

Parte 3 – La redacción del Título en los artículos médicos

Uribarri I.

E-mail iur@fibertel.com.ar

Diplomada en Comunicación científica, médica y ambiental y Universidad de Pompeu Fabre de Barcelona. Editora científica.



COMO SE ESCRIBE UN ARTÍCULO CIENTÍFICO

Fecha de recepción: 07/11/2012
Fecha de aprobación: 10/11/2012

HEMATOLOGIA, Vol. 16 N° 3: 203-215
Septiembre-Diciembre, 2012

RESUMEN

En este trabajo, presentamos una selección de anomalías frecuentes en la construcción de títulos que identifican la producción de relatos orientados hacia el avance de la ciencia, en literatura médica. Esos títulos aparecen publicados en revistas científicas indizadas como artículos de investigación, trabajos originales, casos clínicos o revisiones sistemáticas.

El concepto de anomalía refiere aquí a realizaciones semánticas, sintácticas o gramaticales inadecuadas en la elaboración del enunciado que compone el título de un trabajo, pero también es relativo a los criterios de uniformidad que a la vez describen y prescriben la producción de textos médicos, caracterizados por su retórica y por su alto grado de estabilidad estructural. Se trata de una regulación petitionada por sociedades científicas y legitimadas por convenciones de editores de publicaciones médicas como la de Vancouver o la American Psychological Association Style. Tienen consenso internacional y constituyen la preceptiva de las normas de publicación.

En la muestra, se examinan las propiedades del título escrito como objeto comunicacional; los patrones discursivos que más se reiteran en los títulos anómalos y la orientación de los tipos textuales que subyacen en la confección de los títulos que forman parte del corpus. Se identifican los errores habituales en la redacción de un título eficaz, pero además, la escisión entre los criterios con los que las preceptivas definen un buen título y las preferencias discursivas de los autores, expresadas en secuencias, (paquetes de frases) de uso corriente que se repiten con insistencia dando lugar a estereotipos lingüísticos que adquieren su fuerza elocutiva no sólo por la frecuencia con la que circulan sino por la aceptación en el interior de la comunidad científica.

De este modo, se genera una tendencia en contrapunto por la que se institucionalizan anomalías que no son necesariamente percibidas por los actores implicados en

la comunicación como deficiencias en la construcción del título, cuya “buena forma” se remodela en el tiempo según la influencia de procesos sociales y culturales.

Key words: literatura médica, título, enunciado, redacción, preceptiva.

INTRODUCCIÓN

I. La preceptiva y el estilo

La literatura médica en su versión académica-científica puede ser considerada una institución dentro del campo de los saberes médico. Como tal tiene una relativa autonomía, una tradición y una convención propia.

Su escritura se relaciona con la competencia lingüística de la lengua general del autor y con la particular de la lengua específica.

Este conocimiento de la lengua específica permite distinguir el tipo de conducta lingüística que requiere el autor en el contexto y la situación de escritura de un artículo.

Al igual que el aprendiz de una lengua segunda, el conocimiento de la literatura médica implica tanto para el locutor como para el lector, reconocer la opción adecuada entre una variedad expresiones posibles, cuya función se define en términos de eficacia y efecto, por caso la restricción a ciertos recursos formales o de ramificaciones simbólicas (lo que el uso reprime o destaca por ser un lenguaje especializado).

Así, hay elementos lingüísticos contextualmente condicionados dentro del lenguaje médico que pueden ser entendidos como indicadores de un estilo que enlaza un gran número de textos relacionados entre los que se pueden marcar cualidades únicas diferenciadoras y cualidades compartidas.

La palabra estilo tomada en su más amplia acepción como forma implica una selección en el interior del campo textual a distintos niveles: gramaticalidad, léxico, frases, cláusulas, oraciones o, en un nivel macro-lingüístico, paquetes de frases. El estilo es también tributario de los criterios de uniformidad caracterizados, además de por su retórica, por su alto grado de estabilidad estructural (formatos) cuyo andamiaje es impuesto y legitimado tanto por convenciones de editores de publicaciones médicas cuanto por sociedades internacionales reconocidas por su incidencia y su prestigio.

Tal es el caso de las denominadas Normas de Publicación de Artículos Biomédicos, proporcionadas por primera vez en 1979 por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas, conocido como Grupo Vancouver (International Committee of Medical Journal Editors ICMJE) con las sucesivas reformulaciones del 2003, o las normas de la World Association of Medical Editor que retoma la reflexión de los mismos tópicos, o los proporcionados por la Sociedad Americana de Psicología para las revistas de ciencias naturales, que añaden el modo de consignar las referencias en el texto y la bibliografía, el uso óptimo de los verbos, pronombres, artículos, conjunciones, etc. y que coincide en algunos aspectos con las regulaciones de otra preceptiva: la del denominado estilo Harvard.

En términos de la escritura producida por la comunidad médica estos criterios tienen consenso internacional, se transmiten como indicaciones para los autores, se divulgan como normas de presentación y se conocen genéricamente como Estilo Vancouver o el APA Style Article. La modelización de la escritura que proponen tiene un indiscutido poder de legitimación, estabilizan el discurso médico y lo envuelven de un carácter universal puesto que tiene competencia para los diferentes idiomas.

De este modo, lo que se puede y debe ser escrito según estos estilos configura un preconstruido que organiza un programa unificado por el cual la escritura de cada autor, un agente reproductor del estilo reconocido, participa de un lenguaje entre colegas.

II. Qué es un título?

El enunciado que de modo independiente remite a un texto para indicar al lector a qué refiere el texto al

que encabeza recibe el nombre de título: una palabra, una frase corta da un nombre, identifica a una obra o un documento. El título es siempre una inscripción que realiza una función anticipadora.

Las consideraciones acerca de la redacción del título en los trabajos de literatura médica, como se dijo, se expresan a través de un metadiscurso (Vancouver, APA, etc), una serie de postulados que indican la buena forma de la escritura dentro del campo disciplinario. Sin embargo es habitual que los títulos de los documentos se disparen por fuera de la norma.

Una manera de ver esta diferencia es presuponer que los autores desconocen lo que las normas de escritura peticionan. Otra, es considerar por qué en el caso del título el metadiscurso tiene poco impacto.

La primera conjetura es poco probable. Cuando un autor envía un artículo a una revista de su especialidad, es habitual que revise las normas de publicación que aparecen al final de cada ejemplar. Allí se enterará de que lo que se espera de su escritura debe ser compatible con un modelo de evento comunicacional formalmente tipificado.

Un programa de escritura

Según el consenso para la redacción del título apropiado, en los estilos que citamos se peticona que: el título sea claro, exento de redundancias.

breve (pero) de modo tal que el lector identifique el tema y facilite una indización precisa del documento.

En consecuencia, no se aceptan los títulos breves pero demasiado generales. Hay coincidencia en que el título no debería exceder las 15 palabras.

Los expertos y las publicaciones científicas prestigiosas rechazan también: el exceso de artículos y de preposiciones, las abreviaturas, la declaración de la tipología de artículo o del diseño de la investigación inscriptas en el título.

Los enunciados interrogativos.

Los títulos partidos en título principal subtítulo separados por dos puntos o por punto y seguido.

Un título que inscriba un artículo en serie o en parte. Se espera que cada estudio publicado sea independiente para evitar que la indización resulte impedida puesto que es imposible reconstruir un título doble.

Aunque se trate de una receta de pocos ingredientes y un poco ambigua, la aspiración de la preceptiva abarca niveles léxicos, semánticos gramaticales y sintácticos pero también pragmáticos.

Pero ocurre que la preceptiva deja afuera las dificultades que la redacción del título supone y cuando

muchos autores-docentes dentro del campo médico, pretenden abrir el juego de las dificultades, sus propias advertencias caen en clichés del tipo “el título debe ser claro”, “no debe ser telegráfico”.

Las propiedades del título como objeto comunicacional

En relación a la escritura se suele definir al título como el enunciado con el menor número de palabras que describen adecuadamente un contenido.

En un artículo científico las bases de datos harán foco en el título para el racconto de algunas expresiones descriptoras.

Estas consideraciones son elocuentes de una de las propiedades del título: su cualidad informativa. De hecho la condensación semántica es un derivado de la concisión (cantidad de palabras con valor informativo). Esta concisión es ya un programa de lectura de ahí que la brevedad sea a veces una de las condiciones problemáticas en la elaboración de un título adecuado. A veces un título que informa no es conciso o al revés puede ser conciso, pero no informa.

La dinámica entre las variables información y brevedad da una idea de la escala de representación y de las competencias de lectura obligadas que pide un título. Entre ellas, habilidades cognitivas, que sumadas al conocimiento de los referentes epistémicos del propio campo, se relacionan por caso con las estrategias elípticas puestas en juego en la codificación del mensaje.

A diferencia del material textual de un documento, el título se lee en un solo golpe de vista y en esa primera lectura debe ser comprendido: los títulos son entonces de gran relevancia para la constitución del sentido y para la modulación del comportamiento del lector. Configuran en sí mismos una escena cultural en miniatura que sirve de matriz a la destreza autoral y el rol activo del lector para entrar en sintonía (o no) con un mensaje.

Así pues el título es la vía regia hacia el texto. Decide su apertura, la continuidad de la lectura o su desestimación y por esta característica puede ser entendido como un enunciado de fronteras que en el borde de su legibilidad conlleva el mandato, la ilusión o la expectativa de manifestar en sí mismo y anticipar, un lenguaje transparente.

En este trabajo daremos cuenta de algunas de las anomalías más comunes que solemos encontrar en la redacción de un título adecuado.

Contrastaremos con la normativa ciertas infracciones que se cristalizan como estereotipos desviados

del modelo y cuya reproducción son una señal de que están “naturalizadas”.

Registrar esta tensión entre la desviación y la norma nos permite observar una obturación del sentido (el contenido informacional) del enunciado que afecta su función comunicativa y que se manifiesta a través de los mecanismos de cohesión y coherencia.

Al considerar las ocasiones en que el estilo es parte del significado, nuestro propósito es dilucidar las dificultades del autor para seleccionar en el enunciado que redacta qué es lo que en una frase debe considerarse como valores denotativos cuyo conjunto garantice el contenido informacional del título.

MATERIAL Y MÉTODO

Haremos un recorrido de ida y vuelta entre los requisitos de redacción del título derivados de las convenciones estilísticas apuntadas y las anomalías encontradas en la producción concreta de títulos publicados.

Para ello conformamos un corpus a través de un repertorio extraído de diversas publicaciones médicas de diferentes especialidades.

Los títulos se retranscriben tal como fueron puestos en circulación en versión impresa, en publicaciones indizadas, en idioma español, durante el periodo 2000-2005.

Esas revistas son: Acta Cancerológica de la Soc. Peruana de Cancerología, Revista Ecuatoriana de Medicina, Anales del sistema Sanitario de Navarra, Revista de Gastroenterología Nacional de la Sociedad Mexicana de Gastroenterología y Dermatología Pediátrica Latinoamericana de la Sociedad Latinoamericana de Dermatología Pediátrica.

Se convocó a 3 profesionales de la salud a quienes se les explicó cuál era el sentido del trabajo que realizamos a fin de integrarlos como lectores-informantes.

Los informantes no guardaban relación entre ellos y pertenecen a campos médicos diferentes: terapia intensiva, clínica médica y cirugía. Todos son autores de artículos publicados y tienen competencia para percibir los esquemas de formato y las desviaciones respecto del modo aceptado por el estilo-modelo.

En relación a nuestro propósito se dividió el corpus y se les proveyó de un conjunto de títulos a cada uno.

Se les pidió que en cada enunciado localizaran aspectos que dificultaran la aceptación de los contenidos textuales a la luz de la adecuación, la eficacia y la efectividad, aspectos que configuran la red de relaciones semántico pragmáticas de un texto (Ca-

salmiglia, 2007). Ese señala miento sobre el corpus forma parte de este apartado.

De este modo, en los apartados siguientes analizaremos las selecciones no estilísticas que obturan la legibilidad en la redacción de los títulos, haciendo foco en la carga informativa y contrastándolas con las transformaciones realizadas por los informantes para la reescritura de los títulos de modo adecuado.

Corpus

1. *Enfermedades raras: concepto, epidemiología y situación actual en España.*

2. *Reordenamiento de los genes BCR-ABL en el estudio de la biología molecular del cáncer de mama en el Hospital Nacional Daniel A. Carrion-Callao.*

3. *La biopsia cerebral por estereotaxia en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas.*

4. *Ganglio centinela en cáncer de mama, experiencia en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas.*

5. *Estudio abierto multicéntrico de tramadol de acción retardada en el manejo del dolor crónico con canceroso y por cáncer.*

6. *Cáncer de pulmón a células pequeñas experiencia de 10 años en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas Eduardo Cáceres Graciani.*

7. *Pólipos hiperplásicos del estómago con transformación maligna en adenocarcinoma, consideraciones sobre histogénesis.*

8. *Angiofibromiolipoma gigante del esófago. Artículo original (esófago).*

9. *Carcinoma epidermoide del ovario en teratoma quístico maduro. Consideraciones patológicas. Histogénesis. Evaluación.*

10. *Cáncer de cuello de útero a células pequeñas.*

11. *Alimentación Parenteral.*

12. *Sepsis y Shock séptico. Definición, epidemiología, patogénesis, hemodinámica, diagnóstico y tratamiento.*

13. *Mastocitosis cutánea, experiencia de diez años en el Servicio Dermatológico del Hospital Universitario de Caracas.*

14. *Prevalencia de la microalbúmina en una población de Navarra Septentrional y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular.*

15. *Incapacidad laboral por patología del aparato locomotor en la comunidad Floral de Navarra, aspectos epidemiológicos.*

16. *Tratamiento clínico de las enfermedades tromboembólicas en cirugía ortopédica con HBPM.*

17. *Es útil la relación AST/ALT en el diagnóstico de esteatohepatitis no alcohólica (NASH)?*

18. *Tratamiento ambulatorio de pacientes con neutropenia febril de bajo riesgo de acuerdo al índice de riesgo MASCC.*

19. *Ventilación mecánica no invasiva VNI-CPAP.*

20. *Apoptosis, proliferación celular y helicobacter en la carcinogénesis gástrica. Estudio inmunohistoquímico y correlación histológica en 83 casos del INEM.*

21. *Estudio comparativo de la eficacia entre la pasta de zinc 10% versus pasta de zinc 10% más hidrocortisona 1% en pitiriasis alba en niños, Quito, Ecuador.*

22. *Resultado del tratamiento del carcinoma epidermoide temprano de lengua oral: 70 casos, INEM.*

23. *Necesidades en las enfermedades raras durante la edad pediátrica.*

24. *El farmacéutico en el contexto de las enfermedades raras y los medicamentos huérfanos.*

25. *La vieja batalla entre la especie humana y el bacilo de Koch: es posible soñar con erradicar la tuberculosis?*

26. *Enfermedades metabólicas en la edad adulta.*

27. *El laboratorio en el diagnóstico de las enfermedades raras.*

28. *Los errores congénitos del metabolismo como en enfermedades raras con un planteo global específico.*

29. *Se detectan los primeros enterococcus faecium resistentes a vancomicina en dos hospitales de Quito.*

30. *Anticoagulación en fibrilación auricular y antiagregación en diabetes mellitus tipo 2: cómo lo hacemos?.*

31. *El tratamiento de la osteoporosis: heterogéneo, ineficaz y sin evidencia científica?*

32. *Síndrome de Distress respiratorio agudo: sabemos dónde estamos y hacia dónde vamos.*

33. *Variación de los parámetros de laboratorio en pacientes con manejo parálisis tumoral en leucemias agudas.*

Anomalías:

1. *Expresiones metafóricas*

2. *Secuencias del desarrollo del trabajo en el enunciado del título, o la tipología de artículo*

3. *Indicaciones de locus (ciudad, país, Servicios)*

4. *Indicaciones de tiempo en el título*

5. *Significados redundantes, o sobre explicación*

6. *Expresiones de significado confuso o antinómico*

7. *Sustitución preposicional o léxica*

8. *Elisión*

9. *Acrónimos*

10. *Enunciados generales*

11. *Enunciados compatibles con títulos de divulgación.*

Corpus y Marcas

1. *Enfermedades raras (1): concepto epidemiología: 2 y situación actual en España (3).*

2. Reordenamiento de los genes BCR-ABL en el estudio de la biología molecular del cáncer de mama en el Hospital Nacional Daniel A Carrion-Callao (3).

3. La biopsia cerebral por estereotaxia en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas (3).

4. Ganglio centinela (5) en cáncer de mama experiencia⁴ en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas (3).

5. Estudio abierto multicéntrico (2) de tramadol de acción retardada en el manejo (1) del dolor crónico con canceroso y por cáncer (6).

6. Cáncer de pulmón a (7) células pequeñas experiencia de 10 años (4) en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas Eduardo Caceres Graciani (3).

7. Pólipos hiperplásicos del estómago con transformación maligna (5) en adenocarcinoma, consideraciones sobre histogénesis (2).

8. Angiofibromioliopoma gigante del esófago. Artículo origina (12) (esófago 5).

9. Carcinoma epidermoide del ovario en teratoma quístico maduro 5. Consideraciones patológicas. Histogénesis. Evaluación (2).

10. Cáncer de cuello de útero a 7 células pequeñas

11. Alimentación Parenteral (10).

12. Sepsis y Shock séptico (10). Definición epidemiología patogénesishemodinámica diagnóstico y tratamiento (2).

13. Mastocitosis cutánea (10), experiencia de diez años (4) en el Servicio Dermatológico del Hospital Universitario de Caracas (3).

14. Prevalencia de la microalbúmina en una población de Navarra Septentrional (3) y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular.

15. Incapacidad laboral por patología del aparato locomotor en la comunidad Floral de Navarra (3), aspectos epidemiológicos (2).

16. Tratamiento clínico de las enfermedades tromboembólicas en cirugía ortopédica con HBPM (9).

17. Es útil¹⁰ la relación AST/ALT (9) en el diagnóstico de eastatohepatitis no alcohólica (NASH 9)?

18. Tratamiento ambulatorio de pacientes con neutropenia febril de bajo riesgo (5) de acuerdo al índice de riesgo MASCC (9).

19. Ventilación mecánica no invasiva VNI-CPAP (9).

20. Apoptosis, proliferación celular (6) y helicobacter en la carcinogénesis gástrica. Estudio inmunohistoquímico y correlación histológica en 83 casos 2 del INEM (3).

21. Estudio comparativo (2) de la eficacia entre la pasta de zinc 10% versus pasta de zinc 10% más hidrocortisona 1% en pitiriasis alba en niños, Quito, Ecuador (3).

22. Resultado del 2 tratamiento del carcinoma epidermoide temprano de lengua oral 5: 70 casos, INEM (3).

23. Necesidades en las enfermedades⁸ raras durante la edad pediátrica (7).

24. El farmacéutico (8) en el contexto de las enfermedades raras y los medicamentos huérfanos 1.

25. La vieja batalla¹ entre la especie humana y el bacilo de Koch: es posible soñar con erradicar la tuberculosis? (11).

26. Enfermedades metabólicas en la edad adulta⁸.

27. El laboratorio (8) en el diagnóstico de las enfermedades raras.

28. Los errores (1) congénitos del metabolismo como enfermedades raras con un planteo global específico (6).

29. Se detectan los primeros (4) enterococcus faecium resistentes a vancomicina en dos hospitales de Quito (3).

30. Anticoagulación en fibrilación auricular y antigregación en diabetes mellitus tipo 2: cómo lo hacemos? (11).

31. El tratamiento de la osteoporosis: heterogéneo, ineficaz y su evidencia científica? (11).

32. Síndrome de Distress respiratorio agudo: sabemos dónde estamos y hacia dónde vamos (11).

33. Variación de los parámetros de laboratorio en pacientes con manejo (1) parálisis tumoral (6) en leucemias agudas (5).

RESULTADOS

En el marco general de la lingüística del texto primeramente señalaremos las selecciones no estilísticas más relevantes que desestabilizan la coherencia y la organización textual de los títulos que forman parte del corpus.

Las selecciones no estilísticas Y la opacidad de la información

A continuación observaremos las reformulaciones realizadas por los informantes para restituir el sentido de los enunciados.

En el nivel semántico

Las expresiones metafóricas como valores adicionales extratextuales

Expresiones como enfermedades raras, medicamentos huérfanos, manejo del dolor, la vieja batalla, tienen un valor extratextual.

Algunas pueden añadir un matiz expresivo a la elección que el autor hace en el interior de su disponibilidad léxica.

Así, enfermedades raras refiere a las de ocurrencia eventual, poco tipificadas, pero desde la perspectiva semántica, hay un corrimiento hacia cierta forma propia de la denominada función poética del lenguaje.

Si consideramos el par salud-enfermedad, y a la enfermedad como una trastorno del estado de salud, la construcción enfermedades raras lleva implícita una alteración respecto del estado de salud pero también dentro del repertorio conocido de las enfermedades y en este sentido, adquiere el sentido de "incomprensible".

Como afirma Ciapuscio (2005) el empleo de la metáfora "depende y se orienta hacia el interlocutor quien debe interpretarla y aceptarla", en este caso las enfermedades raras lo son, en la taxonomía de enfermedades registradas, para la comunidad médica.

La elección del término es interesante ya que en un registro más académico, el autor podría haber elegido de "baja prevalencia".

Medicamentos huérfanos es una metáfora extendida que apareció por primera vez en 1983 para señalar a los fármacos no producidos a escala industrial.

Como no hay un término o una construcción alternativa, la expresión tiene un matiz subjetivo más débil y en relación a su codificación un valor informativo más estabilizado.

Con manejo es una expresión que en un registro coloquial está colocada en lugar de tratamiento.

Manejo está también ligado a conducción, o dominio en el uso de instrumentos. Como en el caso de "la vieja batalla" se trata de expresiones en la que se oculta la superación o no, sobre una cierta dificultad. Ambas son selecciones con carácter analógico que resultarían apropiadas en una comunicación entre legos.

En el nivel sintáctico-semántico

Incrustaciones que suplen un vacío de información

Los segmentos indicados con 2 o 3 señalan en el corpus, un tipo de sobre explicación puesto que los modos de división o secuenciación en el desarrollo del artículo médico, tanto como la tipología a la que pertenecen resultan visibles en el interior del texto o desde la estructura del formato particular de cada artículo.

La información que proveen es secundaria en relación con las posibilidades de concisión que requiere la redacción del título.

En el caso de los segmentos marcados con 3, la extensión del enunciado es ocupada por precisiones de lugares: país, ciudad o servicio médico donde se obtuvieron los datos o se realizó el trabajo.

Son rasgos situacionales que se suelen colocar en las llamadas portadillas en el momento en que se entrega el trabajo para su publicación y complementan otros datos del autor. Consideradas como unidades lingüísticas no son susceptibles de funcionar como palabras descriptoras.

Las podemos englobar como locus, que unidos o combinados con reforzadores como experiencia o experiencia de 10 años son portadoras de elementos que reflejan algo de la circunstancia personal o de los condicionamientos sociales del autor.

Tanto las tipologías de artículos como los locus tienen alta predictibilidad con una relevancia informativa escasa o nula.

Desde la perspectiva comunicacional, son interacciones solo subjetivamente satisfactorias, (Van Dijk 1983) pues únicamente realizan la aspiración de uno de los participantes de la función comunicativa: la del autor.

En el nivel léxico

Operaciones de decodificación poco económicas

1. Reiteraciones entre el pleonismo y la tautología Elecciones como ganglio centinela en cáncer de mama, transformaciones malignas en adenocarcinoma; combinaciones como tratamiento ambulatorio bajo riesgo, carcinoma de lengua oral, o carcinoma de ovario-teratomaquistico maduro se caracterizan por decir de algún modo lo ya dicho.

Resultan una práctica poco económica ya que obligan al lector a abstraerse del desvío que atenta contra la cohesión del enunciado: mientras aumenta la redundancia disminuye la previsibilidad del mensaje para el lector.

2. Problemas de cohesión por sustituciones léxicas: hiperónimos. El uso de siglas (sintagmas nominales simplificados), abreviaturas y acrónimos, con la finalidad de producir anotaciones escuetas también produce una interrupción en la decodificación del mensaje.

En tanto que el significado de un acrónimo es la suma de los significados de las palabras que lo forman, todo acrónimo es un hiperónimo.

Un riesgo que conlleva esta elección es el de que con el tiempo ciertas fórmulas cambian de significado.

La acronimia es un procedimiento común en el lenguaje médico cotidiano.

Tanto las siglas como los acrónimos entorpecen la inclusión de palabras en un índice.

Pero además desalientan la lectura de un texto pues la información tan resumida puede resultar absurda o poco inteligible.

Las relaciones semánticas de cohesión y de congruencia también pueden trastabillar por vía de la elipsis, la agramaticalidad del régimen preposicional o bien por la secuencia de sintagmas en los que no resulta posible reconstruir el sentido de los lexemas encadenados.

Veamos ejemplos extraídos del corpus:

- necesidades en las enfermedades raras: la elisión de qué tipo de necesidades no es susceptible de ser repuesta por el lector.

- cáncer de pulmón a células pequeñas: es difícil reconstruir cuál es el criterio que rige la preferencia del usuario que opta por "a" en el lugar del genitivo: de células pequeñas se opone a de células grandes. Sin embargo no hemos detectados casos en que aparezca la construcción a células grandes.

- dolor crónico con cancerosos y por cáncer, planteo global específico, o apoptosis-proliferación celular son selecciones que no alcanzan la congruencia necesaria.

En estos casos, las antítesis rompen los lazos referenciales entre los constituyentes del enunciado. (Ciapuscio, 1994).

Como vemos, todas ellas para poder ser decodificadas requieren que el lector realice operaciones de inferencia y transferencia desde el campo de saber compartido.

En: "Los errores congénitos del metabolismo como enfermedades raras con un planteo global específico"-el enunciado combina una metáfora, una construcción comparativa y una antítesis.

La construcción comparativa está en lugar de una construcción causal ya que el autor se refiere a enfermedades de baja prevalencia producidas por alteraciones metabólicas.

Y la antítesis es un segmento que no puede ser recuperado por la competencia del lector para el entendimiento lingüístico.

En el nivel lógico

Relación entre el Título, el Tema y el Problema

Una anomalía frecuente es la de los advertidos como "títulos demasiado generales".

El procedimiento para esta generalidad puede ocurrir como se vio en los ejemplos del corpus, con construcciones que no abren la progresión hacia la

información como en el caso de enunciados tautológicos.

Pero hay otro modo, frecuentemente elegido por los autores como tributo a la brevedad y que consiste en enunciar el tema en lugar del título. Por caso en nuestro corpus: Nutrición Parenteral, Sepsis y Shock séptico, Mastocitosis Cutánea.

La construcción del título supone un desagregado de información respecto del tema mediante el cual se ilumina alguno de sus aspectos, estableciendo un recorte. Dicho de otro modo, esa información particulariza al título porque describe al tema por uno de sus aspectos.

Esta actualización que describe al tema produce un anclaje referencial del título respecto del texto al que encabeza, puesto que un tema puede ser abordado desde múltiples perspectivas.

Por otra parte el aspecto seleccionado conserva la propiedad de los procesos descriptivos (Filinich, 2003) según la cual esa parte, puede a su vez transformarse en un nuevo tema.

Consideremos los siguientes casos:

1. Nutrición parenteral
2. Nutrición parenteral domiciliaria
3. Nutrición parenteral domiciliaria en pacientes pediátricos
4. Riesgos en el abordaje de la nutrición parenteral domiciliaria en pacientes pediátricos

En el primer enunciado sólo conocemos el tema. En el segundo, el tema se actualiza: la información que particulariza al enunciado como título es domiciliaria, puesto que el paciente puede recibir nutrición parenteral en internación.

En el tercero, el aspecto forma ahora parte del tema: Nutrición parenteral domiciliaria y la información que la particulariza es en pacientes pediátricos.

En el último caso, aparece además el problema: Riesgos en el abordaje.

El problema puede no formar parte del título.

En ocasiones es el lector quien lo infiere, en otros está consignado.

En: "Sobrepeso en niños de 2 a 5 años en comunidades rurales" el tema es la nutrición en comunidades rurales, y el problema el sobrepeso en niños de 2 a 5 años. Como vemos el problema puede ser entendido como otra actualización que particulariza al tema general. Es decir, el problema es también un modo de caracterizar un aspecto singular dentro de los contenidos en que se puede desenvolver el tema.

EL TIPO TEXTUAL

La adscripción de un texto a un determinado tipo textual queda definida por el propósito primordial del texto (Ciapuscio, 1994).

El título de un artículo de investigación en medicina es un enunciado informativo que debe reenviar al género científico.

Típicamente, una de las marcas que caracterizan el discurso científico es la de pretender cumplir una función comunicativa unívoca asentada en el empleo de términos monosémicos y la veladura de las marcas del enunciadador en los enunciados.

Estas características muy generales competen también al título.

Así hay una pérdida de registro en títulos con oraciones interrogativas que interpelan al lector o lo exhortan.

En el corpus es el caso de:

La vieja batalla entre la especie humana y el bacilo de Koch: es posible soñar con erradicar la tuberculosis?

El tratamiento de la osteoporosis: heterogéneo ineficaz sin evidencia científica?,

Síndrome de Distress respiratorio agudo, sabemos dónde estamos y hacia donde vamos.

Podemos imaginar estos títulos en artículos de divulgación científica, en los que se recontextualiza la información mediante la traducción, no de dos lenguas, sino de dos registros, en un lenguaje más impactante y en los que se apela a los datos más por lo que el autor desearía que informaran, que por lo que los datos pueden decir (Morales, 2006).

En el cambio de registro que busca impacto, es común que el tema refiera a patologías que afectan a muchísimas personas, que la información se reconvierta en noticia y que se apele al lector más como público general que como par profesional.

Suele ocurrir, que en los títulos, el mensaje aparezca entonces con un cierto redondeo y una cierta exageración pero y sobre todo, en las oraciones en los que los enunciados son interrogativos, se espera una toma de posición por parte del lector.

HACIA LA RECUPERACIÓN DEL SENTIDO

Se les pidió a los informantes que reelaboran una nueva versión del título en el caso de que esto fuera posible. Los informantes no dispusieron para esta tarea, de la lectura del abstract o del full text.

Para ello debían contrastar los enunciados del corpus con las indicaciones para los autores que pide la preceptiva del Estilo Modelo (Vancouver, APA, etc)

En el proceso de reescritura, debían reconocer el tema y marcar situaciones consistentes que en el trayecto de lectura generaran escollos en la comprensión total o parcial del sentido.

Para producir esta versión los informantes identificaron la información implícita, suprimieron sin-tagmas o pro- posiciones que proporcionaban información trivial (tipología de artículos, locus, redundancias), ambigüedades, información contradictoria o que suponían una ruptura temática y relaciones morfosintácticas que perturbaban o impedían las relaciones semánticas de cohesión y congruencia para la coherencia textual.

Aún así hubo casos en que los informantes no pudieron recuperar el título y que en el listado figuran anotados como sin recuperación.

1. Sin recuperación
2. Los genes BCR-ABL en el cáncer de mama
3. La biopsia cerebral por esteroxia
4. Sin recuperación
5. Uso del tramadol en pacientes con cáncer
6. Cáncer de pulmón de células pequeñas
7. Pólipos hiperplásticos del estómago con transfor- mación en adenocarcinoma
8. Angiofibromiolipoma gigante de esófago
9. Carcinoma epidermoide primario del ovario origina- do en teratoma
10. Cáncer de cuello de útero de células pequeñas
11. Sin recuperación
12. Sin recuperación
13. Sin recuperación
14. Relación de la microalbúmina con otros facto- res de riesgo cardiovascular
15. Incapacidad laboral por patología del aparato locomotor
16. Tratamiento clínico de las enfermedades tromboem- bólicas en cirugía ortopédica
17. Relación de las encimas hepáticas AST/ALT en la esteatohepatitis no alcohólica
18. Tratamiento del paciente con neutropenia febril
19. Ventilación mecánica no invasiva
20. Apoptosis asociado a helicobacter en la carce- nogénesis gástrica
21. Tratamiento pediátrico de la pitiriasis alba
22. Cáncer de lengua en estadio temprano
23. Enfermedades raras durante la infancia
24. Rol del farmacéutico en la indicación de las enfer- medades raras
25. Sin recuperación
26. Aparición de enfermedades metabólicas en la edad adulta

27. Rol del laboratorio en el diagnóstico de las enfermedades raras

28. Las alteraciones congénitas del metabolismo como enfermedades raras

29. Resistencia del enterococcus faecium a la vancomicina

30. Anticoagulación en fibrilación auricular y antiagregación en diabetes mellitus tipo 2

31. El tratamiento de la osteoporosis

32. Síndrome de Distress respiratorio agudo

33. Parámetros bioquímicos en el tratamiento de la leucemia.

El 18% de los títulos no pudo ser recuperado.

Dentro de ese 18%, 2/3 (el 66,67) son los que la preceptiva advierte como títulos "demasiado generales". Tienen en común que la información no puede circular en un flujo en el que se pueda situar una zona de localización semántica: el enunciado solo da cuenta del tema y el lector no puede actualizar cuál es la información que particulariza al artículo.

En el tercio restante, un caso remite también al conjunto de enunciados generales, pero con el añadido de que el enunciado general se expande con un sintagma de tipo tautológico: ganglio centinela en cáncer de mama (no hay cáncer de mama sin ganglio centinela).

El otro, es una variante de enunciado general (el bacilo de Kosch) combinado con una quiebra en el registro de la enunciación, mediante el recurso de la metáfora y a la interrogación.

CONCLUSIONES

Como hemos intentado mostrar en este trabajo, a la luz del corpus, la redacción del título en los artículos médicos refleja diferentes escollos en la producción del autor. Son frecuentes las anomalías que afectan la propiedad comunicacional del título que están estereotipadas y se reiteran de modo habitual. Para dar cuenta de ello hemos analizado títulos publicados que corresponden a diferentes especialidades médicas, en publicaciones de diferentes nacionalidades, en idioma español.

Examinados en su dimensión lingüística y retórica, los títulos se contrastaron con la regulación que se desprende de las preceptivas que conforman el estilo modelo y que normatizan la escritura de los artículos biomédicos (Convención de Vancouver, Apa Style entre otros). Estas normas si bien prescriben los resultados esperados de la redacción, poco o nada dicen de los recursos necesarios para que un autor alcance en el microuniverso del título, la eficacia comunicacional del mensaje.

El corpus fue sometido a la lectura de los informantes competentes y al proceso de reescritura por parte de esos informantes. Esa re elaboración permitió dar cuenta del grado de legibilidad de los títulos. No siempre un título pudo ser reelaborado. En esos casos predominantemente el título carecía de la información necesaria.

Las diferencias entre el enunciado anómalo y su reelaboración fueron denominadas selecciones no estilísticas: sintagmas, frases o unidades lingüísticas producidas por los autores que atentaban contra la cohesión del enunciado. Hemos observado que la relación entre la concisión y la brevedad vinculada con el aporte de la información genera una tensión en el proceso de escritura en la que claudica la operación de síntesis.

A la restricción de la extensión que condiciona la estructura y la redacción del título, los autores parecen responder de diferente forma: o bien desestiman el criterio de brevedad como en "Estudio comparativo de la eficacia entre la pasta de zinc 10 por ciento versus pasta de zinc 10 por ciento mas hidrocortisona 1 por ciento en pitiriasis alba en niños, Quito Ecuador". O bien desestiman el carácter informativo propio del título como en "Alimentación parenteral".

Esta pérdida de la información se refleja también sobre la opacidad de los enunciados en los que hay que deducir el significado por caso, como se vio en el nivel léxico, por vía de la acronimia, o en el sintáctico con incrustaciones yuxtapuestas por vía del asíndeton o en el semántico en las tautologías, pleonasmos y antítesis.

Sobre esta cuestión se mostró además los problemas relativos al discernimiento entre el tema, el título y el problema por entender que al título conciernen rasgos propios de la dinámica de la descripción tanto en la lógica de su progresión informativa como por su función descriptora en las bases de datos.

Uno y otro aspecto conforman características específicas del título.

Como se aprecia en el corpus marcado, los títulos aparecen como enunciados heterogéneos. Compuestos por partes de diferentes naturaleza, narrativas, descriptivas pero también dialogales, en los casos en que el enunciado es interrogativo, y orientados muchas veces más hacia una cierta contundencia, que a la verdad de una proposición argumentativa. En esos casos los títulos muestran una tendencia hacia la configuración de un título fuera de registro.

Entre otras dificultades, éstas en las que aparecen elecciones no adecuadas al registro pueden compararse con ciertas dificultades de redacción que tiene

el aprendiz de una segunda lengua. En este caso la lengua de una cultura disciplinar.

Otro aspecto que interfiere en la redacción adecuada tiene que ver con la eficacia y la utilidad del enunciado elegido como título: en el corpus no son pocas las ocasiones en las que los autores hacen del título un enunciado con datos de tipo personal.

La conjetura de que el título sea el enunciado más subjetivo de un artículo médico explicaría la preferencia por consignar marcas situacionales particulares, (país institución donde ejerce la práctica profesional, cantidad de años en la especialización) en la extensión reservada para referenciar el contenido del artículo. Mastocitosis cutánea experiencia de 10 años en el Servicio Dermatológico del Hospital Universitario de Caracas es un ejemplo de enunciado en los que aparece información de tipo egocéntrica.

En títulos de este tipo, el peso semántico recae más en el emisor que en el referente (es decir, en el autor y no en el artículo), como si en ese espacio se jugara la resistencia a la impersonalidad a favor de las marcas del sujeto que el ideal de uniformidad desrealiza.

Dentro de los enunciados que rodean a un texto (títulos prefacios índices, dedicatorias, epígrafes, etc.) comúnmente denominados paratextos, el título es un epítexto de autor, es decir un enunciado inseparable del texto.

La disposición espacial del título, separado y por encima del cuerpo del texto tiene un valor paratextual icónico (Alvararado, 2003).

Identificamos al título por su posición en el espacio total de un artículo, en la parte más externa del texto, en la frontera con el blanco de la página.

Esta disposición es una información visual que desde la pura forma ya entabla una retórica de la lectura.

La disposición gráfica, la tipografía, que lo identifica perceptualmente lo recortan como una unidad verbal autónoma, que es a la vez un producto social: el lector lo lee apoyándose en las representaciones mancomunadas con el autor.

Enmarcado así en el contexto verbal y en el extratextual, el título construye el contrato de lectura que media entre el autor y su texto y entre ese texto y el lector.

En este trabajo hemos observado la redacción del título en los artículos médicos como proceso de producción discursiva del autor, y como producto.

Es decir, como resultado de la interacción entre el autor y el lector, y en este sentido como objeto de interpretación de los lectores.

A la luz de estas perspectivas concluimos que la producción del título de un artículo médico supone la redacción de un enunciado complejo tal que:

- en el nivel funcional es un tipo textual que debe remitir al género científico
- en el situacional debe informar
- en el semántico debe actualizar el tema
- en el nivel léxico gramatical requiere de la palabra transparente. Es decir, a la que se le puede atribuir un sentido de modo que la interpretación del lector coincida con la intención comunicativa del autor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado M. (2006) Paratexto, Buenos Aires, Eudeba.
2. Amossy R., Herchberg Pierrot A. (2005), Estereotipos y clichés, Buenos Aires, Eudeba.
3. Bernardez E. (1995), Teoría y epistemología del texto, Madrid, Cátedra.
4. Casalmiglia Blancafort H., Tuson Valls A. (2007), Las cosas del decir, Barcelona, Ariel.
5. Ciapuscio G.E. (1994), Tipos textuales, Buenos Aires, Eudeba.
6. Ciapuscio G. (2005), La metáfora en la comunicación de la ciencia en Entorno al discurso: Estudios y Perspectivas. A. Harey comp. Santiago, Universidad Católica de Chile.
7. Enkvist N., Spencer J., Gregory M. (1997) Lingüística y estilo, Madrid, Cátedra.
8. Filinich M. (2003) Descripción, Buenos Aires, Eudeba.
9. Halliday M. (1982) El lenguaje como semiótica social, México, Fondo de Cultura Económica.
10. Lewandowski (1992), Diccionario de Lingüística, Madrid, Cátedra.
11. Mabrouki, Bossh F. Coord. (2007) Redacción científica en biomedicina: lo que hay que saber. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve No 9, Barcelona, Prous Science.
12. Morales P. (2006) Jornada sobre periodismo biomédico en Cuadernos de la fundación Dr. Antonio Esteve N 7 Barcelona, Prous Science.
13. Sierra Bravo R. Tesis doctorales y trabajos de Investigación Científica (2003), Madrid Thomson.
14. Van Dijk T. (1980) Estructuras y funciones del discurso, México, Siglo XXI.

Este caso se vean agrandados, como con un "efecto lupa", y se sientan como más severos y más relevantes.

LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

- Se atiende a los pacientes fuera del lugar físico y del horario habitual (en los pasillos, en las guardias etc.), sin disponibilidad directa de los recursos habituales del Hospital. Y sin posibilidad de dejar registrados los hallazgos de la exploración o de los estudios complementarios o las decisiones que se adoptan.

- Las citas para consultas y estudios complementarios, se realizan de palabra y sin registro documental ("sin pasar por la ventanilla"). Con lo que quedan a expensas de la memoria y de la buena voluntad de las personas que se comprometen verbalmente a llevarlas a cabo, a veces sin tener en cuenta otros compromisos.

- Las citas para consultas y estudios complementarios, en más de una ocasión se retrasan, se olvidan o se llevan a cabo en malas condiciones. Es decir, fuera de los lugares y horarios habituales, con la consecuente pérdida de calidad e información, en contra de las previsiones.

- Cambio parcial o total en los horarios y en las prácticas habituales de cuidado del enfermo para respetar su intimidad o evitar la sensación de enfermedad y hospitalización.

De esta forma se sale de la rutina habitual, lo que puede llevar a omitir pasos importantes para la orientación diagnóstica y el tratamiento.

- La presencia de un paciente notable, fuera de hora y sin citación, puede traducirse en una mayor presión sobre el personal sanitario y en un retraso y una peor atención de pacientes citados. Lo que origina quejas y un incremento aun mayor del stress.

- Si precisa ingreso hospitalario, se lleva a cabo en una planta o en una sala de mayor comodidad pero no especializada en la patología específica del paciente.

EL REGISTRO DE DATOS EN LA HISTORIA CLÍNICA

- No se elabora una historia clínica adecuada. Se omiten las informaciones que provienen de estudios poco elaborados.

Raramente se dispone de informes que reseñen la evolución y, sobre todo, la situación actual del paciente.

- La historia clínica no aparece cuando se busca en el archivo correspondiente. Si aparece, no suele contener un registro adecuado de la situación clínica, la evolución y la actitud terapéutica. Los registros de la historia clínica se fragmentan entre los diferentes profesionales que atienden a un paciente.

- Los estudios complementarios se informan de manera urgente, con frecuencia de manera oral, sin un registro adecuado.

Cuando hay un registro documental no siempre se incorpora a la historia clínica sino que queda directamente de la mano del médico, del paciente o de los familiares.

EL PERSONAL SANITARIO

- Falta una dirección explícita en la conducta clínica. No se identifica un responsable último de la actuación y de las decisiones. Es posible que lo hubiera al inicio del tratamiento pero que haya desistido al encontrarse tantos colegas opinando y matizando sus opiniones, más o menos acertadas. A esto se añade una mayor sensación de sentirse observado ("examinado") por parte del paciente y de otros colegas.

- Intervienen, opinan, colaboran y, en más de una ocasión, dirigen el tratamiento varios médicos de manera prácticamente simultánea. Unos por obligación, otros por motivo de relaciones familiares o de prestigio, algunos por solicitud del paciente o la familia y un buen número por el mero deseo de colaborar. Se desglosa la patología del paciente en cada una de sus vertientes de manera que especialistas diferentes asumen el control de cada uno de estos problemas. Con frecuencia no hay una comunicación adecuada, falta una persona de referencia y, con ello, una orientación común.

- Las líneas de actuación son variadas e incluso contradictorias porque se marcan al ritmo de la inspiración de los médicos, fuera de los protocolos habituales de tratamiento⁶. Esto es algo que critican incluso los refranes que cristalizan la sabiduría popular ("un médico, cura; dos, dudan; tres, muerte segura")⁷.

- La atención se deja en manos de facultativos de mayor prestigio y mayor antigüedad⁸. Incluso cuando su experiencia clínica y su capacidad para el manejo de ciertas patologías pueda no ser la más adecuada. Es conocido que en algunos profesionales de renombre los conocimientos clínicos se centran en un área diferente de la especialidad o el prestigio se debe al tiempo dedicado a trabajos sin trato directo con el enfermo, como investigación (clínica y/o básica), docencia y formación.

- Se desconfiaba de los profesionales jóvenes. No se tiene en cuenta que pueden atender frecuentemente y con solvencia patologías más complejas.

- Adquieren mayor validez las "consultas de pasillo" en las que otro médico, sin necesidad de comprometerse, orienta la actitud ante un caso clínico que se le plantea. Sin embargo, estos comentarios pueden aportar una visión sesgada ya que quien los pronuncia desconoce al paciente y no asume responsabilidades directas en las decisiones clínicas.

- Otros médicos que deberían colaborar en el diagnóstico y/o en el tratamiento limitan su participación para evitar equivocarse y ser juzgados por otros profesionales.

- El médico con parentesco con el paciente pasa a asumir de manera inconsciente, tanto por su parte como por parte del resto del personal sanitario, el papel de médico de referencia. Aunque la patología no se encuentre dentro de su ámbito de capacitación, es a él a quien se explican las actitudes y de quien se solicita la toma de decisiones.

TABLA I

PATOGENIA DEL "SÍNDROME DEL RECOMENDADO"

Origen de las causas del "Síndrome del recomendado"

Solicitud de una atención especial por parte de los pacientes Desorden en el empleo de los recursos sanitarios

Mala calidad en el registro de datos; extravío o fragmentación de la historia clínica

Ausencia de líneas comunes de actuación y de liderazgo en el personal sanitario

Exceso de estudios diagnósticos con los consiguientes "falsos positivos"

Omisión de estudios sencillos habituales

Sobret ratamiento y iatrogenia

LOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

- Falta interés y falta información sobre los antecedentes personales y la exploración física, en ocasiones incluso sobre los datos más relevantes (alergias, medicación habitual, etc.).

- Los estudios complementarios solicitados pueden no ser los más indicados. Se pueden encontrar dos tendencias. Por una parte la de evitar estudios agresivos, aunque puedan ser convenientes, con la intención de no incomodar al paciente. Por otra parte, se puede tender a pruebas diagnósticas cruentas que originan una iatrogenia excesiva.

- Los estudios diagnósticos se repiten de manera innecesaria. Se estima que junto con las técnicas habituales, en estos pacientes es conveniente realizar otros más modernos o que se estiman más precisos. La reiteración de estudios facilita que se encuentren falsos positivos. Y que, de acuerdo con estos resultados, se instauran nuevos tratamientos⁹.

- Los criterios habituales de sensibilidad y de especificidad de los estudios diagnósticos se alteran. El médico tiende a sospechar con más facilidad la presencia de determinadas patologías con lo que inconscientemente se aumenta la sensibilidad y, por tanto, el porcentaje de falsos positivos¹⁰.

EL TRATAMIENTO

- Se emplean opciones terapéuticas múltiples, a veces sin una línea clara, con intención de cubrir todos los problemas del paciente (demostrados, sospechados y predecibles).

- El empleo de técnicas novedosas y sofisticadas se interpreta como una muestra de excelencia en la atención clínica.

Sin embargo, en estas técnicas se tiene menos experiencia y pueden no haber demostrado aún un beneficio clínico relevante en relación con otras más contrastadas¹¹. Cuando estos tratamientos más novedosos y sofisticados producen iatrogenia, aparece un problema añadido ya que se hace más difícil atenderlos puesto que incluso los médicos más solventes carecen de experiencia en estas complicaciones.

- Llega un momento en que es muy difícil conocer qué problemas se deben a la enfermedad y cuáles están inducidos por los diferentes tratamientos. Además, es fácil entrar en una espiral en que estas complicaciones inducen a emplear todavía más fármacos¹².

- Se adopta una actitud activa ante los diferentes problemas médicos, con lo que se exacerba el "sesgo de tratamiento"¹³.

En caso de duda se tiende a tratar antes que a "esperar y ver": es difícil retrasar u omitir tratamientos, aun los de eficacia dudosa¹⁴. Además, la indicación de los tratamientos, médicos o quirúrgicos, se adapta al principio de "más es mejor" que defiende actitudes más agresivas¹⁵.

PREVENCIÓN

En los "recomendados" se procura a dar la misma atención pero con más esmero. Esto no debería contraponerse con el imperativo de aplicar el criterio de justicia en el trato con todos los pacientes. De hecho, el mejor modo de prevenir el "síndrome del recomendado" es intentar mantener unas líneas de actuación básicas comunes a todos los enfermos. Y examinar periódicamente la propia conducta ante estos pacientes para detectar y corregir las desviaciones que se puedan introducir en la práctica habitual¹⁶.

Hay unos pasos elementales que se deberían mantener también en el caso de estos pacientes y que ayudan a prevenir el "síndrome del recomendado":

- Realizar desde el primer día una historia clínica que reúna antecedentes personales, anamnesis por aparatos, historia del proceso actual y exploración física. En concreto no se debe obviar esta exploración por un falso pudor o por respeto. Este componente

tradicional del acto médico no se consigue sustituir con los modernos estudios analíticos o de imagen.

- Emplear la historia clínica y archivar en ella una copia de todos los estudios complementarios y de los comentarios sobre la evolución clínica. Remitir esta historia al Archivo oportuno siempre que se haya empleado.

- Mantener un orden de horarios y citas. Guardar un registro ordenado de todos ellos donde comprobar las fechas y el cumplimiento del programa.

- Identificar en todo momento a quien hace cabeza, dirige o supervisa todo el tratamiento. Es decir, también los pacientes más relevantes deben tener un médico responsable, que sea el punto de referencia (para el paciente, para la familia y para el resto del personal sanitario) que unifique y que mantenga un criterio común.

- Mantener los mismos criterios de prudencia de cara a los estudios diagnósticos y a los tratamientos que se emplean con los demás pacientes. Evitar la repetición inútil de estudios. Solicitar la opinión de especialistas no vinculados con el caso para que den una valoración no condicionada de los resultados de determinadas pruebas diagnósticas. Cuando el entorno del paciente empuja a desviarse a actitudes no contrastadas, es preciso mantener las líneas habituales de tratamiento con un respaldo suficiente tanto en la práctica común como bibliográfico, de "medicina basada en la evidencia"¹⁷. En resumen, la mejor prevención del "síndrome del recomendado" es el estudio, que permite tener conocimientos clínicos sólidos, e intentar mantener las líneas de conducta habituales, la "sana rutina", que ayuda a sacar adelante la labor clínica de cada día.

CONCLUSIÓN

El "síndrome del recomendado" es un fenómeno que no resulta lejano a los profesionales sanitarios. Se manifiesta en la aparición de complicaciones no habituales y de imprevistos en pacientes concretos en los que la intención es llevar a cabo una atención más esmerada y personalizada. Aparte de lo que pueda ser debido al azar, hay numerosos factores de la práctica clínica habitual que facilitan la manifestación de

este síndrome. Pueden ser debidos a: la actitud del propio paciente, el empleo inadecuado de los recursos sanitarios, la falta de un buen registro de datos en la historia clínica y el cambio en la conducta habitual en el uso de los medios diagnósticos y en el tratamiento de estos enfermos. Es preciso tomar conciencia de esta realidad para poder ir corrigiéndola, poco a poco.

El medio más eficaz para prevenir el "síndrome del recomendado" es llevar a cabo una práctica clínica fundamentada en unos conocimientos clínicos sólidos. Y, a la vez, intentar mantener las líneas de conducta habituales, similares a las que se tiene con los demás enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hayward RA, Hofer TP. Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. *JAMA* 2001; 286: 415-20.
2. Murillo E. A modo de guía para perplejos. *Oncología* 1992; 15: 15-6.
3. The AM, Hak T, Koeter G, van der Wal G. Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ* 2000; 321: 1376-81.
4. Thornton H, Baum M. Ethics of clinical trials: the forbidden fruit phenomena. *Breast* 1996; 5: 1-4.
5. Fallowfield L. Participation of patients in decisions about treatment for cancer. *BMJ* 2001;
6. Bonfill X, Gabriel R, Cabello J. La medicina basada en la evidencia. *Rev Esp Cardiol* 1997; 50: 819-25.
7. Martínez Kleiser L. Refranero General Ideológico Español. Madrid: Editorial Hernando S.A.; 1993.
8. Isaacs D, Fitzgerald D. Seven alternatives to evidence-based medicine. *Oncologist* 2001; 6: 390-1.
9. Tannock IF. False-positive results in clinical trials: multiple significance tests and the problem of unreported comparisons. *J Natl Cancer Inst* 1996; 88: 206-7.
10. Lang TA, Sessic M. How to report statistics in medicine. Philadelphia: American College of Physicians; 1997.
11. Bartelink H. Is neoadjuvant chemotherapy the answer for bladder cancer. *Lancet* 1999; 354: 526-7.
12. Rochon PA, Gurwitz JH. Drug therapy. *Lancet* 1995; 346: 32-6.
13. Tannock IF. Treating the patient, not just the cancer. *N Engl J Med* 1987; 317: 1534-5.
14. Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ. How to use an article about therapy or prevention: Are the results of the study valid? *JAMA* 1993; 270:
15. Norton L. High dose chemotherapy for breast cancer: how do you know? *J Clin Oncol* 2001;
16. Vallvé C. La buena práctica clínica y la caja de Pandora. La fiabilidad de los datos. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 65-7.
17. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ* 2001; 323: 334-6.