

# La relación médico paciente: entre la supremacía del signo y la exclusión del síntoma

JULIO EDUARDO HOYOS

**E**L TEXTO ABORDA UN PUNTO CENTRAL DEL ACTO MÉDICO, como es el de la construcción de un juicio diagnóstico a partir de la puesta en acción de la propedéutica médica: reconocimiento de signos y síntomas. No obstante, en nuestro trabajo al lado de los médicos, hemos observado cómo cada vez más hay un intento de objetivación en el acto, que privilegia al signo, en tanto se supone que no engaña, carácter que sí se le atribuye al síntoma desde tiempos de Hipócrates. Para demostrar esto se realiza inicialmente un breve recorrido histórico por la construcción del signo médico, así como por un paralelo entre éste y el signo lingüístico, para arribar a lo que denominamos los desencuentros con el paciente. Allí intentamos señalar cómo el ser del paciente que podría escucharse en el síntoma es excluido, en favor a la observación del signo.

---

## PALABRAS CLAVE

ACTO MÉDICO

SIGNO

SÍNTOMA

SUJETO

.....  
JULIO EDUARDO HOYOS ZULUAGA, Psicoanalista, Psicólogo Universidad Metropolitana, Magíster en Ciencias Sociales. Universidad de Antioquia, Profesor del Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

## INTRODUCCIÓN

**ESTAS REFLEXIONES FUERON PRESENTADAS** en el marco de la cátedra abierta "Reforma de los servicios de salud en el mundo" de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, gracias a una invitación hecha a los profesores del Departamento de Psicoanálisis que servimos la rotación de Psicosemiología en el curso de Semiología del enfermo de esta facultad; allí nos centramos en un suceso esencial del acto médico, como lo es el momento donde un ser sufriente se encamina a donde otro al cual le supone un saber sobre eso que le pasa, y del cual espera una respuesta. Respuesta que por lo general comporta una serie de procesos hipotético-deductivos del lado del médico, que lo llevan a construir una teoría sobre lo que al sufriente le pasa, o para decirlo en términos más actuales, el médico habrá de determinar cuál es el evento que acontece en este usuario, siguiendo las evidencias que el ocurrir del mismo le presenta.

Uno de los elementos esenciales para el logro de este paso es sin duda el conocimiento de la semiología, la cual ha sido definida clásicamente como el estudio de los signos y los síntomas. La diferencia de unos y otros y sus consecuencias en ese particular vínculo social que denominamos relación médico-paciente, serán el problema central del recorrido que proponemos.

### La supremacía del signo

**ROMAN JAKOBSON**, CONOCIDO LINGÜISTA FRANCÉS, anota que todo signo exige un intérprete (1). Los signos que reconoce un médico al examinar a un paciente son interpretados con base en un código, el del discurso de la medicina, hoy complementado por los protocolos de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que no obstante su aspecto burocrático,

mantiene la misma lógica de aquél. Así, por ejemplo, en la técnica de obtención de signos denominada propedéutica o semiotécnica se puede formular la siguiente pregunta ¿Cuál es la probabilidad de observar algún signo dado cuando se cumple el requisito de que haya un diagnóstico específico? (2). Lo cual se puede expresar en la fórmula

$$P \left\{ \frac{\text{signo}}{Dx} \right\} = ?$$

Si la fórmula fuera

$$P \left\{ \frac{\text{signo}}{Dx} \right\} = 1$$

nos encontraríamos con el ideal del discurso médico de hallar un signo patognomónico, es decir, de aquel que inequívocamente y por sí solo da cuenta de una enfermedad. Es claro que no todas las enfermedades lo poseen pero se evidencia en el discurso médico un deseo de que así fuese, de que no hubiese necesidad de escuchar síntomas, de que un signo por sí solo pudiera identificar a todos los pacientes con manifestaciones similares y poderlos circunscribir en una categoría nosológica, es decir hacer de la medicina una ciencia exacta, afán que se ha vuelto cada vez más evidente en los últimos años, y que tiene su más reciente versión en los protocolos de atención de las EPS. Pero veamos cómo se fue instalando esta necesidad en el discurso de la medicina.

### Un poco de historia

En la medicina hipocrática aparece el signo como indicio. Ya un antecesor del maestro de Cos, Alcmeón decía: "de las cosas invisibles y de las cosas mortales los dioses tienen certeza inmediata, pero a los hombres les toca proceder por indicios" (3).

Para Hipócrates, el síntoma es equívoco si no se tienen en cuenta otros indicios, otros signos como los aires, las aguas y los lugares. El síntoma entonces al ser interpretado por el médico bajo estos indicios, adquiere el valor de signo.

La idea griega de que todas las enfermedades son explicables a partir de las mezclas de los distintos humores (sangre, flema, bilis y bilis negra) conocida como patología humoral, planteaba además que todas las enfermedades tenían un origen común, lo cual a pesar de ser un avance con respecto a la medicina teúrgica, retrasó considerablemente el desarrollo de la anatomía y la patología, pues si el origen de la enfermedad era tan general no había necesidad de determinar "la relación entre riñón, ureteres y vejiga" (4). No obstante, la descripción de las enfermedades a partir de los indicios que hiciera la medicina hipocrática sigue siendo reconocida aún hoy.

La teoría humoral fue seguida por Galeno y continuó hasta la edad media donde el pulso y la uroscopia eran signos que se interpretaban a la luz de la astrología. Sólo fue en 1543 con Vesalio y luego dos siglos más tarde en 1761 con Morgagni, cuando la anatomía retomó su importancia y con ella el estudio e interpretación del signo. Morgagni revoluciona la concepción de la enfermedad al demostrar, como ya lo había hecho Vesalio, que la estructura determina la función y por ende las enfermedades no tenían ya ese origen generalizado (5).

En el mismo año que Morgagni, Leopold Auenbrugger, hijo de un hospedero que medía el nivel de los toneles de vino al percutirlos, aplica la técnica de su padre para verificar el estado de los órganos huecos y llenos de aire o el de los órganos sólidos, según el sonido que ellos emitieran. Surge allí el método de reconocimiento de signos llamado percusión (6).

Lo anterior abrió el camino para el desarrollo posterior de lo que se dio en llamar correlación clinicopatológica donde se recolectaban los signos y luego se comprobaba su legitimidad en las necropsias. Así lo hizo Corvisart quien mejoró ostensiblemente la técnica de la percusión. También es el caso del inventor del instrumento que por antonomasia identifica el semblante del médico, nos referimos a Laennec y su estetoscopio y por ende a la auscultación tal como se conoce hoy. Aquél, tomando como ejemplo una observación casual de unos niños que escuchaban el ruido producido por un alfiler a través de unos largos pedazos de madera, concibió la idea de aplicarlo al estudio de las enfermedades del corazón (7), corroborando sus predicciones con las necropsias posteriores.

### **Semiología y semiótica**

Vimos pues cómo a través de la inspección por medio de la vista, del sentir por medio del tacto, de dar golpecitos, o de escuchar, surgen las cuatro técnicas básicas de la propedéutica médica, a saber: observación, palpación, percusión y auscultación, medios de obtención de los signos requeridos para llegar al reconocimiento de las enfermedades.

Seguramente es sabido que la semiología no es únicamente médica, la lingüística también se ocupa del estudio de los signos, en otro terreno quizá, pero como veremos no tan distante de la medicina. Así por ejemplo en lo que respecta al discurso médico, podríamos decir con Emil Benveniste, al corregir a Ferdinand de Saussure, dos eminentes lingüistas europeos, que el signo más que arbitrario es necesario (8).

Benveniste al sustentar esta idea, plantea que "el concepto (significado) es por fuerza idéntico en mi conciencia al conjunto fónico (significante)" (9) y seguidamente se pregunta "¿Cómo iba a ser

de otra manera? Los dos juntos han sido impresos en mi espíritu; juntos se evocan en toda circunstancia" (10). Estertores, roncros, sibilancias, roces, soplos, típicos ejemplos de signos médicos ¿no son acaso construcciones de este orden?

Al auscultar al paciente con el fonendoscopio, debe el médico hacerse una imagen a partir del sonido, al parecer, una excelente versión de lo que se denomina imagen acústica, la cual va pegada, soldada al concepto, formando así el signo en sus dos componentes; de igual manera se constituye para teóricos del lenguaje como Saussure el signo lingüístico.

En gran medida, la práctica médica se encuentra basada en la construcción de imágenes sobre el interior del cuerpo a partir de los signos que en el paciente sean positivos. Lo anterior no sólo fue válido en el pasado cuando la disección de cadáveres estuvo proscrita, sino que también lo es ahora, y de lo cual nos dan prueba los constantes avances en imaginología diagnóstica.

Como nota al margen quisiéramos llamar la atención sobre el hecho de cómo siendo tan evidentes sus cercanías, la semiótica no haya tenido más en cuenta a la semiología médica para sus estudios.

## La exclusión del síntoma

**ES ALGO SABIDO, PERO OLVIDADO CON DEMASIADA FRECUENCIA**, que la enfermedad es una construcción y no una entidad. Es una ficción, que no obstante sirve para poder estudiarla. Esta se construye a partir de colegir signos y síntomas, los cuales irán agrupándose para conformar las categorías nosológicas.

En la semiología médica se marca la diferencia entre los signos y los síntomas. Los primeros son aquellos mensurables, cuantificables y sobre todo ob-

servables por parte del médico. Los segundos en cambio son aquéllos que expresa el paciente y sobre todo que se escapan a la observación del médico.

A pesar de encontrarse explícitamente al comienzo de cualquier tratado de semiología médica, esta distinción se pierde en la práctica. Vemos este fenómeno incluso desde Galeno, quien aceptaba la sinonimia entre *symptôn* y *sêmeion* (11) y consideraba que lo habitual es que el síntoma se convierta en signo. Así se denominan síntomas las manifestaciones del proceso morboso como por ejemplo el vómito, la disnea y el vértigo.

Este desconocimiento del síntoma es expresado aún mejor por Laennec, cuando define al signo físico como la vía regia por medio de la cual la medicina alcanzará estatuto científico. Cuando hablamos de signo físico, que es aquél que el clínico puede constatar al igual que otros como los signos químicos, eléctricos y los reflejos, por citar algunos, quizás no advertimos que en ese momento, el síntoma, en tanto que dicho por el paciente desaparece de la escena. Surge en cambio, con inusitado ímpetu, la búsqueda incansable de ese signo que dé cuenta de la enfermedad.

Esta idea mostrará su clímax en la sentencia de von Leube a finales del siglo XIX que a favor del signo dice: "El tiempo empleado para hacer un buen interrogatorio, es tiempo perdido para hacer un buen diagnóstico" (12).

Uno de los pocos momentos en que el síntoma puede ser escuchado, y con él el sujeto que allí se representa, es el de la anamnesis y si ésta es relegada, reducida en el tiempo, para privilegiar la obtención de signos que confirmen un diagnóstico, es claro que en el discurso médico este sujeto no tiene cabida.

La sentencia de von Leube surge como un retorno de lo reprimido en la excusa que con respecto al poco tiempo esbozan muchos galenos para no vérselas con el síntoma en tanto que porta algo de la subjetividad del paciente. El dispositivo que han instalado las Empresas Promotoras de Salud al disponer sólo de 15 minutos para la atención de sus afiliados, también surge como heredero de las ideas de von Leube.

El sujeto que se representa en los síntomas queda excluido entonces del discurso de la medicina, en el momento en que los síntomas son convertidos en signos, con lo que, además, se produce el efecto de convertir al enfermo en enfermedad.

## El desencuentro médico-paciente

**VEÍAMOS HACE UN MOMENTO COMO** desde Laennec, se propende por hacer de la medicina una ciencia, y la senda para ello es la de la supremacía del signo en contraste con la exclusión del síntoma. ¿Qué consecuencias tiene esto para la denominada relación médico-paciente?

### La cadaverización del paciente

Cuando los estudiantes de medicina incur-sionan en el anfiteatro, un sinnúmero de temores se actualizan. De un lado todos aquéllos que entran en la lógica de las concepciones populares con respecto a los muertos, y que se evidencian en ellos en fantasías del orden del ¿Quién será? ¿Por qué está aquí? ¿Por qué no lo reclamaron? ¿Qué cara tendría? ¿Sentirá? etc. Temores estos que habrán de “superar” para que otros no emerjan, es decir aquéllos del orden de: ¿Serviré para esto? ¿Si seré capaz? Un buen médico no estaría pasando por las que yo, etc.

Esta superación viene dada por lo que podríamos denominar “la confirmación de la muerte del cadá-

ver”, es decir el proceso por el cual ese cadáver pierde toda su esencia de humano, para que pueda ser visto como objeto de estudio, como un sistema nervioso central, como un hígado y sus lóbulos, vesícula y conductos así como las demás atomizaciones. Pero este proceso lleva tiempo, el cual con frecuencia se disimula con los consabidos chistes y bromas, incluso con la reacción al olor del formol.

Una vez “superado”, este hecho es confirmado por los estudiantes cuando pueden llevar partes del organismo del cadáver a su casa, o en la buseta, a pesar de que sus familias y vecinos del transporte público se echen la bendición o lo miren con ojos inquisidores.

La relación que el futuro médico establece con el cadáver es por una vía similar a la del signo: el corazón es el corazón y ha de aprender qué nervios y qué arterias lo inervan e irrigan, qué funciones cumple, con qué otras vísceras se relaciona, cómo es su consistencia, etc. De allí en adelante ese será el corazón que seguirá encontrando, o por lo menos esperará encontrar en los organismos subsiguientes que revise, no importa si son inertes o si son cadáveres fisiológicamente activos.

Pero el corazón que el paciente le lleva al médico, no es ese, por lo menos no es ese el que aparece en sus síntomas, aunque sí lo sea en los signos. El corazón del paciente, es el que él ubica centrado como el del sagrado cuadro que adorna la sala de su casa, es el que el hijo le destroza cuando no responde a sus ideales, es ese que le quiere saltar del pecho cuando se emociona demasiado. En fin, un corazón así descrito en los dichos de los pacientes dista bastante del corazón que vio en el anfiteatro.

Mas allá de las intrincadas estructuras que comprenden, válvulas mitrales, ventrículos y aurículas, arte-

rias coronarias y demás, la representación que un paciente se hace de un corazón, de su corazón, es con la que habrá de contar el médico si aspira a que ese paciente se haga cargo de su dolencia.

A propósito de esto, permítanos ilustrar lo anterior con una viñeta clínica. Se trata de un señor de 57 años, recién jubilado que se encuentra hospitalizado por un trauma en accidente de tránsito, el cual implicó una grave fractura en uno de sus miembros inferiores, así como traumas más leves en otras partes del cuerpo. El paciente había estado hospitalizado por un trauma anterior en otro accidente ocurrido hace poco. Ambos eventos suceden aparentemente por imprudencia, o más bien, para usar las palabras del paciente, "por acelerar"; ambos acaecen en horas nocturnas al bajarse del bus que utilizaba para transportarse hasta su casa.

En principio el caso no llamó la atención de nuestras estudiantes, más allá de la posibilidad de amputación que se vislumbraba. No obstante, logramos que ellas pudieran historizar mejor la lesión con el paciente. De allí resultó una observación sencilla pero tremendamente importante a nuestro juicio, en la que el señor pudo decir que no usaba las gafas recetadas y que quizá esto pudo tener que ver con que él no calculara bien las distancias o no viera el otro vehículo venir cuando se bajaba del bus. Esto pudo ser articulado a una historia de jubilación y de duelo por la vitalidad y juventud perdidas.

Este responsabilizarse de su nueva condición de viejo con limitaciones visuales, puede tener mejores consecuencias para el devenir del señor que simplemente el hecho de refaccionar la extremidad averiada. Ahora si hablamos en términos económicos, los cuales importan tanto en estos tiempos de calidad total al mínimo coste, este cambio de posición subjetiva con relación a su cuerpo muy posiblemente impida

que este señor vuelva rápidamente al hospital con un nuevo trauma, con los costos hospitalarios que ello acarrearía para la entidad que tenga que cubrirlos.

Este caso además nos sirve de puente con otra de las consecuencias que queremos exponer.

### **La deshumanización del paciente**

Quizá crean que fue un lapsus de mi parte, lo que acaban de escuchar, pues es del médico de quien se dice que se ha deshumanizado, pero en esta ocasión vamos a explorar la vía que el subtítulo propone.

"Todo sujeto es responsable de sus actos", es una expresión a la cual los psicoanalistas le damos todo su valor. Ella significa que todo sujeto a pesar de las determinantes que existan es responsable de su elección, de su acto, lo que equivale a decir que lo es también de las consecuencias del mismo.

Reducir el sufrimiento del paciente, proponiéndole una categoría nosológica con su correspondiente código en la EPS, en la cual él como sujeto desaparece para ser presentado como un número más en las estadísticas o lo que es lo mismo, un evento más que habrá que pagar, tras la consabida auditoría, es en última instancia quitarle la responsabilidad al paciente de su afección, es impedirle hacerse cargo de su cuerpo atravesado por la incompletud que señala la enfermedad, es despojarlo de lo más humano que tiene.

Los animales no tienen dilemas éticos pues los guía el instinto y no pueden escoger ante lo que les es dictado por él como patrón de conducta. Los bípedos hablantes, humanizados por ese rasgo singular que es el lenguaje no contamos con tanta suerte, y por él padecemos. Padecemos porque en virtud de que

no existe correspondencia uno a uno entre lo que decimos y lo que eso quiere decir, tal como lo quisiera hacer evidente el signo lingüístico y como vimos el signo semiológico, nos encontramos con la polisemia del significante, con el equívoco de los síntomas.

Cuando el acto médico se ve reducido a diagnosticar y servir de intermediario entre el laboratorio y el órgano receptor del fármaco, el paciente queda eximido de toda responsabilidad, no tendrá de que preocuparse, frase que con frecuencia acompaña el acto de la prescripción, pues el medicamento lo solucionará por él.

Los pacientes con frecuencia al depositar toda su confianza en el médico, sustentada en el saber que le suponen, adosan a esta consignación la responsabilidad. Situación que en principio puede resultar tan cómoda para el paciente como para el médico además de la dosis de narcisismo que ambos reciben. Cómoda en razón a que un paciente "tan colaborador" y dócil, es decir sugestionable, permite al médico maniobrar con mayor libertad. Pero como siempre esto no tardará en cobrar su precio, pues ahora éste se convierte en el responsable de todo lo que de allí en más suceda. Y bien sabemos que ese precio lo fijan hoy entre otros, los abogados, las compañías aseguradoras, y el auditor de la EPS.

## Cierre

**PARA TERMINAR QUISIÉRAMOS COMENTAR** una frase de Jacques Lacan, psicoanalista pero también médico como muchos de ustedes, en una conferencia en 1966 dirigida precisamente a sus colegas pronunciada en el Colegio de medicina. Les interroga, con una anticipación casi profética, por su posición frente a la comercialización de la salud, sobre la productividad que van a exigir los entes rectores de la

misma. Justamente en este punto introduce una propuesta que reza de la siguiente manera:

"Si el médico debe seguir siendo algo, que ya no podría ser la herencia de su antigua función que era una función sagrada, es para mí, continuar y mantener en su vida propia el descubrimiento de Freud." (13)

Lo cual puede entenderse aquí como un alto ante la cientifización, que más temprano que tarde convertirá al médico en un técnico, prescindible en muchos casos, pues la lógica binaria que rige las nuevas formas de hacer medicina, con árboles de decisión, donde sólo hay que seguirle la pista a un indicio, a una evidencia, bien puede hacerla un ordenador al que previamente se le hayan introducido las distintas variables y los distintos códigos en una buena base de datos.

Ese cuidadoso uso de la tecnología que el médico habrá de tener, podrá ser fortalecido en la medida en que se disponga a reconocer en el uno por uno de la clínica, la evidencia de la forma particular en que cada paciente se representará en sus síntomas. Lo más singular que cada uno tiene.

## SUMMARY

### PATIENT-DOCTOR RELATIONSHIP. BETWEEN SIGN SUPREMACY AND SYMPTON EXCLUSION

This text approaches a central point of the medical act, namely, the construction of a diagnostic judgement starting from the basis of medical semiology: recognition of signs and symptoms. Nevertheless, in our work along with medical doctors, we have observed ever more frequently that there is an objectivation attempt that privileges signs, since supposedly they do not deceive; this

latter characteristic is attributed to symptoms from the time of Hipocrates. To demonstrate this a brief historical journey is carried out for the construction of the medical sign, as well as a parallel between this and the linguistic sign, in order to arrive at what we denominate misunderstanding with the patient. We try to point out how the patient's being, that could be listened in the symptom, is excluded in favor of observation of the sign.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jakobson R. El lenguaje en relación con otros sistemas de comunicación. En: Nuevos ensayos de lingüística general. México: Siglo XXI; 1976, p.103
2. Delp M. y Manning R. Propedéutica médica. 8ª ed. México: Interamericana; 1977, p. 28.
3. Diógenes Laercio. Vidas. Citado por Eco U. En: Semiótica y filosofía del lenguaje. Madrid. Lumen. 1990 p.40.
4. Delp M. y Manning R. Op. cit. p. 3
5. Ibid. p. 4
6. Ibid. p. 5
7. Ibid. p. 6
8. Benveniste É. La naturaleza del signo lingüístico. En: Problemas de lingüística general. 4ª edición. México: Siglo XXI; 1974, p. 51
9. Idem.
10. Idem
11. Lain Entralgo P. El diagnóstico médico. Barcelona: Salvat; 1982, p. 27
12. Ibid. p.69
13. Ibid. p. 99

