

ESPIRAL AZUL



Del dualismo cartesiano a una medicina vestibular humanista: una crítica epistemológica y propuesta clínica

Dr. Daniel Ramos Maldonado



Si previamente se ha planteado la necesidad de instrumentación avanzada para el diagnóstico preciso de la función vestibular, en este momento resulta imperativo abordar un fenómeno cada vez más común en nuestro medio: La explotación desmedida de dichas herramientas con el propósito de evidenciar una deficiencia en el sistema vestibular, y con ese único dato emitir un diagnóstico y establecer un enfoque terapéutico. Este fenómeno, que implica la pretensión de que las baterías de pruebas vestibulares revelen *por sí solas* la entidad nosológica que presenta el paciente en toda su magnitud, pone de manifiesto un profundo desconocimiento que aún persiste en torno a la medicina vestibular en nuestros días.

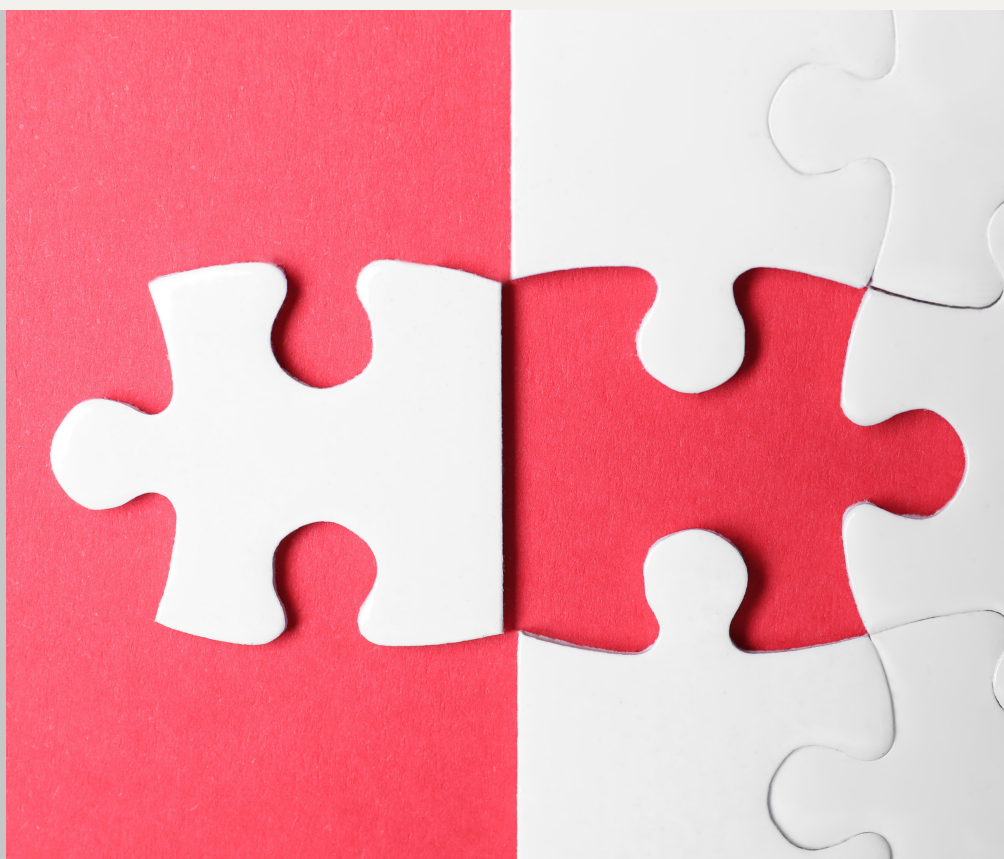
Desde mi perspectiva, esta problemática hunde sus raíces en un pensamiento crítico moldeado —y en cierto sentido fracturado— por el dualismo cartesiano, paradigma que ha modelado la medicina

moderna. Dicha corriente filosófica propuso una distinción radical entre el pensamiento o la mente (*res cogitans*) y la materia o el cuerpo físico (*res extensa*).

Bajo este prisma, el cuerpo humano fue concebido como un mecanismo complejo, una suerte de maquinaria de precisión análoga a un reloj, y por ende, el sistema vestibular fue reducido a un conjunto de tuberías y acelerómetros —conductos semicirculares y máculas otolíticas— conectados a un sistema de cableado —nervio vestibular y núcleos vestibulares—.

Esta visión deshumanizante que implica separar la mente del cuerpo, desestimó sistemáticamente la vivencia subjetiva del paciente —el miedo a caer, la desorientación espacial y existencial, la sensación de flotar— por considerarla carente de rigor científico, o en el mejor de los casos, de naturaleza puramente psicológica.

"Esta visión deshumanizante, que implica separar la mente del cuerpo, desestimó sistemáticamente la vivencia subjetiva del paciente."



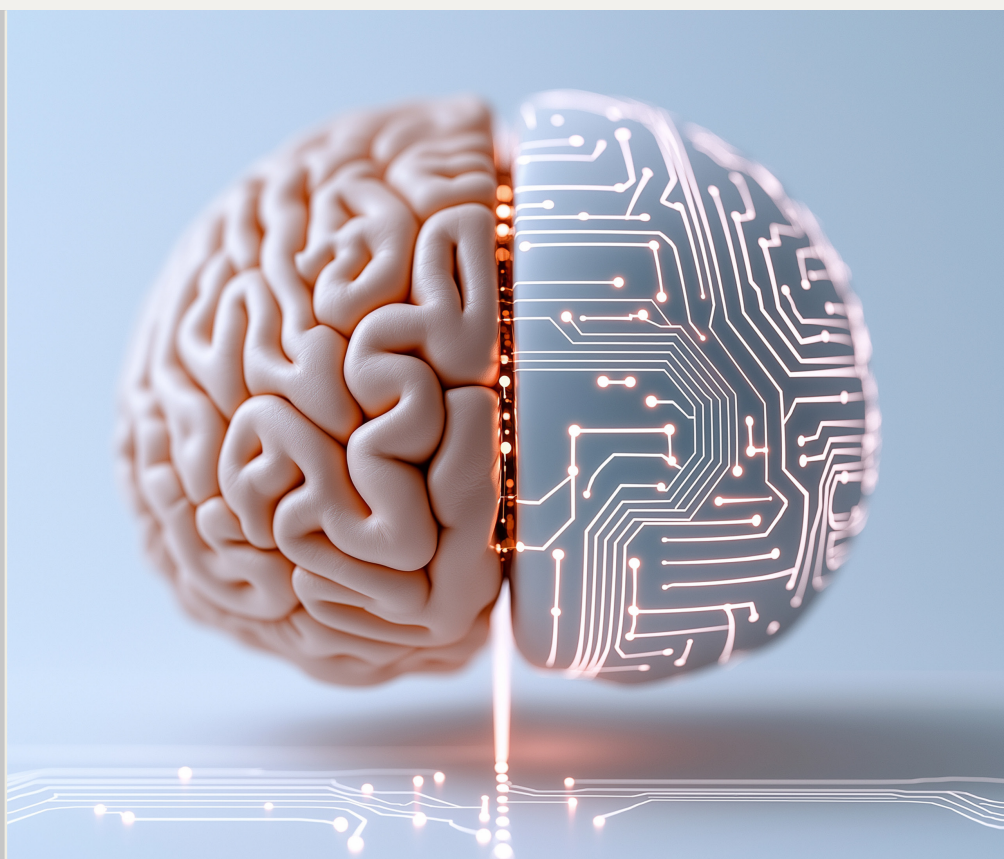
Esta fragmentación epistemológica condujo a tratar el nistagmo, pero no al paciente que lo padece, transformando la consulta de medicina vestibular en un "taller mecánico" en busca de la "pieza defectuosa", ignorando así la complejidad de la integración funcional vinculada a la conciencia e incluso, a la seguridad vital del individuo.

Si bien la filosofía cartesiana impulsó la aplicación del método científico en medicina, también precipitó un reduccionismo consistente en cuantificar qué componente de la "maquinaria corporal" se halla averiado. Este fenómeno ha dado lugar a lo que denomino la tiranía del dato objetivo, cuya premisa implícita es: "si no lo puedo medir, no es real; y si no es real, no existe". El paciente vestibular, sin embargo, presenta múltiples factores intrínsecos de orden emocional que, en ocasiones, dificultan la interacción clínica. En un sistema de salud

despersonalizado, donde los números prevalecen sobre los cambios en la calidad de vida, esta situación se agrava. Muchos médicos, por desconocimiento o inexperiencia en el área, terminan desconfiando de la clínica y relegándola a un segundo plano, a pesar de que la mayoría de los diagnósticos vestibulares se sustentan en una anamnesis exhaustiva. Así, cuando el paciente refiere que "todo le da vueltas" pero las pruebas resultan normales, el médico formado bajo el paradigma cartesiano tiende a invalidar el síntoma.

En su búsqueda de la "verdad" a través de la tecnología, solicita una evidencia física que valide su sospecha; si esta resulta normal, prescribe una prueba más compleja, incurriendo en una iatrogenia diagnóstica que genera ansiedad en el paciente, encarece el sistema de salud y paradójicamente, retrasa el manejo terapéutico adecuado.

"Si bien la filosofía cartesiana impulsó la aplicación del método científico en medicina, también precipitó un reduccionismo consistente en cuantificar qué componente de la "maquinaria corporal" se halla averiado."



Esta dinámica vulnera, en términos bioéticos, los principios de autonomía y beneficencia. Al no escuchar cómo los síntomas vestibulares afectan la vida del paciente, un resultado "normal" resulta insuficiente cuando el problema real consiste en no poder salir de casa por miedo. Asimismo, se afecta el principio de justicia distributiva, al hacerse un uso irracional de la tecnología por impericia clínica, lo que constituye una falta ética hacia los recursos de salud.

Es imperativo poner sobre la mesa que el cuerpo no es algo que tenemos, sino algo que somos: Mente y cuerpo no deben concebirse como entidades separadas, sino como parte de una conciencia encarnada que habita el mundo. En consecuencia, padecer una crisis vestibular debe considerarse parte del ser en el mundo. Este principio, fundamentado en la filosofía de Merleau-Ponty, sostiene que la

primacía de la percepción es la base de todo conocimiento. El sistema vestibular, como cimiento del principio de integración sensorial, nos vincula con el lenguaje y la adquisición del conocimiento; opera de manera continua y solo se hace evidente cuando una falla catastrófica repercute en la calidad de vida, afectando también la esfera social al comportarse como una discapacidad "invisible" a los ojos de la sociedad.

No pretendo contradecir mi postura respecto a que la tecnología constituye un pilar fundamental del diagnóstico —sin duda lo es—, sino que sostengo que debe subordinarse a la clínica: Los verdaderos expertos no son quienes interpretan gráficas complejas, sino aquellos que emplean dichas gráficas para dotar de sentido al sufrimiento del paciente, transitando así de curar una patología vestibular a sanar a una persona con un trastorno del equilibrio.

*"Es imperativo
poner sobre la mesa
que el cuerpo no es
algo que tenemos,
sino algo que
somos. "*



Lejos de constituir una imposición moralista sobre cómo debe abordarse la práctica clínica en medicina vestibular, este texto busca generar reflexión en torno a nuestras acciones cotidianas y proponer una estructura humanizada del interrogatorio vestibular. Como bien expresa la carta de Asclepio a su hijo:

"Tendrás que soportar relatos que arranquen del principio de los tiempos para explicar un cólico; ociosos te consultarán por el solo placer de charlar. Serás el vertedero de sus nimias vanidades."

El relato libre constituye la base del trato al paciente como sujeto y no como objeto. En la medicina actual, dominada por el rigor cartesiano, el primer error radica en encasillar al paciente e interrumpirlo a los veinte segundos. Una propuesta alternativa consiste en formular una pregunta inicial abierta, tal como: ¿Cómo es para usted vivir con esta sensación? El objetivo es permitir que el paciente emplee sus propias metáforas. Recordemos que incluso los profesionales de la medicina vestibular hemos requerido tiempo para comprender la diferencia entre vértigo y mareo; por lo tanto, no es obligación del paciente proporcionar definiciones exactas. De hecho, algunos estudios han demostrado que el interrogatorio vestibular cambia significativamente durante los primeros seis minutos de su desarrollo, lo que hace necesario seguir algoritmos basados en la cronodinamia, como el TiTrATE (Timing, Triggers and Targeted Exam), pero con un enfoque clínico-humanista.



" Lejos de constituir una imposición moralista sobre cómo debe abordarse la práctica clínica en medicina vestibular, este texto busca generar reflexión en torno a nuestras acciones cotidianas y proponer una estructura humanizada del interrogatorio vestibular."

A continuación, presento una tabla comparativa que ilustra las diferencias entre el enfoque cartesiano reduccionista y el enfoque clínico-humanista propuesto:

DIMENSIÓN	ENFOQUE CARTESIANO (REDUCCIONISTA)	ENFOQUE CLÍNICO-HUMANISTA
Inicio	¿Fecha exacta del primer evento?	¿Qué estaba haciendo y cómo cambió su vida ese momento?
Duración	¿Segundos, minutos u horas?	¿El síntoma es un rápido, fugaz o una neblina persistente?
Evolución	¿Mejora o empeora?	¿Cómo se ha adaptado su cuerpo y su mente al síntoma?

" Algunos estudios han demostrado que el interrogatorio vestibular cambia significativamente durante los primeros seis minutos de su desarrollo "

En la identificación de los desencadenantes (triggers), la clínica se impone sobre la solicitud de estudios. Interrogar si el síntoma aparece únicamente al girar en la cama o si se desencadena solo al caminar —y no al estar sentado o de pie— orienta hacia procedimientos en los cuales la observación clínica y la aplicación de maniobras resultan primordiales, muy por encima de cualquier prueba compleja de imagen.

El sistema vestibular se halla estrechamente interconectado con el núcleo parabraquial, el locus coeruleus, el núcleo del tracto solitario, el sistema límbico, el lóbulo parietal, la ínsula y otros sistemas integradores de la memoria espacial y emocional. Por ello, resulta incorrecto deshumanizar síntomas como las náuseas o la ansiedad, tildándolos de secundarios o psicosomáticos. Esta vía fisiológica de integración revela lo intrínsecamente ansiogénico del vértigo: el paciente no está "loco", sino que su sistema vital le advierte que su relación con el espacio se ha vuelto peligrosa. Validar la angustia del paciente como una respuesta fisiológica legítima constituye una clave bioética que respeta su autonomía, lo valida como sujeto y reduce la necesidad de que este exija más estudios para que alguien crea en su sufrimiento.

El examen físico representa el acto más íntimo de la medicina. Observar un nistagmo nos revela el lenguaje del sistema vestibular y la integración de señales del tronco cerebral como parte de su expresión intrínseca. Las maniobras de provocación requieren que el médico sostenga, guíe y acompañe al paciente durante la crisis de vértigo. Mientras que el vHIT proporciona la ganancia del reflejo, pruebas de estancia como el Romberg o el índice dinámico de la marcha dan cuenta de su discapacidad real.

Uno de los "puntos ciegos" más críticos de la otoneurología y la medicina vestibular actuales lo constituyen los trastornos funcionales, siendo el más característico el **mareo postural perceptual persistente**.

Cuando un médico opera desde el esquema cartesiano —bajo la premisa de que no existen problemas en "el cableado"—, los trastornos funcionales caen en el limbo de la ignorancia. El error radica en el concepto mismo: los padecimientos funcionales no deben pensarse como fallas del hardware, sino como alteraciones del software. Esta mala interpretación genera una subestimación clínica. El enfoque cartesiano, al buscar infructuosamente la "pieza rota", deriva en una sobreprescripción de estudios y en una incapacidad diagnóstica secundaria, producto del miedo al vacío diagnóstico. Se configura así una forma de violencia clínica por la invisibilización sistemática de los síntomas.

"Cuando un médico opera desde el esquema cartesiano —bajo la premisa de que no existen problemas en "el cableado"—, los trastornos funcionales caen en el limbo de la ignorancia."

El reduccionismo médico imposibilita diagnosticar la percepción, pues impide evaluar el mareo funcional como hipersensibilidad al movimiento, a la estimulación optocinética, dependencia visual o conductas de evitación. El clínico, entonces, solicita un sinnúmero de pruebas como escudo para justificar su frustración ante la imposibilidad de "curar" al paciente. Este proceder comunica de forma no verbal al paciente que "algo grave o más serio presenta, aunque aún no lo encontremos", lo que incrementa la vigilancia sensorial y empeora el cuadro funcional. Dicho fenómeno puede definirse como iatrogenia psicológica: el clínico, al afirmar que "sus estudios son normales y usted no tiene nada", orilla al paciente a autoperibirse como "loco", fomentando así el abandono terapéutico.

Como propuesta final, sostengo que la medicina vestibular debe erigirse en piedra angular de la nueva neurociencia de sistemas. Ello

implica comprender que el equilibrio del ser humano trasciende las estructuras del hueso temporal o los núcleos del tallo cerebral; pertenece, más bien, a un sistema integrador multisensorial que involucra mecanismos psicológicos, emocionales y de alerta. Esta concepción nos debe conducir hacia una medicina vestibular holística, centrada en un ser humano integrado en su totalidad, priorizando su impacto en la calidad de vida.

No se trata de "curar" en el sentido mecánico del término, sino de reprogramar, reintegrar y rehabilitar al sujeto, y no únicamente a su enfermedad.



"No se trata de "curar" en el sentido mecánico del término, sino de reprogramar, reintegrar y rehabilitar al sujeto y no únicamente a su enfermedad."



El presente es un ensayo realizado exclusivamente para el Proyecto Espiral Azul y con fines puramente académicos y de difusión.

El texto es propiedad intelectual del autor y fue realizado en el contexto de los objetivos de difusión del Proyecto Espiral Azul.

La información contenida en el presente documento puede ser difundida íntegramente sólo con permiso del autor y sin descontextualizarlo del proyecto para el cual fue escrito.

Prohibida su reproducción total o parcial sin permiso expreso del autor.

Todos los Derechos Reservados. Proyecto Espiral Azul. 2026

www.espiralazul.net

**Texto: Dr. Daniel Ramos Maldonado
Diseño: Dr. Salvador Castillo Castillo.**

