

Lectura clínica

Concepto

Por *lectura clínica* entendemos toda la lectura que se hace en el ámbito de la clínica médica, desde los textos especializados a la historia clínica del paciente, pasando por las memorias elaboradas por los propios pacientes, o el paciente mismo como objeto de lectura.

Distinguiremos *dos tipos de lectura clínica*, por presentar rasgos bien diferenciados y finalidades en ocasiones opuestas: la lectura clínica en psiquiatría y la lectura clínica del resto de especialidades médicas, centrándonos en el caso de la medicina general en centros de salud por ser la más esquemática y representativa.

La lectura de la enfermedad, en ambos casos, está determinada por una propedéutica, o conjunto de normas establecidas para realizar una lectura pautada y sistemática de los signos y síntomas de la enfermedad, facilitando así la recogida de datos objetivos y subjetivos, y favoreciendo el rigor científico tanto en la exploración física como en la elaboración y lectura de la anamnesis.

Un análisis más completo introduciría las diferencias entre la lectura del cuerpo en la medicina occidental y la oriental. Para este estudio comparativo tenemos el excelente trabajo del japonés S. Kuriyama *La expresividad del cuerpo y la divergencia de la medicina griega y china*. Nosotros nos centraremos en esta ocasión en la lectura clínica de la medicina occidental.

Análisis

Toda lectura clínica, psiquiátrica o no, está doblemente articulada a través de la lectura literal y la literaria, y solo es una lectura completa a través de esta articulación. El médico tiene un bagaje cultural previo sobre la enfermedad, que le permite enfrentarse a la lectura concreta del paciente con unas herramientas de análisis válidas. En el paciente se leen datos de distinta naturaleza: desde su aspecto físico, la turgencia de la piel o la coloración de la esclerótica, hasta los resultados de pruebas de diagnóstico realizadas fuera del espacio estrictamente clínico (resonancias magnéticas, análisis de orina...), sin olvidar nunca en la anamnesis las enfermedades previas o los antecedentes familiares. Esta múltiple lectura de elementos tanto objetivos (pruebas) como subjetivos (sensaciones que describe el paciente, valoración de determinados síntomas por parte del médico) requiere un esfuerzo de síntesis que ayude a llegar a un diagnóstico lo más concluyente posible.

Por ello, los informes clínicos tienen una estructura pautada que busca la claridad y objetividad, que sea entendida de la misma forma por todos los médicos que se aproximen a ella y que permita su comprensión independientemente de la caligrafía del médico o de lo escueto de los planteamientos redactados en pocos minutos. La pretensión de una interpretación unívoca es la causa de un lenguaje estereotipado y con una fuerte presencia de tecnicismos convertidos en escuetos acrónimos. Como resultado tenemos una escritura fuertemente críptica que necesita de una serie de conocimientos científicos y gremiales para su descodificación, lo que la convierte en

un auténtico argot que no siempre busca tener una alternativa comprensible para el profano y que, por tanto, suele excluir al paciente del proceso interpretativo.

La univocidad de la lectura clínica a la que hemos hecho referencia convierte, en cierta medida, la lectura clínica en una lectura sin lectura, pues el acto lector persigue una conclusión, un cierre definitivo. La relectura de una sintomatología suele ser la consecuencia de una lectura previa errónea o incompleta y se valora negativamente, pues tras el diagnóstico el médico debe valorar si su hipótesis es suficientemente cierta (las certezas absolutas son infrecuentes y el diagnóstico suele desarrollarse en el campo lógico de la probabilidad) y solo podrá pasar a la siguiente fase, esto es, al tratamiento de la enfermedad, si la primera lectura le ha ofrecido conclusiones fiables; si no, deberá volver a leer o a ampliar el tipo y el modo de las lecturas realizadas.

El papel de la lectura clínica cobra una importancia excepcional en el caso de la psiquiatría clínica, fundamentalmente a través del psicoanálisis. La lectura clínica psicoanalítica es un espacio privilegiado de encuentro entre la ciencia y la literatura. Los textos psicoanalíticos suelen ser un verdadero esfuerzo de coherencia y comprensión, y pretenden llegar al conocimiento a través de las relecturas y reescrituras de las historias clínicas y demás textos vinculados a una patología concreta (poemas, memorias, artículos de divulgación). Poniendo como ejemplo más notable el caso Schreber en el estudio de la psicosis, observamos cómo la investigación y el diagnóstico de esta enfermedad están contruidos literariamente, tomando como hipotexto las *Memorias de un neurópata* de Daniel Paul Schreber (1903) y desarrollando en torno a él un formidable palimpsesto donde la lectura convierte al libro en «una multiplicidad (...), un agenciamiento, y como tal posee líneas de articulación, pero al mismo tiempo líneas de fuga», citando las conocidas líneas de Guattari y Deleuze.

Quizás esta grandeza de la lectura psicoanalítica está en su conciencia de no ser una ciencia atemporal, sino que los cuadros patológicos que intenta descifrar son productos culturalmente determinados.

El doctor Baumeyer descubrió entre 1946 y 1949 fragmentos de las historias clínicas de Schreber y pudo acceder al historial de su último internamiento; Niederlan trabajó sus datos biográficos y en 1984 Quackelbee publicó una antología comentada de poemas y escritos de Schreber.

Pero la lectura fundamental fue la que realizó Freud a partir de 1910 y que Lacan describe como «el encuentro excepcional entre el genio de Freud y un libro único». La lectura y análisis de las *Memorias* se van perfilando con la correspondencia que Freud mantiene con Jung, quien introdujo a Freud en este fabuloso relato de la demencia. Merece la pena citar a Jung cuando comenta en una carta a Freud: «Me ha causado verdadera emoción y alegría el hecho de que usted sepa honrar como merecen la grandeza del espíritu schreberiano y las redentoras rudezas del lenguaje básico. Continúo estando sumamente intrigado acerca del destino de aquellos hermanos de cuerpo que fueron *supermaravillados* al cielo y por ello fueron designados como los *colgantes bajo Casiopea*. (...) Es un libro digno de ser leído y (...) merece el puesto de honor en toda biblioteca psiquiátrica».

La lectura del texto de Schreber es simultáneamente un acto científico y un acto de placer. Y su complejo mundo intertextual es enriquecido con las aportaciones que

el género epistolar va realizando sobre su hipotexto. El axioma lacaniano «el inconsciente está estructurado como lenguaje» y los estudios dedicados a lo imaginario en su articulación con el inconsciente nos ayudan a entender la importancia de la lectura en la psiquiatría clínica y el éxito crítico y editorial que tienen muchos de los textos elaborados por personas con dolencias mentales. Es el caso del propio Schreber, pero también de Artaud y de un largo etcétera de escritores cuya escritura no suele ser entendida sin la patología mental que se les asocia.

Pero el papel de la lectura clínica va mucho más allá con el papel terapéutico y redentor que tienen la escritura y la lectura para el paciente. Recientes terapias tienen al libro como fundamento (es el caso, por ejemplo, de la biblioterapia), pero el uso de la escritura como mecanismo para soportar las alteraciones mentales está fuertemente documentado, desde los citados Schreber o Artaud hasta autores como Antonio Negri, Gramsci o Boecio, que escribían simplemente para no enloquecer, para soportar el dolor y el desequilibrio que genera, en estos casos, el encierro carcelario.

Por continuar con el ejemplo de Schreber, se puede leer el auténtico esfuerzo de comprensión que realiza a través de los borradores, anotaciones o diarios previos a la elaboración del texto definitivo. Esta riqueza del manuscrito se debilita en nuestros días con el uso del ordenador para la elaboración textual, que no guarda memoria de los borradores o ampliaciones que hemos realizado al elaborar un texto.

Aparte de la lectura que el psiquiatra realiza sobre la producción de Schreber, basado en sus manuscritos y en el texto final (formas de anotación, ideas deslavazadas, paso de las notas sueltas al diario y de ahí a las memorias), está la propia lectura que el enfermo va realizando de sí mismo. Autoconocimiento y distancia crítica fundamentales para un pronóstico favorable en el desarrollo de la mayor parte de las enfermedades mentales. Esta autoexégesis contrasta vivamente con la literatura clínica no psicoanalítica, que hemos descrito en los primeros párrafos como críptica.

Implicaciones prácticas

Las lecturas clínicas son un punto de encuentro privilegiado entre ciencia y literatura. Tal como hizo Foucault en el *Nacimiento de la clínica*, podemos asociar medicina e historia de las ideas y darle un enfoque abiertamente terapéutico al acto de la lectura y de la escritura (cualquier lectura lleva implícita una reescritura del texto en el lector). No existe lectura inocente, como recuerda el filósofo, y la lectura clínica es un caso ejemplar de esta evidencia.

Términos relacionados

Medicina, neurociencia, historia de las ideas, biblioterapia.

Referencias

Caballer García, J. y Vizoso Piñeiro, F., 2005; Desviat, M., 2005; Fernández Samos, R., 2011; Freud, S., 2001; Goodman, C., 1993; Guilañá i Palanques, E., 1997; Kuriyama, S., 2005.

MARÍA CARREÑO LÓPEZ, UAL