

Oído clínico. Papel de la escucha en la enseñanza y práctica médica

La historia clínica nace por necesidad, para compensar el olvido y no tener que repetir las mismas preguntas en cada consulta¹. Solemos repetir la importancia de la confección de una buena historia clínica para arribar a un correcto diagnóstico; los datos indican que el 80% de éste se basa en la historia, 15% en el examen físico y un 5% restante en los estudios complementarios². En los textos más recientes de semiología se atribuye un valor del 50% al interrogatorio³. Basándonos en esta información sería deseable que se destinara una distribución proporcional de la enseñanza a la tarea de recabar datos a través de un apropiado modo de preguntar, averiguar, investigar en las respuestas que nuestros pacientes nos brindan. Se elogia la cualidad del "ojo clínico" o primera impresión⁴, a la manera de un vistazo, *"...las certezas se encuentran más en las sensaciones mismas del artista", "El vistazo es del orden no verbal del contacto, contacto puramente ideal sin duda pero más explosivo en el fondo porque atraviesa mejor y va más lejos bajo las cosas... no es ya el oído tendido hacia el lenguaje, es el índice que palpa las profundidades"*⁵. Esta descripción de Foucault del ojo clínico, encierra la aplicación de un procedimiento heurístico en la búsqueda del diagnóstico, método que requiere no solo del conocimiento, el razonamiento y el entrenamiento riguroso, sino de la experiencia, esta última la más difícil de transmitir. Cautivados por la adquisición de este casi mágico "vistazo", ese semblante revelador, olvidamos el interrogatorio, la importancia de la anamnesis, una palabra del griego: recuerdo, llamamiento, llamado⁶.

Es preciso jerarquizar la escucha, que requiere de varias condiciones que debieran enseñarse, esto es dedicar tiempo a la tarea de escuchar y preguntar. Tiempo tan preciado, y ponderado por lo escaso, puede ganarse y no ser visto como una pérdida del mismo. Aprovechar una proporción equivalente a ese 80% tan mentado nos obligaría a dedicar la mayor parte de nuestro quehacer médico a escuchar al enfermo, dejándonos guiar por el relato de su dolencia, a veces confuso, impreciso o reiterativo, pero único y propio del que lo cuenta. La subjetividad debe encauzarse, armando los trazos dispersos del relato y no tentarnos a caer en nuestra trampa, construyendo un relato adaptado al diagnóstico prefigurado. *"Un buen médico debe poder contar una historia clínica como un cuento, elaborar su argumento y resaltar las anécdotas que lo hacen humano"*⁷. Las lecturas suelen precipitarnos hacia la historia conocida por la experiencia, cuando no por el prejuicio. La veracidad y la precisión debieran ajustarse a lo acontecido. El anecdotario puede ser ventajoso y no debe descartarse, para luego ser corregido al lenguaje médico. Evitemos el autocompletado mental y no llevar el relato hacia nuestro territorio seguro y tranquilizador. Lidiar con la incertidumbre.

Con nuestro enfermo debemos utilizar un lenguaje sencillo. Él nos llama desde su padecimiento, pero a veces no encuentra la forma de hacernos entender. Buenos camaradas de la escucha son la mirada, la cercanía, la mano que toca y siente, la paciencia, la pausa. Estimo que no hallaría desacuerdo entre los que pretendemos enseñar medicina, respecto a la importancia de una anamnesis completa, en el detalle pormenorizado de los antecedentes. Pero la realidad no condice con esto: las historias clínicas son cada vez más escuetas, telegráficas, con escasez de datos relevantes.

Tal vez la parte más importante de esta reflexión radique sobre la materia prima de aquello que se escucha: la palabra. Esta es objeto de las más variadas intervenciones para intentar comprender lo que nos dicen. *"Por los mismos procesos que se aprende a hablar se descubren los principios del sistema del mundo o el de las operaciones del espíritu humano"*⁷. No es redundante para los docentes, insistir sobre el buen uso y comprensión de la palabra, sin escatimar esfuerzos con el buen uso del idioma.

Citando otra vez a Foucault deberíamos “*detenernos en un determinado estilo, un determinado carácter de la enunciación... una de las formulaciones en el discurso médico*”⁸. La palabra hablada y escuchada quedará escrita para que colegas, alumnos, docentes, abogados, jueces, gerenciadore, investigadores, etc. recreen la historia clínica. Así concluye la cadena de transmisión.

Los médicos podrían practicar la “competencia narrativa”, una herramienta que comprende la habilidad de escuchar, reconocer, captar y emocionarse con las historias que el paciente le cuenta y que requiere el uso de (1) habilidades textuales-literarias, (2) creativas para imaginar y combinar las distintas interpretaciones del relato, (3) afectivas, al poder entrar en el estado de ánimo del relato. La competencia narrativa recuperaría aquello que fue una condición natural para el médico: tener una formación literaria y estudio de las humanidades⁹.

El traslado de lo hablado a lo escrito configura una de las grandes dificultades de nuestro tiempo, cada vez mayor en los nuevos alumnos que arriban al ciclo clínico de medicina interna. ¿Crisis de nuestro tiempo, modelos de comunicación diferentes? La palabra nos comunica con los otros, y es para los otros para quienes ejercemos nuestra tarea de diagnosticar, tratar, aliviar y a veces curar. “*Con el habla y el oído se participa; con la mirada se es un espectador*”¹⁰. Sin el propósito de destronar al encumbrado ojo clínico en el oficio médico, tal vez sea hora de reivindicar y sobre todo entrenar la escucha, reparar en la palabra, educando y aguzando el oído clínico.

Guillermo P. Liberé

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, Argentina

e-mail: gplibere@gmail.com

1. Agrest A . Ser médico ayer, hoy y mañana. Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2008, p 24, p 96-7.
2. Orient JM. Sapira's Art and Science of Bedside Diagnosis. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000; 3: 41.
3. Argente - Álvarez. Semiología Médica. Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica. Enseñanza basada en el paciente. 6ta Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana Argentina, 2006, p 42.
4. Cossio, Fustinoni, Rospide. Medicina Interna. Fisiopatología, Semiología, Clínica y Tratamiento. 6ta ed. Buenos Aires: Editorial Medicina, 1982, p 2.
5. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI, 1963, p 168-9.
6. Bordelois I. A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras. Buenos Aires: Editorial del Zorzal, 2009, p 212.
7. Foucault M. Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas, 2da ed. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI, 2008, p 104.
8. Foucault M. La arqueología del saber. 2da ed. revisada. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI, 2008, p 49.
9. Charon R. Narrative and medicine. *N Engl J Med* 2004; 350: 862-4.
10. Etcheverry GJ. La tragedia educativa. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, 1999, p 165.

[*ciencia*] En la esfera religiosa, en la esfera moral, en la social, todo puede ser mentira; nuestras verdades filosóficas y éticas pueden ser imaginaciones de una humanidad de cerebro enloquecido. La única verdad, la única seguridad es la de la ciencia, y a esa tenemos que ir con una fe de ojos abiertos. [1910]

Pío Baroja (1872-1956)

Opiniones y paradojas. Barcelona: Tusquets Editores, 2000, p 61