

Historia clínica: la escritura médica del relato del paciente a la narrativa médica

Clinical records: the medical writing from the patient's story to the medical narrative

Carlos Alberto Miranda-Bastidas 
cmirandabastidas@gmail.com

Universidad del Valle, Facultad de Salud, Escuela de Medicina. Cali, Colombia



ACCESO ABIERTO

Citación: Miranda-Bastidas CA
Colomb Med (Cali). 2020; 51(1)
<http://doi.org/10.25100/cm.v51i1.4223>

Recibido : 10 Ene 2020
Revisado : 27 Feb 2020
Aceptado : 15 Mar 2020
Publicado: 28 Mar 2020

Palabras clave

Narrativa médica; escritura médica; historia clínica; caso clínico; Hipócrates; consilia; observatio; humanización; observación; archivos médicos; cuidado centrado en el paciente

Keywords:

Medical narrative; medical writing; medical history; clinical case; Hippocrates; consilia; observatio; humanization; observation; medical records; patient-centered care

Copyright: © 2020 Universidad del Valle.



Resumen

Se llevó a cabo un seguimiento histórico de los escritos médicos sobre pacientes, desde los textos hipocráticos hasta la aparición del canon actual de la historia clínica formulado por Boerhaave en el siglo XVII, pasando por las consilias medievales y las curaciones y observaciones del Renacimiento. Además, se discutió cuánto está presente la cuenta del paciente en estos escritos. Se postuló que la narrativa médica comienza por escuchar adecuadamente a los pacientes y su historia. Fue trabajado en un formato de taller literario que es una herramienta pedagógica que contribuye a la formación médica integral y ofrece la posibilidad de que el paciente sea tratado en un entorno empático y humanizado

Abstract

A historical follow-up of the medical writings on patients was carried out, from the Hippocratic texts to the appearance of the current canon of clinical history formulated by Boerhaave in the 17th century, passing through the medieval consilia and the curationes and observations of the Renaissance. Moreover, how much the patient's account is present in these writings was discussed. It was postulated that the medical narrative starts from adequately listening to patients and their history. It was worked in a literary workshop format that is a pedagogical tool that contributes to comprehensive medical training and offers the possibility for the patient to be treated in an empathetic and humanized environment.

Conflicto de intereses:

No hay

Autor de correspondencia:

Carlos Alberto Miranda-Bastidas,
Universidad del Valle, Cali, Colombia.
e-mail: cmirandabastidas@gmail.com

Introducción

Un verso de la poeta Muriel Rukeyser afirma que “*el universo está hecho de historias no de átomos*”¹, una poderosa metáfora que pone en primer plano la capacidad de comunicación de los humanos fundamentada en los relatos. A nivel antropológico se ha enfatizado sobre el hecho de que las primeras evidencias de escritura son historias que recogen eventos, creencias y emociones, lo que implica la existencia de una arquitectura narrativa oral, previa a la irrupción de la escritura. Presente no solo en lo escrito, sino en todo producto comunicacional o artístico de los primeros humanos, se habla, en esos términos, de un *homo narrans*, predecesor cultural². Todo registro humano, aún datos contables aislados, por ejemplo, conllevan un trasfondo narrativo.

Siguiendo esa línea, el encuentro paciente-médico resulta ser mucho más que un acontecimiento asistencial. Es, entre otras cosas, un escenario donde el relato de la persona enferma, que es una historia de la vivencia mórbida que lo aqueja, llena de emociones, de observaciones e interpretaciones autóctonas, presentadas en un lenguaje cotidiano; es tomado por el médico, puesto en otro formato narrativo y convertido en un texto de estructura rígida y léxico especializado, reglamentado por la academia médica. Como resultado final se transforma el relato oral en narración escrita: la historia clínica como producto más representativo.

Técnicamente así funcionan las profesiones, como lo hace notar Eliot Freidson en su estudio sociológico sobre la medicina, el alegato de autoridad sobre las áreas de estudio que manejan implica hacer una concepción propia de los problemas de los demás, cambiando las formas y definiciones de como estos, los profanos, los conciben o experimentan³.

En la transición de un relato a otro que da origen a la historia clínica, lo que el paciente cuenta se reduce a lo que el médico “ve”, en esa visión subjetiva queda condensada la posibilidad del paciente de estar suficientemente representado en lo escrito. Ahí queda explícito el hecho de que el texto final narre un incidente patológico que usa de escenario el cuerpo de alguien apenas delineado, o que ese texto de testimonio de un evento de vida de una persona específica que sufre una enfermedad. Que el paciente debe ser adecuadamente escuchado y su narración muy tenida en cuenta, se repite como inapelables consignas clínicas en conferencias y textos formativos. “*La diferencia más relevante entre un buen clínico, y otro indiferente, consiste en la cantidad de atención que ponen al relato del paciente*”, dijo Farquhar Buzzard, reconocido profesor de Oxford⁴.

Sin embargo, a esa entusiasta consideración se le pone límites. Gaspar Bayle que daba realce a los elementos emocionales y de pensamiento del paciente, en tal medida que consideraba que el médico debía manejar con soltura la psicología, escribió que el clínico “*debe ponerse en guardia contra las opiniones del enfermo, y a veces contra sus aseveraciones, si bien debe anotar con cuidado los fenómenos que sólo pueden ser conocidos mediante su informe*”⁵. Una puesta en guardia que, interpretada a conveniencia, igual ha servido para ignorar al paciente. En un texto nacional de semiología se puede leer que “*la mayoría de los enfermos inicia un relato confuso y lleno de detalles secundarios, que de escucharse quitaría un tiempo apreciable*”, se invita a “*interrumpir al enfermo*” y hacer que sea “*concreto*” en el relato de sus “*molestias*”⁶. Ilustrativo como se dibuja al paciente como fuente de confusión y pérdida de tiempo.

Lo sensible de este tema desborda la discusión en términos de humanismo, que es el más relevante y donde se han sentado la mayoría de las polémicas, por la obviedad de que el paciente no puede ser un actor secundario en su propio padecimiento y debe ser tratado con consideración; pero hay también un asunto técnico y en esa medida clínico. Anne Marie Chartier, en un texto referido al análisis de la escritura de los cuadernos escolares a comienzos

del siglo XX, dice que: “*el escrito que muestran los cuadernos no se apoya sobre la palabra viva de la lengua cotidiana. Al revés, es sobre lo escrito que se apoya la oralidad escolar, que no es la oralidad de las conversaciones*”⁷. Igual apreciación podemos hacer con la historia clínica, que a propósito de la educación médica representan los “cuadernos escolares” de los años formativos, la oralidad médica con respecto al arte de tratar, se sustenta en lo escrito en la historia clínica. Es el lenguaje en el que también se construyen los contenidos de la información dirigida al paciente y sus allegados; quienes terminan, asimilando estas formas orales y deconstruyendo su relato inicial, para reconstruirlo en las formas verbales médicas.

En este ensayo se hace un seguimiento histórico de la presencia del relato del paciente en los escritos médicos de la tradición occidental, y de los géneros más relevantes que se crearon para ese abordaje. Se describe la situación actual de la Historia Clínica, desprovista de ese relato y convertida más en un instrumento administrativo que en un referente de la persona enferma. Se concluye con una mirada a las estrategias de educación médica para rescatar la presencia de la voz del paciente en los actos terapéuticos en general y en los registros de la historia clínica; en ese sentido se plantea que los formatos de “narrativa médica”, pueden ser instrumentos útiles de enseñanza de la medicina.

El relato del paciente en la historia clínica

Elaborar la historia clínica es el único ejercicio obligatorio de escritura, que hace el médico, tanto en sus años de estudiante en las rotaciones clínicas, como durante su ejercicio profesional. Consigna en ella los aspectos que considera relevantes de lo que le ha contado el paciente (o las personas de su entorno), que es la parte que se corresponde con la anamnesis; e incluye, los datos que obtiene de su observación y de los exámenes realizados; información que sirve para el análisis que conduce a la formulación del diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento posterior.

Los textos sobre la historia clínica publicados en libros y revistas especializadas, suelen tener la intención de convertirse en una guía de elaboración, llenos de párrafos que exaltan la importancia del documento¹⁸, y de otros que traen a cuento los elementos legales y éticos vinculados a la historia, pero nada relacionado con el ejercicio narrativo, salvo recomendaciones de claridad y legibilidad^{9-11,2}

Y es que la construcción de la historia clínica es un acto narrativo, tanto en la forma, que involucra los aspectos relativos al lenguaje y la gramática que deben aplicarse; como en el fondo, el hecho de que se trata de un episodio de vida de una persona. El relato de un paciente trasciende la anécdota de los síntomas, involucra sus contextos de vida, generalmente ausentes en una historia clínica tipo; y la anécdota, por otro lado, es apenas un referente sobre la cual el médico suele volcar su capacidad de indagación. Esas son las circunstancias, en las que la historia clínica de un paciente refleja, en realidad, la historia de una enfermedad.

Los registros hipocráticos sobre el paciente.

Los textos a los que podríamos llamar “historias clínicas”³ hipocráticas daban poca cabida al relato del enfermo, son escritos sobre experiencias de médicos itinerantes¹² que hacen recuentos de la evolución de los enfermos; la anamnesis, en ellos, es absolutamente secundaria. En estas narraciones de la antigüedad griega se privilegia la observación del médico, son valiosas piezas literarias, históricas y nosológicas, pero el paciente como individuo es apenas referenciado: “*Filisco vivía cerca de la muralla*”, “*Sileno vivía sobre la plataforma, cerca de la casa de Evalcidas*”, “*Erasino vivía junto al barranco de Bootes*”¹³.

La observación es sistemática y cronológica, sobre Filisco se escribe: “*se postró en el lecho. En el primer día fiebre aguda, sudó, por la noche en un estado penoso. En el segundo día se exacerbaron todos los síntomas, y por la tarde, gracias a una pequeña lavativa, evacuó*

*favorablemente; de noche en calma. El tercer día: por la mañana y hasta el mediodía parecía que se había quedado sin fiebre; pero hacia la tarde, una fiebre aguda con sudor; sediento; la lengua se le secaba; emitió orinas negras; por la noche en mal estado; no durmió; deliró por completo. El cuarto día todos los síntomas se exacerbaron, orinas negras; por la noche en situación más benigna, la orina de mejor color...”*¹³

La presencia del paciente solo se intuye a través de los síntomas que debió haber verbalizado, fundamentalmente el dolor, el resto es observación e interpretación; en pocas ocasiones se da lugar a la especulación del paciente o sus conocidos. De una “*doncella*” que “*la atacó una fiebre violenta*” se anota que “*decían que (le había sucedido esto) por haber comido un racimo de uvas*”¹³; de un adolescente también febril cuentan que está así “*a consecuencia de fatigas, esfuerzos y carreras fuera de lo acostumbrado*”¹³.

A pesar de la limitada documentación sobreviviente, parece que el diálogo con el paciente era una cuestión de polémica en la antigüedad griega, hay evidencia de desacuerdos teóricos entre las escuelas de Cos (Hipocrática) y la *Cnido*. Un médico de Cos, autor de “*Régimen en las enfermedades agudas*”, se quejaba de que se le daba mucha voz al enfermo en la descripción de las afecciones, en un texto que no ha llegado a nuestros días, las “*Sentencias Cnidias*”: “*incluso quien no sea médico podría describir correctamente tales procesos, si se informase, de labios del mismo enfermo, de sus padecimientos*”¹².

Los hipocráticos, al parecer, privilegiaban la capacidad del médico para deducir sin la información del paciente. Rufo de Éfeso, médico griego del siglo II, en su tratado *Quaestiones Medicinales*, juzga insuficiente el método defendido por Hipócrates, según el cual un médico, al llegar a una ciudad nueva conoce mejor las cosas relevantes por su propia cuenta, que interrogando a los habitantes¹⁴. De hecho, Rufo de Éfeso es el más connotado defensor del diálogo con el paciente entre los médicos de la antigüedad, estableció puntos específicos a preguntar, que incluían además de los regulares establecidos en la época: la naturaleza del paciente (*physis*), sus hábitos, los cambios al comportamiento regular, los sueños, la dieta alimenticia, los gustos y las reacciones ante ciertas situaciones¹⁴. En su texto “*Sobre la Interrogación del Paciente*”, crítica fuertemente al médico Calímaco porque, “*sostenía que los signos físicos (semeia), en cada caso, son suficientes para mostrar tanto la enfermedad como su causa, (...) Consideraba superfluo, incluso, preguntar sobre las causas determinantes de una enfermedad, como por ejemplo la clase de vida y las ocupaciones del paciente, o si sentía cansancio o frío cuando se enfermó. Pensaba que al médico no le interesa saber nada de eso, si considera cuidadosamente los signos que ocurren en cada enfermedad*”¹⁵.

Consilia, el género médico de la Edad Media

En la Edad Media surgen las primeras facultades de medicina en Europa, y las contradicciones y debates que acompañarán la formación médica universitaria. Las “*historias clínicas*” de entonces nos han llegado a través de los *consilia* (consejos), textos médicos que, tras la descripción de la enfermedad de un paciente, enseñan a identificarla y tratarla. A pesar de referirse a un caso individual, su intención no es el paciente en particular, sino aconsejar una forma de proceder ante casos similares en el futuro¹⁶. Los *consilia* de mayor fama son los realizados por Arnaldo de Vilanova, Taddeo Alderotti y Bartolomeo Montagnana, pero en general era una práctica regular de los médicos, con cierto prestigio académico de la época, escribirlos; la idea era que pasasen de mano en mano entre los médicos aprendices⁵. Tenía un formato de género literario preciso compuesto de tres partes, una primera sección donde se describía la sintomatología del paciente y se hacía una consideración diagnóstica y etiológica; una segunda parte en la que se daban sugerencias para un estilo de vida que ayudase a superar la enfermedad; y una última sección en la que se describía la terapéutica seguida y la evolución del paciente con ese tratamiento¹⁷. Los *consilia* evolucionaron, paulatinamente se extendieron, complejizaron y pasaron a ser una especie de monografía patológica, una disertación docta

y especulativa sobre un caso, escrita en un estricto lenguaje académico medieval, más texto académico que ayuda para el médico en ejercicio junto al lecho del enfermo; el paciente se diluye todavía más en las narraciones de los *consilia* pues los académicos de renombre que los escriben en los siglos XV y XVI no conocen a los pacientes sobre los que opinan *in absentia*, son casos consultados por otros médicos¹⁷, de tal manera que el caso clínico es apenas una excusa para un escrito específico sobre la enfermedad.

La narrativa médica que ha sido un asunto de “diario de vigilancia del enfermo” en la Grecia antigua, con los *consilia* pasa a ser escenario de la erudición del médico, por el tema que trata y por las formas literarias, Montagnana más que las emociones de los pacientes consigna las suyas: “*La frágil condición humana me mostró hace poco una afección del máximo terror y de los más funestos accidentes*”; escribe en su *Consilium CVI*, en el que argumenta que la paciente del caso tiene todas las condiciones que la hacen susceptible a la tisis; “*tanto, que le será difícil evadirse de padecerla*”. Y acomete un inventario de tales características, convirtiendo a la paciente en prueba fehaciente de sus conocimientos, “*esta mujer está emaciadísima, con delgadez consecuente tal vez a un aumento de bilis amarilla, o a sequedad por melancolía, o proveniente de otra causa. En segundo lugar, el color de su cara tiende a la escualidez, (...). En tercer lugar, y principalmente, tiene los ojos cóncavos, y no de nacimiento, sino a consecuencia de un defecto en la nutrición de las órbitas y de la sustancia del ojo. En cuarto lugar, las sienas están excavadas, esto es, privadas de alimento, a causa de lo cual se hallan consumidas. En quinto, la piel de su frente está tensa, con aspereza perceptible en su superficie. En sexto, su cuello es largo y grácil. En séptimo, toda su cabeza se siente notablemente cálida, (...). En octavo, fluyen de su cabeza materias agudas, mordicativas y excoriativas...*”⁵.

Observatio, el informe de “caso”

Los cambios paradigmáticos en el pensamiento filosófico, las formas literarias y las artes que trajeron consigo el Renacimiento influyeron en la escritura médica. Del siglo XVI al VII hay un aumento relevante de géneros en la literatura médica, junto a los tradicionales: *commentarii, consilia, tractatus*, se encontraban títulos novedosos,⁴ que avisan de géneros teóricos como *contradictoria medica, controversiae* o *disputationes medicae, doctrinarum differentiae, paradoxa medica*; y relativos a la práctica como *curationes, casus, historiae*; y especialmente las *observationes* y las *epistolae medicae*, usadas fundamentalmente para describir casos raros¹⁸.

En el recuento de textos que puedan llevar la huella de “Historia Clínica”, entre los mencionados resaltan las *curationes* y las *observationes*. Las primeras son escritos que básicamente sugieren un tratamiento nacido de la práctica, haciendo caso omiso de la doctrina (a diferencia de los *consilia*), se cuenta que algo sirve, pero no se especula por qué ni cómo; las *curationes* llevaban un registro narrativo sobre el enfermo al que hacían alusión¹⁸. Pero el texto patográfico por excelencia será la *observatio* de la que Laín Entralgo piensa que es la continuación histórica de los *consilia*; hablando del médico renacentista François Valleriola, dice que con él “*el consilium medieval se ha trocado resueltamente en observatio*”⁵, pero la cuestión no es tan simple, los *consilia*, como se anotó con anterioridad trataban más de la enfermedad que del caso clínico¹⁸, que va a ser la materia de las *observationes*, después de un particular recorrido en la historia cultural. Son en primera instancia, las *observationes*, un género del renacimiento tardío y un producto específico de la medicina humanista¹⁸, en ellos el paciente, apenas referencia de los *consilia*, vuelve a individualizarse, como en los textos de la antigüedad griega.

A la Europa académica del siglo XVI van a llegar tres palabras de tradición filosófica griega, especialmente recogidas por el campo médico, *autopsia* (que se refiere a la experiencia directa, de primera mano), *phainomena*, convertida en el neologismo *phenomena* (referido a las cosas tal como son, palabra surgida en la astronomía) y *observatio*¹⁹. El destino final de ellas va a ser disímil, solo *autopsia* se conserva como palabra y género médico, con el significado de inspección en cadáveres; *observatio* que en el siglo XVI era únicamente del argot médico¹⁹, tendrá una generalización en los campos académicos y especialmente en plural, *observationes*,

se referirá a escritos de alta apreciación intelectual.

En el ámbito médico la aparición inicial de *observatio*, hacía relación a observancia, un conjunto de reglas a seguir, es decir la exigencia de un comportamiento específico, ritualizado^{18,19}. En su uso como observación el texto más antiguo conservado es *Medicinalium observationum libri tres* de Jodocus Lommius publicado en 1560, pero no se trata todavía del registro de un caso individual¹⁸.

Los *observatio* como el género médico van a traer una descripción clínica y biográfica, independiente de los comentarios y reflexiones, que se dejan para otras secciones; hay un interés en mostrar al enfermo incontaminado de lo que no sea la observación médica, se hace en una narración cuidada y coherente a diferencia de géneros médicos anteriores⁵. Hay entonces, más presencia de la persona enferma pero su voz sigue intermediada por la interpretación técnica del médico. Hay una *observatio* curiosa porque la narra el enfermo, a la sazón Félix Platter médico suizo del Siglo XVI, que escribe sobre su experiencia como enfermo de peste:

*“El año 1568, ya cumplidos los treinta y uno de mi edad, solicitado por causa de mi profesión médica, me trasladé muy frecuentemente a diversos lugares, usando de una alimentación desordenada y diversa; hasta que el último día de marzo, cabalgando hacia un castillo próximo a nuestra ciudad (Basilea), me sorprendió un frío repentino. Nevaba y soplaban un viento gélido; y yo, vestido ligeramente, porque nada había sospechado, atravesando a caballo un río demasiado profundo, me mojé y enfrié los pies. Por esta razón sufrí de escalofríos todo el día y me enfrié volviendo hacia casa. Después de cenar fui víctima de bostezos e insólita pandiculación, y me invadió un escalofrío, al cual siguió por la noche calor preternatural con dolor de cabeza. Al día siguiente, primero de abril, y aun con todo el cuerpo quebrantado y con los miembros como si hubiesen sido sacudidos, salí de casa para visitar algunos enfermos. Poco después de la comida tuve fiebre, y todos los síntomas de ésta se pusieron de manifiesto. La noche fue excesivamente inquieta. Al tercer día, calor intenso, dolor de cabeza, dolor vehemente en el costado derecho, e inmenso en la región del dorso; inquietud suma. Me hice administrar un clister compuesto...”*⁵

La profesora de Historia de la Medicina de Johns Hopkins University, Gianna Pomata documenta dos situaciones de valor epistémico en la evolución posterior de las *observaciones*: primero la creación con ellas de un abundante cuerpo informativo, que fue compartido entre los médicos, formando una red de comunicación de la que surgieron las revistas especializadas; y segundo, un cambio de la descripción del caso raro a la intención de clasificar las enfermedades, como lo ejemplifican los escritos de Thomas Sydenham¹⁸, con quien nos encontramos en otro momento de lo que será la literatura tipo “historia clínica”.

Los escritos de Sydenham se acogen a dos criterios: que los registros médicos recojan solo lo que se “ve” en el enfermo, sin elucubraciones “fisiológicas”, y que se describa “*un caso individual*”, pero en términos de que sea un “*ejemplo*” de un modo típico de enfermar⁵. Foucault habla de que la lección de Sydenham es ambigua, hace notar que en sus textos se explicita que para conocer la enfermedad “el médico debe abstraerse del enfermo”; y lo cita para demostrarlo: “*Es preciso que el que describe una enfermedad tenga el cuidado de distinguir los síntomas que la acompañan necesariamente y que le son propios de los que no son sino accidentales y fortuitos, tales como los que dependen del temperamento y de la edad del enfermo*”²⁰.

Medicina moderna: Nace el canon de la historia clínica.

En el siglo XVIII, dentro de un contexto de reorganización hospitalaria y del establecimiento de un nuevo estatuto del enfermo, el surgimiento de la medicina moderna va a estar precedido por la indagación en el interior de los cadáveres, lo que hace posible un cambio paradigmático notable, la localización de la lesión patológica en los órganos²⁰, del registro de los síntomas se pasa a intentar determinar la conexión de estos *in vivo*, con los hallazgos *post mortem*, Bichat

consideraba que demostrando eso se podría alcanzar para la Medicina la categoría de “verdadera ciencia”⁵.

En ese escenario nace la medicina anatomoclínica y llega un nuevo lenguaje médico. Surge, entonces, el primer canon moderno de Historia Clínica, formulado por Herman Boerhaave, que desglosa en sus escritos las tres áreas que debe contener el examen médico: inspección, interrogatorio anamnésico y exploración objetiva.⁵ Lo interesante del caso es que esta historia se estructura antes de que la medicina integre a su cuerpo documental los contenidos de la ciencia moderna, así que este giro fundador de la medicina actual, encontró establecido el género en el cual se iba a consignar los episodios de vida de una persona enferma.

Boerhaave era un hombre particular, en la universidad enseñó medicina, química y física. Escribió dos extensos relatos patográficos con el tipo de indagación que propuso, en sus textos intenta que la presencia del paciente sea fiel tanto en lo que él ha contado como en la observación que hace el médico. En uno de ellos escribe: “*Él trató de contarme sobre la enfermedad que estaba sufriendo, pero no pudo, cuando intentaba hablar, el dolor se lo impedía*”²¹. En la otra historia consigna: “*Con toda lucidez y voz fuerte cuenta al médico los padecimientos de la noche y le hace saber su inminente peligro de muerte. Ruega al médico que le sangre; y como éste se niega, le dice: ¿Dejas, pues, que muera?*” A lo cual contesta el médico: “*¿Me está acaso permitido acelerar tu muerte?*”²⁵. Estos dos fragmentos remiten directamente al paciente, aunque en el primero no hable. En el segundo se aporta su voz, pese a que puede resultar polémico.

Sus libros llegaban a la gran masa lectora que presumía erudición, Curwen el personaje de una novela de Lovecraft que cumple con ese perfil, los tiene junto a otros clásicos²². Boerhaave escribía en un estilo muy literario, en sus textos médicos interactúa con quien lo lee: “*tú, lector mío*”, le dice; “*piensa, lector*”⁵, sugiere. Formulismos que serán usados años después por la literatura de gótica.

De su libro “*Opera omnia medica*”, que narra la enfermedad por un tumor mediastinal del Marqués de Saint-Auban, tomo un pequeño fragmento que ilustra su escritura: “*Es digno de atención el hecho de que la voz del enfermo no cambiase durante ese año y medio. La naturaleza le había dotado una varonil voz de barítono; y él la había cultivado tanto, mediante aprendizaje musical, que llegó a ser muy suave y hábil cantante, y sin la menor dificultad ni molestia era capaz de contener increíblemente el aliento y de emitirlo luego durante muy dilatado lapso. (...) Así, pues, no sólo quedaron sus miembros flexibles para la marcha, la carrera y la danza, y sus brazos ligeros, sino que su respiración era tan constante y vigorosa, que no se percibían en él signos de fatiga, ni daño del tórax y los pulmones, hasta el punto de que apenas era posible ver a otro capaz de competir con él en facilidad para respirar y en fuerza del pecho*”⁵.

A la estructura canónica se acogieron médicos de distintas corrientes de pensamiento clínico, e incluso rivales, como lo demuestra la revisión de las historias clínicas que publicaron. Tal es el caso de Friedrich Hoffmann, principal defensor de la iatromecánica, y Georg Ernst Stahl, animista, quienes mantuvieron una encendida polémica “pato-fisiológica” que involucraba a la frecuencia cardíaca y las fiebres²³. Eso le dio a la estructura un carácter de instrumento disciplinar a la que paulatinamente se le agregaron secciones, manteniendo la idea original.

La historia clínica va, desde entonces, a contener los resultados de una indagación perceptual que se impone por encima del pudor y la higiene. Escribe Foucault: “*La trinidad vista-tacto-oído define una configuración perceptiva, en la cual el mal inaccesible es acorralado por señales, medido en profundidad, sacado a la superficie y proyectado virtualmente sobre los órganos dispersos del cadáver*”²⁰; ya el gusto estaba bien asentado como recurso de indagación, las civilizaciones antiguas de Egipto y la India, sabían que la orina de las personas con diabetes era dulce, Thomas Willis ha puesto en la escena médica europea ese hecho²⁴, de tal manera que probar fluidos era comportamiento médico regular; Morgagni escribió que Valsalva decía sobre sus autopsias, que

“es tan acre el suero producido por la gangrena, (...) que cuando (...) lo probé, (...) su acritud suma, (...) dejó sentir por todo un día su efecto mordicante sobre las papilas”⁵.

La escritura de la historia clínica en el siglo XIX, crece en complejidad, el perfeccionamiento de las técnicas para el examen físico, hace que se identifiquen los signos sin la mediación verbal del paciente: *“la cavidad derecha del tórax resonaba bien cuando se la golpeaba. La mitad izquierda daba un sonido igualmente claro, excepto en la región del corazón, donde el sonido era nulo”*, escribe Jean-Nicolás Corvisart⁵. La introducción de instrumentos redimensiona el examen físico; y el signo, será puesto en preeminencia al síntoma; René Laënnec, inventor del estetoscopio, en la introducción de su obra clásica escribe que en la evaluación torácica síntomas como la tos o la expectoración son muy vagos para diagnosticar, pero que la auscultación mediada da precisiones²⁵. El cuerpo le habla directamente al médico.

El laboratorio y las imágenes diagnósticas vinieron después, como otro tipo de texto, a sumarse a la narración de la historia clínica, el cuerpo paulatinamente ha sido invadido por la tecnología para visibilizar lo que el médico no puede ver, en consecuencia, éste le cede su autoridad al instrumento tecnológico, que opera en función de un tercero (un testigo) bien informado. Jean C. Sournia dijo, a mediados del siglo pasado, que al enfermo *“«lo observamos» de la misma manera que observamos los astros o un experimento de laboratorio”²⁰*. Cada vez más sofisticación instrumental, y cada vez menos la presencia de la persona.

Desde finales del siglo XIX y durante el XX, hubo teorizaciones y propuestas de secciones adicionales, pero que fundamentalmente abogaban por espacios para los resultados de las nuevas investigaciones médicas. Es excepción, el desarrollo de la teoría psicoanalítica que en términos de aprehender la persona en el paciente no solo fortaleció las herramientas biográficas, sino que agregó la interpretación psicológica. El paciente estaba reflejado en la historia con su voz, con sus hechos y emociones conscientes, y aún más con lo que para él estaba oculto: *“un acto psíquico pasa por dos fases (...) entre las cuales se halla intercalada una especie de examen (censura). En la primera fase el acto psíquico es inconsciente y pertenece al sistema Inc⁶ Si al ser examinado por la censura es rechazado, le será negado el paso a la segunda fase; lo calificaremos de «reprimido» y tendrá que permanecer inconsciente. Pero si sale triunfante del examen, pasará a la segunda fase y a pertenecer al segundo sistema, o sea al que hemos convenido en llamar sistema Cc.”²⁶*. Es decir, la conciencia.

0“Me he decidido a contarle a usted algo que me parece muy importante y que me atormenta desde un principio» respondió. Y comenzó a desarrollar, con minuciosa extensión, el historial clínico de su padre, muerto nueve años atrás a consecuencia de un enfisema. Una noche, creyendo que la enfermedad de su padre podía hacer una crisis favorable, preguntó al médico cuándo podría considerarse pasado el peligro. El médico le respondió que al cabo de cuarenta y ocho horas. No se le ocurrió que el padre pudiera morir antes de tal término, y a las once y media de la noche se acostó para dormir una hora. Pero cuando a la una despertó, un amigo médico le comunicó que su padre acababa de morir”²⁸.

Sus observaciones ponen de presente características y comportamientos:

“Nuestro paciente se mostraba supersticioso en alto grado, aunque era un hombre de aguda inteligencia y amplia cultura y afirmaba a veces no hacer el menor caso de semejantes tonterías. Era, pues, supersticioso, y al mismo tiempo no lo era, diferenciándose así, (...) de los supersticiosos incultos que se sienten perfectamente de acuerdo con sus absurdas creencias. (...) Esa conducta tan contradictoria y oscilante sólo me pareció admitir una determinada explicación (...) el sujeto poseía, con respecto a tales cuestiones, dos convicciones distintas y opuestas, y no tan sólo una opinión indeterminada. (...) En cuanto llegaba a dominar una obsesión se burlaba de su credulidad, y nada le sucedía que pudiera preocuparle supersticiosamente; pero en cuanto volvía a hallarse bajo el dominio de una obsesión (...) comenzaba a ocurrirle toda clase de singulares accidentes casuales que apoyaban su convicción supersticiosa. (...) la superstición (...) era la de un hombre culto que

*prescindía de vejeces tales como el miedo a los viernes, al número 13, etcétera. Pero creía en los presagios y en los sueños proféticos*²⁸.

Los textos médicos actuales prescinden de las narraciones de antaño, la amplia documentación estadística y la posibilidad tecnológica de estudiar la enfermedad abstraída del enfermo, han logrado que se identifiquen constantes sintomáticas y fisiopatológicas, sobre las que se establecen conceptos en los que las entidades nosológicas adquieren categoría material, independiente de su presencia en una persona. Hay ecos de las formas narrativas médicas clásicas en los “reportes de casos” de las revistas especializadas, y en los ensayos de divulgación que relatan historias sobre pacientes con patologías raras, en lenguaje literario.⁷

La Historia Clínica, por otro lado, ha sido transformada en herramienta administrativa, en documento que evidencia la realización del acto médico y es requisito para los controles financieros del sector asistencial. La posibilidad de encontrar en las historias clínicas de hoy aspectos no somáticos que definan a una persona, es baja. En los relatos actuales el paciente es un fantasma deformado en el que él, pobremente, puede reconocerse.

La tendencia empresarial intenta convertir a la Historia Clínica en una “lista de chequeo” que facilite la parametrización digital, la normativa nacional lo estableció así: “*la historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre de 2013*”²⁹, el plazo se venció, con la tarea inconclusa.

En esta modalidad la persona es apenas un dato demográfico; asistimos así, a cierto desvanecimiento de la historia clínica, cuando todavía en las clases de semiología y en los artículos especializados, se afirma que la mayoría de los diagnósticos son posibles con solo consultar una historia bien elaborada³⁰.

Narrativa médica: ¿el rescate del relato del paciente?

En el tiempo transcurrido entre las descripciones de pacientes de Freud y la sistematización digital de formatos a manera de historia clínica, pasa más de un siglo en el que se hace la formalización y el desarrollo de la enseñanza médica, en los términos sugeridos por el Informe Flexner. Cuando a principios del siglo XX la Asociación Médica Americana asesoraba la nueva implementación curricular, y seleccionaba escenarios de práctica, concluyó que los servicios ambulatorios tenían mala asistencia, porque entre otras situaciones se llevaban historias clínicas incompletas, de baja calidad³¹. Hacer buenas historias clínicas se convirtió en la exigencia omnipresente en la educación médica, pero a pesar de las intenciones, las quejas continuaron sin excepción geográfica o temporal³⁰. El proyecto Tuning que hace más de diez años reunió a varias escuelas de medicina de América Latina, elaboró una lista de las “competencias” médicas y puso en primer lugar la “capacidad para redactar la Historia Clínica”³². Las universidades de Estados Unidos al delinear sus actuales objetivos de formación médica son menos específicas en este punto, hablan, en forma abstracta, de la habilidad para recolectar y analizar información de utilidad para la atención del paciente; pero, por otro lado, hacen énfasis en resaltar objetivos como el comportamiento ético, las capacidades comunicacionales, el pensamiento crítico y el trato compasivo^{33,34}.

Lo interesante de eso, es que todos los objetivos propuestos necesitan capacidades de escucha y lectura, y son mediados por el relato del paciente. En el escenario curricular que plantean estas universidades, y las que alrededor del mundo las siguen, la narración del paciente trasciende la historia clínica y se instala en todo acto médico. El cómo lograr que la educación médica cumpla esas promesas ha sido siempre terreno controversial y de debate, desde el principio de la enseñanza de la medicina moderna, se pensó que la respuesta podría estar en la aproximación a las Humanidades. Henry Sigerist creó un curso con esa intención en Johns Hopkins³⁵, y a nivel local cuando se funda la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, en 1952, su primer decano considera que la forma de garantizar una formación integral

pasa por ofrecer “cursos de carácter humanístico”³⁶. Ese ha sido por muchos años el recurso usado. Para el año de 2004, 88 de 125 escuelas de medicina estadounidenses dieron cursos de humanidades, y 28 específicamente en literatura o estudios narrativos³⁷.

Es ya un tópico la anécdota de que el médico y discreto poeta Richard Blackmore, le preguntó a Sydenham sobre los libros que deberían leerse para una buena práctica médica, “*lee El Quijote*” se dice que respondió Sydenham. La historia ha dado para elementales y doctas interpretaciones. De la que ve en la afirmación un desprecio al mundo intelectual de la época, “*la ciencia médica de su tiempo le desplacia*” escribe Laín Entralgo⁵, a la que elogia la virtud clínica de “El Quijote”: “*hay muy pocos médicos, que al describir las enfermedades tengan tan presentes como Cervantes los requisitos científicos que exige el modo de trazar la historia de una enfermedad*”, en opinión del médico e historiador Antonio Hernández³⁸.

Me imagino que la respuesta intentaba expresar que el ejercicio médico requiere aproximarse a la cultura, saber leerla. De hecho, “El Quijote” está lleno de alusiones que van de la descripción y la recomendación a la ironía. Hay un fragmento destacable puesto que en el siglo XVII se está hablando de prevención, dice Sancho en una carta a Don Quijote: “*Este tal doctor dice él mismo de sí mismo que él no cura las enfermedades cuando las hay, sino que las previene, para que no vengan; y las medicinas que usa son dieta y más dieta, hasta poner la persona en los huesos mondos, como si no fuese mayor mal la flaqueza que la calentura*”³⁹. También relevante el manejo de los últimos días de Don Quijote, que pone en primer orden el efecto de las emociones sobre la salud, “*llegó su fin y acabamiento cuando él menos lo pensaba; porque, o ya fuese de la melancolía que le causaba el verse vencido, o ya por la disposición del cielo, que así lo ordenaba, se le arraigó una calentura que le tuvo seis días en la cama*”³⁹.

La idea de que por medio del simple montaje de cursos se logra un resultado complejo en el comportamiento, no suena muy coherente en lo pedagógico. El proyecto PRIME conformado por educadores médicos estadounidenses concluyó que esos cursos nunca habían sido suficientemente evaluados, pero con la convicción de que las humanidades, la ética, el ejercicio centrado en el paciente y el pensamiento crítico, eran centrales en la educación médica sugirieron una serie de pautas. Por ejemplo, en relación a lo que nos ocupa, postulan que el estudiante aborde el ejercicio de hacer reflexiones narrativas, sobre los relatos literarios y los de los pacientes, buscando aproximarse a perspectivas sobre la enfermedad y el sufrimiento diferentes a las suyas, lo que consideran “promueve la introspección y la empatía”⁴⁰. Ese ejercicio es una forma de narrativa médica.

El término “narrativa médica” puede suponer muchas estrategias; el uso en formato de taller literario de las historias de vida de los pacientes, y de los textos literarios puede ser una experiencia que de enseñanzas prácticas más allá de los cursos teóricos. En razón de que los humanos pensamos, soñamos, planeamos en términos narrativos, hacer que los relatos de los pacientes lleguen al escenario clínico da lugar a mejorar la escucha, a sofisticarla, para encontrar elementos de la profundidad discursiva del paciente. Ayuda, por otro lado, a aumentar la estima por los pacientes, a dar un trato compasivo y a manejar la información clínica respondiendo a los temores y expectativas de los enfermos. En una frase, permite una relación clínica humanizada⁴¹⁻⁴⁴. En palabras de Roland Barthes, “*comprender un relato no es sólo seguir el desentrañarse de la historia, es también reconocer “estadios” (...); leer (escuchar) un relato, no es sólo pasar de una palabra a otra, es también pasar de un nivel a otro*”⁴⁵.

Conocer el andamiaje tras las narrativas involucradas en el acto médico creo que es un buen recurso de aprendizaje y de ejercicio clínico; los médicos hemos hablado desde siempre del “caso”, interpretarlo y aprenderlo, supone leerlo; en esos términos en el paciente hay un texto, como lo sugirió Osler⁴⁶, o muchos como lo sugieren los actuales filósofos hermenéuticos. Stephen L. Daniel, habla de un texto con cuatro niveles de significado, adaptando a la medicina el sentido de la escritura medieval: El “literal”, referido a los hechos de enfermedad que le suceden al paciente; el “alegórico”, la interpretación del médico (diagnóstico); el

“moral”, remitido al tratamiento y el “místico”, la resolución clínica⁴⁷. Drew Leder sugiere cuatro textos: el “experiencial” la enfermedad en la vivencia subjetiva del paciente, el “narrativo” la elaboración de la historia clínica, el “físico” el examen del cuerpo del paciente, el “instrumental” producto de las tecnologías de diagnóstico (laboratorio, imágenes)⁴⁸. El hecho es que el acto médico interpreta textos y organiza una narrativa, con la que no solo deja registros, sino que construye un texto adicional con el que se comunica con el paciente durante el proceso terapéutico.

La literatura como puerta de entrada a la compasión y el sufrimiento

A manera de epílogo, después de haber hecho un tránsito por los escritos médicos históricos, encontrando apenas la huella del paciente, veamos como la literatura ha construido a lo largo de los años, textos que ejemplifican perspectivas que los médicos siempre deberían tener presentes. Lo que, de paso, muestra el valor pedagógico de estos relatos.

En primer lugar, la descripción de enfermedades aportando una mirada original. Valga, para ello, revisar el registro de la epidemia de peste que hace Bocaccio en “El Decamerón”, lleno de valor estético y testimonial:

Y no era como en Oriente, donde a quien salía sangre de la nariz le era manifiesto signo de muerte inevitable, sino que en su comienzo nacían a los varones y a las hembras semejantemente en las ingles o bajo las axilas, ciertas hinchazones que algunas crecían hasta el tamaño de una manzana y otras de un huevo, y algunas más y algunas menos, que eran llamadas bubas por el pueblo. (...) en poco espacio de tiempo empezó la pestífera buba a extenderse a cualquiera de sus partes indiferentemente, e inmediatamente comenzó la calidad de la dicha enfermedad a cambiarse en manchas negras o lívidas que aparecían a muchos en los brazos y por los muslos y en cualquier parte del cuerpo, a unos grandes y raras y a otros menudas y abundantes. (...) Y para curar tal enfermedad no parecía que valiese ni aprovechase consejo de médico o virtud de medicina alguna; así, o porque la naturaleza del mal no lo sufriese o porque la ignorancia de quienes lo medicaban (de los cuales, más allá de los entendidos había proliferado grandísimamente el número tanto de hombres como de mujeres que nunca habían tenido ningún conocimiento de medicina) no supiese por qué era movido y por consiguiente no tomase el debido remedio, no solamente eran pocos los que curaban sino que casi todos antes del tercer día de la aparición de las señales antes dichas, quién antes, quién después, y la mayoría sin alguna fiebre u otro accidente, morían”⁴⁹.

En segunda instancia, el abordaje del sufrimiento. Porque si hay algo que diferencia a la narrativa clínica de la literaria es el tratamiento del sufrimiento; en la primera es un síntoma, un dato, que sirve a la intención de develar el diagnóstico; en la segunda es el centro del padecimiento. Lo muestra el siguiente párrafo tomado de “Crimen y Castigo”, a manera de ejemplo:

“Este sombrío y pálido semblante se iluminó momentáneamente al entrar la madre y la hermana. Pero la luz se extinguió muy pronto y sólo quedó el dolor. Zosimof, que examinaba a su paciente con un interés de médico joven, observó con asombro que desde la entrada de las dos mujeres el semblante del enfermo expresaba no alegría, sino una especie de estoicismo resignado. Raskolnikof daba la impresión de estar haciendo acopio de energías para soportar durante una o dos horas una tortura que no podía eludir. Cada palabra de la conversación que sostuvo seguidamente pareció ahondar una herida abierta en su alma”⁵⁰.

Tercero, la fabricación de la imagen del médico por parte del paciente: en el afán de mantener el diálogo clínico “aséptico”, en la pretensión de que el enfermo tiene un rol pasivo y expectante, el médico se vuelve ciego al hecho de que se ha convertido en el “otro” del paciente. En ese encuentro accidental pasa a formar parte de la narrativa del enfermo, a fungir de protagonista de un relato que no controla. Juan Gracia Armendáriz es un escritor navarro, que ha tenido dos cirugías de trasplante de riñón, sus experiencias como paciente las ha vuelto testimonio literario:

“A las doce llega el doctor. Es un hombre tímido y nervioso, al que tampoco le gustan las preguntas de los pacientes. Me anuncia que si no tengo fiebre, en los próximos días me darán el alta médica. «No hagas fiebre», me dice, como si eso estuviera dentro de mis competencias”⁵¹.

Y así, podríamos citar muchas otras perspectivas desde la literatura, pero concluyamos con algo más técnico, y más estético: las metáforas. Los pacientes hacen su propia configuración de sus padecimientos y los revisten de un lenguaje figurativo más próximo a sus emociones. Está en el médico encontrar las claves para no solo curar una enfermedad sino para sanar a una persona, al enfermar se deteriora mucho más que un órgano, y los pacientes nos lo cuentan. Victor Frankl, el psiquiatra vienés que fue prisionero del régimen nazi en Auschwitz y Dachau, relata en sus memorias del campo de concentración, que los internos sufrían crónicamente de edemas, por desnutrición, por traumas, por enfermedad general, que cierto día se encontró con un prisionero a quien los edemas le habían desaparecido, y al preguntarle que cómo había sucedido, le respondió: “Los he expulsado de mi cuerpo llorando”⁵².

¹Incluso tienen llamados de atención severos: “la información obtenida por la historia clínica puede tener consecuencias de vida o muerte”; “documentar la historia clínica puede salvar vidas”.

²La bibliografía que ilustra este punto es abundante y de diferente tipo: libros, artículos en revistas especializadas, guías de ministerios gubernamentales. Cito algunos textos en español de uso regular en universidades, como ejemplo.

³Llamar Historia clínica a los registros de carácter médico anteriores a la época moderna es en estricto sentido un anacronismo. Para efectos de este ensayo, en tanto que se busca una ilación histórica de la presencia o ausencia del relato del paciente en esos registros, se usarán comillas (“historia clínica”) cuando la expresión se use con licencia, en una época particular.

⁴Por ejemplo: *satyrae medicae* y *epigrammata médica* (ligados a la filología y la literatura); *decisiones medicae* y *pandectae medicae* (asociados a géneros legales).

⁵En este párrafo Boerhaave escribe lo que le fue contado por el médico que estuvo en la agonía del paciente.

⁶Inc. es Inconsciente. Cc es Conciencia.

⁷Los trabajos de Oliver Sacks son un ejemplo en ese sentido

REFERENCIAS

1. Rukeyser M. The speed of darkness. En: Rukeyser M. Out of silence: selected poems. Triquarterly Books, Northwestern University Press; 2000. pp 135.
2. Ranke K. Problems of categories in folk prose. *Folklore Forum*. 1981; 14(1):1-17.
3. Freidson E. Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge. The University of Chicago Press; 1988. pp XV.
4. Porter R. The greatest benefit to mankind. a medical history of humanity. W. W. Norton & Company, Inc.; 1998. pp 682.
5. Laín EP. La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1950.
6. Moreno RM. El arte y la ciencia en la anamnesis. *Ateneo*. 2000; 1(1): 23.
7. Chartier AM, Los cuadernos escolares: ordenar los saberes escribiéndolos. *Lectura y Vida*. 2009; 30(3): 6-18.

8. Nichol JR, Nelson G. Medical history. StatPearls Publishing; 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534249/>
9. Stevenson I. La historia clínica. Barcelona: Ediciones Toray; 1974.
10. Guzmán F, Arias CA. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Rev Colomb Cir. 2012; 27:15-24.
11. Ministerio de Salud. Instructivo de historia clínica. Paraguay: Ministerio de Salud; 2012. disponible en: http://portal.msps.gov.py/digies/wp-content/uploads/2012/01/Instructivo_Historia_Clinica.
12. Alsina J. Los orígenes helénicos de la medicina occidental. Barcelona: Editorial Labor S. A.; 1982. p 19-22.
13. Hipocrates. Tratados Hipocráticos. V Epidemias. Editorial Gredos S. A.; 1989. p 78-
14. Letts M. Rufus of Ephesus and the patient's perspective in medicine. British J Hist Phil. 2014; 22(52): 4-6. Doi: 10.1080/09608788.2014.963504
15. Rufus of Ephesus. On the interrogation of the patient. Disponible en: <https://www.aaronchande.com/files/am/Rufus%20of%20Ephesus.pdf>
16. Agrimi J, Crisciani C. Les 'consilia' médicaux, Turnhout: Brepols, 1994. citado por Pomata G. Observation Rising: Birth of an Epistemic Genre 1500-1650. En: Daston L, Lunbeck E. Histories of Scientific Observation. The University of Chicago Press; 2011.
17. Crisciani C. Medicine as Queen: The Consilia of Bartolomeo da Montagnana. En Manning G, Klestinec C (eds), Professors, Physicians and Practices in the History of Medicine: Essays in Honor of Nancy Siraisi. Springer International Publishing; 2017.
18. Pomata G. Sharing cases: the observations in early modern medicine. Early Sci Med. 2010;15(3):193-236. doi: 10.1163/157338210x493932.
19. Pomata G. Observation rising: birth of an epistemic genre, 1500-1650. En: Daston L, Lunbeck E (eds). Histories of Scientific Observation. University of Chicago Press; 2011.
20. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. 13 edición. Siglo XXI editores; 1989.
21. Laqueur TW. Bodies, details, and the humanitarian narrative. En: Hunt L (ed). The new cultural history. University of California Press; 1989. p 183.
22. Lovecraft HP. The case of Charles Dexter Ward, 1928. Disponible en: <http://www.hplovecraft.com/writings/texts/fiction/cdw.aspx>
23. De Ceglia FP. Hoffmann and Stahl: Documents and Reflections on the Dispute. History of Universities. 2007; XXII(1): 98-140.
24. Ahmed AM. History of diabetes mellitus. Saudi Med J. 2002; 23: 373-378.
25. Laënnec R. De l'auscultation médiante, ou, Traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration, 1819. Disponible en: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k987580.pdf>
26. Freud S. Lo inconsciente, 1915. En: Freud S. Obras Completas, tomo II. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 1985. p 2065.
27. Espmark K. El premio nobel de Literatura. Cien años con la misión. Nórdica Libros; 2008. p 236.
28. Freud S. Análisis de un caso de neurosis obsesiva («Caso el Hombre de las ratas»), 1909. En: Freud S. Obras Completas, tomo II. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 1985. p 1450.

29. Congreso de la Republica. Ley 1438 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. artículo 112, parágrafo transitorio. Diario Oficial No. 47.957. Colombia: Congreso de la Republica; 2011.
30. Moreno RM. El arte y la ciencia en la anamnesis. *Ateneo*. 2000; 1(1): 22
31. Barzansky B, Perloff JD. Trends in the use of outpatient settings for medical education. En: Barzansky B, Gevitz N. *Beyond flexner: Medical Education in the twentieth century*. New York: Greenwood Press; 1992. p 131.
32. Beneitone P, Esquetini C, González J, Marty MM, Siufi G, Wagenaar R. Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Informe Final - Proyecto Tuning - América Latina 2004-2007. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto; 2007.
33. Harvard Medical School. 1.08 MD Program Objectives; 2018. disponible en: <https://medstudenthandbook.hms.harvard.edu/md-program-objectives>
34. Johns Hopkins School of Medicine. Mission Statement and Education Program Objectives; 2019. disponible en: https://www.hopkinsmedicine.org/som/curriculum/genes_to_society/mission.html
35. Sigerist H. *Historia y Sociología de la Medicina*. Bogotá: Editorial Guadalupe; 1974. p 99-100S
36. Ordóñez LA. La saga de los rectores, III capítulo, Jorge Vergara Delgado. Cali: Universidad del Valle; 2015. disponible en <http://comunicaciones.univalle.edu.co/sagarectores/jorge-vergara-delgado.pdf>
37. Bleakley A, Browne J, Bligh J. *Medical education for the future: identity, power and location*. London: Springer Dordrecht Heidelberg; 2011.
38. García BP. La medicina en el quijote y en su entorno En: Schz RJM (ed). *La ciencia y el quijote*. Barcelona: Drakontos; 2005.
39. Cervantes M. *Don Quijote de la Mancha*. edición del cuarto centenario. Real Academia Española Asociación de Academias de la Lengua Española; 2004.
40. Doukas DJ, McCullough LB, Wear S. Perspective: medical education in medical ethics and humanities as the foundation for developing medical professionalism. *Academic Medicine*. 2012; 87(3): 334-341.
41. Charon R. Narrative medicine a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*. 2001; 286(15):1897-1902
42. Widdershoven G. The story of life: hermeneutic perspectives on the relationship between narrative and life history. En: Lieblich A, Josselson R (eds). *The narrative study of lives*. London: Sage Publications; 1993.
43. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative?. *BMJ*. 1999; 318(7175):48-50.
44. Hudson JA. Narrative based medicine: narrative in medical ethics. *BMJ*. 1999; 318(7178): 253-256
45. Barthes R. Introducción al análisis estructural de los relatos. En: Barthes R, Greimas AJ, Bremond C, Gritti J, Morin V, Metz C, et al. *Análisis estructural del relato*. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo; 1970.
46. Holloway M, When medicine meets literature. *Scientific American*. 2005; 292(5): 38-39.
47. Daniel SL. The patient as text: a model of clinical hermeneutics. *Theoretical Medicine*. 1986; 7: 195-210.
48. Leder D. Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine. *Theoretical Medicine*. 1990; 11: 9-24.
49. Bocaccio G. *Decamerón*. Ediciones Folio S.A.; 1999.
50. Dostoiowski F. *Crímen y Castigo*. México, D. F.: Axial/Colofón; 2015.
51. Gracia AJ. *Diario del hombre pálido*. iBooks Editorial Demipage; 2015. Disponible en: <https://itun.es/co/TA8P8.I>
52. Frankl V. *Man's search for meaning*. Boston: Washington Square Press; 1984.