

El aprendizaje de la clínica

Alberto Lifshitz*

Resumen

Concebida más como una habilidad y como una actitud, la clínica hoy en día abarca contenidos tales como relación médico-paciente, la recolección de información, su análisis, el razonamiento diagnóstico y la decisión terapéutica. La clínica se aprende mediante experiencias significativas que se adquieren en la atención de pacientes, mediante el ejercicio de la responsabilidad, con un análisis crítico de cada una de ellas, vinculando lo teórico con lo práctico, centradas en la adquisición de un método más que del conocimiento aislado, incorporando la investigación clínica al aprendizaje; la enseñanza tiene como sustento el ejemplo personal del docente y la supervisión y retroinformación del alumno.

Palabras clave: Enseñanza, educación clínica, docencia, pedagogía, propedéutica.

Introducción

El aprendizaje es el propósito esencial del acto educativo. Ninguna actividad docente puede ser ponderada independientemente del aprendizaje que logra, y sólo el aprendizaje legitima los esfuerzos docentes.

La práctica contemporánea de la clínica, producto del aprendizaje de años anteriores, permite cuestionar la eficiencia de la enseñanza cuando se contrastan actitudes y habilidades de los egresados con el modelo al que se aspira.

Summary

Conceived as a skill and an attitude more than as knowledge, contemporary clinics includes issues such as patient-doctor relationship, collecting and analysing information, diagnostic reasoning and therapeutic decisions. Clinics is learned through significant experiences in responsible patient care, with a critical analysis of each of them, and a real link between theory and practice in order to learn a method more than to acquire isolated knowledge, and through clinical investigation as a way of learning. Teaching clinics is based on faculty example and on supervision and feedback.

Key words: Teaching, education clinical skills, pedagogy.

El aprendizaje escolares, siempre, producto de un esfuerzo individual, de mayor o menor magnitud³. Si el alumno no se involucra afectivamente, ningún afán didáctico fructifica. El aprendizaje de la clínica suele significar un enfrentamiento traumático que pone a prueba las mejores virtudes del alumno. El papel del docente es, más bien, incentivar el esfuerzo, canalizarlo productivamente, orientarlo, problematizar el objeto de aprendizaje, supervisar, evaluar y retroinformar. Dice Antonio Machado en voz del maestro Juan de Mairena: "Vosotros sabéis que yo no pretendo enseñaros nada y que sólo me

* Académico numerario

aplicó a sacudir la inercia de vuestras almas, a arar el barbecho empedernido de vuestro pensamiento, a sembrar inquietudes, como se ha dicho muy razonablemente, y yo diría mejor, a sembrar preocupaciones y prejuicios³⁴

Este escrito se refiere al aprendizaje de la clínica, entendida como la parte práctica de la medicina en su concepción más tradicional: la atención de los pacientes. Para el estudiante supone la confrontación con la dolorosa realidad de la enfermedad y sus causas y suele ser la prueba de fuego para su vocación como médico. El aprendizaje de la clínica tiene peculiaridades que lo distinguen del de otras áreas de la medicina. Desde luego, no puede lograrse mediante memorización o lecturas; las actividades tradicionales de aula son relativamente ineficientes; es casi imposible seguir una sistematización rígida; sufre interferencias por la fuerte carga afectiva que lo acompaña y la vinculación entre lo teórico y lo práctico es **particularmente** difícil, de modo que aún es objeto de debate la mejor manera de lograrlo.

El campo de la clínica

Para propósitos de esta presentación se considerará a la clínica, más que como un cuerpo de conocimientos, como una habilidad y como una actitud; como la habilidad para atender al paciente y como la disposición para ayudarlo auténticamente. Incluye, desde luego, conocimientos y destrezas, pero en una proporción menor. Esta manera de abordarla deja de lado muchos contenidos hasta ahora confusamente identificados con la clínica, como la nosología, la nosografía, la fisiopatología o la terapéutica, que más bien se considerarían conocimientos indispensables para practicar bien la clínica y no como constituyentes de ella. Esta concepción puede ser controvertida, pero, en todo caso, el aprendizaje de todas esas disciplinas no representa ninguna peculiaridad distinta o que amerite un análisis individual, sino que se ajusta a las reglas del aprendizaje cognoscitivo. Por supuesto que la clínica no puede aprenderse independientemente de la nosología, la patología o la tera-

péutica ni de las ciencias básicas de la medicina pues, en cierto modo, es la aplicación de estos conocimientos a la situación concreta del paciente.

Tampoco me voy a referir solamente a la propedéutica de la clínica, que se ha identificado más bien como una técnica para recabar información a partir del paciente y para su procesamiento inicial. La clínica abarca la propedéutica, pero no se limita a ella.

Las áreas de aprendizaje de la clínica

De acuerdo con lo anterior, la habilidad clínica incluye las siguientes áreas:

- Relación médico-paciente
- Recolección de información
- Análisis de información
- Razonamiento diagnóstico
- Decisión terapéutica

No se incluye la capacidad para establecer un pronóstico, pues está implícita en la decisión terapéutica, ya que ésta requiere de una estimación de lo que puede ocurrir si se prescribe o no un determinado tratamiento.

Estrategias para el aprendizaje de la clínica

Casi todas las áreas incluyen un componente puramente técnico que puede ser abordado como objetivo cognoscitivo mediante métodos tradicionales; por ejemplo, las reglas de la propedéutica, los fundamentos teóricos de la relación médico-paciente, las bases doctrinarias de la exploración física, el procesamiento lógico de los datos, las normas teóricas del razonamiento diagnóstico, las tácticas para la decisión terapéutica. Pero el dominio de estos conocimientos está muy lejos de constituir la meta del aprendizaje de la clínica. El aprendizaje de la clínica se basa en experiencias, pero experiencias sometidas a reflexión y análisis, a discusión y confrontación, a profundización teórica, a cuestionamiento y búsqueda³⁵; en una palabra, experiencias significativas.

El aprendizaje de la relación médico-paciente

La relación médico-paciente es una habilidad compleja. Se fundamenta en el interés auténtico del médico por los problemas del paciente y se apoya en atributos personales del propio médico, como su prestancia, su lenguaje, su cultura o su simpatía. Por ello, se ha cuestionado qué tan susceptible es el alumno de medicina para aprenderla y el maestro de enseñarla; qué tanto se puede enseñar a interesarse por el paciente o a mejorar las características personales. En varios momentos, durante la enseñanza de la clínica, surge el cuestionamiento sobre los límites de la función docente, incapaz, a veces, de incidir sobre valores y predisposiciones.

Sin embargo, hay varias experiencias que han mostrado el abordaje didáctico de la relación médico-paciente aunque destacan sus dificultades⁶.

Hay que admitir que la relación médico-paciente es el evento crítico de la medicina clínica, del que depende todo el resto del acto médico y al que se debe la supervivencia de una profesión que, durante siglos, careció de eficacia terapéutica. A pesar de su trascendencia, no ha sido abordada con seriedad en muchos programas educativos, asumiendo erróneamente que tan sólo se trata de dominar una técnica y que el resto depende de la personalidad del propio estudiante. Hay que aceptar que los esfuerzos para propiciar el aprendizaje de la relación médico-paciente en el estudiante han sido más bien modestos, y que varios de los problemas de la práctica clínica contemporánea radican en esta insuficiencia formativa. Los alumnos aprenden a ver síntomas o enfermedades y no a ver hombres; se les capacita para interrogar, no para conversar; se les orienta a satisfacer las propias necesidades y no las del paciente; se les adiestra para llenar cartabones y no para establecer relaciones humanas⁷. Al paciente no siempre se le ve como un ser humano que necesita ayuda, sino como un demandante de servicios, un objeto de estudio, una carga laboral o un proveedor de recursos económicos. En muchos casos la relación médico-paciente se ha estancado en un modelo paternalista o autoritario, o bien se ha transformado en un modelo contractual, que vulnera seriamente las relaciones afectivas. La aspiración es

hacia un modelo de asociación, en el que el paciente y el médico, juntos, buscan la solución a los problemas⁸. El elemento fundamental de la relación médico-paciente, como de cualquier otra relación humana, es el respeto mutuo; el médico se obliga a conocer y a respetar los derechos, las necesidades, las expectativas y las demandas del paciente.

La experiencia de la Universidad de Harvard⁴ muestra que se requiere un serio esfuerzo propositivo por parte de los profesores y de la institución educativa, que no se satisface si se considera a la relación médico-paciente como una actividad marginal o un simple requisito para obtener información diagnóstica. El humanismo no puede quedar sólo en el discurso o en objetivos cognoscitivos, sino que tiene que trascender a la actitud y a la conducta⁹. Los contenidos básicos del curso de Harvard se centran en la entrevista, en la capacidad de entender el modelo de enfermedad que tiene el paciente, en las relaciones interpersonales y en la ética médica.

La información

La información es un proceso fundamental para adquirir la habilidad clínica; no en balde se ha dicho que "la naturaleza tiene que ser interpretada como materia, energía e información"¹⁰. En este terreno, el aprendizaje se puede enfocar desde dos vertientes: la información derivada, directa o indirectamente, del paciente, y la información procedente de lo que se suele llamar "la literatura" y que se puede traducir en beneficio del paciente.

La propedéutica de la clínica ha sido la actividad más privilegiada en el currículum de cuantas componen el campo de la clínica, lo que traduce la particular visión que han tenido los profesores sobre las prioridades en la habilidad del médico. La anamnesis, la catamnesis y el examen físico son fundamentales, como también lo son la selección de pruebas diagnósticas, el análisis semiótico de los signos, su jerarquización, la estimación de la validez de cada uno de ellos y su agrupamiento según sus relaciones fisiopatológicas.

Las habilidades relacionadas con la información procedente de la literatura han sido incorporadas al currículum del área clínica hasta muy recientemente

te, al reconocerse la necesidad de capacitar al alumno en el acceso a las fuentes de información, en el manejo de estas fuentes, en la selección de la información pertinente para el caso en cuestión, en el análisis crítico de esta información y todavía falta mucho para lograr una traducción expedita de esta información en beneficios directos para los pacientes.

El aprendizaje de estas dos áreas también trasciende el conocimiento técnico hacia el dominio metodológico. El alumno tiene que adquirir formación en los métodos, más que en el conocimiento mismo, mediante experiencias reflexivas que vinculan a la habilidad clínica con la investigación clínica; tiene que enfocar el proceso dialéctico de saberse formular preguntas y proceder a realizarlo necesario para contestarlas y a reconocer los límites de la información contenida en la literatura, en los que se ubica el inicio de la investigación.

Es muy claro que en la época contemporánea, la información en lo que aquí se llama "la literatura" ya no se encuentra tan sólo en libros y revistas y que aún ésta alcanza tal magnitud que es preciso poseer un método para tener acceso a la que uno necesita; manejar con fluidez los índices computarizados; no tener escrúpulos para consultar con los expertos y tener la capacidad para desechar la información irrelevante o tendenciosa.

Se ha repetido mucho que el médico difícilmente puede mantenerse actualizado a partir de la literatura, pero ello no lo libera de la responsabilidad de ofrecer lo mejor de cuanto esté disponible a cada paciente. Por ello, para el clínico, es el paciente la motivación más válida para la búsqueda bibliográfica intencionada y el desarrollo personal del propio médico se convierte en un subproducto. Habría que admitir que estos valores frecuentemente han sido intercambiados.

El razonamiento diagnóstico

El diagnóstico ocupa un lugar crucial en la función del clínico y muchas de las habilidades que tiene que adquirir en su formación van encaminadas a alimentar la habilidad diagnóstica. A pesar de la importancia que se le concede al diagnóstico en

el discurso, la planeación educativa casi ha dejado de lado los contenidos relacionados con el razonamiento diagnóstico, asumiendo, tal vez, que no requiere más que de una analogía simple que contrasta el padecimiento con la enfermedad en la que reconoce el patrón de referencia¹¹. Lo que más se ha acercado a una actividad educativa relacionada con la habilidad para integrar un diagnóstico es la llamada "sesión anatomoclínica" o "clínico-patológica", pero ésta tiene sus limitaciones¹² y, en todo caso, no debiera ser el único abordaje didáctico del razonamiento diagnóstico. Además del diagnóstico analógico existen muchas otras estrategias que son utilizadas en diversas medidas y en distintos tipos de combinaciones por el médico experto¹³ y que no suelen ser abordadas, ni aun en sus aspectos doctrinarios, en los planes y programas de estudios. El aprendizaje del razonamiento clínico tiene hoy en día su propia identidad¹⁴ y debiera formar parte importante del curriculum.

La decisión terapéutica

La decisión terapéutica es probablemente la más importante que tiene que hacer un clínico, y tampoco ha sido abordada con seriedad en los programas educativos, probablemente porque se ha caído en uno de dos extremos: considerar que es consecuencia automática del diagnóstico o estimar que es demasiado compleja para ser enseñada. Ninguna de estas dos aseveraciones tiene sustento en la realidad; es obvio que no todos los pacientes con la misma enfermedad requieren exactamente del mismo tratamiento y, por otro lado, existen reglas muy precisas que permiten sistematizar la decisión terapéutica¹⁵. Hoy en día, la medicina ha trasladado sus empeños hacia mejorar la calidad de vida de los pacientes; en este sentido, la terapéutica ya no tendría que empeñarse en intentar curar la enfermedad a toda costa pues el énfasis tendría que hacerse en el enfermo y no en la enfermedad, y sobre ello, el propio paciente tiene mucho que decir. La decisión terapéutica, por tanto, tendría que involucrar los deseos y aspiraciones del paciente competente y bien informado.

Cómo se aprende la clínica

1. En primer lugar, con los pacientes. Cada experiencia es invaluable si se convierte en una experiencia reflexiva. El alumno tiene que ver, oír, tocar, percibir y oler muchos pacientes, sufrir con ellos, alegrarse de su curación o mejoría, conocer a su familia y a sus amigos, abogar por ellos, gestionar lo que no puedan hacer por sí mismos, acompañarlos, presentar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que en ellos se realicen, consolarlos. Cada caso constituye una experiencia inolvidable que ayuda al alumno en la integración de un esquema general que le permitirá abordar los subsecuentes con mayor seguridad y con más probabilidades auténticas de ayudar.
2. Mediante el ejercicio de la responsabilidad en la atención de los enfermos. Por más modesta que pueda ser la aportación de un estudiante de medicina puede resultar muy significativa en la evolución del caso; el alumno no puede ver al paciente tan sólo como un objeto de aprendizaje y el docente debería asignarle responsabilidades, en la medida en que su grado de avance lo vaya permitiendo; la motivación para aprender está en el ejercicio de esta responsabilidad. Cuando el alumno advierte que sus propuestas se toman en cuenta para ayudar al paciente o, al menos, se le explican las razones por las que no conviene tomarlas en cuenta; cuando sabe que tiene que estar atento a la evolución de sus pacientes porque el médico tratante utilizará sus informes para tomar decisiones; cuando se percata de que sus consultas a la literatura o a los expertos tiene una repercusión en la evolución de sus pacientes, el aprendizaje adquiere más probabilidades de ser significativo. Hay que admitir también que se han cometido abusos en nombre de esta responsabilidad cuando se descargan en los alumnos la de los docentes.
3. Mediante el análisis crítico de cada experiencia. La sola experiencia no es aprendizaje, o lo es en una medida muy modesta. La reflexión, la verbalización, la problematización, la discusión, la explicación y la esquematización son algunos de los métodos que permiten darle significado a la experiencia.
4. Un elemento fundamental para el aprendizaje de la clínica es la vinculación auténtica entre la teoría y la práctica, lo cual no equivale a decir simplemente que existan actividades teóricas y actividades prácticas. Para lograr una vinculación, en tiempo y en contenido, entre teoría y práctica de la clínica, la teoría debiera supeditarse a la práctica: cada experiencia práctica ser seguida de un análisis teórico. Si por el contrario, se parte de un programa teórico es muy difícil garantizar la oportunidad de una práctica equivalente.
5. Más que en el conocimiento mismo, el aprendizaje debe orientarse hacia el método para alcanzarlo. Partiendo de la idea de que cada paciente es único, si el aprendizaje se enfoca a partir del conocimiento que representa, el dominio completo de la clínica sólo se alcanzaría si se estudiara el universo de pacientes; si el enfoque, en cambio, es hacia el método, el alumno es capaz de aceptar que cada nuevo caso constituye un reto nunca antes enfrentado pero para el que cuenta con las armas necesarias.
6. El abordaje crítico, el que cuestiona el conocimiento establecido, vincula a la actividad clínica con la investigación. La actitud hacia la investigación es un elemento fundamental en el aprendizaje de la clínica, cuando el alumno identifica los huecos en el conocimiento relacionado con la atención de los enfermos, propone estrategias para llenarlos o hasta desarrolla actividades para ello. La investigación es una actividad imprescindible en el quehacer médico y tiene que estar integrada al aprendizaje de la clínica¹⁶.
7. Otro elemento útil para el aprendizaje de la clínica es contar con un ejemplo, un paradigma, alguien a quien el alumno quisiera imitar o a quien quisiera parecerse, aunque a veces resulta más valioso lo contrario, es decir, el alumno orienta su aprendizaje para no parecerse a quien pretende servirle de modelo.
8. Un aspecto indispensable en el aprendizaje de la clínica es la supervisión, especialmente la retroinformación. Muchos vicios tienen los médicos porque nadie les dijo, oportunamente, que lo que hacían era incorrecto. De nada sirve hacer historias clínicas que nadie lee, procedi-

mientos que nadie observa, diagnósticos que nadie critica y decisiones terapéuticas que nadie sanciona. Por eso, aunque el esfuerzo personal es indispensable, no se puede ser autodidacta en el aprendizaje de la clínica. Termino citando nuevamente a Antonio Machado: "Nunca os jactéis de autodidactos, os repito, porque es poco lo que se puede aprender sin auxilio ajeno. No olvidéis, sin embargo, que este poco es importante y que además nadie os lo puede enseñar"¹⁷.

Referencias

1. Tolley WT. La educación es un vuelo solitario. En: La aventura de aprender Ediciones Gernika. 4a Edición. 1992. Pág. 19-27.
2. Díaz MR. Antonio Machado y la educación. México. SEP. 1985. pág. 36.
3. Ende J, Dividoff F. What is curriculum? Ann Intern Med 1992;116:1055-7
4. Branch WT, Arky RA, Woo B, Stoeckle JD, Levy DB, Taylor WC. Teaching medicine as a human experience: a patient-doctor relationship course for faculty and first year medical students. Ann Intern Med 1991;119:482-9.
5. Cuelli J. Aspectos psicológicos de la relación médico-paciente. Simposium Syntex. Año no identificado. Págs. 15-31.
6. Sass HM. La bioética: fundamentos filosóficos y aplicación. Bol Of Sanit Panam 1990;103:391-8.
7. Arnold RM, Povar GJ, Howell JD. The humanities, humanistic behavior, and the humane physician: a cautionary note. Ann Intern Med 1987; 106:313-8.
8. Campbell J. El hombre gramatical. Información, entropía, lenguaje y vida. México. Fondo de Cultura Económica. 1989. Pág. 14
9. Lifshitz A. Una receta para hacer diagnósticos. Med Intern (Méx) 1990;6: 1-3
10. Lifshitz A. Resolviendo el ejercicio clínico-patológico (o cómo nadar fuera de la alberca). Med Intern (Méx) 1991;7:69-71.
11. Romero E, Lifshitz A. El razonamiento lógico en el diagnóstico clínico. Rev Fac Med UNAM 1992;35:35-7.
12. Kassirer JP, Kopelman RI. Learning clinical reasoning. Baltimore, Maryland, USA. Williams & Wilkins. 1991.
13. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine. USA. Little-Brown. 1985.
14. Viniegra L. Cómo acercarse a la medicina. México. Noriega-Limusa. 1991.
15. Díaz MR. op cit pág. 35.