiátrico de La Habana, 1997.
12. Sotolongo Codina, P.L.: Epistemología, ciencias sociales y del hombre y salud. Boletín Ateneo Juan C. García: 3 (3-4), 50, 1995.
13. White, K. et al: The ecology of medical care u Eng J. Med.: 265:885, 1961.