

El diagnóstico, críticas y posibilidades

JULIO CÉSAR PAYÁN DE LA ROCHE *

SE HA CONSIDERADO AL DIAGNÓSTICO como uno de los pasos más importantes en la relación médico-paciente, de él va a depender en gran medida el futuro de esa relación, tanto en lo que tiene que ver con el médico como en lo que se refiere al paciente. ¿Pero es tan importante este paso?, ¿o no es más que otro componente de ese abismo que cada vez se hace más patente entre los médicos y los enfermos y entre los primeros y la realidad? La verdad es que considero de importancia analizar un poco lo que representa el acto de diagnosticar, sospecho que si hacemos un mínimo de ejercicio vamos a desenmascarar otra de esas mentiras que nos repetimos todos los días, mentiras que al final, de tanto repetirlas, se terminan convirtiendo en verdades.

El encuentro

El enfermo aborda el consultorio del médico con una carga de expectativas, problemas, dolores, temores, conocimientos y experiencias que configura en sus quejas teniendo en cuenta sus propias simbologías y creencias. No tiene el código que maneja el galeno, ni las simbologías o creencias que para el profesional son académicamente rutinarias. El paciente engloba en su enfermedad su TOTALIDAD, esto es que relaciona sus dolores con sus desarmonía, dificultades en sus relaciones interpersonales o laborales, frustraciones, sensaciones y sentimientos que expresa a través de una enfermedad, además en la cultura occidental con frecuencia va con una gran carga de culpabilidad pues se ha asociado la enfermedad a castigos por violaciones de normas religiosas o naturales. Repásese si no el caso de la sífilis en el siglo pasado (si no le temes a Dios, témele a la sífilis), el sida en nuestros días, la lepra, el cáncer o las enfermedades genitales. Por su parte el médico tiene como propósito evaluar esas quejas para adaptarlas a un modelo previamente idealizado de enfermedad como es el diagnóstico. La ciencia, los libros, las revistas y la sociedad consumista galénica, le han vendido al médico no sólo un modelo de salud, sino también uno de enfermedad ideal (artritis pura, asma pura, gastritis pura, miasma puro, síntomas patognomónicos, etc.), modelos que con su cohorte de exámenes accesorios y probatorios conforman lo que se llama un diagnóstico en el cual el médico tratará de incrustar, y ésta es la palabra que más se acerca a lo que ocurre, al paciente. Mientras el enfermo considera que todos SUS síntomas tienen relación con ÉL mismo como un todo, el médico los clasifica según sus conocimientos y el modelo predominante establecido de enfermedad-diagnóstico, y con este fin, altamente clasificatorio, desecha los que para él no tienen mayor valor o significado, o le da mayor importancia a otros, sin tener en cuenta el sentir del paciente, que es mirado como un ente totalmente pasivo, que carga en su interior unos males que tienen que ser enmarcados de alguna manera en algo llamado diagnóstico. Aún más, en ocasiones cuando las quejas del paciente, y éste en sí mismo, se tornan difíciles de encajonar surge la posibilidad de llevarlo al confín de los enfermos mentales, diagnóstico que, como muchos, se le convertirá en un estigma permanente. Gráficamente podemos imaginarnos esta parte del ejercicio como si al cerrar una maleta un viajero descubriera que permanecen por fuera algunos trozos de prendas, que no cupieron en ella, y en vez de reorganizarlas, ingenuamente corta con una tijera todo lo que le parece sobrante, quedando satisfecho de su obra. Lógicamente, cuando vuelve a abrirla se encuentra que lo guardado en ella está irreconocible. Proporcionalmente esto es lo que hace el médico cuando desecha síntomas y quejas que le lleva el paciente para poder acomodarlo a esa especie de maleta de viaje que se ha denominado el diagnóstico. Aún más, al tratarse de modelos descriptivos, que en muchas ocasiones no hacen más que llevar al lenguaje científico las mismas quejas del enfermo, el diagnóstico se torna en otra de tantas maneras de disfrazar la ignorancia, o lo que algunos han llamado también el refinamiento de la ignorancia¹, ya que al ser meras descripciones, no conllevan en sí la dinámica o el proceso que produjo en esa individualidad específica el cuadro nosológico. Comienza entonces un ejercicio de descalificación y desarticulación del paciente, que es dividido por sectores, órganos o tejidos para que SU TOTALIDAD pase a formar parte de diferentes capítulos de las micromiradas médicas, que poco a poco lo reducirán a diferentes mínimas expresiones, creyendo ingenuamente que al juntarlas nuevamente reaparecerá el enfermo antes desvirtuado, en la falsa creencia de que mediante la suma de las partes se puede entender el todo.

* Julio César Payán de la Roche. Médico cirujano, gineco-obstetra de las Universidades del Cauca y de Antioquia. Autor de La Medicina Biológica: una medicina no comprometida, Lánzate al Vacío: se extenderán tus alas y de artículos publicados en América y Europa, coautor de libros editados en Colombia, México, Ecuador y España. Conferencista en países americanos y europeos. Director de CIMA y jefe del programa Salud de FUNCOP.

Mediante este procedimiento el ser humano se vuelve clasificable, masificable y estadísticamente moldeable. El examen físico, y los laboratorios se dirigirán a reafirmar estos propósitos, como lo veremos un poco más adelante. Al final se colocan una lista de posibles diagnósticos que nunca reflejan ya al verdadero paciente, sino que son descripciones estáticas del estado de sus vísceras y tejidos, basadas en una anatomía cadavérica. Si revisamos la mayoría de los llamados diagnósticos, éstos no son más que meras descripciones inanimadas, de procesos vitales que han sido desconocidos o descalificados por el afán clasificatorio de las artes médicas. En muchas ocasiones los diagnósticos que se le colocan al enfermo no tienen ninguna relación entre sí.

El diagnóstico del especialista

Si el médico es un especialista o un súper especialista, va a desconocer, con mayor razón, los síntomas o quejas que no correspondan a sus conocimientos. Y permítaseme aquí referirme al tema de la historia clínica. Cualquier tipo de historia siempre será una historia no detallada², esto quiere decir que es incompleta, pues nunca podrá tener todos los datos relacionados bien sea con el propio paciente, o con el todo de su entorno, teniendo en cuenta que es un sistema biológico, termodinámicamente abierto, con mecanismos de entropía y de negantropía. Así que el diagnóstico que emana de esa historia clínica y de todos sus exámenes complementarios, que también corresponden a la categoría de no detallados, se debe de tomar únicamente como una aproximación o probabilidad al y del ser vivo y no con el carácter determinista y adivinatorio del futuro que se le da actualmente. Una historia no detallada con su o sus diagnósticos, no puede dar pronósticos individuales certeros, aunque no se puede negar que desde el punto de vista estadístico su valor puede ser mayor. Pero cada vez que se avanza en los escalones de la especialidad médica la historia es más incompleta, ya que el técnico especialista limita más el interrogatorio, los hallazgos, los laboratorios, y en general la visión del paciente a su reducido campo³. Como decía Bernard Shaw, cada vez se sabe más de menos, hasta que se llega a saber mucho de nada. En este proceso el enfermo ha dejado de ser el dueño de su cuerpo y ha pasado al frigorífico del diagnóstico médico, sobre él ya se cierne la mirada fría de la anatomía patológica, que con pedazos de material inerte, congelado y muerto, dará su veredicto final, configurando el triunfo de lo cadavérico y estático, sobre lo vital y dinámico. Posterior a los diagnósticos comienzan los laboratorios, exámenes y pruebas de rigor, que tienen como meta confirmar la tendencia ya enunciada. Como lo dice Luis Carlos Restrepo⁴, citando a M. Balint: "Se presenta la eliminación del paciente mediante exámenes apropiados", eliminación que es una constante a lo largo del proceso.

¿Y dónde está el enfermo?

El enfermo como realidad desaparece para dar paso a un para-paciente o a una realidad virtual, producida y alimentada por el modelo médico imperante, que terminará convirtiendo esta última ilusión en lo único cierto y valedero. La cuestión se agrava ya que basado en esa realidad virtual, para-paciente o ilusión, que es el diagnóstico, se ha construido gran parte del conocimiento médico actual. La ciencia médica se alimenta de diagnósticos, los lleva a las estadísticas, los clasifica, teoriza sobre ellos, los alimenta, los hace crecer, convierte esos fantasmas en realidades que con su nombre horrorizan a médicos y a enfermos, escribe tratados y sesudos artículos sobre ellos, para al final alimentar negocios de drogas y aparatos que con la iatrogenia que siembran, van a producir más diagnósticos, para que los médicos, como fieles reproductores, repitan en un interminable eco una y otra vez la historia. Es el monstruo que abre las fauces para alimentarse con sus propios frutos.

Un problema en la comunicación

Mientras los médicos, los laboratorios, los patólogos, el personal de enfermería, etc., hablan un lenguaje que para ellos aparece eficiente y significativo, el paciente y sus familiares utilizan otros códigos, apareciendo de esta manera otro factor que aumenta el abismo ya existente entre la medicina y la realidad del enfermo. La catástrofe está por finalizar y al término de ella la soberbia del técnico se impone a la realidad del paciente. De allí en adelante el paciente se tornará en "colaborador pasivo en beneficio de una personalidad mágica, que concentra el poder curativo y hace del enfermo un cómplice de la expropiación significativa", como lo expresa Luis Carlos Restrepo en la obra citada anteriormente.

Propuesta anatómica

Desde los tiempos de Galeno la anatomía médica ha sido de tipo cadavérico, descriptiva y estática, y ésta es la visión que da origen a diagnósticos que como lo hemos planteado siguen iguales características. Necesariamente en el ejercicio de las medicinas alternativas, y específicamente en el de la Terapia Neural, tenemos que revisar los conocimientos anatómicos que han regido la visión de la medicina ortodoxa occidental, ya que nuestro accionar no se basa en el diagnóstico convencional. Para la práctica nos tenemos que basar en una anatomía de superficies o de planos dinámicos interactuantes entre sí. Voy a tratar de explicar un poco mejor este punto de vista: Por las teorías del Campo Unificado de Einstein⁵, el Unus Mundus de Jung, la Energía Básica de Bohm⁶ o la Resonancia Mórfica de Sheldrake⁷ en la época moderna pero enunciados desde la antigüedad^{8,9}, debemos ver al ser humano como un producto de todo el Cosmos, que además de ser formado por las energías de él, también las transforma, haciendo parte de un cambio incesante como el que se ha descrito en la historia de la formación de las primeras células, en donde el caldo de cultivo que dio origen a sus primeros organelos era a su vez modificado por éstos, para adecuarlo a la necesidad, o al azar, de evolucionar hacia la formación de organismos cada vez más complejos. Así que la anatomía como ya vemos con nuestros cinco sentidos, o con los que sirven para agudizarlos

como pantallas que aumentan o microscopios de alta resolución, es sólo una pequeña parte de un gran proceso dinámico (nótese que digo parte y no resultado), que en todo momento está en evolución: con las singularidades propias del ser humano, termodinámicamente abierto, con relaciones entrópicas, con la célula como órgano básico, cada una con 560 millones de moléculas enzimáticas, con un promedio de 30.000 reacciones por segundo, que a su vez tiene otros órganos como mitocondrias, membranas, sistemas de información, mecanismos enzimáticos, etc. que siguen principios de la física cuántica, en un organismo que presenta un caos determinista con sistemas biológicos de alta complejidad¹⁰. En una visión tan dinámica como la que estamos dando no cabe una anatomía estática, ya que todo está en movimiento y todo se intercambia, como en el principio de incertidumbre de Heisenberg. Se aprecia la necesidad de una anatomía que nos relacione con el Cosmos, que presente al cuerpo y a lo viviente como una densificación del proceso energético universal, y que permita una dinámica cuántico-gravitacional en el plano anatómico macroscópico. La relación entre el Cosmos y el cuerpo ha sido planteada desde los tiempos más antiguos, así como en la época moderna, tal como se ha expuesto en páginas anteriores. Basta entonces con retomar las antiguas enseñanzas de los diferentes cuerpos energéticos del ser humano (causal, mental, astral, etéreo y físico), que se consolidan en los Chakras y que gracias y a través del sistema nervioso se densifican para somatizarse y formar diferentes tejidos, como parte de un proceso nunca acabado, ya que esos tejidos también van a actuar sobre ese cuerpo energético, al igual que las células sobre el caldo de cultivo inicial, dando lugar a un complejo proceso bio-cibernético. Esa somatización se hace por superficies y no por órganos terminados pues ya hemos dicho que es parte de un proceso y no el fin de él, así que tendremos conjuntos de superficies, áreas o sistemas como serosas, aponeurosis, óseas, cartilaginosas, epidérmicas de revestimiento, de membranas, cartilaginosas, hemáticas, musculares, endoteliales, etc., que funcionan tanto gravitacional como cuánticamente mediante la articulación de reacciones químicas. Lo cuántico se relaciona con todo el proceso energético, que por la ley de la Correspondencia, al sumarse estos eventos, pasan al campo de lo gravitacional en donde surgen los diferentes sistemas, superficies o áreas. Así planteamos una anatomía de superficies formadas por frecuencias, con intercambio energético constante, con mecanismos biocibernéticos, y no la anatomía de órganos terminados que es la que se ha aceptado hasta ahora. Nos acercamos a la visión de los Cinco Elementos de la Acupuntura y a la imagen del ser humano en la que se conjugan lo cuántico y lo gravitacional, dentro de un campo universal ondulatorio y fluyente. Desde el punto de vista de la Terapia Neural, una irritación o un campo de interferencia en una superficie o sistema, repercute en todo el sistema o superficie análogo o semejante, al igual que un diapason hace vibrar a los que tengan su misma frecuencia (éste era uno de los temas que más nos atraía en los primeros años de la Terapia Neural en Colombia, con Germán y Jorge Alberto Duque, creo que el ejemplo todavía es válido). Este accionar se lleva a cabo gracias a los fenómenos de corticalización en el sistema nervioso^{11,12}. Tenemos entonces una aproximación a una anatomía de superficies como parte de un proceso energético universal y dinámico que permite el intercambio entre la energía y la materia, o entre la mente y el cuerpo, o entre la psique y el soma, convirtiendo estos conceptos en manifestaciones intercambiables del mismo ser, en contra de la teoría cartesiana que ha creado entre ellos divisiones tajantes.

Volviendo al diagnóstico

Con la propuesta expuesta, el diagnóstico estático, al que hemos estado acostumbrados y sometidos, ése al que a veces se le llama de "sentido común", no es más que la visión de la parte gravitacional no dinámica, de órganos y no de superficies, por eso peca de incompleto y de allí parte la crítica presentada en esta revisión. Ante la anatomía de superficies o de áreas, el abordaje del enfermo cambia sustancialmente. Ya no nos acercamos a él con un diagnóstico inamovible e inmovilizador, sino con una visión dinámica, colocándole impulsos inespecíficos, en sitios específicos detectados por la historia, esperando su respuesta, para basados en ella continuar con la terapia. Es abrir un diálogo con el enfermo dentro de nuevos paradigmas y posibilidades, esto es, con nuevas concepciones que no sólo tienen que ver con el enfermo sino con la vida misma¹³⁻¹⁵. Por una parte tenemos entonces el diagnóstico convencional, y por otra la aproximación dinámica. El primero nos lo han enseñado en las universidades, la segunda, tan válida como el otro, será la que nos permita un accionar de tipo alternativo, bioenergético o como se le quiera llamar. Ya vemos claro que el problema no es de herramientas sino de concepciones frente a la vida misma. Quiero insistir en que lo que le critico al diagnóstico ortodoxo no es su existencia sino que sea el único aplicable, aceptable y reconocido oficialmente, y que basado sólo en él se desconozcan las capacidades y las posibilidades del ser humano como ente universal. Por eso es posible encontrar que "enfermedades", clasificadas o diagnosticadas como incurables, pueden mejorarse y hasta curarse, con otras terapéuticas cuando están en "enfermos" con capacidades vitales que así lo permitan. Y la única manera de saber esta segunda posibilidad es preguntándole al ser del enfermo y esperando su respuesta. En el caso de la Terapia Neural, esa pregunta se la formulamos al enfermo a través de su Sistema Nervioso con una aguja cargada de procaína. Si somos capaces de comprender y de introspectar estos puntos de vista las cosas fluyen de una manera más fácil, el sida, el cáncer, el lupus, la gripe, la amigdalitis, la colitis y miles de etcéteras, adquieren otra dimensión y los enfermos, y nosotros mismos, nos damos otras oportunidades. Pero cada vez da más tristeza ser testigo de cómo las medicinas llamadas alternativas, también caen bajo el poderío omnipotente del diagnóstico cadavérico, se hincan ante él y se desnaturalizan buscando el vademécum que las acoja bajo su bendición, convirtiéndose al final en otras oficiadoras de la némesis médica. El diagnóstico clásico es muy importante para el enfoque ortodoxo, pero para la visión renovadora, aunque antigua, de las medicinas alternativas, representa un ancla que nos mantiene atados a un orden que queremos cambiar.

References

1. La Plenitud del Vacío, Jean Bouchart d'Orval. Edicomunicaciones, Barcelona 1991.
2. The Quark and the Jaguar. Adventures in the Simple and the Complex. [El Quark y el Jaguar. Aventuras en lo simple y lo complejo. Tusquets 1995] Murray Gell-Mann.
3. Peligro Mortal, Efectos de la Prescripción de Fármacos, Arabella Melville y Colin Johnsons. Planeta 1984.
4. Semiología de las prácticas de Salud, Luis C. Restrepo. Centro Editorial Javeriana, Bogotá 1997.
5. Essay in Science, Albert Einstein. Philosophical Library 1934.
6. La Totalidad y el Orden Implicado, David Bohm. Kairós 1992.
7. Siete Experimentos que Pueden Cambiar el Mundo, R. Sheldrake. Paidós 1994.
8. El Kibalion. Orion 1997.
9. Your Electro-Vibratory Body, Victor Beasley. University of the Trees Press, California 1978.
10. "Complejidad en la frontera del Caos", Solé, Bascomte y otros. En Investigación y Ciencia 1996, 236.
11. La Doctrina de Pavlov sobre la Actividad Nerviosa Superior, E. G. Vatsuro. Vergara 1959.
12. "Acción Central de la Terapia Neural", Julio C. Payán. En V Coloquio de Medicinas Alternativas y Sociedad. Popayán, Colombia. Y en Medicina Holística 39. Madrid.
13. "Ciencia, Tolerancia y Medicina", Julio C. Payán. En Natura Medicatrix 1995-96, 42.
14. "El Acto Médico ante las Concepciones Holísticas", Julio C. Payán. En Medicina Holística 35.
15. "Posibilidades para un diálogo de saberes", Julio C. Payán. En Medicina Holística 42.