

EL IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO MÉDICO COMO EXPERIENCIA TRAUMÁTICA. ALGUNAS REFLEXIONES

THE IMPACT OF MEDICAL DIAGNOSIS AS A TRAUMATIC EXPERIENCE. SOME THOUGHTS

DR. CÉSAR CARVAJAL (1)

(1) Psiquiatría. Clínica Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

Email: drcesarcarvajal@gmail.com

RESUMEN

Este artículo de reflexión aborda el tema del proceso diagnóstico dentro del quehacer médico. Explicita las repercusiones que tienen tanto para el médico como para el paciente, la formulación y la comunicación de éste, esta última enmarcada en el ámbito de dar malas noticias. Se revisa el impacto emocional y las diversas respuestas que pueden producirse, especialmente ante diagnósticos que implican mayor gravedad para el paciente y/o por las repercusiones familiares que puedan tener. Se plantea que el diagnóstico puede actuar como un estresor, e incluso constituirse en un acontecimiento traumático. Se hace hincapié en la responsabilidad médica, ética y legal que asume el médico cuando formula un diagnóstico y debe informarlo al paciente.

Palabras clave: Proceso diagnóstico, impacto del diagnóstico, relación médico-paciente, responsabilidades éticas, responsabilidades legales.

SUMMARY

This reflexion article focusses on the subject of the diagnostic process within the medical profession. It explains the repercussions for both the doctor and the patient on the formulation and communication of the latter, framed in the field of giving bad news. We

review the emotional impact and the different responses that can occur especially to diagnoses that involve greater seriousness for the patient and / or the family repercussions they may have. It is argued that diagnosis can act as a stressor, and even constitutes a traumatic event. Emphasis is placed on the medical, ethical and legal responsibilities assumed by the physician when making a diagnosis and should inform the patient.

Key words: Diagnostic Process, diagnosis impact, doctor-patient relationship, ethical responsibilities, legal responsibilities.

DIAGNÓSTICO: SU ETIMOLOGÍA

La etimología de la palabra diagnóstico proviene del griego *diagnōstikós* (*διαγνωστικός*) que alude a la capacidad de discernir, distinguir o reconocer. El vocablo diagnóstico está compuesto por el prefijo *diá* (a través de) y *gnosis* (conocimiento). La acción y efecto de diagnosticar está englobado en el término diagnosis que deriva de la palabra latina diagnosis, la que a su vez proviene del griego *diágnōsis* (*διάγνωσις*). El término diagnóstico, inicialmente no habría sido de uso exclusivo de la medicina (aunque la empleó Hipócrates en sus obras), sino que aludía expresamente a la capacidad de distinguir y conocer. Sin lugar a dudas estos dos últimos aspectos tienen plena vigencia en la actualidad. La última edición del

Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española define el término diagnóstico como “la determinación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas” y “la calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte”. Es decir, en lenguaje médico, **diagnóstico lleva implícita la semiología, la etiopatogenia y la nosología**. Estas tres áreas obligan a que el profesional médico -responsablemente- precise un término, el cual responde a un constructo de lo que denominamos enfermedad.

CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD

Una distinción importante se refiere al concepto de enfermedad. Para Eisenberg, los pacientes son los que sufren enfermedades (*illnesses*), ya que este término involucra lo que a ellos les interesa y les afecta en el funcionamiento social; en cambio, los médicos diagnostican y tratan patologías (*diseases*). Por otra parte, en relación con la terminología empleada en los últimos 25 años, tanto a nivel de los medios de divulgación, como también en los ámbitos especializados en el área psicológico/psiquiátrica se ha producido una interesante discusión respecto al empleo de los términos “temas” y “aspectos” de salud mental para referirse a sintomatología psicopatológica, en oposición a la clara denominación de enfermedad mental. Este cambio se debe, en parte, al estigma que involucra el término enfermedad mental. Al referirse a “temas” y “aspectos” se tiende a subestimar la seriedad y gravedad del distrés producido por la patología, como también la experiencia del paciente. De forma análoga sería como denominar “temas” de salud física para referirse a hipertensión arterial o a una diabetes mellitus (1).

Definiciones de salud y enfermedad mentales tal vez más abarcadoras las encontramos en lo propuesto por Armando Roa, cuando describe la salud mental como aquella condición en que existe “posesión, manejo y productividad fácil, esperanzada y alentadora de la propia persona y su mundo, con rendimiento óptimo, afectivo y práxico para ella y su medio en acuerdo a su condición biológica, cultural y económico-social”. A la vez considera que la enfermedad mental “sería un socavamiento activo de la psique por menoscabo transitorio o permanente, reparable o irreparable, de su energía íntima, debido a acción de agentes venidos desde fuera o a fuerzas autodestructivas, a lo cual se le da un origen, configuración, significado y tratamiento diverso, según sea la religión, cultura, estado socio-económico e individual de la persona”. Respecto al diagnóstico, Roa hace hincapié en que “el reconocimiento técnico contra lo pensable es muy similar en todas partes”. Estas reflexiones están en la perspectiva de la dificultad que existe para contar con un concepto transcultural de salud y enfermedad, más aun cuando éste se refiere particularmente al ámbito de lo psíquico (2).

¿QUÉ ES EL DIAGNÓSTICO?

Para el médico

Cuando el médico atiende a un paciente, uno de los grandes desafíos en su quehacer es poder llegar a una conclusión que englobe lo que le aqueja. Esto, a través de la exploración de los síntomas y dentro de una adecuada relación médico paciente, para así poder llegar a formular una denominación que sea comprensible (y ojalá conocida para el enfermo) y que le permita elaborar un plan de estudio y tratamiento. Este proceso radica principalmente en los elementos que puede aportar directamente el paciente o a través del relato de terceros (familiares o cuidadores), y en algunos casos con la información recopilada anteriormente por otros facultativos, mediante los resultados de exámenes clínicos o informes, y en importante medida en el conocimiento que tiene el médico de una determinada enfermedad. A este ejercicio clínico está enfrentado el médico con cada paciente que debe atender y a su vez es escrutado en cada atención por el paciente y/o sus familiares y también por sus colegas cuando corresponde. No son infrecuentes los comentarios de pacientes o familiares como: “visita a tal médico, porque tiene un buen diagnóstico”, “ese médico acertó con mi diagnóstico”, “no lo voy a consultar, porque conmigo se equivocó” y muchas otras expresiones que ponen de relieve la importancia y responsabilidad que implica el diagnóstico. Pareciera entonces que en el accionar médico una parte muy importante se relaciona con el proceso diagnóstico.

Como aproximación al diagnóstico no debemos olvidar que existe un diagnóstico de signos y síntomas clínicos, otro de cuadros sindrómicos y por último el de entidades nosológicas. La historia de la medicina ha seguido también esta secuencia. En una época abundaron las patologías con nombres propios, sea como síndromes o enfermedades, que permitieron que sus “descubridores” o mejor dicho sus sistematizadores nos dejaran un legado hasta el día de hoy.

Para el médico, el proceso diagnóstico la mayoría de las veces, implica la búsqueda de una solución a la sintomatología del paciente, y con eso la posibilidad de contar con un plan de estudio, tratamiento y pronóstico, lo que sin duda debería -al menos- tranquilizar al paciente y/o la familia. En otras ocasiones, este proceso puede estar orientado a satisfacer una determinada categoría diagnóstica que le permita acceder al paciente a algún beneficio del sistema de atención de salud (sea público o privado) o a algún seguro de salud específico. Pero también la formulación de un determinado diagnóstico puede obedecer, lamentablemente, a un deseo de lucimiento personal del facultativo, sea ante otros colegas y/o para satisfacer lo que el paciente o su familia desea escuchar. Estos aspectos determinan no sólo la importancia de la formulación

del diagnóstico, sino -sobre todo- la responsabilidad con que debe ser asumida por el médico. Demás está decir que, junto con una responsabilidad ética también existe una responsabilidad legal con implicancias judiciales, la cual cada día está más presente en los procesos relacionados con la judicialización de la medicina.

Para el paciente

Para los pacientes es fundamental poder contar con una explicación y ojalá razones convincentes acerca de la experiencia que viven a raíz de sus síntomas. También se hace necesario poder contar con nombres conocidos de su cuadro, con el conocimiento de las posibles causas y de las potenciales intervenciones. Los pacientes esperan que la consulta termine con un diagnóstico que permita un plan de estudio con exámenes y/o procedimientos, un tratamiento y un pronóstico. Es difícil que una consulta médica termine bien si no tiene al menos, un diagnóstico presuntivo.

Para el médico y para el paciente

En ocasiones el paciente deambula de un médico a otro en busca de la formulación del diagnóstico que él quiere recibir. Tal diagnóstico puede ayudarlo a justificarse ante terceros sobre ciertas conductas (como en algunas patologías psiquiátricas), a conseguir algún beneficio de los sistemas de salud (ya sean de tipo curativo o de alguna pensión de invalidez), a aportar un antecedente médico importante para un tema judicial, a eximirse de ciertas responsabilidades académicas o laborales, a evitar ciertas responsabilidades civiles o militares, etc. Por supuesto que frente a estas diversas situaciones es determinante la responsabilidad que asume el médico.

Así como Balint concluyó, después de un estudio con un grupo de médicos ingleses acerca de la relación médico paciente, que el médico es una droga poderosa, eficiente, capaz de actuar positiva o negativamente, acentuando o mermando el efecto de las otras drogas, también se puede considerar que el diagnóstico es un arma muy poderosa de la que dispone el médico (3). El veredicto del médico puede determinar que las consecuentes acciones que se tomen con el paciente se encaminen en una dirección terapéutica o rehabilitadora, o por el contrario que se acompañen de efectos iatrogénicos y claramente perjudiciales para él y/o su familia. **Ningún diagnóstico carecerá de repercusiones emocionales;** la sintomatología puede ser de escasa o nula gravedad y tratarse de algunas molestias transitorias, o por el contrario acarrear un futuro funesto. De ahí que se debe ponderar muy bien el diagnóstico como constructo (y sus variadas consecuencias) y las implicancias que puede determinar en el paciente y su entorno. El diagnóstico en sí mismo puede significar una experiencia terapéutica, un alivio para el paciente y su entorno, la posibilidad de un nuevo camino por recorrer, el

poder contar con un mejor pronóstico, o bien transformarse en una experiencia traumática. Frente a esta disyuntiva el médico tiene que ser particularmente cuidadoso de cómo abordar el acto de comunicar el diagnóstico. Pero, antes debe haber explorado lo más profundamente posible quién es ese paciente y, si es necesario -con el apoyo de familiares- anticipar las eventuales consecuencias de cómo recibirá el diagnóstico. Aspectos significativos de la biografía del paciente, elementos de su personalidad, antecedentes traumáticos, redes de apoyo psico-social, creencias y prácticas religiosas, relaciones familiares pasadas y actuales son algunos de los aspectos que se deben conocer antes de formular un diagnóstico de gravedad que determine un cambio importante en el estilo de vida o una cercanía de la muerte.

LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Una vez que el médico ha podido analizar la mayor cantidad de elementos que le permiten tener un diagnóstico presuntivo o bien definitivo, tiene el desafío de comunicárselo al paciente. Cuando se trata de un diagnóstico que no se acompaña de mayor gravedad, ni necesidad de exámenes de alto riesgo y que implica un tratamiento de fácil acceso y un buen pronóstico en general, no hay mayores dificultades. Pero cuando la situación es la inversa, el facultativo se enfrenta al desafío de tener que comunicar una mala noticia. Este tema se ha incorporado cada vez más en los estudios de pregrado, dado que implica entrenarse en ciertas destrezas, ya que es una acción que debe ser asumida responsablemente sólo por quien oficia de médico tratante o profesional sanitario a cargo en un determinado momento. No se trata de aprender y memorizar un discurso específico para verbalizarle al paciente, sino de ser capaz de hacerle comprender a éste lo que le está ocurriendo. Más allá de que el paciente logre una comprensión racional, se trata de poder ayudarlo tanto en el proceso de aceptación, como también en lo difícil que resulta muchas veces poder llegar a asumir todo lo que el diagnóstico implica. En esta parte, de la relación médico paciente, es clave que el médico sea empático, realista, claro y entregue un panorama lo más objetivo posible de lo que le puede ocurrir al paciente. No se trata de emplear un lenguaje doctoral, que revele gran nivel de conocimientos y que el paciente, por lo que está experimentando emocionalmente en ese momento, no entienda casi nada, se bloquee o que por sus mecanismos de defensa sólo interiorice una parte que es la menos grave. En este momento el médico tiene el gran poder de ser objetivo, de minimizar o de amplificar los riesgos y consecuencias que tiene el diagnóstico, ya que dependiendo de cuál sea éste, serán las acciones que vengan a continuación. Estas acciones pueden traducirse por ejemplo en una hospitalización, cuando el paciente ha consultado en un servicio de urgencia, ha sido atendido en la consulta ambu-

latoria o en el domicilio. También el diagnóstico determinará los exámenes que se soliciten, los que pueden ser necesarios para confirmar el diagnóstico clínico o para investigar posibles causas de las molestias que aquejan al paciente. En este punto es conveniente reflexionar acerca del aumento de la cantidad de exámenes y exploraciones, que se viene dando desde un tiempo a esta parte. Pareciera que los exámenes de laboratorio pueden reemplazar al clínico. Asimismo, la semiología ha entregado parte importante de su quehacer a las técnicas de imágenes; no se trata de desconocer el gran valor de estas últimas para confirmar lo sospechado por el examen clínico, ni tampoco su gran utilidad en la detección de anomalías en las evaluaciones preventivas. Los exámenes y procedimientos son factores importantes en el encarecimiento de la atención médica y también tienen una alta asociación con los procesos de judicialización de la medicina.

Es de aceptación común que una persona que recibe una mala noticia nunca olvida dónde, cuándo y cómo se enteró de ella. En un artículo publicado en 1991 se estudió, en forma retrospectiva, la forma en que se entregó la información acerca de la muerte de un hijo a un grupo de padres voluntarios. Los fallecimientos ocurrieron en diversas circunstancias como accidentes de tránsito, suicidio, cáncer y asesinato entre otras. Más de la mitad de los padres destacó como importante que la entrevista fue grata o razonablemente manejada más que una entrevista mal llevada u ofensiva, además señalaron que los policías (cuando correspondió) fueron más acogedores que las enfermeras y los médicos. Si bien es una muestra de 120 padres, que puede considerarse sesgada, este artículo puso un alerta respecto a cómo mejorar la capacitación del personal encargado de informar a la familia sobre la muerte y en general dar malas noticias (4).

EL PROBLEMA DE LA CERTEZA DEL DIAGNÓSTICO

Una vez evaluado el paciente, lo más probable es que el médico pueda formular un diagnóstico presuntivo en base a los hallazgos de la anamnesis y del examen clínico. Con este primer paso se podrá establecer un plan de estudio y complementar la evaluación con exámenes de laboratorio y eventuales procedimientos diagnósticos. Aquí surge un primer problema que tiene relación con los procedimientos que realiza un médico diferente del tratante u otro profesional, como puede ocurrir con una ecotomografía, una electromiografía, una cistoscopia, un campo visual, una audiometría o cualquier otro examen cuyo resultado se está determinando al momento de la realización del procedimiento. El paciente, ante la expectación por conocer el resultado solicita a quien está realizando el examen que se pronuncie acerca de la normalidad o anormalidad del examen. A este respecto hay que aclarar que no es para nada recomendable que sea

este médico o tecnólogo especializado quien responda al paciente sobre el resultado del examen; sin embargo, hay que reconocer que en la práctica no siempre resulta fácil dejar al paciente con una gran duda y dilatar la espera hasta el próximo control con su médico tratante.

El diagnóstico presuntivo puede resultar de alto impacto emocional, especialmente cuando se magnifica la potencial gravedad o incapacidad a la que se puede llegar de confirmarse dicho diagnóstico. Hay que insistirle al paciente que lo que se tiene es una hipótesis de trabajo para estudiar y completar con los exámenes necesarios en busca de la precisión diagnóstica y así poder implementar el tratamiento más adecuado. El diagnóstico presuntivo también permite justificar la solicitud de exámenes invasivos, que impliquen un alto costo económico o que se acompañen de cierto sufrimiento para el paciente cuando implican un grado moderado de dolor.

Junto con el diagnóstico presuntivo está el o los diagnósticos diferenciales. Aquí se da una situación equivalente en cuanto a la repercusión emocional y hay que ser cauteloso en la entrega de información objetiva y realista, en base a las probabilidades según la epidemiología local, la importancia de algunos síntomas y la experiencia personal. No parece que sea de utilidad extenderse, especialmente en una primera consulta, en una larga lista de posibles diagnósticos diferenciales, la que además con seguridad implicará la solicitud de un sinnúmero de exámenes. En esto la experiencia clínica, la ponderación y la prudencia que tenga el médico podrán ayudar mucho a minimizar el impacto psicológico para el paciente.

El objetivo durante el proceso diagnóstico es poder acercarse lo más posible a un diagnóstico de certeza, el cual naturalmente no siempre se consigue y menos en la primera consulta, sobre todo cuando la patología es más compleja o poco frecuente.

Al tener un diagnóstico de certeza, gracias a que la exploración clínica se puede apoyar además en el resultado categórico de una biopsia, de un examen de imágenes, de un procedimiento neurofisiológico, de un panel viral o de un examen de sangre específico, el médico se ve enfrentado al hecho de tener que informar al paciente y/o sus familiares de dicho diagnóstico.

La verdad en el diagnóstico

Más allá de tener que informar sobre malas noticias, el médico se enfrenta al problema de tener que precisar hasta dónde decir la verdad respecto del diagnóstico. ¿Es necesario profundizar en todos los aspectos relacionados con el constructo al

cual obedece un determinado diagnóstico como son los temas etiopatogénicos, fisiopatológicos, la evolución, los tratamientos y el pronóstico? Ante esta pregunta cabe reflexionar respecto al hecho que, en general, el paciente cuando está cursando una enfermedad grave y que puede resultar fatal se anticipa (aunque no necesariamente lo comunique) y ya ha intuido acerca de su pronóstico. La reflexión ética y especialmente el análisis individualizado del paciente, ayudarán a ponderar hasta dónde ahondar en lo que se le transmita al paciente. Como ya se adelantó, respecto de la información de malas noticias, la comunicación del diagnóstico y la verdad implícita que éste debe llevarle corresponde realizarla al médico tratante que en ese momento sea el responsable del paciente. Esta acción es parte fundamental del acto médico, la cual no se puede eludir ni tampoco delegar en otro especialista. La eventual colaboración de algún psiquiatra o de una psicóloga debe considerarse más bien a continuación de que el paciente haya recibido la noticia y dependiendo de cuál sea su primera reacción al diagnóstico.

Para comunicar la verdad del diagnóstico hay varias situaciones a tener en cuenta. ¿El paciente estará completamente lúcido o estará cursando con algún grado de compromiso de conciencia (de causa orgánica o bien psicogénica), entenderá bien el discurso y contenidos que le entregue el médico de acuerdo con la capacidad intelectual y sus referentes culturales, será capaz de procesar en ese momento el diagnóstico y sus consecuencias o se interferirá psicológicamente?

Así como la verdad se puede relacionar con bien, justicia, belleza y está presente en la moral, la ética, la ley, la ciencia y en las relaciones interpersonales, no cabe duda que constituye un tema central en toda relación terapéutica. La verdad es fundamental en los peritajes, para definir la verosimilitud de un posible abuso; ante un contagio y riesgo epidemiológico de enfermedades de transmisión sexual; ante hechos traumáticos y sus consecuencias, etc. **Todo paciente tiene el derecho a conocer la verdad de su situación patológica y por lo tanto para el médico el descubrir la verdad y comunicarla se constituye en una exigencia ética y legal.** En el proceso de búsqueda de la verdad, el llegar a definir un determinado diagnóstico acerca de lo que ocurre en ese momento y las circunstancias inmediatas que lo rodean es sólo el primer paso. El segundo paso es intentar descubrir por qué el paciente enfermó en ese momento; es decir, poder integrar los factores biológicos y ambientales que están participando, como también los elementos psicológicos, biográficos y espirituales facilitadores del proceso mórbido. El tercer paso constituye un proceso que debe ocurrir en conjunto entre médico y paciente para tratar de dilucidar el sentido y significado que pueda tener su patología a la luz de su situación vital de ese momento. Por último, el cuarto paso es de una reflexión más

profunda acerca de lo que es la enfermedad en sí misma y el sentido que tiene para el ser humano. De acuerdo con estos elementos se hace más comprensible el desafío que enfrenta el médico cuando debe informar acerca de un diagnóstico. Por lo tanto, no se debe informar de manera casi mecánica u operacional por cumplir con lo establecido en una determinada legislación. Aquí se juega la profundidad que debe tener la relación médico paciente, entendida ésta como un acto de amor por un otro sufriente.

Cuando se ha avanzado bastante en el proceso de dilucidar la verdad (de la enfermedad y diagnóstico del paciente), surge la interrogante acerca de ¿qué verdad debe conocer el paciente?, esto naturalmente vale principalmente para los diagnósticos que implican realidades funestas. Frente a diagnósticos de patologías menos graves y de buen pronóstico no se generan conflictos mayores para el médico (salvo quizás en pacientes hipocondríacos u otros en que los temas de salud y/o enfermedad puedan tener una gran repercusión emocional; en ellos es conveniente minimizar la explicación, pero teniendo en consideración que nunca se debe faltar a la verdad). Un elemento central respecto al diagnóstico que se va a comunicar es que el término que se emplee tenga el mismo significado para el médico, el paciente y la familia. Un trastorno endocrino que afecte la femineidad de una mujer soltera probablemente será distinto para el médico que llegó a concluir ese diagnóstico de lo que puede implicar para la vida futura de esa joven. La necesidad de la amputación de alguna extremidad, ya sea por un traumatismo o por alguna patología que lleva a un dolor crónico irreductible en una persona que desempeña una actividad en que su cuerpo es muy importante, lo más probable es que tenga un significado diferente para el facultativo que para el paciente; para el primero significará conservar bien el resto del organismo o terminar con un dolor intratable y para el segundo cambiar su corporalidad y vivir como discapacitado físico. Por otra parte, no es infrecuente el plantearse si no será mejor ocultar el diagnóstico al paciente (y en eso a veces la familia tiene un papel bien determinante). En paralelo está el problema de resolver respecto, a qué será lo mejor para el paciente. En último término, en este punto radica el conflicto para el médico: ¿cómo hacer el bien y no dañar?, pero además sin dejar de decir la verdad. En ocasiones el mismo paciente facilita el proceso de precisar el diagnóstico definitivo, especialmente cuando se alude a explicaciones plagadas de terminología médica o eufemismos que intentan distraerlo y finalmente es el mismo paciente quien hace hincapié en que él es fuerte para poder recibir cualquier diagnóstico.

En este proceso de comunicar la verdad del diagnóstico es deseable contar con el mayor conocimiento del paciente y su contexto (características de personalidad, factores sociales,

culturales, biográficos, etc.) para abordar a la persona sufriendo y no realizar un proceso académico de una excelente formulación diagnóstica. Entendiendo que lo habitual será que el médico sólo cuente con una parcialidad de toda esta información, habrá que aceptar que en este punto el acto médico también siempre tendrá sus limitaciones. Lo que sí hay que cautelar es que la comunicación de la verdad del diagnóstico no implique iatrogenia. Toda verdad tiene dos aspectos constitutivos, **el significativo** en este caso el nombre del diagnóstico, la verdad nominal y **el significado**, el bien que debe implicar el hecho develado. La eventual iatrogenia de la comunicación del diagnóstico se relaciona con el descuido en cómo conseguir el mejor significado para el paciente de esa verdad. Esto en el contexto de la relación con su médico y así poder abordar las consecuencias en su vida, que pueden traducirse en cambios de hábitos, aprender a convivir con discapacidades importantes o muchas veces tener que enfrentarse con plena conciencia a la cercanía de la muerte (5).

Una situación compleja para el médico es comunicar la muerte cerebral de un paciente y además solicitar la donación de órganos cuando esto es posible. En este contexto los factores culturales, la legislación y el estado emocional en que se encuentren los familiares más directos del paciente, tendrán gran repercusión en la forma cómo poder plantear la eventual donación. Los momentos que transcurren entre la decisión y aceptación de la donación por parte de la familia, la confirmación de la muerte cerebral y los procedimientos que terminarán con la procuración de órganos son minutos y horas que de suyo pueden facilitar en algunas personas una reacción traumática. Esta es un área en que es fundamental la capacitación que deben tener los profesionales que conforman los equipos relacionados con los trasplantes para evitar los potenciales efectos iatrogénicos derivados de sus intervenciones.

En otro contexto se tiene la situación de un paciente con un deterioro cognitivo que está progresando hacia una demencia. En fases iniciales del diagnóstico puede servir plantearle al paciente si quiere conocer efectivamente el resultado de sus exámenes; sin embargo, hay que ponderar que no exista otra patología ansiosa o depresiva que pudiera descompensarse ante el diagnóstico definitivo. En cambio, en etapas más avanzadas, en que el compromiso cognitivo es más acentuado probablemente ya no tendrá gran utilidad informarle al paciente y en esos casos los familiares sí deben conocer la verdad del diagnóstico y sus posibles evoluciones.

Errores diagnósticos

Aunque se espera que el proceso del diagnóstico alcance la mayor certidumbre posible, hay casos en que se cometen errores, los cuales pueden tener gran repercusión en el

paciente pudiendo llegar incluso a causarle la muerte. Este es un tema que cada vez ha cobrado mayor relevancia en los juicios de mala práctica, dado que el error diagnóstico supera a las demandas por cirugías o los errores de la medicación. Se estima que los errores en el diagnóstico son cercanos al 20% a 25% de los casos y son responsables de un 10% a 15% de acontecimientos adversos. Los factores que influyen en esto son múltiples: el poco tiempo que dura la consulta médica, la pobre comunicación médico-paciente que dificulta poder contar con una buena historia clínica, la excesiva información médica a la que se puede acceder actualmente (sin que necesariamente signifique mayor conocimiento especializado) o una falla en el proceso cognitivo del ejercicio diagnóstico en que puede estar ausente el principio de **no saber que uno no sabe**, lo que se traducirá en creer que se llegó al diagnóstico correcto y que por lo tanto, se tomaron las medidas adecuadas. Gran parte de los errores al diagnosticar se pueden atribuir al poco cuidado en la reflexión acerca del proceso del pensamiento que lleva a formular un diagnóstico, como a la poca crítica acerca del juicio clínico que lleva a tomar las decisiones de exámenes o tratamientos (6). Otros factores que influyen pueden ser el cansancio del médico, producto de largas jornadas laborales, del sistema de turnos, de dificultades con el sueño o de estar ya cursando lo que se ha denominado “síndrome de **burn out**”. La psicopatología que pueda presentar o el asumir que está capacitado para evaluar pacientes con las más diversas manifestaciones ya sean propias de su especialidad o incluso ajenas a ella, lo que traduce un exceso de confianza del facultativo. Considerando que en el acto médico lo central, desde el punto de vista de la ética, radica en la responsabilidad que se asume, no es posible descuidar una práctica permanente del pensamiento crítico y de la reflexión profunda acerca de lo que se está efectuando, para asegurar un mejor resultado con el paciente. Este es un deber ineludible del médico y debe desarrollarse desde los primeros años de la formación académica.

SEGUNDAS OPINIONES Y DIAGNÓSTICOS POR INTERNET

La antigua práctica de las juntas médicas al parecer ha ido dejando paso a la discusión o evaluación de pacientes en los grupos multidisciplinarios que se han formado en las distintas especialidades para intentar dar el mejor tratamiento posible, sobre todo a pacientes más complejos. Una alternativa interesante para pacientes que se atienden especialmente de la atención ambulatoria es la solicitud de la segunda opinión. Este objetivo se puede conseguir por la derivación y contacto a partir del médico tratante o bien como iniciativa del propio paciente o de sus familiares. Un estudio realizado en la Clínica Mayo de Rochester enfocado en la evaluación diagnóstica como segunda opinión, de una muestra de 286 pacientes provenientes de la atención primaria concluyó que

se mantuvo el mismo diagnóstico de la derivación en el 12%, en el 66% el diagnóstico fue refinado y en el 21% el diagnóstico se modificó; en este último grupo el costo económico de la evaluación fue mayor que en los dos primeros grupos (7). El poder precisar un diagnóstico precozmente redundó, sin lugar a dudas, en un menor sufrimiento para el paciente, la implementación de un tratamiento más efectivo e incluso un menor costo para los sistemas de salud.

Con la medicalización y la psicologización de la vida, cada día son más los pacientes que llegan a la consulta no sólo con una enumeración de sus molestias, sino ya con un diagnóstico presuntivo (o a veces creyendo que es casi de certeza) que obedece a su propia investigación en las fuentes que aporta internet. Así es como las consultas al “Dr. Google” crecen cada día. En 2016 las preguntas más frecuentes se relacionaron con el virus zika, el traumatismo encéfalo craneano y el *cupping* (ventosaterapia, procedimiento común entre deportistas que participaron en los Juegos Olímpicos de ese año). En una encuesta online realizada por Doctoralia en España se encontró que el 71% de las mujeres y el 51% de los hombres busca información por internet con posterioridad al diagnóstico médico y acude al Dr. Google, siendo más frecuente entre los sujetos de 18 a 34 años. Respecto a la solicitud de una segunda opinión los hombres la realizan en el 34% de los casos y las mujeres en el 28% (8). El desafío para los médicos y profesionales de la salud actualmente está en buscar la mejor forma de adaptarse a la información que está en internet y a los beneficios que ésta ofrece, ya que la mayor parte de los pacientes emplea la red y difícilmente la abandonará. Los problemas derivados de esta nueva forma en que se está desarrollando la medicina radican principalmente en la relación médico paciente y en la automedicación, temas que habrá que abordar responsablemente.

EL DIAGNÓSTICO EN PACIENTES DIFÍCILES

El diagnóstico también puede verse interferido por los pacientes, especialmente cuando por sus conductas disruptivas generan emociones negativas en los médicos. En un estudio con residentes de medicina familiar expuestos a viñetas clínicas con la descripción de pacientes neutros y disruptivos, se encontró más errores diagnósticos en los segundos. El tiempo empleado para concluir las hipótesis diagnósticas con ambos tipos de pacientes fue similar. Los pacientes pueden ser considerados difíciles por diversos motivos: evitadores de atención médica, demandantes, litigantes e incluso agresivos, pacientes que no le creen a los médicos e ignoran sus consejos o pacientes absolutamente indefensos. En estos pacientes se puede encontrar importante psicopatología o trastornos de la personalidad. Se ha estimado que los pacientes difíciles pueden constituir alrededor del 15% de los casos atendidos en forma ambulatoria o en servicios

de urgencia. Las situaciones más complejas ocurren con los pacientes que amenazan la integridad del médico (9).

El diagnóstico como un estresor, incluso traumático

El diagnóstico, al momento de comunicarlo, puede operar como un estresor amenazante dada las consecuencias que podría implicar para el paciente y provocar una “herida” de difícil cicatrización. La reacción puede ser muy variada dependiendo de la capacidad de afrontamiento que tenga cada uno. Para muchos sujetos el momento de conocer el diagnóstico marca un antes y un después en sus vidas. Se puede responder, como es habitual ante una amenaza, con una conducta de ataque, otra de huida o incluso una en que el sujeto se paraliza, lo que se expresará emocionalmente de diversas formas. Una crisis angustiosa, un llanto descontrolado, un sentimiento de indefensión e impotencia para responder, una negación inconsciente, una rabia desproporcionada, un descontrol conductual, etc. son posibles formas de reacción inmediata. Luego se puede instalar paulatinamente un cuadro en que predomine la sintomatología ansiosa, depresiva, postraumática, el consumo de alcohol o de alguna droga o incluso llegar al extremo de una reacción con elementos psicóticos. Dependiendo de la vulnerabilidad biológica del sujeto, de sus características de personalidad, de su biografía, de sus respuestas previas a situaciones de estrés, de su red de apoyo sociofamiliar, de sus creencias religiosas y de su entorno cultural será la respuesta ante la mala noticia de un diagnóstico difícil por las implicancias inmediatas, en el mediano o en el largo plazo. Se han investigado diversas situaciones clínicas en que el diagnóstico médico ha facilitado la instalación de un trastorno por estrés postraumático. Ejemplos de esto los tenemos en pacientes con cáncer (especialmente de mama), con complicaciones del postparto, con pérdidas perinatales, con patología cardíaca congénita, con quemaduras, con internación en unidades de cuidados intensivos, en usuarios de ventilación mecánica, en receptores de trasplantes y diversas otras patologías, en los cuales hay una frecuencia no despreciable de cuadros por estrés postraumático (10-16). De alguna manera la respuesta emocional a un diagnóstico grave se puede homologar a las etapas descritas por la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross respecto al duelo: **negación, ira, negociación, depresión y aceptación**. Esta secuencia traduce una reacción natural que tendrá un tiempo personal de elaboración. Las variantes anormales constituirán diversas patologías psiquiátricas con un gran abanico que va desde una reacción de adaptación con síntomas ansiosos, depresivos o físicos hasta el extremo de un cuadro psicótico reactivo. Si existe psicopatología previa puede reaparecer dicho cuadro clínico o exacerbarse la psicopatología que esté presente al momento de conocerse el diagnóstico. Como en toda respuesta psíquica siempre estará presente el factor de

lo impredecible y no necesariamente se cumplirá el supuesto que develar un diagnóstico sombrío siempre complicará la evolución y dificultará la adherencia al tratamiento que se proponga.

Un aspecto no menos importante se refiere a los temores que muchas veces están presentes en los médicos para comunicar el diagnóstico: temor al dolor que se pueda provocar, temor al fracaso terapéutico cuando se han agotado los recursos y medidas ordinarias de terapia, temores legales derivados de la creciente judicialización de la medicina y demandas contra el personal sanitario y temores de expresar emociones y sentimientos que se supone puedan debilitar la imagen del médico ante el paciente y su familia.

CONCLUSIONES

El médico en su ejercicio clínico busca acercarse lo más posible al diagnóstico de certeza y tiene la responsabilidad de comunicárselo al paciente, sin faltar a la verdad. Cualquier diagnós-

tico que implique consecuencias inmediatas o mediatas que afecten la funcionalidad, calidad de vida o que se traduzca en limitaciones importantes y más aun si el pronóstico es fatal, tendrá un impacto emocional en el paciente. Los atributos del médico y las características del paciente interactuarán para facilitar o complicar los efectos de la comunicación de la mala noticia. Es deber del médico conocer lo mejor posible al paciente y su circunstancia para no generar un acto iatrogénico, sino que junto con entregar la verdad de la enfermedad y sus consecuencias, animar al paciente a que si aun no lo tiene, le encuentre un sentido al posible sufrimiento que le provocará la patología. La responsabilidad y humanidad del médico pueden transformar la comunicación de un diagnóstico complicado en una instancia de reflexión y profundización sobre el sentido de la existencia para cada paciente. Se debe estar preparado para apoyar al paciente y su familia en esta etapa de la enfermedad y brindarle todos los cuidados que requiera. Por último no hay que olvidar que así como se debe respetar por sobre todas las cosas la vida, también debe existir un respeto total por la muerte y el diagnóstico es una parte más en este proceso.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bhugra D, Ventriglio A, Bhui KS. What's in a name? Reclaiming mental illness. *www.thelancet.com/psychiatry* Vol 3 December 2016.
2. Roa A. Concepto transcultural de salud y enfermedad (1965). En Armando Roa. *Formas del Saber y del Amar. Sonepsyn. C&C Ediciones. Santiago, Chile, 2007.*
3. Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad. Ediciones Libros Básicos. Buenos Aires, 1961.*
4. Finlay I, Dalimore D. Your child is dead. *BMJ* 1991;302:1524-5.
5. Mahaluf J. La verdad en el acto médico. *Rev Psiquiat Clínica* 1992;29(1):71-76.
6. Ceriani JM. Errores de diagnóstico en la práctica médica. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(3):194-5.
7. Van Such M, Lohr R, Beckman T, Naessens JM. Extent of diagnostic agreement among medical referrals. *J Eval Clin Pract* 2017 Apr 4. doi: 10.1111/jep.12747.
8. Caldentey D. Siete de cada 10 españoles no se fían del diagnóstico médico y acuden al "Doctor Google". *Lainformacion.com/06/11/2016.*
9. Schmidt HG, van Gog T, Schuit S, Van den Berge K, Van Daele P, Bueving H. Do patients' disruptive behaviours influence the accuracy of a doctor's diagnosis? A randomised experiment. *BMJ Qual Saf* 2017;26:13-8.
10. Voigt V, Neufeld F, Kaste J, Bühner M, Sckopke P, Wuerstlein R et al. Clinically assessed posttraumatic stress in patients with breast cancer during the first year after diagnosis in the prospective, longitudinal, COGNICARES study. *Psychooncology* 2016 Feb 22. doi: 10.1002/pon.4102.
11. James S. Women's experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after traumatic childbirth: a review and critical appraisal. *Arch Womens Ment Health* 2015; 18:761-71.
12. Gold K, Leon I, Boggs ME, Sen A. Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. *J Womens Health* 2016 DOI: 10.1089/jwh.2015.5284.
13. Deng L, Khan AM, Drajpuch D, Fuller S, Ludmir J, Mascio AH et al. Prevalence and Correlates of Post-traumatic Stress Disorder in Adults With Congenital Heart Disease. *Am J Cardiol* 2016;117:853-7.
14. Giannoni-Pastor A, Eiroa-Orosa FJ, Fidel Kinori SG, Arguello JM, Casas M. Prevalence and Predictors of Posttraumatic Stress Symptomatology Among Burn Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Burn Care Res* 2016;37:e79-89.
15. Nassar AP, Zampieri FG, Ranzani OT, Park M. Protocolized sedation effect on post-ICU posttraumatic stress disorder prevalence: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Critical Care* 2015;30:1278-82.
16. Supelana C, Annunziato RA, Kaplan D, Helcer J, Stuber ML, Shemesh E. PTSD in solid organ transplant recipients: current understanding and future implications. *Pediatr Transplantation* 2016;20:23-33.