

## Medicina narrativa en el diagnóstico médico

### Narrative medicine in medical diagnosis

Raúl Pino Andrade<sup>1,2,3</sup> [haldopino@hotmail.com](mailto:haldopino@hotmail.com)

1 Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas. Cuenca, Ecuador 2 Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, Ecuador, 3 Clínica Santa Ana, Cuenca, Ecuador

La modernidad ha traído consigo una serie de avances científicos que, en el campo de la medicina, han mejorado no solo el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, sino también la calidad de vida de los pacientes. Esto es innegable. Es suficiente llevar a cabo un ejercicio de imaginación y ubicar nuestra vida en dos escenarios históricos diferentes: primero el Renacimiento, y segundo el siglo XXI o era contemporánea. Dejando de lado las afinidades culturales o históricas, a la pregunta: ¿En cuál de estos períodos históricos te gustaría vivir? La respuesta más prudente es muy probable: ahora, en este siglo. Los avances de la medicina se pueden rastrear históricamente, no podemos pensar en ello sin pensar en Vesalius, o Paré, y muchos otros; Sin embargo, es cierto que la historia de la medicina se aceleró notablemente en el siglo XX.

Aunque es cierto que en poco más de cien años se han realizado los mayores descubrimientos científicos en todos los campos del conocimiento, la modernidad también ha significado un cambio en el tiempo mismo. Todo se desarrolla a velocidades previamente inimaginables: producción de material y conocimiento, enseñanza y aprendizaje, comunicación y relaciones interpersonales. El último punto debe destacarse, y los cambios debidos a la aceleración de la relación entre los médicos y sus pacientes deben señalarse a tiempo. Es como si la vida subiera a la línea de montaje y obedeciera una lógica fordista. Debe reconocerse que la aceleración de ciertos aspectos es significativa, como la expansión de las pruebas de diagnóstico, la creación de procedimientos y medicamentos, la respuesta inmediata a emergencias, entre otros. Pero todas estas ventajas parecen llevar consigo, como una corriente, todas las áreas de la vida, incluido lo que necesariamente debe pausarse. El eslogan parece ser “producir más y más en menos tiempo”. Debemos ser productivos para ser “mejores”. En términos del filósofo popular y productivo, Byung-Chul Han, somos presa de una “sociedad de rendimiento”<sup>1</sup>.

El personal de salud, y los médicos en particular, han entregado su práctica, sin más preguntas, a este eslogan. Las propias instituciones de salud, en su lógica pública o privada, se comportan de manera utilitaria. Su objetivo es tener rendimientos máximos, lo que se traduce en “mejores” estadísticas o mayores ingresos. Se debe atender a un cierto número de pacientes por hora, lo que hace que el tiempo de servicio proporcionado sea cada vez más corto. El paciente apenas es examinado y, a cambio, se requiere una batería de pruebas de laboratorio y de imágenes para hacer el diagnóstico. Por supuesto, esto no es extraño para quienes lo hacen, porque en las escuelas de medicina les enseñan, o más bien, los entrenan, a prestar atención primaria a los signos y síntomas de una enfermedad. Poco o nada se dedica a aprender estrategias para acceder al paciente’s experiencia y mundo interno. En ocasiones cuando esto es posible, podemos encontrar historias como la que señala Paco Maglío:

*En una ocasión, una anciana (el diminutivo es cariñoso) me pidió que le tomara el pulso. Miré el cardioscopio y, sin aceptar su pedido, le dije: “No te preocupes, abuela, tienes 80 años, estás muy bien”. Pero ella seguía pidiéndome que le tomara el pulso, y ante su insistencia le pregunté por qué, ya que la máquina era muy confiable. Ella respondió: “Es que nadie me toca aquí”. La palpamos, pero no la tocamos<sup>2</sup>.*



ACCESO ABIERTO

**Citación:** Pino AR. Med (Cali). 2020; 51(1) <http://doi.org/10.25100/cm.v51i1.4339>

**Copyright:** © 2020. Universidad del Valle.



**Autor de correspondencia:**  
Raúl Pino Andrade. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas. Cuenca, Ecuador e-mail: [haldopino@hotmail.com](mailto:haldopino@hotmail.com)

¿Qué implica esta observación? Que quizás hemos perdido algo importante en la relación médico-paciente. Muchas veces, en las áreas de salud, uno actúa con una visión muy técnica, usando lo que los griegos llamaron *tekne*, es decir, poner en juego los conocimientos y habilidades para curar al paciente. Esto es moralmente correcto, se hace bien, pero se ha olvidado que el paciente es más que corporalidad, y es cuando uno debe actuar como médico, combinando la capacidad de curar (*tekne*), con la actitud de cuidar (*medeos*). Tanto el cardioscopio como tocar al paciente son importantes. Sobre esto, existe la antigua máxima latina, que es casi un código médico de honor: “*medicus: vir bonus, plen humanitas, medendi peritus*” es decir: “doctor: buena persona, llena de humanidad, competente en el arte de la curación”<sup>3</sup>.

Para volver a una visión más completa del paciente, se desarrolló Narrative Medicine<sup>1</sup>. Este término fue acuñado por la Dra. Rita Charon y con él, está destinado a generar una visión complementaria a la ortodoxia moderna (corporalismo). Esta práctica narrativa involucra dos movimientos: el primero, una práctica médica imbuida de habilidades narrativas que le permiten al médico reconocer, absorber, interpretar y ser conmovido por las historias de los pacientes, siempre bajo un marco de respeto hacia la persona afectada por la enfermedad; el segundo, nutrir a los profesionales médicos con las experiencias resultantes de este enfoque para el paciente<sup>4</sup>.

Para lograr esto, los médicos necesitarán, en la mayoría de los casos, humildad, retirarse de “su asiento” o “pedestal” desde donde ejercen el poder, para tomar una nueva posición<sup>5</sup>. Como dijo Oliver Sacks:

*“Los médicos no pueden penetrar en los dominios de lo incomunicable (o de lo que es extremadamente difícil de comunicar) a menos que se conviertan en un compañero de viaje de sus pacientes, los acompañen en sus exploraciones, se muevan constantemente en su compañía y descubran con ellos una experiencia viva, exacta y lenguaje figurativo que les permite comunicar lo que parecía incomunicable”*<sup>6</sup>.

En otras palabras, buscar un lenguaje común implica construir puentes entre médicos y pacientes, a veces uniéndose a la corriente y otras veces al abismo que los separa. Esto no significa *ser* el paciente, apropiarse de su dolor, en cuyo caso la actividad médica disminuiría notablemente, sino *conocerlos*. Debes reducir el escudo<sup>2</sup> para encontrar un estado de empatía:

*Los médicos no deben ver a los pacientes como objetos impersonales, ni deben identificarse con ellos, ni deben convertirlo en una proyección de sí mismos, sino que deben proceder a través de la simpatía o la empatía, avanzar en compañía de los pacientes, compartir sus experiencias, sus pensamientos y sentimientos, es decir, los conceptos íntimos que componen su comportamiento. Deben sentir (o imaginar) lo que sienten sus pacientes sin perder nunca su sentido de sí mismos, y deben vivir simultáneamente en dos marcos de referencia y facilitar que los pacientes hagan lo mismo*<sup>6</sup>.

El uso de la técnica narrativa en el campo de la educación médica tiene como objetivo recuperar ese lenguaje relegado. Esta estrategia ha mostrado resultados positivos, no solo para fortalecer la relación médico-paciente, sino para mejorar el análisis clínico de los casos estudiados y comprender mejor el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad. Además, con él, es posible mejorar la participación de los procesos de toma de decisiones compartidos con el paciente<sup>7-4</sup>. Por lo tanto, vale la pena usar la narrativa médica como complemento del historial médico formal, considerando que ambos son complementarios en lugar de antagonistas<sup>8</sup>.

Puede pensar en algunos autores además del Dr. Charon si está buscando explorar este enfoque, que, con diferentes nombres, está presente en varias bibliografías. Retrocediendo en el tiempo podemos encontrar la figura de Gregorio Marañón que debe su fama, entre otras cosas, a su gran producción académica, entre las cuales tiene biografías estudiadas desde un punto de vista médico y que aparecen en *El conde-duque de Olivares* o *Amiel*. Paco Maglio y el estudio de los puentes entre la biología y la biografía, contenidos en su libro *La dignidad del otro*, o Luis Chiozza y su visión fitopatológica expuesta en el volumen XIV de *¿Por qué nos*

*enfermamos?* Además, uno de los exponentes más populares en este campo es Oliver Sacks, con trabajos como *Awakenings*<sup>3</sup>, *El hombre que confundió a su esposa con un sombrero*, *Alucinaciones*, entre otros. La lista podría continuar, pero nuestra intención es solo mostrar un resumen de los autores que brinden al lector interesado el incentivo para comenzar su propia búsqueda.

A continuación, se transcriben dos narraciones para acercarse un poco más a comprender en qué consiste una narrativa médica:

## Historia 1

La Sra. Ruby Nelson es una mujer obesa, diabética, hipertensa y con osteoartritis de 82 años que ha estado bajo mi cuidado durante 15 años. Nuestros primeros años juntos estuvieron marcados por el desacuerdo sobre pequeñas cosas: ella insistió en los medicamentos de marca, incluso cuando los genéricos eran igual de buenos, y yo estaba furiosa por su costo. Ella nunca tomó en serio la necesidad de abordar su obesidad. En consecuencia, su diabetes estaba mal controlada y su enfermedad degenerativa de la rodilla se volvió incapacitante. Una tarde, mientras estaba sentada en la mesa de examen esperando que le tomaran la presión arterial (lo cual era invariablemente alarmante y me causaba ansiedad, miedo, gran impaciencia y el sentido del deber de regañar), mencionó que cantaba en el coro de la iglesia. No sé por qué, pero le pedí que me cantara un himno. Esta mujer, cuyo biotipo corporal solía describir como”

Desde entonces, ha desarrollado su enfermedad cerebrovascular, que ha requerido múltiples hospitalizaciones para descartar accidentes cerebrovasculares. Ella ha estado delante de mí, durante sus múltiples semanas en el hospital, como una figura de gran dignidad y espiritualidad. A pesar de las fuertes recomendaciones de los trabajadores sociales y las enfermeras con respecto a colocarla en un hogar de ancianos, apoyé su profundo deseo de regresar a su propio departamento, sabiendo ahora algo sobre el poder de sus deseos. Ahora está de vuelta en casa, anticoagulada, su presión arterial controlada de manera efectiva y los AIT están ausentes. Ella continúa pidiéndome que haga sus pequeños favores, y siempre estoy agradecida de que me pida que lo haga<sup>4</sup>.

## Historia 2

Sabía que una resonancia magnética, que proporciona imágenes extraordinarias del cerebro, sería mejor que la TC para capturar anomalías sutiles. Era muy claro que necesitábamos más claridad sobre la situación de Jim, valía la redundancia, por lo que solicité la resonancia tan pronto como se estabilizó. Un poco más tranquilo, fui a visitar al siguiente paciente.

Una hora después, estaba terminando el papeleo en mi oficina y recibí una llamada del técnico de resonancia magnética.

“Doctor Castaldo”, dijo Gloria apresuradamente, “esta paciente tuya, Reilly, está haciendo una escena de mil demonios aquí abajo”. Él no quiere que haga la resonancia magnética, ¿puedes recetarle un sedante?

Mi primera reacción fue decir: “Claro, dale diez miligramos de Valium”. Pero dudé. Había algunas cosas que no cuadraban.

-¿Por qué no quiere que se haga? -Yo pregunté.

“Dice que si lo ponemos dentro de la unidad de resonancia, se quemará”, explicó Gloria, insinuando cierto sarcasmo.

-¿Quemará? Pregunté confundido. ¿Una especie de quemadura solar?

“No”, respondió Gloria. Se refiere a “quemar” como si fuera una conflagración mortal. Él dice que no podemos obtener una resonancia magnética porque tiene tatuajes persas.

-Tatuajes persas? Repetí incrédulamente. En ese momento, no solo estaba perplejo, sino que comenzaba a sentirme frustrado y harto.

[...] “¿Pero y si él tenía razón?” la voccecita insistió en mi cabeza [...] Arrastré la silla a la computadora, escribí el nombre de la página de búsqueda bibliográfica inicial de Medline y escribí: “Tatuaje y resonancia magnética”. [...] La computadora pensaba para siempre. Por fin, una referencia extraña salió de repente traducida del alemán y publicada en 1986. Se tituló: “Tatuajes de hierro persa y riesgo de quemaduras de tercer grado durante la resonancia magnética”. Estaba sin palabras. [...] Tomé el teléfono y llamé a la unidad de resonancia para detener la prueba.

[...] La verdad es que había estado a punto de matar a un hombre debido a mi ignorancia. Debería haberle creído a Jim desde el primer momento. Pero yo no. [...] Pero, además, no había escuchado a Jim porque creía que, en cierto modo, mis colegas y yo monopolizamos toda la sabiduría médica<sup>9</sup>.

Como podemos ver, las historias y narraciones no son textos inertes, sino que tienen la esencia de sus protagonistas, lo que permite que aquellos que no tienen voz tengan una, dando palabras y significado a los silencios impuestos, voluntaria o involuntariamente. Nos permite interpretar a otros sin ser ellos (y cuestionarnos y evaluarnos a nosotros mismos también). Nos recuerdan que somos mortales y que dependemos de los demás. Como señaló Levinas: “No soy el otro, pero necesito que el otro sea yo”<sup>2</sup>.

Los médicos son solo eso gracias a sus pacientes. La salud no puede entenderse excepto a través del contacto con la enfermedad. Esta es la fuerza de la medicina narrativa, que permite comprender mejor al otro, aflojando lo que no vincula nuestra idea de ser individuos separados en lugar de interrelacionados. Nadie se constituye a sí mismo; uno es solo en relación con el otro. Recordando la historia de la fuente, Moira, *Ananke*, Andrzej Szczeklik comentan que extiende sus redes del cielo a la tierra, encarcelando a toda la raza humana, exprimiendo y sofocando gradualmente a todos, pero que este panorama que parece tan desalentador, no es así si ayudamos El uno al otro:

*“[Pero] La etiología nos enseña que, en nombre de Ananke, las ideas de” constrictión “y” parentesco “también resuenan. Quizás la palabra” enlace “ilustra bien este doble significado semántico. Por otro lado, la voz de Ananke se considera por otros para estar cerca de la expresión “tomar las armas”. Esta duplicidad, o incluso contradicción, se refleja en la red de Necesidad que inevitablemente se estrecha alrededor del hombre cuando el mundo se rompe, cuando huye en todas direcciones. Pero la opresión de La red se afloja cuando descubrimos los vínculos que nos unen a otras personas, y su hilo se convierte en un hilo de comprensión, simpatía y confianza”<sup>10</sup>.*

Bueno, ¿por qué no usar Narrative Medicine para tratar de aflojar los hilos que presionan a los enfermos y a nosotros? Muchos médicos ya están caminando por este camino. Es importante instruir a los nuevos doctores en estas técnicas que promueven su capacitación y les otorgan el privilegio de curación. Del mismo modo, para aquellos que ya han pasado la etapa de su educación formal, es una buena oportunidad para investigar las posibilidades de un encuentro más humano con los pacientes.

<sup>1</sup> Sobre la terminología de la medicina narrativa La Dra. Rita Charon afirma: La fase de “medicina nativa” vino a mí como una designación unificadora para significar la práctica clínica basada en la teoría y el desempeño de la lectura, escritura, narración y recepción de historias. El nombre me atrajo porque, como frase nominal, apunta a una “cosa” y no a una idea (cumpliendo con la opinión de William Carlos Williams de que no hay una idea sino una cosa) e implica un tipo de práctica juntos con un conjunto de realidades conceptuales en las que anida. En: Charon, R. Narrative Medicine. Honrando las historias de enfermedad. Oxford Nueva York. 2006. p viii.

<sup>2</sup> Un término propuesto por Dans para ejemplificar la barrera que debe separar a los médicos de los pacientes, el mismo que “debe ser lo suficientemente grueso como para evitar que vivamos y morir con la enfermedad de todos los pacientes y lo suficientemente delgado como

para ser sensibles a sus sufrimientos, necesidades y sentimientos “. En: Dans PE. Doctores en las películas: hierven el agua y dicen” Aah “. Bloomington, IN: Med-Ed Press; 2000. En Baños, J. ¿Cuál debería ser el grosor del escudo? Enseñar las sutilezas de la relación médico-paciente a través de obras literarias y películas comerciales *Rev Med Cine* 3 (2007): 159-165

<sup>3</sup> Este libro fue llevado a la gran pantalla en 1990 con Robin Williams y Robert De Niro como protagonistas. Su trama se basa en las experiencias y relaciones que Oliver Sacks tuvo con pacientes que sufren de encefalitis letárgica (también llamada enfermedad del sueño) y su sorprendente despertar en 1969 cuando les administró L-dopa en el Hospital Mount Carmel, Nueva York.

## Referencias

1. Han B. La sociedad del cansancio. Barcelona, España: Editorial Herder; 2012
2. Maglio P. La Dignidad del Otro. Puentes entre la biología y la biografía. Buenos Aires, Argentina: El Zorzal; 2011.
3. Barcia R. Diccionario general etimológico de la lengua española. Tomo V. 1875. In: Maglio P. La Dignidad del Otro. Puentes entre la biología y la biografía. Buenos Aires, Argentina: El Zorzal; 2011
4. Charon R. Narrative medicine. Honoring the Stories of Illness. New York: Oxford University Press; 2006.
5. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires: Siglo Veintiuno. Vigésimo segunda edición. 2006.
6. Sacks O. Despertares. Barcelona: Anagrama. Sexta edición; 2005. Pp 533.
7. Avila J. El caso en narrativa como didáctica para la educabilidad en estudiantes de medicina. *Anuario Digital Investigación Educativa*. 2018; 1: 359-366.
8. Pino AR, Páez IJ. Medicina Narrativa, un complemento de la Historia clínica formal. *Rev Fac Cien Méd*. 2017; 35(2): 60-64
9. Levvit L, Castaldo J. El hombre con el tatuaje de hierro. Los médicos aprenden de sus pacientes. Plataforma Editorial: Barcelona; 2009.
10. Szczekliak A. Catarsis. Sobre el poder curativo de la naturaleza y del arte. Barcelona: Acantilado; 2013.