



Sobre el carácter indiciario del método clínico: una mirada antropológica a partir de un relato de caso publicado

On the indiciary nature of the clinical method: an anthropological view of a published case study

Quadrelli, Andrea¹; **Cardoso, María Helena Cabral de Almeida**²; **Castiel, Luis David**³

¹Doctora en Salud Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. margaritaquadrelli@yahoo.com

²Historiadora. Doctora en Salud del Niño y de la Mujer. Investigadora, Centro de Genética Médica José Carlos Cabral de Almeida. Departamento de Genética, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. cardosomhca@uol.com.br

³Médico. Doctor en Salud Pública. Investigador, Departamento de Epidemiología e Métodos Cuantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. lsdvdcstl@gmail.com

RESUMEN En este artículo presentamos un relato de caso publicado como objeto de reflexión, sobre el que se realizó una reconstrucción parcial del proceso de estudio y una elaboración diagnóstica del síndrome Uruguay, mostrando las circunstancias del caso, la selección e interpretaciones de “pistas”, y algunos de los detalles que fueron relevantes en el raciocinio clínico. Nuestro punto de partida es el reconocimiento del carácter narrativo del conocimiento clínico y del método clínico como un método indiciario. El manuscrito del síndrome Uruguay presenta una estructura narrativa ajustada a las convenciones del artículo científico que pone al método clínico en un segundo plano. Nuestros encuentros metódicos fueron diversos y comprendieron, sobre todo, entrevistas en profundidad a los autores del manuscrito y observaciones en su lugar de trabajo. El texto propone recuperar las historias de trabajo basadas en un modelo de conocimiento indiciario o semiótico y reconocer su importancia en la práctica médica.

PALABRAS CLAVES Antropología; Genética Médica; Medicina Clínica.

ABSTRACT In this article we present a published case study as an object of reflection. On this basis, we carried out a partial reconstruction of the process of study and diagnostic elaboration of the Uruguay syndrome, showing the circumstances of the case, the selection and interpretation of “clues,” and some of the details relevant to the clinical reasoning. Our starting point is the recognition of the narrative nature of clinical knowledge and of the clinical method as an indiciary method. The manuscript of the Uruguay syndrome has a narrative structure adjusted to the conventions of a scientific article, which gives lesser importance to the clinical method. We carried out diverse methodical encounters, mainly involving in-depth interviews with the authors of the manuscript and observation in their workplace. The text seeks to recover the histories of work based on the indiciary or semiotic model of knowledge, and recognize the importance of this model in medical practice.

KEY WORDS Anthropology; Clinical Medicine; Medical Genetics.

INTRODUCCIÓN

En el año 2000, la revista *American Journal of Medical Genetics* publicó un artículo que describe una nueva enfermedad genética: el síndrome Uruguay, facio-cardio-músculo-esquelético (1) (a). El síndrome se define como una enfermedad de herencia recesiva ligada al cromosoma X y comprende alteraciones faciales, musculares, esqueléticas y cardíacas. La publicación se centra en su caracterización semiológica (2,3) describiendo, desde el punto de vista clínico, cuatro integrantes de una misma familia.

El manuscrito (b) fue elaborado por médicos clínicos de institutos de genética de Montevideo y de Los Ángeles (California), y llegó hasta nuestras manos a través de uno de sus autores (padre de Andrea Quadrelli), médico genetista. De esta forma, fue en un contexto familiar que tomamos conocimiento del artículo publicado y del estudio de la familia, al acompañar (en el sentido de compartir informaciones y vivencias diversas) parte del proceso de investigación.

Cuando nos enfrentamos por primera vez al manuscrito publicado fue grande nuestra sorpresa, pues no reconocimos ni comprendimos la información que allí se presentaba. Aquí, mostramos algunos resultados del estudio que desarrollamos como parte de nuestra tesis doctoral que, básicamente, intenta responder por qué el artículo analizado nos resultó tan extraño e incómodo. En nuestro trabajo, atribuimos a un incentivo antropológico y a circunstancias personales particulares (c) el hecho de ser el manuscrito del síndrome Uruguay el principal objeto de reflexión.

Nuestro punto de partida es el reconocimiento de la naturaleza narrativa de la medicina clínica (5). La práctica diaria del médico clínico está repleta de historias (especialmente de las historias “inaugurales” que los pacientes relatan a los médicos), y el propio discurso médico sobre la enfermedad asume la forma de una historia (6). En este sentido, la presentación de casos –instancia central en la educación del estudiante de medicina y en la práctica médica– probablemente sea el ejemplo más ilustrativo de una narrativa convencional en el ámbito médico.

El relato de caso o “caso médico” comprende una racionalidad narrativa que se desenvuelve en

la práctica clínica cotidiana (5,6). Esta racionalidad narrativa puede ser comparada con el trabajo de un detective que frente a un conjunto particular de circunstancias (el caso) adopta un procedimiento racional definido como abductivo (d), interpretativo, retrospectivo y narrativo (6). Es decir, el médico clínico realiza un razonamiento circular, que parte de los efectos para las causas, y que comienza con la observación de signos y síntomas. El médico debe comparar signos en un contexto en el cual, muchas veces, la expresión es ambigua y con sentidos diversos. Aún así, debe escoger uno de los sentidos posibles realizando un proceso interpretativo o abductivo para elaborar hipótesis sobre las posibles causas hasta llegar a una conclusión viable o a un diagnóstico preliminar. De esta forma, el razonamiento clínico se caracteriza por un movimiento circular entre la generalización (abstracciones biológicas) y la particularización (el paciente individual). En consecuencia, el saber médico se construye en la práctica, sin dejar de utilizar información de carácter científico, creando hipótesis/abducciones que, articuladas a un razonamiento inductivo/deductivo, avanza en la elaboración de un diagnóstico (8).

Por ello, la importancia radica en el reconocimiento de la medicina como una práctica fundamentada en las habilidades diagnósticas y en las experiencias clínicas (e) de los médicos, pues, frente al paciente, el médico solamente puede conocer una enfermedad en forma indirecta, dependiendo de la interpretación de los signos que observa y de los síntomas relatados por el paciente (5). Por esta razón, los médicos trabajan en condiciones de “irremediable incertidumbre” (6 p.4) que exige un razonamiento práctico o *phronesis* que adquiere –a través de Aristóteles– una clara definición en el terreno antropológico y moral (9). Es decir, por *phronesis* se entiende no solamente el sentido práctico o una capacidad interpretativa flexible que permite determinar el mejor camino a seguir según las circunstancias para alcanzar determinados fines, sino también, como señala Gadamer, “la capacidad de determinar esos fines y la responsabilidad adoptada ante ellos” (9 p.62). Esa capacidad interpretativa es una de las características principales del razonamiento clínico cuya metodología distintiva, la semiología médica, consiste en la interpretación de signos y síntomas de cada paciente individual para construir una

retrospectiva cronológica de la enfermedad (f). De este modo, el método de investigación de la semiología médica, el método clínico, depende no solo del conocimiento técnico o científico del médico, sino también de su experiencia personal y profesional.

La definición de la medicina clínica como una práctica interpretativa (10,11) permite su articulación con el modelo indiciario o semiótico del historiador Carlo Ginzburg (12). Este autor sostiene que “si la realidad es opaca” (12 p.177) existen zonas privilegiadas, signos o indicios, que permiten descifrarla. De esta forma, los indicios (g) se presentan como herramientas privilegiadas para comprender realidades de difícil aprehensión, a través del análisis de expresiones singulares y específicas de dimensiones más generales.

Ginzburg define a la medicina como una disciplina indiciaria, esencialmente cualitativa, que tiene por objeto casos y situaciones individuales (12). Precisamente, las razones de la falta de certezas en medicina se encontrarían, por un lado, en el conocimiento indirecto, indiciario de las enfermedades (el cuerpo vivo intangible) y en el hecho de que, en cada individuo, la enfermedad puede asumir características diferentes. Por este motivo, la narrativa es un modo principal de representar la enfermedad y sus causas, pues deja espacio para los aspectos circunstanciales y para la “contingencia, conjetura y múltiples causas que se desarrollan a lo largo del tiempo” (6 p.80).

En este punto, es importante reconocer la existencia de, al menos, dos narrativas diferentes: la historia que el paciente presenta al médico y la historia reformulada por el médico. Como explica Montgomery, la narrativa médica puede resultar extraña o incomprensible para el paciente dado que, en la traducción o reinterpretación médica, su propia experiencia es modificada o casi eliminada. De hecho, la narrativa médica puede ser considerada una “forma alienígena” con respecto a la versión del paciente (5 p.13).

Aquí, a partir de la lectura del manuscrito del síndrome Uruguay, también es posible afirmar que experimentamos la narrativa publicada como una “forma alienígena”. Esa “forma alienígena” fue la fuente principal de nuestra incomodidad o espanto (h) que se refiere, fundamentalmente, a una actitud crítica (13). Es decir, una actitud filosófico-antropológica que pone entre paréntesis nuestras creencias

para poder interrogarnos acerca de sus causas y sus sentidos. Por lo tanto, este trabajo puede inscribirse en la perspectiva de una hermenéutica médica (9) definida, esencialmente, a partir de su esfuerzo comprensivo y de su “convocatoria a una apuesta coherente y responsable en la construcción de interacciones cada vez más inclusivas y fructíferas en el área de la salud” (14 p.559).

El manuscrito del síndrome Uruguay

El artículo que nos ocupa presenta una narrativa escrita de un relato de caso raro (i): la historia de una investigación de médicos clínicos genetistas con respecto a una enfermedad inesperada. En el manuscrito (1), la construcción narrativa del caso asume su forma más compacta y reformulada siguiendo un estricto patrón narrativo que, entre otras funciones, pretende controlar aspectos considerados subjetivos, es decir, no solamente limita la experiencia del paciente a la reconstrucción de los eventos desde una perspectiva médica, sino que además muestra una narrativa pasiva y un narrador estandarizado (6,15,16). A modo de ejemplo, el artículo presenta un compuesto indiferenciado autor-narrador-observador (6), a pesar de ser varios los autores y los médicos involucrados en el estudio de la familia. De este modo, el estilo de la escritura refleja las diferencias en el trabajo de atención a los pacientes y en la propia elaboración diagnóstica.

Anteriormente, reconocimos la narrativa médica como una forma alienígena que, traducida por el médico, retorna a un paciente que no puede reconocer su propia experiencia en esta nueva narrativa. También revelamos que nosotros mismos experimentamos la narrativa escrita publicada como una forma alienígena y, por eso, nuestra sorpresa inicial. No obstante, Montgomery (5) explica que la forma alienígena de la narrativa médica es causada por la modificación y compresión de la experiencia del paciente. En el “caso” del manuscrito del síndrome Uruguay, ¿cuál sería la experiencia perdida o las cuestiones que estarían siendo excluidas?

Nuestra primera lectura del manuscrito nos extrañó por una ausencia: la mirada *objetiva* de la narrativa publicada había opacado el propio método clínico, indiciario, característico de la semiología médica y fundamento del razonamiento

clínico. Es decir, las circunstancias del caso, la selección e interpretación de “pistas”, los detalles que fueron operativos y decisivos para el diagnóstico en el raciocinio circular, interpretativo de los médicos clínicos.

La narrativa médica organiza la historia del paciente como parte de una “travesía diagnóstica” (17), que comprende reconstrucciones interpretativas de las informaciones reunidas por el médico. Las palabras y los cuerpos de los pacientes son analizados en busca de pistas y señales que permitan revelar más sobre la experiencia que representan (6). Sin embargo, el médico debe dar sentido a la historia del paciente en los términos generalmente aceptados en el “mundo científicamente orientado” (6 p.124) presentando un relato de caso o un artículo *objetivo*, explicativo, con estatus científico.

Con respecto al manuscrito, mucho tiempo pasó entre la escritura del relato de caso y nuestra lectura, y más tiempo aún con relación al proceso de estudio de la familia (j). Aún así, asumimos el riesgo de recuperar el “enredo” diagnóstico (5,6). Es decir, una reconstrucción narrativa junto con la explicación de una secuencia de eventos cuyos signos fueron analizados e interpretados por médicos clínicos genetistas. O sea, recuperar, como diría Ginzburg (12), historias de trabajo indiciarias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con el objetivo de contextualizar el artículo publicado, los abordajes desarrollados fueron varios, así como también fueron diversos nuestros encuentros metódicos. Los resultados que aquí presentamos provienen, fundamentalmente, de entrevistas en profundidad (18) realizadas por Andrea Quadrelli a los médicos genetistas, autores del manuscrito. Fueron realizadas 15 entrevistas en el transcurso del año 2012. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas para facilitar su análisis según una perspectiva cualitativa. La confidencialidad de los entrevistados fue preservada y, al respecto, en este artículo se utilizan letras para identificar las citas de las entrevistas correspondientes a un mismo médico. Además de las entrevistas, fueron utilizadas otras informaciones reunidas a través de la técnica de

observación participante que, tradicionalmente, se plantea como objetivo reconocer situaciones donde se expresan y generan los universos sociales y culturales en su compleja articulación y variedad. Las observaciones fueron realizadas diariamente durante una jornada de trabajo, de aproximadamente 8 horas cada una, durante un período de 3 meses en el Instituto de Genética Médica (IGM) de Montevideo. Brevemente, el IGM se encuentra integrado por seis médicos (genetistas, ginecólogos, obstetras y pediatras), personal del área de laboratorio (biólogos y químicos, aproximadamente unas diez personas), y personal administrativo. En el IGM se ofrecen servicios de asesoramiento genético, diagnóstico prenatal y posnatal de enfermedades genéticas y multifactoriales, estudios moleculares en cáncer y estudios de filiación. Nuestro análisis pretende adoptar una intención etnográfica (19,20) en el sentido de incluir un esfuerzo descriptivo para desarrollar una interpretación cultural. En todos los casos, se solicitó el consentimiento informado correspondiente. Los resultados aquí presentados forman parte del proyecto de investigación de nuestra tesis doctoral “*O manuscrito da síndrome Uruguai debaixo da lupa: olhares sobre os médicos clínicos geneticistas a partir de um relato de caso publicado*”, aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (CAAE: 01585312.4.0000.5240).

RESULTADOS: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS

La presentación del síndrome Uruguay como una “enfermedad recesiva ligada al X” define a la enfermedad como un trastorno genético, monogénico, mendeliano, con un patrón de herencia consistente con un desorden recesivo ligado al cromosoma X.

La enfermedad es una categoría central del saber médico. Sin embargo, este y otros conceptos característicos de la racionalidad médica se encuentran relegados a un “terreno de implícitos” (2 p.50) y pueden ser inferidos únicamente a partir del estudio del discurso y la práctica médica (21). Camargo Jr. identifica un “marco genérico de

construcción discursiva" (2 p.57) sobre los elementos de la categoría enfermedad constituido por tres ejes principales: explicativo, morfológico y semiológico.

El eje explicativo corresponde a la caracterización de las enfermedades como proceso, siendo este el eje de la fisiopatología, en el que el saber médico más se aproxima a las "ciencias duras" en el dominio de la biología. El eje morfológico se relaciona con la descripción de lesiones características, siendo este el espacio de la anatomía patológica, donde se incluyen todos los dispositivos utilizados para la realización de los llamados exámenes complementarios. Por fin, el eje semiológico corresponde al eje de la lectura de caso, al saber clínico propiamente dicho, donde las enfermedades son vistas como "constelaciones de signos y síntomas, formando *gestalts* semiológicas" (2 p.59).

El objetivo del diagnóstico es la caracterización de las enfermedades de la forma más completa posible, detallando las lesiones presentes y su evolución temporal, idealmente identificando las causas originales (etiología) (k). Laín Entralgo (23) destaca dos significados centrales del término diagnóstico: el diagnóstico como resultado o juicio clínico, y el diagnóstico como proceso o arte. Uno de los autores del manuscrito (M), expresa esta distinción del modo siguiente:

Me acuerdo Rodríguez, un famoso cirujano. Yo era un joven de 21, 22 años en el hospital universitario [...] parece que lo estoy viendo [...] lo llamaron en consulta a la emergencia, de noche, y Rodríguez dice; "esto es una apendicitis". Y el médico interno de guardia le preguntó: "¿y por qué es una apendicitis?" Y él le respondió: "y... tiene olor a apendicitis". Bueno ta, ya está, eso te está diciendo que su diagnóstico es en base a una serie de asociaciones, acumuladas en sus años de experiencia. Y era un apendicitis no más, o sea, tiene olor a apendicitis, esa no es una afirmación científica, pero es una afirmación médica, porque tiene una base científica, el dolor que tenía y una serie de asociaciones que se dan, el arte médico. Es una práctica basada en ciencia, pero donde hay mucho de arte.

La expresión "olor a apendicitis" se relaciona con uno de los aforismos médicos más

conocidos: "la clínica es soberana". En este caso, es utilizada para referirse al médico que acumuló conocimiento clínico o una sabiduría práctica o *phronesis* (6,11,24) suficiente para conocer ese "olor". De hecho, la aparente paradoja entre *arte* y *ciencia* establece una tensión en la propia medicina donde, generalmente, el *arte* se refiere a las habilidades relativamente subjetivas del diagnóstico físico o, más precisamente, a un conocimiento tácito; "las intuiciones que los médicos experimentan sin saber muy bien cómo" (6 p.30). Para Montgomery, la dualidad ciencia-arte oscurece el carácter práctico de la medicina que comprende tanto la experiencia clínica como informaciones de carácter científico, donde el juicio clínico o *phronesis* se destaca como una cualidad esencial que permite a los médicos adecuar sus conocimientos a las experiencias y circunstancias de cada paciente (6).

Una de las formas de pensar la tensión inherente en la dualidad ciencia-arte es recubriendo la afirmación "la medicina es un arte" a partir de una perspectiva retórica de carácter metafórico. Es decir, "la medicina es *como* un arte" en función del carácter intuitivo de ciertas habilidades clínicas. De este modo, es razonable considerar al proceso clínico-diagnóstico-terapéutico como un *todo* que implica una combinación de raciocinios inductivos, deductivos, abductivos (donde estaría el *arte*) que pueden variar en cada caso.

La semiología médica se define como el tratado de los métodos del examen clínico (3) que comprende la investigación de signos y síntomas, la búsqueda de explicaciones fisiopatológicas y el análisis crítico de los datos recogidos para la formulación de hipótesis diagnósticas. Es una actividad esencialmente práctica, realizada en contacto directo con el paciente y punto de partida de la experiencia clínica (10). En una división esquemática, se puede decir que la anamnesis se ocupa de los síntomas, y el examen físico de los signos (l). Los médicos interpretan y construyen su propia narrativa médica a partir de las historias que componen las narrativas de los pacientes (anamnesis) y la observación y registro de los signos de la enfermedad en sus cuerpos (examen físico) (6,11). Ambas etapas representarían la construcción del cuadro que corresponde a la semiología y la localización en el esquema general de las enfermedades que corresponde a la clínica (2,17).

“Hicimos un diagnóstico semiológico”

El manuscrito del síndrome Uruguay se correlaciona, principalmente, con el eje semiológico que obedece al saber clínico. Un saber referido a conocimientos que proceden directamente de la exploración del paciente. Así, los médicos definen el artículo publicado como una descripción clínica, radiológica y genealógica. De esta forma, el manuscrito presenta una *gestalt* semiológica característica que define una nueva enfermedad a partir de la identificación de cierto conjunto de signos y síntomas. Como explican L y M:

A partir de un hecho clínico, absolutamente clínico, porque está basada en un hecho genealógico, en un hecho semiológico, por la descripción de malformaciones.

Y establecimos un diagnóstico nosológico; es un diagnóstico de una entidad nueva, aún no definida, y con una causa que sabemos que es genética, por los hechos genealógicos, sobre todo [...] Aparte del diagnóstico nosológico, hicimos un diagnóstico semiológico, a partir de hechos clínicos, de determinadas malformaciones o deformidades, y de determinados hechos radiológicos.

La identificación de “malformaciones” o “deformidades” es posible al compararlas con una “normalidad” ideal, siendo dicha relación una de las características de la racionalidad médica. Esta relación fue bien caracterizada por Canguilhem (25) que reconocía que sin los conceptos de normal y patológico el pensamiento y la actividad del médico resultan incomprensibles.

Por otro lado, en la siguiente explicación de los médicos L, S y M con respecto al estudio de la familia, surge la definición de la enfermedad como *proceso*, que antes reconocimos como parte del eje explicativo, que presenta como disciplina-tipo la fisiopatología y cuya categoría central es la *causa*:

A esta familia la hemos descrito, pero no la hemos estudiado del punto de vista fisiológico, sobre todo fisiopatológico... nosotros todavía no tenemos un resultado molecular definitivo...

No ha sido totalmente estudiada...

Toda la parte básica que eso conlleva no la hemos podido realizar por razones presupuestales, y ahí ya entra investigación básica, ahí entra ciencia, en la fisiopatología, en la definición fisiopatológica del síndrome Uruguay es una investigación básica, no juega la parte de arte, el arte médico está en el diagnóstico [...] algo no descrito, que es muy importante porque no solamente por el hecho de describir por primera vez, sino porque a través de eso vas a aprender la fisiología normal, la fisiopatología te ayuda a entender la fisiología normal...

Los médicos genetistas vinculan los ejes explicativos y semiológicos ubicando al manuscrito en el proceso diagnóstico. En este proceso, insisten, se descubre el *arte* médica, en el sentido de una “sensorialidad del saber” (22 p.133). O sea, el individuo con síndrome Uruguay, el caso, es la categoría central del eje semiológico, que presenta la clínica como disciplina-tipo, por eso la referencia al arte o a “la medicina como un arte” porque, en ese eje, el método es esencialmente indiciario y comprende, como indicamos antes, una combinación de raciocinios y la definición de la enfermedad como una *gestalt* semiológica.

Por otro lado, en el encuentro clínico entre médico y paciente, los mecanismos fisiopatológicos no ocupan un lugar de importancia, más allá de las *pistas* que puedan ofrecer con relación a la historia del paciente, pues la visita al médico se realiza, fundamentalmente, para comprender el significado de los síntomas y resolverlos de algún modo (6).

El manuscrito del síndrome Uruguay refleja esta perspectiva, siendo su objetivo principal definir un diagnóstico; los aspectos fisiopatológicos son relegados para otro momento, otro artículo. Una explicación posible se relaciona con la concepción de la medicina como una práctica y la ética de esa práctica, la necesidad de intervenir en la enfermedad del paciente, conduciría a reducir la cuestión de las causas a la menor manifestación posible (6).

“Es un artículo riguroso en su metodología”

Esta afirmación pertenece a N, uno de los autores del manuscrito. Como explicamos antes, un abordaje semiótico, como es el modelo de la

semiótica médica, está basado en la interpretación de pistas o indicios (12). En ese modelo, se reconoce un determinado método de trabajo. Un análisis del proceso diagnóstico del síndrome Uruguay, según el modelo indiciario, implica el reconocimiento de un modo particular de trabajo y de producción de conocimiento, pues el diagnóstico no está explícito para que el médico lo vea, al contrario, es producto de una construcción del médico y del paciente (17). Por esta razón, en los relatos referidos al diagnóstico, se encuentra la expresión como algo a lo cual se llega presentando al proceso diagnóstico como una “travesía” (17 p.96). Nuestra investigación procura descubrir esa travesía.

El estudio de la familia del síndrome Uruguay se inició a partir de una consulta, dos años antes de la publicación del manuscrito, de un joven de 19 años al que llamaremos Juan, enviado al IGM “para diagnóstico” por el cirujano ortopédico P.

P, director de un servicio de traumatología y ortopedia de un hospital público de Montevideo, conocía a Juan desde pequeño. Según L, la historia de Juan tenía varias etapas, primero un problema en la cadera, luego en la columna y, finalmente, en las manos y en los pies. Gracias a P:

Tenían una excelente descripción del profesor donde él, que es una persona de experiencia, no tenía diagnóstico.

Entonces, cuando el médico traumatólogo ve a [Juan] en la adolescencia con su historia porque [...] empiezan a tratarlo por su columna, y cuando aparece con esas manos y esos pies en la adolescencia bueno, ahí piensa, criterio elemental, esto debe tener una única causa, y ahí es cuando lo deriva al servicio de genética.

En el primer testimonio, L se refiere directamente al “conjunto de vivencias” (6) de P, componente esencial de la experiencia clínica. El segundo testimonio pone de manifiesto los cambios en la enfermedad de Juan, en primer lugar, una inesperada y complicada luxación de cadera, años más tarde deformaciones de la columna y, tiempo después, alteraciones en las manos y en los pies. Aquí, se recupera una concepción de la enfermedad no como un objeto estático, sino como una narrativa que se desarrolla, de forma contingente, a lo largo del tiempo (6). De esta forma, los médicos deben

encontrar sentidos no solamente de los signos y síntomas sino también de su progresión. Es necesario más tiempo, más pistas, otras interpretaciones. Por ello, la importancia del tiempo y del contexto en el trabajo de percepción clínica y de sus interpretaciones. Al respecto L explica:

No siempre continuamos la búsqueda, así como tantas veces pasaron 10 años de que vimos un paciente por primera vez y después se estableció el diagnóstico, porque el diagnóstico lo permitió la evolución del paciente, aparecieron nuevos elementos fenotípicos, clínicos o paraclínicos que te permitieron un diagnóstico.

Como indicamos antes, la elaboración de una hipótesis a través de cierto conjunto de pistas o indicios a partir del examen físico del paciente o del estudio semiológico implica cierta dosis de adivinación o de inducción abductiva (26). Las observaciones de P, retomadas por L, pueden ser consideradas una forma de abducción, una inferencia lógica. En la entrevista con P, este afirmó que, en el momento en que vio al paciente con “esas deformaciones de tamaño” en las manos y en los pies, pensó: “esto tiene nombre y apellido”, e inmediatamente derivó al paciente para una consulta con un médico clínico genetista.

En nuestro trabajo proponemos la caracterización de los médicos genetistas como consultores semióticos, en el mismo sentido que Sherlock Holmes, tal como es colocado por Ginzburg (12,27) y Montgomery (5,6). En la travesía diagnóstica del síndrome Uruguay, los genetistas pueden ser presentados como investigadores/cazadores incansables de indicios, pistas o señales.

Luego de la primera consulta de Juan en el IGM, L recuerda: “nosotros lo evaluamos y no teníamos diagnóstico de a qué pertenecían sus malformaciones”. En consecuencia, los médicos comenzaron a estudiar al paciente según los presupuestos de la semiología médica (anamnesis, examen físico, estudios complementarios). De este modo, una serie de malformaciones o anomalías fueron identificadas, sin lograr definir un diagnóstico.

Al mismo tiempo, L explica que “dentro de la metodología del estudio genético” una vez evaluado el paciente, es necesario evaluar a sus padres y a su familia más amplia. Como indican L y M:

Para ver si alguno de ellos tenía alguna manifestación menor, a ver si teníamos alguna orientación, como se hace comúnmente... ya habíamos pedido para evaluar a los padres y a las dos hermanas.

El hecho clínico se refiere al paciente, en el caso de la genética y/o a la familia, porque el objetivo de la genética es la familia, no el paciente, porque el paciente es en la medicina común tú hablas del paciente y cuándo decís el pronóstico es de ese paciente, el pronóstico de la litiasis biliar de ese paciente, pero en genética médica el paciente es la familia, el objetivo es la familia, o sea que hay una clínica de familia también, que es una buena genealogía, y que se ve acá, y este rasgo, este carácter, este síntoma y este signo, cómo se está transmitiendo...

Para el médico genetista, la historia familiar es importante porque puede ser clave para el diagnóstico, para demostrar que una determinada enfermedad es hereditaria, para ofrecer información con respecto a la evolución de la enfermedad y sus manifestaciones, y para definir un patrón de herencia (28). Tal vez, por este motivo, la primera figura del manuscrito corresponde a un árbol genealógico familiar que comprende 178 individuos distribuidos en siete generaciones (m).

Sin embargo, la mayor parte de la familia de Juan vivía a más de 500 km de Montevideo y el contacto con los médicos se demora. No obstante, María, una tía materna de Juan, de 25 años, que trabajaba como empleada doméstica en la capital, supo a través de su hermana (madre de Juan) de las evaluaciones solicitadas por los médicos con respecto a su familia. Así, cuatro meses después de la consulta de Juan, María se acerca al IGM. Como explica L:

Ella vino diciendo "yo estoy preocupada porque tengo hermanos, primos y tíos que tienen malformaciones de manos y de pies" [...] y ella nos plantea su ansiedad, su preocupación en cuanto a que ella no deseaba tener chicos con los problemas que vivió, no tanto por su sobrino, sino lo que ella sabe qué pasó con sus tíos [...] porque ya sabía de que había habido fallecidos y por memoria familiar; todos decían bueno Juan es parecido a otros

integrantes de la familia que fallecieron jóvenes por problemas cardíacos, y además las deformaciones son bastante limitantes...

María viajaba periódicamente a Rivera convirtiéndose, así, en el principal nexo con la familia de Juan. En varias oportunidades, María llevó hasta el IGM diferentes fuentes de informaciones como, por ejemplo, fotografías de la infancia de Juan donde, según L, "podían apreciarse algunas de sus dificultades motrices". Asimismo, con motivo del casamiento de María, los abuelos maternos y las hermanas de Juan viajaron hasta Montevideo y visitaron el IGM.

Por otro lado, también como parte de una "metodología de trabajo", los médicos realizan consultas con otros médicos o instituciones cuando se enfrentan a pacientes cuyo diagnóstico no consiguen "resolver". Así, con respecto a la participación en el estudio de esta familia de un médico estadounidense, especializado en displasias óseas, L recuerda:

El contacto surgió porque dentro de la metodología de actividades del instituto estamos permanentemente escribiendo a un lugar y a otro para hacer interconsultas [...] y el tema fue que él respondió con algo que nos fue muy útil, contándonos que él estaba casado con una argentina y tenía previsto viajar a Buenos Aires a dar unas conferencias y que él no tenía ningún inconveniente en visitarnos si nosotros lo deseábamos [...] fue una situación coyuntural porque se le escribió para consultarle y él se ofrece a venir y para nosotros fue estupendo.

De esta forma, un año después de la primera consulta de Juan, se organizó un encuentro en el servicio de ortopedia de un hospital público de Montevideo con el objetivo de presentar, frente al médico especialista extranjero, casos de pacientes sin diagnóstico. En esta instancia, fue presentado el caso de Juan y, como afirma L, el médico estadounidense declaró: "no sé lo que es. No sé qué problema tiene y se mostró muy interesado". En seguida, L escribió en la historia clínica de Juan: "es algo nuevo".

La confirmación del médico especialista de la ausencia de casos semejantes, siguiendo un

proceso que Montgomery describe como “argumentación narrativa” (5 p.45), motivó a los genetistas del IGM a estudiar a la familia. En esta iniciativa, María desempeñó un rol principal. Al respecto, L comenta:

Fue [María] el motor que nos ayudó, que nucleó a la familia, que coordinó entrevistas con las tías abuelas, o sea, yo recuerdo haber ido a tomar el té con varias de estas señoras [señalando el árbol genealógico] acá en Montevideo, por lo menos tres veces. Tuve varias entrevistas, y siempre me acompañó [María].

Además, el equipo médico resolvió viajar al norte del país a conocer el resto de la familia. Una vez más, María acompañó a los médicos en este primer viaje coordinando la reunión de una gran parte de la familia en una única casa. En este encuentro, se reunieron cerca de 20 personas. L y M recuerdan:

Ella nos acompañó [...] para sacar sangre y para examinar clínicamente a todos y sacar fotos [...] había hecho todas las coordinaciones... cuando llegamos a la casa estaban todos, era un montón de gente. Estuvimos como tres horas... y les vimos los pies y las manos a todos... y vimos quiénes eran afectados y esos afectados los volvimos a ver después, y a documentar más tranquilos [...] explicamos que dados los hechos familiares era muy probable que estuviéramos frente a una enfermedad genética y que había que estudiar, que estábamos ahí para eso, para reconocer a los que estaban enfermos o que tenían problemas.

Después de esta primera casa, el equipo visitó otras dos donde, según L, realizaron visitas “breves y sociales” y, por fin, una tercera casa donde vivía un primo hermano de María, uno de los hombres afectados por el síndrome que se describe en el manuscrito. De nuevo, María dirigió a los médicos a esta familia coordinando e intermediando en la relación con ellos.

En este viaje, se identificaron tres hombres enfermos. Con ellos, se marcó un encuentro en un hospital. Poco tiempo después, en un segundo viaje, los médicos se encontraron con los “varones

afectados” y la madre de Juan en el hospital. Así, M comenta:

Más tarde, hicimos otro viaje, pero ya los citamos en el hospital. Ahí los vimos a todos, a los enfermos, que eran tres; los vimos de vuelta, tranquilos; les sacamos fotos y placas.

También en este segundo viaje, una vez más junto a María, los médicos se entrevistaron con una tía de María que había acompañado y cuidado a dos de sus hermanos, ya fallecidos, aparentemente también enfermos. A pesar de que, pocos meses atrás, esta mujer había tirado los estudios médicos de sus hermanos, los médicos recuperaron una fotografía del rostro de uno de ellos a partir de un documento de identidad que esta señora todavía conservaba. Esta fotografía es una más del conjunto de fotografías que componen el manuscrito publicado.

También en esta ocasión, en compañía de María, los médicos visitaron otra casa donde vivía la tatarabuela de Juan, de 98 años, con el objetivo de reunir datos para diseñar el árbol genealógico. L y M cuentan:

Después fuimos a visitar a una señora, la más viejita de todas, que nos dio más datos familiares, que es esta [señalando la genealogía], que tenía como 90 y pico de años... y ella nos dio muchos datos de la familia [...] con una claridad estupenda y nos dio datos precisos de fechas y años... recordaba perfectamente a los fallecidos.

Tú cuando haces la genealogía siempre estás buscando al más viejo de la familia, que es el que más sabe, y [María] sabía que esta señora vivía y allá fuimos.

En el proceso de estudio de la familia se descubre a los médicos genetistas como consultores semióticos, tanto en la búsqueda como en la identificación de indicios o signos y síntomas. Después de la primera consulta de Juan, los médicos reconocen un desconocimiento radical: “no sé lo que es”, debiendo desarrollar estrategias múltiples con el objetivo de definir un diagnóstico, manifestando habilidades para conocer clínicamente. De hecho, el razonamiento clínico es más evidente cuando el diagnóstico es incierto, mostrándose

multiplicativo y no lineal (6). Recuperando aquí algunos detalles del estudio de la familia, L relata:

Yo me fui allá, a Ortopedia, con un grabador y me senté con el director del servicio, ortopedista y traumatólogo, para que me hablara y me leyera las placas, y me dijera yo le veo esto y aquello, que es lo más importante a destacar como patológico, lo que se aparta más de lo normal, y él fue el que me dio la descripción radiológica, y le grabé todo, y después lo fui transcribiendo.

Este testimonio, que describe parte de las estrategias de investigación desarrolladas, es interesante porque recupera el ejercicio de la distinción normal y patológico, y también ilustra un procedimiento de investigación: “para que me leyera las placas”. O sea, la lectura de una radiografía exige una alfabetización especializada, también indicaría.

La participación del médico estadounidense, él mismo considerado un semiota con experiencia, es otro ejemplo más de la búsqueda o caza de indicios en la travesía diagnóstica del síndrome Uruguay. Así, en la presentación que mencionamos antes de pacientes sin diagnóstico, L afirma:

Recuerdo que el primer paciente que vio venía por baja talla; lo desnudó, vio el escroto en “chal” e hizo diagnóstico de síndrome de Aarskog... que nunca habíamos diagnosticado ninguno, y quedó todo el mundo impactado.

El médico especialista, como Sherlock Holmes, hábilmente elaboró un diagnóstico a través de una serie de percepciones diminutas, reunidas por hipótesis.

También la participación de María, una especie de informante clave, en términos antropológicos, muestra una persistente preocupación por la recuperación de indicios.

En suma, los médicos, identificando signos y síntomas, formulan hipótesis primarias testeadas por medio de la anamnesis, del examen físico y de estudios complementarios. De forma semejante al razonamiento de un detective para solucionar un crimen, la hipótesis diagnóstica va siendo construida y reformulada desarrollando

un razonamiento práctico, interpretativo (5,6,11). Tanto la reconstrucción de un crimen como la reconstrucción narrativa de la elaboración diagnóstica comprenden historias de trabajo indicarias, importantes para entender el caso.

El nombre Uruguay

El manuscrito presenta un resultado diagnóstico (23) que se refiere a un juico clínico: el significado médico o lo que el médico reconoce en el paciente. El resultado diagnóstico presentado en el registro narrativo del manuscrito no explicita el método indiciario del proceso diagnóstico y también desvanece la contingencia y el contexto de la investigación desarrollada en los términos colocados por Knorr Cetina (15) que, especialmente, recupera una perspectiva hermenéutica. Es decir, una perspectiva comprometida con la recuperación crítica del carácter histórico y social de cualquier conocimiento, incluso del conocimiento tecnocientífico (14).

Durante una de nuestras entrevistas, L recordaba las diferentes instancias de estudio de la familia relejendo la historia clínica de Juan, o sea, hablábamos del manuscrito; sin embargo, L no prestaba atención al manuscrito, sino al archivo médico que reunía la historia del paciente e innumerables detalles. Allí encontraba un mejor sustento para explicar el proceso diagnóstico, pues la historia clínica contiene la narrativa del caso, reúne los datos de los estudios realizados, las hipótesis eliminadas o confirmadas, y las decisiones y/o acciones realizadas con respecto al paciente (6).

Con este material en sus manos, surgió uno de los tantos correos electrónicos enviados al médico especialista estadounidense, donde el asunto del correo era definido como: “big hands big feet” o “the family big hands big feet”. Este fue el nombre utilizado durante el estudio de la familia, antes de la definición del nombre de la enfermedad tal y como aparece en el manuscrito.

El título del manuscrito define un nombre para una nueva enfermedad y hace posible su indexación, es decir, presenta un diagnóstico final de *carácter científico* o se aproxima a las convenciones del artículo publicado en una revista especializada. No obstante, circunstancias relativas al contexto y a la situación de los médicos genetistas

también pueden ser descubiertas en el nombre del síndrome. Así, si bien una parte del nombre representaría bien sus principales manifestaciones; ¿cómo explicar la incorporación de la palabra Uruguay, nombre de una nación?

Para McKusick (29), asignar un nombre es el primer paso para definir una enfermedad o un síndrome siendo recomendable que el nombre tenga relación con la etiología de la misma. Por otro lado, el uso de epónimos (nombre propios, áreas geográficas, etc.) puede ofrecer alguna información acerca de la historia de la enfermedad, la contribución de las personas involucradas en la investigación, distribución geográfica, etc.

Con respecto al epónimo "Uruguay" como parte del nombre del síndrome, L y M explican:

Considerando las dificultades que habíamos tenido, todo lo que vivimos con esta familia [...] porque hemos tenido vivencias de que bueno, Uruguay, cuando yo fui a mi beca a Francia, y me recibió el profesor con el cual me había contactado epistolariamente durante más de un año, me preguntó: "¿y como está Stroessner". O sea, se homologaba Uruguay con Paraguay... o sea Uruguay es un paisito allá, que no era conocido en el mundo por avances en esta disciplina; entonces nos pareció que era un hecho interesante que se llamara síndrome Uruguay, porque al tener el nombre de un país automáticamente iba a generar en aquel que lo leyera bueno, dónde queda Uruguay por lo menos.

Que aparezca el nombre Uruguay nos pone en el mapa científico [...] en Uruguay hay gente que es capaz de diagnosticar un síndrome.

De esta forma, el epónimo Uruguay también puede ser considerado una manifestación de detalles circunstanciales relacionados con experiencias de vida y de trabajo de los genetistas,

siendo interesante los vínculos que los médicos establecen con la experiencia de la nacionalidad.

CONCLUSIONES

Como seres narrativos (6), las historias representan al ser humano. De hecho, los productos del intelecto humano están, en algún momento, relacionados con historias (30). En realidad, el punto de partida de nuestra tesis doctoral, cuyos resultados presentamos parcialmente aquí, es una historia introducida desde el comienzo: la sorpresa –en su sentido de espanto– que experimentamos cuando leímos por primera vez el manuscrito del síndrome Uruguay. De hecho, nuestra sorpresa se origina, en parte, en la fuerte divergencia entre, por un lado, las historias, las narraciones, referidas a los diferentes momentos de la investigación, a las relaciones con los diferentes integrantes de la familia, etc., que conocimos en un contexto familiar y, por otro lado, la estricta y formal estructura narrativa del relato de caso publicado.

El conocimiento de las diferentes racionalidades narrativas implicadas fue, como indicamos antes, fundamentalmente impulsado por una actitud crítica que Gadamer (24) define como una filosofía hermenéutica preocupada por comprender procedimientos cognitivos en general (14). De hecho, nuestro desconcierto, de algún modo, se resuelve en el reconocimiento del acto de construcción y percepción narrativa que requiere la capacidad de entender el paciente y reformular la historia de su enfermedad en una narrativa médica que debe encontrar un lugar en una taxonomía diagnóstica (5). Aquí, mostramos una reconstrucción parcial del estudio de la familia del síndrome Uruguay insistiendo en la recuperación de historias de trabajo basadas en un modelo de conocimiento indiciario (12) y en el reconocimiento de su importancia en la práctica médica.

NOTAS FINALES

a. El síndrome Uruguay se encuentra indizado en la base de datos "Herencia Mendeliana en el Hombre Online", según la referencia OMIM 300280.

b. Recordamos aquí un curioso dato lingüístico: en el inicio de su trayectoria, el artículo científico recibe el nombre de manuscrito, si bien hoy en día los textos son procesados con recursos informáticos (4). En este trabajo, utilizamos los nombres manuscrito, artículo y publicación como sinónimos.

c. Al afirmar que nuestro objeto de estudio siguió un camino “ingoldiano” en sus orígenes, recordamos al antropólogo inglés Tim Ingold, que define a la antropología como una filosofía viva y una observación comprometida que surge en nuestra vida cotidiana como consecuencia de “estar” en el mundo en una conversación participativa con sus habitantes. Esta idea recupera la inevitable influencia de nuestras marcas de vida en la elección de las aproximaciones metodológicas que utilizamos para resolver los problemas que nos ocupan.

d. La abducción es un término desarrollado por Charles Peirce, considerado uno de los fundadores de la semiótica moderna. Para Peirce, la abducción es el proceso de formación de una hipótesis explicativa.

e. Entendiendo por experiencia clínica el conjunto de vivencias obtenidas por el médico a través de su habilidad de reunir, interpretar y sintetizar informaciones preliminares con observaciones, reconocimiento de anomalías y sus variaciones, que condensan un saber que es activado en el encuentro con el paciente (6,8).

f. Sin embargo, esta epistemología práctica o *phronesis* no es explícitamente reconocida en el ejercicio cotidiano del médico clínico ni en la educación médica (5).

g. Un indicio es una impresión, huella, signo, elemento o señal que, siendo el resultado involuntario de su propio autor, surge como un dato aparentemente irrelevante, sin embargo, importante para descubrir una realidad que se revela a través de indicios, especialmente para quienes han sido educados y entrenados en descifrarlos.

h. Chauí (13) recuerda que, para Platón, la Filosofía comienza con la admiración o, como escribió su

discípulo Aristóteles, con el espanto: “admiración y espanto significan que reconocemos nuestra ignorancia y exactamente por eso podemos superarla” (13 p.18).

i. El artículo fue publicado en el año 2000 y hasta el momento no se han registrado casos similares en las bases de datos analizadas (PubMed, OMIM, The London Dysmorphology Database).

j. El relato de caso publicado generalmente se escribe tiempo después de la elaboración diagnóstica y demanda algún tipo de procesamiento de todas las cuestiones circunstanciales referidas a la investigación para presentar un resumen ordenado “listo para ser asimilado y usado por el lector” (6 p.101).

k. Recuperando aquí la idea de tiempo y espacio de Foucault (22) que marca el nacimiento de la clínica moderna y el surgimiento de una “mirada médica” que implica determinados códigos de saber e integra una experiencia particular. Para Foucault, el surgimiento del método clínico, que permitió pronunciar sobre el individuo un discurso de estructura científica y un lenguaje racional, está ligado al surgimiento de la mirada médica en el campo de los signos y síntomas.

l. El examen físico puede incluir una semiología “armada”, variada y compleja cuando hace uso de exámenes complementarios; y una semiología “desarmada”, que depende del propio médico (2).

m. La presencia de la enfermedad en otros miembros de la familia es fundamental para el genetista en el sentido de crear una hipótesis según patrones de herencia mendeliana probablemente ligada al X cuando todos los casos analizados son hombres vinculados por vía materna.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Programa de Estudiantes-Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG) de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por la beca de estudio para realizar el Doctorado en Salud Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quadrelli R, Vaglio A, Reyno S, Lemes A, Salazar D, Lachman RS, Wilcox WR. Uruguay facio-cardio-musculo-skeletal syndrome: A novel X-linked recessive disorder. *American Journal of Medical Genetics*. 2000;95(3):247-265.

2. Camargo Jr KR. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 1997;7(1):45-68.

3. Romeiro V. *Semiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1980.

4. Castiel LD, Sanz-Valero J, Vasconcellos-Silva PR. *Das loucuras da razão ao sexo dos anjos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

5. Montgomery K. *Doctors' stories: The narrative structure of medical knowledge*. Princeton: Princeton University Press; 1991.
6. Montgomery K. *How doctors think: Clinical judgment and the practice of medicine*. New York: Oxford University Press; 2006.
7. Peirce C. *Semiótica*. São Paulo: Perspectiva; 2010.
8. Cardoso MHCA, Camargo Jr KR, Llerena Jr JC. A epistemologia narrativa e o exercício clínico do diagnóstico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(3):555-569.
9. Gadamer HG. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Editorial Gedisa; 1996.
10. Cardoso MHCA. História e medicina: a herança arcaica de um paradigma. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*. 2000;6(3):551-575.
11. Aquino LA, Wuillaume SM, Cardoso MHCA. Ordenando no tempo e no espaço: epistemologia narrativa, semiologia e raciocínio clínico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012;36(1):100-108.
12. Ginzburg C. *Sinais: raízes de um paradigma indiciário*. En: Ginzburg C. *Mitos, emblemas, sinais*. São Paulo: Companhia das Letras; 1989.
13. Chauí M. *Convite à Filosofia*. São Paulo: Editora Ática; 2005.
14. Ayres JRCM. *Hermenêutica e humanização das práticas de saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(3):549-560.
15. Knorr Cetina K. *La fabricación del conocimiento: Un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes; 2005.
16. Medawar PB. *Is the scientific paper a fraud?* *Saturday Review*. 1964;1:42-43.
17. Bonet O. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
18. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1998.
19. Wolcott HF. *Sobre la intención etnográfica*. En: Velasco Maillo HM, García Castaño JF, Díaz de Rada A, editores. *Lecturas de antropología para educadores*. Madrid: Trotta; 1993.
20. Agar MH. *The professional stranger: An informal introduction to ethnography*. San Diego: Academic Press; 1996.
21. Luz MT. *Natural, racional, social*. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
22. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.
23. Laín Entralgo P. *Antropología médica*. Barcelona: Salvat; 1984.
24. Castiel LD. *A medida do possível: Saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contra Capa, Editora Fiocruz; 1999.
25. Canguilhem G. *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI Editores; 1971.
26. Sebeok TA, Umiker-Sebeok J. "Você conhece meu método": Uma justaposição de Charles S. Peirce e Sherlock Holmes. En: Eco U, Sebeok A. *O signo de três*. São Paulo: Perspectiva; 2008.
27. Ginzburg C. *Chaves do mistério: Morelli, Freud e Sherlock Holmes*. En: Eco U, Sebeok A. *O signo de três*. São Paulo: Perspectiva; 2008.
28. Nusbaum RL, McInnes R, Willard HF. *Thompson & Thompson: Genética en Medicina*. 7a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
29. McKusick VA. *On the naming of clinical disorders with particular reference to eponyms*. *Medicine (Baltimore)*. 1998;77(1):1-2.
30. Vogel A. *La musa del antropólogo: reflexiones sobre la calidad en la etnografía*. En: *Conferencia: Jornadas de etnografía y métodos cualitativos*. Buenos Aires: Instituto de Desarrollo Económico y Social; 2001.

FORMA DE CITAR

Quadrelli A, Cardoso MHCA, Castiel LD. Sobre el carácter indiciario del método clínico: una mirada antropológica a partir de un relato de caso publicado. *Salud Colectiva*. 2014;10(2):157-169.

Recibido: 9 de diciembre de 2013

Versión final: 22 de abril de 2014

Aprobado: 29 de mayo de 2014



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.