

INTRODUCCIÓN GENERAL

Tanto desde un punto de vista conceptual como de las condiciones en que se atiende o debe atenderse a las personas con problemas de salud de un país, hemos sostenido que los procedimientos del examen clínico, así como los de intervención terapéutica, deben adecuarse a la naturaleza del problema clínico que dichas personas presentan o sufren; es decir, deben adaptarse a las necesidades de los pacientes, tomando en cuenta la fase o el momento del desarrollo de su enfermedad, el grado de complejidad del proceso patológico, el grado de dificultad de su atención (Ortiz, 1996). Como también deberá tomarse en cuenta el nivel del servicio médico donde se le atiende, en especial los recursos con que cuenta y las capacidades personales del médico, que incluyen las de su especialización (lo que implica sus propias capacidades).

Lo cierto es que así como no hay servicios médicos que puedan prestar todos los niveles de atención al mismo tiempo, tampoco hay un examen clínico único, de tipo todo o nada que pueda aplicarse en todos los casos. Como es lógico, la mayoría de los pacientes con algún problema de salud acuden en un primer momento a un servicio médico periférico local: en este primer nivel, un examen clínico esencial es sin duda suficiente para delimitar el problema clínico que le afecta. Por otro lado, si el paciente requiere atención hospitalaria de segundo nivel por un problema de mayor complejidad, una vez admitido, deberá ser sometido a un examen clínico integral. Este tipo de examen es o debe ser lo suficientemente amplio como para decidir si se inicia un tratamiento o si el paciente necesita exámenes o tratamientos de tipo especializado en el tercer nivel de los servicios médicos. De hecho, no todos los pacientes con algún problema clínico neurológico requieren de exámenes especializados de este nivel.

La organización de los servicios médicos y la propia atención de los pacientes por niveles de este tipo, facilita no sólo la racionalización del uso de los recursos, sino una atención más oportuna y eficaz de

los enfermos. Aunque también es verdad que en los países del mundo subdesarrollado en los que no se dispone de una organización administrativa racional de los servicios médicos, el trabajo especializado no puede restringirse a la atención en los respectivos servicios de tercer nivel, y el especialista tiene que atender problemas clínicos de primer o segundo nivel con mayor o menor frecuencia.

También hay muchos otros retos que el especialista debe saber resolver en los servicios periféricos de salud. Así, por ejemplo, debe estar preparado para la función docente en el pregrado y el postgrado, para enseñar al estudiante y al médico de otras especialidades las técnicas y los conocimientos neurológicos más esenciales que les facilite un adecuado enfoque de la atención a pacientes con problemas clínicos neurológicos, diferenciando con sentido crítico los pacientes que ellos pueden atender y aquéllos que deben referir al servicio neurológico en el momento más apropiado.

Teniendo en cuenta estos criterios es que hemos propuesto un plan o esquema de examen de carácter genérico que puede adaptarse al tipo de atención que recibe el enfermo dentro de una estrategia de atención racional en cada nivel de los servicios médicos de salud. Dentro de este esquema, así como todo médico especialista debió pasar del dominio del examen esencial de primer nivel al dominio del examen especializado de tercer nivel, así también, una vez que el neurólogo se ha especializado y trabaja en un servicio de tercer nivel, él podrá adaptar su plan de examen neurológico a los servicios de segundo y de primer nivel en los que se deben atender los pacientes con problemas de salud por desórdenes que afectan su sistema nervioso. En cierto sentido, partimos del punto de vista o la posición particular del especialista, de modo que tiene sentido disponer de un plan para un examen neurológico integral, como también de un examen neurológico especializado y de un examen neurológico esencial.

Desde un punto de vista muy general, podemos señalar que así como el examen anamnésico es el procedimiento fundamental del examen esencial de primer nivel, así también el examen actual lo es respecto del examen integral de segundo nivel, mientras que los procedimientos auxiliares son parte del examen especializado de tercer

nivel (y los procedimientos experimentales lo son respecto de la atención de cuarto nivel). Dentro de los fines más docentes del presente manual, tomaremos el examen neurológico integral (para el segundo nivel de los servicios) como el examen tipo o de referencia, a partir de cuyo dominio será más fácil diseñar el examen de los pacientes que requieren un examen neurológico de primer nivel, como también diseñar la estrategia para el estudio neurológico del especialista en el tercer nivel de los servicios. En este manual se desarrollan las pautas para los exámenes neurológico integral y neurológico esencial.

El plan para el examen neurológico integral sirve entonces para organizar la atención del paciente una vez admitido al hospital del segundo nivel de los servicios médicos. Esta clase de atención puede darse en un servicio neurológico o en un servicio de medicina interna, en el hospital general o en el de especialidades. Por principio, el examen neurológico integral es el tipo de examen que realiza el médico, así no fuera especialista en neurología, cuando el paciente hospitalizado presenta un problema clínico que ha sido definido, después de un examen esencial, como una afección del sistema nervioso que debe ser diagnosticada y tratada con procedimientos neurológicos ya estandarizados.

Ya hemos señalado (Ortiz, *ob. cit.*) que la atención médica es o debe ser la aplicación de una secuencia ordenada de procedimientos clínicos de diagnóstico y de tratamiento que se eligen de acuerdo al desarrollo del problema de salud que presenta o sufre la persona. Como puede verse, esta estrategia de atención toma en cuenta el desarrollo de la historia del propio paciente, o como también se dice, toma en cuenta la evolución de la enfermedad. Sin embargo, si no se toman las debidas precauciones, esta misma estrategia podría ser negativa para el enfermo. Por ejemplo, si se actúa como si el objeto de atención fuese la enfermedad, o sólo “el cuadro clínico actual”, es decir, el conjunto de síntomas y signos, se puede pensar que lo único importante es la enumeración de estos síntomas para confrontarlos con un esquema de clasificación impuesto de algún modo; o peor aún, que lo único importante para determinar cómo se encuentra el paciente al momento de la observación es el examen actual o los

exámenes auxiliares. Es pues la desviación de la estrategia general lo que puede parecer un defecto del método, cuando en realidad lo es de las condiciones de trabajo del médico. Para el médico, el estudio de la historia de esta persona y del desarrollo de los procesos de su enfermedad que se manifiestan en la evolución de los síntomas, debe ser el principal objetivo de su preocupación y su trabajo. En otras palabras, debemos repetir lo que ya sabemos respecto del seguimiento del paciente: que el conocimiento de su historia es de la mayor importancia para la explicación patogenética de su estado actual, así como para su tratamiento y rehabilitación.

Es pues frecuente que en el seguimiento clínico de un paciente en diferentes servicios se encuentren diversas relaciones entre los síntomas y los signos de la enfermedad que en un caso dificultan el diagnóstico y en otro lo facilitan. Pueden presentarse problemas de diagnóstico especialmente cuando no se da importancia al estudio de la evolución de los síntomas y no se mantiene el adecuado flujo de información entre los médicos que atienden al mismo paciente. Así, por ejemplo, puede suceder que el problema clínico de un paciente sea visto primero en un puesto de salud como “un simple dolor de cabeza”; el mismo que puede ser considerado un estado de migraña en un servicio de medicina, hasta que finalmente se descubre una hipertensión endocraneana que debe ser atendida en el servicio neurológico. Otras veces la forma de presentación y evolución del síntoma era sugestiva de un problema de mayor gravedad desde el comienzo, en cuyo caso se trata de un error de apreciación en que se ha incurrido por no tomar en cuenta la historia de la persona y el desarrollo personal de sus síntomas.

Sabemos, por otro lado, que por medio del examen actual se objetivan los cambios que tienen relación directa o indirecta con los datos de la anamnesis; esperamos entonces que los datos anamnésicos y los del examen actual sean coincidentes, o que los datos de observación confirmen la existencia del proceso patológico en algún punto de su sistema nervioso. Desafortunadamente en los pacientes reales el desarrollo de la enfermedad es de tal diversidad que pueden presentarse innumerables posibilidades. Así, en algunos

pacientes, sobre todo al comienzo, el examen actual es totalmente negativo. En esta situación, el médico debe ser consciente de la posibilidad de que los signos no hayan sido descubiertos por su propia falta de experiencia, lo que de ningún modo equivale a negligencia. En otras circunstancias, las manifestaciones ostensibles de la enfermedad ya han desaparecido o se han modificado de modo que es imposible relacionar el estado actual con la versión de la historia del paciente. Se tendrá en cuenta, además, que muchos síntomas simplemente no tienen una expresión observable ante el examinador en cualquier momento.

Por todas estas dificultades es importante que la estrategia del examen clínico en todos los niveles de atención siga los mismos principios y lineamientos, tanto para obtener los datos acerca de la historia como para obtener los datos por la observación actual del paciente. Es en este sentido que hemos sugerido se mantenga la concepción de que el sistema nervioso humano es el soporte funcional de la actividad consciente y que ésta es el modelo de desarrollo del sistema integrado de la personalidad. Y respecto del examen, que el método clínico es el estudio y la explicación de la historia de esta persona que facilita la intervención terapéutica del médico por el hecho de estar enferma. Por tanto, el examen neurológico –como cualquier otro examen especializado– será el conjunto de procedimientos que el médico emplea para conocer y explicar la historia de una personalidad concreta por tener o sufrir una afección de su sistema nervioso. Este enfoque no tiene por qué oponerse a la necesidad de que en algún momento, al nivel especializado, se proceda a abstraer aquella parte o aspecto del sistema de la personalidad que requiere de un mayor análisis, como es en este caso el estado anatómico y la actividad funcional del sistema nervioso. Pero notaremos de inmediato que para conocer y explicar el estado interno del sistema nervioso, los únicos procedimientos posibles son los instrumentales y de laboratorio. Esto significa que por medio de los exámenes anamnésico y actual sólo se pueden obtener datos clínicos acerca de los procesos de la actividad psíquica personal, y sólo a partir de éstos se podrán hacer las inferencias necesarias para lograr el objetivo de conocer y explicar

el estado y los procesos del tejido nervioso como lo exige la atención del problema clínico actual.

Creemos que sólo cuando se disponga de un modelo del sujeto y de un método de estudio único, será posible que a pesar de la división del trabajo entre quienes deben atender a la misma persona, el examen clínico no será la simple suma mecánica de los hallazgos acerca de un aspecto del paciente hechas por un médico, a los hallazgos acerca del mismo hechas por otro. La atención médica será más bien el conjunto ordenado de acciones de un servicio de salud cuya estrategia se organiza en torno a la propia historia de cada enfermo. En ningún caso se puede perder la concepción integral de la persona, ni los objetivos del método clínico, ni la unidad de criterios que orientan las actividades del servicio ante un mismo paciente.

En el presente texto las pautas para el examen esencial del primer nivel se exponen después de que en esta sección hayamos desarrollado las pautas del examen integral diseñado para el segundo nivel de los servicios médicos, teniendo en cuenta que éste es el tipo de examen que más frecuentemente utiliza el médico en vías de especialización en el postgrado, y el mismo neurólogo en su práctica intrahospitalaria. En tal sentido, la atención especializada que se brinda en el primer nivel vendrá a ser la adecuación y aplicación de este esquema adoptado durante su preparación especializada inicial.

Pensamos entonces que el dominio de los procedimientos del examen neurológico integral permitirá al especialista en neurología adaptar su estrategia de examen a la atención más simplificada de primer nivel, y extender sus habilidades al dominio de los procedimientos más especializados del tercer nivel, sin que corra el riesgo de cambiar el método y el orden de los procedimientos de su actuación profesional.

También nos parece adecuado que este esquema del examen integral sirva al estudiante en los cursos introductorios a la medicina clínica como parte de su formación teórica. De este modo, él también estará en las mejores condiciones de adoptar y usar el plan del examen esencial del primer nivel.

Sabemos pues que independientemente de la especialidad del profesional, el examen debe ser integral, sobre todo para los pacientes admitidos en los servicios médicos de segundo nivel, como son los hospitales locales o los departamentos de medicina interna, así como también en los servicios especializados de tercer nivel en los que el examen integral debe aplicarse antes de someter a los enfermos a los procedimientos más técnicos de cada especialidad. Finalmente, la práctica médica nos ha enseñado que a este nivel de atención y en todas las circunstancias en que tenga que hacerse un examen clínico integral, éste se tiene que aplicar teniendo en cuenta la naturaleza del problema de salud que nos presenta el enfermo, y por lo mismo será necesario que se realice según el enfoque, la teoría y la práctica de la respectiva especialidad. Por tal razón, si después del examen clínico esencial se determina que el paciente tiene un problema clínico que se debe o puede deberse a una afección del sistema nervioso, el examen integral tendrá que ser organizado desde el punto de vista neurológico. En otras palabras, si la naturaleza de la queja, los síntomas o los datos proporcionados por el paciente o los testigos implican un problema clínico que puede o podría ser explicado por un proceso patológico que se genera o compromete el sistema nervioso o neuromuscular, el examen clínico integral será de tipo neurológico.

Es una aspiración y una necesidad que ciertos pacientes que sufran enfermedades del sistema nervioso y muscular de difícil diagnóstico y tratamiento reciban atención médica especializada, puesto que existen problemas de salud cuya atención requiere de una preparación adicional de parte del médico, en el caso presente, de su especialización en ciencias neurológicas. Sin embargo, creemos que una especialización socialmente útil no es aquella que restringe la labor del especialista a la atención tecnológica o instrumental dentro de un servicio ultraespecializado, aislado en sí mismo, sino aquella que facilita al médico especialista cubrir todos los aspectos de promoción, protección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas, lógicamente tomando en cuenta su experiencia y los puntos de vista de su propia especialidad. Esto no niega que los problemas de salud debidos a las afecciones del sistema nervioso más comunes y

prevalentes en una comunidad, así como las acciones concretas de prevención de las mismas deban estar exclusivamente en manos especializadas: lo único que queremos decir es que la contribución del especialista debe ser importante en todos los niveles de atención de salud respecto de las enfermedades de su campo profesional.

Pero, es en la atención especializada donde se ha vuelto imprescindible un replanteamiento de las tradicionales concepciones acerca de los objetivos del trabajo del médico y acerca del método y los procedimientos de la atención de los enfermos. Creemos al respecto que se debe superar de una vez por todas la acentuada tendencia del especialista a reducir y aislar el objeto de su intervención a un tejido, un órgano, un aparato organofuncional, haciendo abstracción de la totalidad de la persona, y por lo tanto, haciendo abstracción de la realidad social dentro de la cual ésta se ha desarrollado y donde ha enfermado realmente.

Es posible que esta proclividad del especialista, que de todos modos influye en la atención efectiva del paciente, se deba a que no dispone de una concepción adecuada tanto del objeto de su quehacer profesional como del método por medio del cual asiste a los enfermos. Nos atrevemos a decir al respecto, que es posible que una correcta concepción del hombre y del método por medio del cual se le estudia podría no haber sido ni podrá ser ya necesaria en un país desarrollado. Al fin y al cabo, las condiciones económicas de vida y la alta calidad técnica de los servicios médicos ya por sí garantizan una atención médica oportuna y óptima de por lo menos una inmensa mayoría de los enfermos. Pero, bajo las condiciones del subdesarrollo estamos seguros de que cada día que pasa se torna más imprescindible una correcta concepción del hombre y la sociedad, inclusive de la ciencia y la ética, pues aquí es donde el médico tiene que suplir de algún modo la insuficiencia de los recursos técnicos y hasta la carencia de la información científica más actual. Más aún, con excepción de unas cuantas ciudades, el nuestro es un país donde las comunidades que el médico debe atender están aisladas no sólo geográficamente entre sí, sino que por sus propias condiciones económicas no cuentan con servicios más o menos integrados o coordinados de atención médica.

Por lo tanto, la relación entre el paciente y el médico tiene que ser necesariamente más personal, y dicho médico debe cubrir la atención de todos los niveles de un modo más integral.

Dentro de los lineamientos teóricos de la práctica médica en general, y neurológica en particular, siempre se ha ponderado que el objeto de nuestro quehacer científico y técnico es el Hombre. Siempre se nos ha enseñado y hemos creído saber que el paciente debe ser atendido dentro de la concepción hipocrática del individuo en su totalidad y bajo las circunstancias concretas de su vida. Sin embargo, como hemos dicho en otro lugar, nuestra formación médica, desde el lado práctico, en los hechos, se fundamenta en la anatomía del cadáver y en la fisiología animal; mientras que desde el lado teórico, se basa en una concepción contradictoriamente mecanicista e idealista, es decir, dualista del hombre. Esta situación se agrava por el hecho de que para aprender los aspectos teóricos acerca de “El Hombre” en general, a lo largo de casi toda la carrera médica, el estudiante cuenta con una bien definida teoría acerca de los organismos que se enmarca en las ciencias naturales, y con la presencia casi permanente y muy activa del profesor que le “facilita” su aprendizaje y, en cambio, para conocer “al individuo en su totalidad” no siempre cuenta con la teoría humanista tan esperada; sino apenas con diversas nociones surgidas del sentido común organizado y la especulación, y muy pocas veces cuenta con la necesaria presencia del maestro paradigma de su formación ampliada en tanto personalidad. Por otro lado, el método clínico ha sido totalmente distorsionado al habersele identificado con los procedimientos de observación inmediata “junto a la cama” del paciente, sin tener en cuenta que el método es de naturaleza distinta a los procedimientos y, sobre todo, que el método clínico es en realidad el método del estudio de los individuos, los mismos que son, a su vez, los sujetos de estudio de las ciencias humanas.

Esta misma situación explica por qué, desde el punto de vista pedagógico, la instrucción médica tiende a enfatizar el estudio abstracto de la enfermedad en desmedro del conocimiento concreto del enfermo, y que para corregir esta desviación, cuando se trata de evitar la tendencia del médico a “personalizar la enfermedad”, desde

estudiante se le aconseja que preste mayor atención al paciente diciéndole sin mayor explicación que “no hay enfermedades sino enfermos”; una sentencia que, analizada con seriedad, es contradictoria en sí misma. Con una formación de esta naturaleza el médico no puede hacer nada más apropiado que atender al paciente desde un punto de vista objetivo, anatómico y fisiológico, a veces con alguna noción de psicología, pero siempre basado en los conceptos de las ciencias naturales, tratando de usar un método que por definición no se aplica a los individuos. De allí que las deficiencias de algún modo se corrigen con la aplicación intuitiva de ciertas reglas del “arte de curar”.

Ésta es la razón principal por la cual al atender a una persona con un problema clínico de tipo neurológico, tiene que ser virtualmente “disecada” en términos de las vías y centros nerviosos que aparecen en los textos de neuroanatomía, y el diagnóstico se limita a una correlación mecánica entre los signos y la fisiopatología del sistema nervioso. En estas condiciones al médico no le queda otra alternativa que usar los diagramas como si fuera la única manera de relacionar el síntoma con los mecanismos nerviosos alterados por una lesión.

Así, resulta que tanto en el campo de la neurología como en el de las demás especialidades médicas, el médico cuenta con la anatomía, la fisiología y más recientemente con la bioquímica para explicar los problemas más abstractos de la enfermedad en general; pero en su práctica concreta, ni el estudiante y, a veces, ni el médico ya formado encuentran el modo más apropiado de comprender, explicar y resolver los problemas clínicos de una persona y se les hace difícil, por no decir imposible, tener en cuenta que es una integridad indivisible. Por ello mismo, se concibe y se entiende mejor al enfermo como organismo, como animal superior dotado de múltiples funciones por medio de las cuales interacciona con el ambiente. Bajo este criterio, el respeto por la dignidad del paciente es sólo un compromiso idealizado o una aspiración. Éste es, en realidad, el precio que hay que pagar por adherirse a unas ciencias naturales que bien se aplican al estudio abstracto de las enfermedades; pero que tienen serias limitaciones o

no sirven para comprender y explicar los problemas concretos de los enfermos.

Por la misma razón las neurociencias como la neuroanatomía, la neuroquímica, la neurofisiología, la neuropsicología han sido planteadas y se han desarrollado como ciencias del hombre en general, como las ciencias naturales que se ocupan de la especie humana en abstracto. Un ejemplo muy elocuente es el del neurofisiólogo que pretende demostrar la existencia de las motivaciones económicas, dándonos el patético ejemplo de los carnívoros que según él comen con rapidez para que otros no les arranchen su presa (Kandel, Schwartz y Jessell, 1995).

Desde este punto de vista, si la finalidad del acto médico se reduce a la acción de curar la enfermedad y el diagnóstico no es sino el paso previo que circunscribe el problema clínico a un evento situado en algún punto del organismo del cual puede ser extirpado con un medicamento o una intervención quirúrgica, en realidad no sería necesario complicar más el tipo de formación que el futuro médico recibe dentro de las aulas universitarias y las salas de los hospitales. De hecho, si se restringe la práctica médica a estos objetivos, no tiene por qué cuestionarse el modelo y no se precisa de modificación alguna respecto de la concepción del hombre y del método clínico que se aprende y aplica en la práctica tradicional, ni habría razón alguna para cuestionar la enseñanza actual de la medicina.

Pero, contradictoriamente a esta forma de concebir la atención médica, nuestra realidad nos plantea los problemas de la vida y la salud de las personas de una manera mucho más compleja y exige mayores responsabilidades. Por eso debemos decir que en las sociedades no desarrolladas —en las que casi todas, por no decir todas las necesidades humanas se encuentran aún sin satisfacer y donde persisten los más graves problemas de salud que limitan el desarrollo integral de las personas—, es donde se requiere de una actitud crítica, ética, verdaderamente humanista que nos permita superar las concepciones del naturalismo idealista predominante en las sociedades desarrolladas, pues son las ciencias naturales las que nos hacen ver al hombre como animal abstracto y fuera del contexto de su propia

realidad, de modo que cuando se llegan a palpar sus verdaderas condiciones de vida sólo se atina a tomar en cuenta su calidad humana como un ideal. Como acabamos de decir líneas arriba, estamos convencidos de que para una sociedad desarrollada la pregunta acerca de qué es el hombre ya no tiene sentido; en cambio para nosotros ésta es una cuestión vital que requiere de un cambio de actitud que debe plantearse en otros términos que no sean los del dualismo, ya que un cambio de esta naturaleza no puede fundarse en buenos deseos, ni en reglas morales puramente verbales sin sentido personal; tampoco en la clase de respeto por la dignidad humana que se funda únicamente en sentimientos de admiración ante la “naturaleza superior” del hombre.

Si es que el médico quiere contribuir al desarrollo integral de todos y cada uno de los miembros de una sociedad en formación realmente por medio de su trabajo en el campo de la salud, será preciso que adopte una concepción que explique, sin apelar únicamente a los genes, por qué más hombres dentro de la pobreza mueren a poco de nacer o mucho antes de envejecer y, si es que sobreviven, por qué tienen más posibilidades de quedar limitados por enfermedades que ya no deberían existir. Creemos que una concepción de la personalidad –y del método clínico por medio del cual se examina y trata a individualidades concretas como son los enfermos– al interior de las ciencias humanas, puede constituir una base teórica que oriente afectiva, científica y éticamente la actividad personal del médico cada vez que interviene sobre quienes requieren de su ayuda. Por esta razón, antes de ocuparnos del examen neurológico en sí tendremos que hacer, en primer lugar, un esbozo de nuestra concepción sobre lo que creemos es realmente un enfermo, en quien todo el conjunto de su actividad, y por lo tanto también su sistema nervioso, es personal; un modelo del hombre concreto y una concepción del método clínico que sirva de fundamento para el trabajo social del médico en general y del especialista en neurología en especial.

Así, dentro de una visión crítica del quehacer médico, ya no se puede mantener el principio tradicional que identifica el examen neurológico con el examen del sistema nervioso pues, como veremos,

el examen neurológico es el examen de la persona, sólo que desde el punto de vista de la teoría y el método de la neurología. Igualmente, con este criterio los clásicos diagramas anatómicos y funcionales y los modernos diagramas químicos más cambiantes, ya no serán los modelos que sirvan para organizar el examen; sino que usaremos la teoría de la actividad personal que se organiza desde la actividad consciente como el modelo que facilita la explicación y la intervención del médico sobre la persona integral que es el enfermo. Demostraremos que el enfoque funcionalista del examen es conceptualmente contradictorio, pues dentro del marco científico natural de la neurología, a pesar de que se sostiene que el examen neurológico es de tipo funcional, en realidad muchos de los conceptos semiológicos de la especialidad están completamente divorciados de los fisiológicos, una circunstancia que implica algo más que la necesidad de simplificar los conceptos empleados. Se requiere entonces no sólo de un lenguaje, sino de toda una concepción que unifique la teoría neurocientífica básica y la neurológica clínica. Una cuestión que es posible resolver sólo dentro de una ciencia del hombre concreto.

Por otro lado, el enfoque funcionalista, sobre todo el fundado en el pragmatismo, es claramente restrictivo de la acción del médico. Por ejemplo, se puede comprobar que casi siempre se examina sólo aquello que parece más obvio y objetivo que coincidentemente es aquello que mejor se representa en un diagrama. Por eso se examinan mejor –o sólo se examinan– las funciones sensoriales y motoras periféricas, que implícitamente son las “funciones inferiores” más simples y más objetivamente observables, en tanto que “las funciones superiores” más complejas quedan en un segundo plano, a pesar de su “superioridad” ciertamente idealizada. Este tipo de examen oculta el hecho de que lo complejo se toma como lo incomprensible, difícil de observar o evaluar, o poco útil en la práctica. Sin duda que ésta es una de las debilidades del examen “del sistema nervioso” tomado como tal, pero no es la debilidad mayor. En realidad, la mayor debilidad del examen neurológico es (para tranquilidad de los neurólogos) la debilidad del método clínico en general, tal como se le concibe y emplea en la práctica de todas las especialidades médicas. Consiste en el hábito

de examinar sólo el organismo, y dentro de él sus componentes – órganos, aparatos o tejidos– por separado, haciendo abstracción de la actividad personal, esto es, de la totalidad del individuo. Por ejemplo, nada parece más simple que examinar los nervios craneales uno por uno, tal como los anatomistas del siglo pasado pensaron que era posible después de haberlos disecado en el cadáver. En la misma tradición, en un esfuerzo digno del romanticismo de aquel siglo, las vías motoras y sensoriales de la médula espinal y del tronco encefálico también se las imagina como realidades tan disecables como los nervios periféricos. De ese modo prevalece y se acentúa la concepción mecanicista no sólo del sistema nervioso, sino del hombre en su totalidad.

Con ideas de esta clase nadie puede cuestionar el atractivo simplificador, pero al mismo tiempo simplista, del funcionalismo en que se basa el examen neurológico tradicional. La finalidad del examen es práctica e igualmente simple: ubicar la lesión... obviamente en el diagrama. La localización de la lesión por medio de imágenes obtenidas por computadora, al cumplir mejor estos objetivos, ha contribuido aún más a acentuar esta visión del sistema nervioso y a mantener la concepción mecanicista que se tiene del paciente en sí.

En efecto, según la opinión por desgracia cada vez más generalizada de quienes han sido subyugados por los avances tecnológicos de los exámenes auxiliares, las limitaciones del examen neurológico para el diagnóstico de la lesión, que es uno de los objetivos de nuestro trabajo, se van a superar o de hecho han sido superadas por estas sofisticadas técnicas de diagnóstico, como son la tomografía por resonancia magnética o el mapeo cerebral. Con estos exámenes naturalmente se obvian la complejidad del examen de las funciones superiores y las dificultades en la interpretación de los datos del “examen físico”, y hasta de los diagramas. Pero ésta no es otra cosa que confesión de parte, pues con esta salida sólo se ha encubierto la carencia de una concepción científica del hombre real y de un método igualmente científico que debe emplearse para su estudio integral.

Uno de los errores de este enfoque tecnológico es que no se valoran adecuadamente los objetivos particulares de los exámenes auxiliares

como parte del objetivo más comprensivo del examen clínico del paciente integral. No se toma en cuenta que el examen clínico tiene como objetivo principal el conocimiento de la historia de una personalidad, mientras que los exámenes instrumentales y de laboratorio sirven para conocer solamente algún aspecto adicional más o menos definido de alguna región de esa persona en un instante de su historia. Dentro del examen neurológico, por ejemplo, los exámenes auxiliares sirven para descubrir o constatar la presencia y posible naturaleza patológica de una lesión o una falla funcional o metabólica en un punto o región dentro del tejido nervioso que no es sino un punto o región dentro de la totalidad de la historia de una persona, tal como se encuentra al momento del examen, que es sólo un instante de su vida.

Entonces, si no se toma en cuenta la vida del paciente, su historia, el desarrollo de sus capacidades personales, sus posibilidades de producir y crear, presentes y futuras, no atinaremos jamás a salir de nuestro propio entrapamiento y seguiremos atados a nuestras preocupaciones realistas sólo en apariencia acerca de las condiciones objetivas del organismo —que no es sino el nivel de organización de los invertebrados—, de modo que para no caer en indignidades sólo se atina a adornar nuestra práctica con las preocupaciones más idealizadas, y por lo tanto irreales, acerca de la superioridad del hombre abstracto, irreal, que existe sólo en el pensamiento, ciertamente sesgado, del examinador.

Es, pues, nuestro primer objetivo concebir un examen neurológico que como cualquier otro examen médico especializado mantenga su coherencia lógica dentro de una concepción científica de la naturaleza social del hombre. Pues no por tratarse de la atención especializada de los problemas de salud que afectan un cierto nivel de la actividad personal —el de la actividad nerviosa— vamos a centrar nuestro trabajo clínico solamente en la anatomía y fisiología de un sistema nervioso tan abstracto e idealizado como la misma concepción de El Hombre, que deja de lado la realidad concreta del sistema integrado de una personalidad, lógicamente con su sistema nervioso incluido.

Teniendo en cuenta estos objetivos, nuestra aspiración o pretensión mayor es que este libro no sea un texto de tecnología neurológica. Aspiramos a disponer de un conjunto sistematizado de conceptos y de principios que sirvan para estudiar, comprender y explicar la historia de cada hombre tal como es en realidad; en sentido estricto, que sirva para explicarnos por qué esta persona está enferma, que nos permita saber por qué y cómo se ha producido el desorden patológico de su sistema nervioso que le aqueja, y cómo es que esta perturbación que le limita el desarrollo de sus capacidades personales más complejas puede ser tratada, controlada y superada.

Para enfocar en forma científica y humanista los problemas de salud de un paciente, es preciso considerar que éste no es, como hemos dicho, un simple organismo, ni siquiera un animal superior. Más bien, a todo lo largo de este libro argumentaremos a favor de que cada paciente es una personalidad, convencidos de que una personalidad no es un conjunto de características o atributos del psiquismo; como tampoco éste es una estructura inmaterial fijada en el tiempo que se ha sumado al organismo. Sostendremos que la personalidad es el sistema integrado del individuo humano cuya actividad total ha sido estructurada dentro de los procesos de la sociedad humana. Por eso, desde nuestro punto de vista, la personalidad ha de ser entendida como un sistema vivo individual organizado a partir de la información genética de sus células, pero reestructurado sobre la base de la información social elaborada por la humanidad a lo largo de su historia; es decir, sostenemos que la personalidad es el sistema del hombre concreto cuya historia ha sido y es organizada al interior del sistema de la sociedad donde crece, se forma y desarrolla, y por lo tanto, donde ella enferma y muere, dentro de las reales condiciones económicas y espirituales de su vida. Esta manera de afrontar los problemas de salud de las personas exige aceptar desde el comienzo que la actividad psíquica consciente, esto es, el nivel de actividad que organiza la totalidad de la actividad personal, es la única que expresa la actividad integrada de todo el conjunto de su sistema nervioso.

En el mismo sentido, tenemos necesidad de concebir el método clínico como el modo de conocer y explicar la historia de esta persona concreta, que nos facilite intervenir sobre ella, lógicamente sobre la base del conocimiento de los hombres en general. Dentro de este planteamiento, el examen neurológico no es, por supuesto, el examen del sistema nervioso, sino el examen integral de una personalidad, con la diferencia de que se realiza con el método, la teoría y los procedimientos de las ciencias neurológicas. Lo único que hay que hacer, con esta finalidad, es un intento por aislar y observar en la práctica aquellos aspectos de la actividad personal que más directamente expresan el metabolismo y las funciones del sistema nervioso.

Desde este punto de vista, el objetivo central y más inmediato del examen neurológico tiene que ser el estudio de la actividad personal, porque ésta *contiene* la actividad psíquica consciente y la actividad funcional del sistema nervioso. Por consiguiente, el examen neurológico especializado de un paciente, así como todo el examen clínico integral, empieza con el estudio de su historia, un estudio que necesariamente comprende el análisis de su actividad consciente tal como se ha manifestado en su actuación personal en el curso de su vida, y tal como ella misma aparece ante el observador al momento del examen.

No vemos otra salida que la de invertir la esencia de nuestras actitudes y nuestros actos ante un enfermo, en el sentido de que la cuestión no es examinar el sistema nervioso pensando (que bien podría significar olvidando) que se trata de una persona, sino de examinar a la persona imaginando el posible estado de su sistema nervioso que se deduce de las características de su actividad objetiva.

Una argumentación más amplia de estos presupuestos y planteamientos escapa a los límites del presente texto, aunque para mantener la coherencia de nuestro trabajo clínico y docente en el campo neurológico vamos a dedicar la primera sección de este libro a la reseña de nuestra propuesta teórica acerca del sistema de la personalidad y del sistema nervioso que sea suficiente como para organizar consecuentemente la práctica neurológica clínica. Una presentación más detallada de nuestros conceptos acerca del hombre (y del paciente) y del método clínico se encuentra en nuestro trabajo previo

dedicado a la sustentación de nuestros puntos de vista (Ortiz, 1994, 1996, 1997). Las dos secciones subsiguientes están dedicadas al tema central, cual es la descripción de los procedimientos del examen neurológico integral y los del examen neurológico esencial, respectivamente.