



Abriendo puertas a la Medicina Narrativa

Una adaptación de textos

Ricardo Teodoro Ricci



UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA

Abriendo puertas a la Medicina Narrativa

Ricardo Teodoro Ricci

***Abriendo puertas a la
Medicina Narrativa***

Una adaptación de textos



**UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA**

Ricci, Ricardo Teodoro

Abriendo puertas a la medicina narrativa : una adaptación de textos / Ricardo Teodoro Ricci. - 1a ed - Mendoza : Universidad del Aconcagua, 2024.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-4971-76-0

1. Medicina. 2. Narrativa. I. Título.

CDD 610.7

Diagramación y diseño de tapa: Arq. Gustavo Cadile.

La imagen que ilustra la portada ha sido descargada de Pixabay y pertenece a Peter Herrmann (<https://unsplash.com/@tama66>).

Copyright by Editorial de la Universidad del Aconcagua.

Catamarca 147(M5500CKC) Mendoza.

Teléfono (0261) 5201681.

e-mail: editorial@uda.edu.ar.

Queda hecho el depósito que marca la ley 11723.

Impreso en Mendoza – Argentina.

Primera edición: mayo de 2024.

I.S.B.N.: 978-987-4971-76-0

Miembro de



Reservados todos los derechos. No está permitido reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información ni transmitir ninguna parte de esta publicación, cualquiera sea el medio empleado –electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc.–, sin el permiso previo de los titulares de los derechos de propiedad intelectual.

*A todos y cada uno de los integrantes
de mi hermosa y numerosa familia.*

*Son mi inspiración,
mi principal ocupación,
mi responsabilidad,
mis desvelos y
mis interminables alegrías.
Gracias.*

Mi agradecimiento ...

A los maestros que en el transcurso de toda una vida fueron dejando sus improntas, sus consejos y advertencias. Con esas herramientas toda aventura y todo recorrido se hace posible.

A mi viejo, primer maestro.

A todas las revistas que publicaron los originales de estos artículos, por haber permitido que mis producciones estén entre sus prestigiosas páginas.

A la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán, mi casa.

A la Universidad del Aconcagua, por confiar en mí una vez más.

*A mi amigo y mentor
Prof. Dr. Antonio María Battro
por su generosidad, consejo y aliento permanentes.*

A Vos.

Índice

Prólogo	15
Primera parte. La Medicina Narrativa. Algunas características acerca de la teoría y de la práctica	17
Segunda parte. Escritos de aplicación de la narrativa. Experiencias, relatos, ensayos y misceláneas.....	18
 Primera parte La Medicina Narrativa Algunas características acerca de la teoría y de la práctica	
Capítulo 1: Abrir las puertas a la Medicina Narrativa	23
Bibliografía.....	26
Capítulo 2: El pasado, ¿pisado?: la literatura y el cuidado de la salud	27
“ <i>Infância</i> ” de Graciliano Ramos.....	28
Y nosotros.....	29
Referencias bibliográficas	32
Capítulo 3: Explorando las raíces de la Medicina Narrativa ..	33
Capítulo 4: La Medicina en busca de sentido	39
¿Una estrategia eminentemente práctica?	40
La enfermedad como narrativa.....	42
Las narrativas sobre la enfermedad.....	43
La narrativa como enfermedad o padecimiento	44
Buscando los fundamentos de la Medicina Narrativa	45
Concluyendo.....	50

Capítulo 5: “La conversación es en sí misma terapéutica”.....	51
Referencias Bibliográficas.....	56
Capítulo 6: En qué consiste “Humanizar la medicina”, ¿es eso posible?	57
¿Qué significa, entonces, humanizar la Medicina?	57
Propuesta	58
Precisando.....	60
Capítulo 7: Optimismo y realidad en medicina	63
Capítulo 8: La escritura reflexiva como agente de cambio en medicina	67
Escribe, escribe y escribe siempre más	68
Lee, lee, lee siempre más.....	69
Encuentra algo con sentido, algo significativo.....	70
Discusión	71
No se trata tanto de qué pasó, sino de cómo te sientes con ello	73
Explorar nuestra zona de confort y algunas periferias	74
Escritura creativa	75
Divertirse y disfrutar.....	76
Un plan de desarrollo personal.....	77
Evidencias de cambio.....	78
Capítulo 9: “Los famosos 18 segundos”	81
Obstaculizando el desarrollo de la consulta	83
Facilitando el desarrollo de la consulta	84
Algunas recomendaciones, no más que eso	86
Capítulo 10: La narrativa en medicina cuestionada	89
Algunos cuestionamientos.....	90
‘Contra la narratividad’ y las humanidades médicas	92
La enfermedad.....	93
¿Si no narrativa, qué?	95

Algunos intentos de refutación.....	96
Capítulo 11: Autenticidad, vida y salud.....	99
Inautenticidad	100
Autenticidad	101
La salud parece estar en el equilibrio	102
Capítulo 12 Hacia la Humildad Narrativa	105
Humildad Narrativa.....	106
Breve conclusión	115

Segunda parte

Escritos de aplicación de la narrativaExperiencias, relatos, ensayos y misceláneas

Capítulo 1: Medicina Narrativa, una de Cobois	119
Competencias Narrativas.....	122
Fundamentos epistemológicos.....	123
Conclusión.....	124
Bibliografía sugerida	125
Capítulo 2: “Ver con el corazón”Sentencia contra la metáfora de una corte positivista.....	127
Capítulo 3: “Marcel Proust y los broncodilatadores”	131
Capítulo 4: La consulta y el pánico	137
Capítulo 5: Me quedé pensando señora Oruga.....	141
Capítulo 6: La edad madura.....	145
Hipótesis	148
Capítulo 7: Mejores preguntas que respuestas en la consulta médica	153
Capítulo 8: <i>Tristitia</i>	161
Capítulo 9: Historia de un desconcierto y un gato. La lucha interna de una R1.....	167

Prólogo

Estimados lectores, en sus manos tienen un libro que aspira a plantearles una propuesta audaz. Comencemos por lo evidente, es una publicación acerca de la Medicina Narrativa en nuestro idioma. Eso no es poca cosa, teniendo en cuenta que, si bien a nivel mundial las publicaciones que tratan este tema están creciendo exponencialmente, no abundan las que utilizan el idioma español. Este intenta ser un texto que aborde las temáticas incluidas en la Medicina Narrativa en nuestra lengua y con no pocos modismos criollos. Reconoce, además, que está desarrollando conceptos y perspectivas que se encuentran absolutamente vigentes tanto en la práctica como en la educación médicas.

Mi vinculación con la medicina narrativa es acaso el punto culminante de una búsqueda y una carrera que ha durado varios años. He sido profesor durante más de treinta años de varias disciplinas que se incluyen en las denominadas Humanidades Médicas. Con mis pares y con los alumnos hemos tratado de diversos modos temas como: la relación médico – paciente, la centralidad del paciente en la atención médica, los cuidados del personal de la salud para evitar el hartazgo, las crisis vocacionales, los episodios de violencia y los modos diversos de abandonar el ejercicio de nuestra hermosa profesión.

Para aspirar a algo de éxito en estos complicados asuntos, es necesario proponer un modo de hacer medicina en cuyo centro no sólo se posicione declarativamente al paciente, sino al ser humano, incluido el profesional de la salud que, de un modo u otro, expuesto a situaciones de dolor, enfermedad, sufrimiento, minusvalía. Acontecimientos que naturalmente alteran el modo en el que discurre su vida, interrumpe el considerado normal, fluir de sus días, altera, coarta y limita su historia. Sugerir un modo –para nada nuevo– de ejercer y enseñar la medicina que atienda al ser humano, tanto al que circunstancialmente sufre necesidad, como al que se halla en posición de satisfacer esa necesidad y cuidar del semejante.

La medicina narrativa ha logrado aunar dos vertientes que parecían, desde hace un tiempo, estar desvinculadas y sin esperanza de confluencia. Por un lado, la práctica clínica potenciada por los avances científicos y tecnológicos, y por otro el trato humano y humanitario de los otros, de esos otros iguales a mí. Ambas perspectivas, tanto en los planes de estudios como en la práctica, parecían discurrir por caminos paralelos. No se visualizaba un modo de lograr una sinergia virtuosa que los incluyera a ambos. Es justamente en este punto donde la medicina narrativa ofrece una oportunidad potente, ya que plantea ejercer la medicina con un enfoque narrativo que propone escucharnos y valorarnos. Estar atentos a las historias de los pacientes, valorando sus emociones, afectos y valores. Atender al quehacer del personal de salud, interesándose en sus logros y frustraciones, sus desvelos y sus historias personales. Apreciar los estados de ánimo, desavenencias, desconsuelos, obstáculos, tanto de los pacientes como de los integrantes del equipo de salud. La medicina narrativa ha demostrado empírica y científicamente ser capaz de echar luz, de paliar y hasta de resolver muchas de estas trabas cotidianas.

Para lograr confeccionar este texto en formato código, me he valido de escritos propios publicados durante varios años en diversos medios nacionales y extranjeros. Ya que los derechos de autor los he cedido a esos medios de manera explícita o tácita, en este libro he conservado los títulos originales, pero he reformado los contenidos - algunas veces con profundidad - he intentado enriquecerlos con ejemplos y he tratado de hacer un hilván que los vincule como una propuesta homogénea. Creo que esto le ha aportado al conjunto, consistencia y en algunos casos una nueva originalidad.

Seguidamente, hago un detalle de los capítulos y de los artículos que les han dado contenido. Menciono las fuentes a modo de inmenso agradecimiento y para permitir que el lector pueda acceder, en el caso de que lo desee, al texto original. A todos se los puede encontrar en la Web, están digitalizados y disponibles de manera gratuita.

Primera parte. La Medicina Narrativa. Algunas características acerca de la teoría y de la práctica

- C1: “Puertas abiertas a la Medicina Narrativa” Revista Argentina de Educación Médica Raem online Vol.12 N° 1 marzo, 38-40, 2023.
- C2: “El pasado, ¿pisado?: la literatura y el cuidado de la salud”. En coautoría con Orofino María Marta. Revista Médica Universitaria RMU (UN Cuyo) Vol. 18 N° 2 (2022).
- C3 “Explorando las raíces de la Medicina Narrativa.” Revista Médica de Tucumán / Vol. 24 -CMT abril 2021.
- C4 “La Medicina en busca de sentido, una introducción a la Medicina Narrativa”. Diversitates International Journal (ISSN: 1984-5073) Vol. 13, N.2, Julho/Dezembro (2021).
- C5 “La conversación es en sí misma terapéutica” RMU (UN Cuyo) Vol.16 N°2 (2020).
- C6 “En qué consiste “Humanizar la medicina”, ¿es eso posible?” Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Porto Alegre V2 N°2 2022.
- C7 “Optimismo y realidad en medicina.” Revista Evidencia Evid. Act. Pract. Amb. 2017; 20 (3):64 Disponible en internet: www.evidencia.org.ar
- C8 “La escritura reflexiva como agente de cambio en medicina.” Revista de Medicina Narrativa. Universidad Javeriana. 2017.
- C9 “Los famosos 18 segundos. A propósito de la relación médico-paciente.” Ciencia & Humanidades 1 (2021) Centro de Estudios Juan Dalma, Centro Cultural Rougés. Fundación Miguel Lillo. Tucumán. Diciembre 21, 2021.
- C10 “La narrativa en medicina cuestionada.” Boletín del Laboratorio de Humanidades Médicas. Antropología Médica. Universidad Nacional de Tucumán 2022.
- C11 “Autenticidad, vida y salud.” Revista Médica Universitaria. UNCuyo. Mendoza Vol.19 N°1 (2023).

Segunda parte. Escritos de aplicación de la narrativa. Experiencias, relatos, ensayos y misceláneas

- C1. “Medicina Narrativa, una de Cobois” Boletín del Laboratorio de Humanidades Médicas. Antropología Médica. Universidad Nacional de Tucumán 2022.
- C2 “Ver con el corazón. Sentencia contra la metáfora de una corte positivista.” Revista Javeriana de Medicina Narrativa. 2017
- C3 “Marcel Proust, nuestro tiempo y los broncodilatadores.” RMU Vol.17 N°1 (2021).
- C4 “La consulta y el pánico”. Revista del Colegio Médico de Tucumán 2023.
- C5 “Me quedé pensando señora oruga”. Intramed.
- C6 “La edad madura.” Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Porto Alegre.
- C7 “Mejores preguntas que respuestas en la consulta médica”. RMU. Vol 2 2023.
- C8 “Tristitia.”
- C9 “Historia de un desconcierto y un gato. La lucha interna de una R1” Revista del Colegio Médico de Tucumán. 2023.

De este modo he diferenciado claramente dos partes. La primera reúne aquellos escritos teóricos y de tinte académico vinculados con la narrativa en práctica de la medicina y en la educación médica. Uno podría referirse a ellos como escritos ‘serios’, de mayor densidad o de mayor contenido conceptual. La segunda, en cambio, reúne textos que efectúan un contrapunto entre la medicina, la narrativa y la literatura. En la forma de micro ensayos, relatos o experiencias, propongo un modo de mostrar la medicina narrativa de forma práctica, asociándola con la literatura, las historias y otras manifestaciones artísticas. De este modo, el lector puede entrar en contacto con textos teóricos de mayor densidad, y escritos más ligeros, ágiles y descontracturados, pero no por eso carentes de profundidad.

Deseo que este pequeño libro sea para el lector un disparador, una chispa, para adentrarse o consolidarse en el vasto universo de la medicina narrativa. Que encuentre su propio modo de ejercer sus postulados para bien del paciente, de

sí mismo, de los equipos de salud que integra y de la formación de las nuevas generaciones de profesionales. Una práctica que potencie originalidad, singularidad y creatividad de aquellos que participan en los más variados encuentros clínicos. Es indispensable facilitar modos en que los encuentros con los pacientes sean instancias de verdad, de expansión de las personas, de compensación, de crecimiento. Que podamos salir del ámbito de nuestras consultas con la cabal sensación de haber amado a nuestro semejante.

Les deseo una buena lectura con espíritu crítico.

Ricardo T. Ricci
riccirt@fm.unt.edu.ar

Primera parte
La Medicina Narrativa
Algunas características acerca de
la teoría y de la práctica

Capítulo 1: Abrir las puertas a la Medicina Narrativa

Estamos comprometidos en el complejo desafío de consolidar las humanidades médicas en las carreras de medicina; somos conscientes de las dificultades y obstáculos que enfrentamos. Durante los años, los intentos han sido numerosos y variados: materias electivas u obligatorias, diversas disciplinas y enfoques, con algunos éxitos y muchos fracasos. Solo en unos pocos casos se han adoptado cambios curriculares significativos, no obstante, estamos convencidos de que la situación es algo mejor que la de años atrás.

Luego de hechas estas primeras afirmaciones: ¿Estamos en condiciones de afirmar que la inclusión de las denominadas “habilidades blandas” han tenido un impacto sustantivo en la práctica profesional y en la educación médica? Una honesta primera respuesta nos indicaría que los logros han sido bastante modestos. Ante esa insoslayable realidad, deseamos proponer un camino factible, de creciente aceptación internacional, cual es la incorporación de la medicina narrativa (MN) a las carreras de medicina. Acaso podamos demostrar que la MN aporta un modo diferente de comprender y proceder en la práctica y la educación médicas.

La Medicina Narrativa es un complemento privilegiado de la clínica. Contribuye a desarrollar en los profesionales habilidades y competencias narrativas: escucha atenta de las historias de los pacientes, interpretación del sentido de las mismas, atención a la singularidad biográfica, comunicación adecuada y eficaz, consideración de las emociones y los valores del personal de la salud y de los pacientes. El enfoque narrativo en medicina se postula como un modo de optimizar la relación médico-paciente, así como una forma de sanear y salvaguardar las relaciones interpersonales en el seno de los equipos médicos y de las propias inconsistencias del personal de la salud en general.

Dicho en términos del destacado filósofo español José Ortega y Gasset: se trata de hacer un salto cualitativo de la razón instrumental a la razón vital. La primera ha permitido el desarrollo cultural y la explosión científico-tecnológica que ha hecho de la medicina esa maravilla de conocimientos y procedimientos a los que no terminamos de acostumbrarnos y nos sorprenden diariamente. Esta razón instrumental, por otro lado, es fría, calculadora, memorística, descarnada, desmesurada, objetiva y muchas veces indiferente. La razón vital incluye los diferentes aspectos de la vida humana. Valores, emociones, prejuicios, intereses, son determinantes diarios de nuestras tomas de decisiones. Las alegrías, los fracasos, los miedos son partes constitutivas de la vida.

“La razón pura no puede suplantar a la vida: la cultura del intelecto abstracto no es, frente a la espontánea, otra vida que pueda desalojar a aquella. Es tan solo una breve isla flotando sobre el mar de la vitalidad primaria. Lejos de poder sustituir a esta, tiene que apoyarse en ella, nutrirse de ella, como cada uno de los miembros vive del organismo entero.”¹

En este punto surge una pregunta que invita a una profunda reflexión: ¿Por qué en la profesión, o en la formación médicas, habría que atenerse solamente a la razón pura desligándonos por completo de la razón vital?

Procurando una respuesta, podemos reconocer un avance significativo e importantísimo: la Medicina Narrativa permite insertar el enfoque de las humanidades médicas en el mismísimo seno de la práctica clínica. Es la respuesta acertada y rotunda para aquellos que a lo largo de los años concluimos que para que las humanidades se insertaran eficientemente debían hermanarse con la formación clínica. La Medicina Narrativa intenta de manera sucinta vincular inseparablemente la biología con la biografía. Además, se postula como un modo de ejercer la práctica, por lo tanto, dice poco y propone mucho. Su particular enfoque resulta ser práctico y eficiente en las interacciones con los pacientes, con los colegas y en el seno de los equipos multidisciplinarios.

Si se escuchan y se atienden las historias del otro, se produce necesariamente una apertura a su realidad, a las semejanzas y diferencias. Basta ser mínimamente reflexivo para introducirse en el territorio del autoconocimiento desde

1 Ortega y Gasset, J. “El tema de nuestro tiempo” Ediciones El Arquero. Revista de Occidente. Madrid. 1976.

perspectivas diferentes, carentes de la centralidad hegemónica del yo, de lo propio, de lo excluyente.

“Para curar a otra persona debemos comprender como la enfermedad lesiona su humanidad”² la Medicina Narrativa invita al conocimiento de la propia humanidad, así como la de aquellos que ingresan en el espacio comunicativo de los médicos, el personal de salud y los docentes médicos. Los pacientes en su vulnerabilidad y los alumnos en su desventaja relativa, tienen mucho para decir respecto de la humanidad de médicos y docentes médicos. Son el espejo de los valores expuestos, jueces de los comportamientos, participantes críticos de la toma de decisiones y testigos privilegiados de la persona que tienen enfrente. De ese modo podríamos decir que el mundo de la Medicina Narrativa es tan vasto y profundo como el de la Medicina y la Academia.

Según la Sociedad Argentina de Medicina Narrativa (SAMEN), los docentes médicos podemos asumir el compromiso de impulsar:

1. El intercambio de experiencias multidisciplinarias que ayuden a la formación de profesionales en la medicina narrativa.
2. Respeto por todas las experiencias que contribuyan, desde las más variadas disciplinas, a enriquecer las habilidades narrativas de los profesionales de la salud.
3. Curiosidad, para poder hacer preguntas que mantengan a la MN vital y posible.
4. Horizontalidad, para mantener relaciones de colaboración.
5. Sensibilidad a lo relacional.
6. Inclusión de la incertidumbre.
7. Reconocimiento de la complejidad que entrama las interacciones humanas.
8. Flexibilidad para conversar.
9. Apertura a todas las profesiones que establecen vínculos con pacientes o aportan a su comprensión.³

2 Pellegrino, E. The humanities in medical education: Entering in a post-evangelical era. *Theor. Med. Bioeth* 1984. 5:253 – 266

3 Tomado de <https://socmedicinanarrativa.wixsite.com/site>

La medicina narrativa aporta, de manera concreta y orgánica, a la consolidación eficiente de las humanidades en medicina. Conviene recordar que la narrativa médica admite en su actividad eminentemente práctica, los aportes de la literatura, la filosofía, la bioética, la antropología, la fenomenología y la lingüística, por mencionar sólo algunas disciplinas propias de las humanidades.

Bibliografía

- Ortega y Gasset, J. “El tema de nuestro tiempo” Ediciones El Arquero. Revista de Occidente. Madrid. 1976
- Pellegrino, E. The humanities in medical education: Entering in a post-evangelical era. *Theor. Med. Bioeth* 1984. 5:253 – 266

Capítulo 2: El pasado, ¿pisado?: la literatura y el cuidado de la salud

Este capítulo es la versión resumida y adaptada para este libro de un artículo que publicamos en conjunto con mi amiga Marta Orofino⁴ de Porto Alegre, Brasil, en la Revista Médica Universitaria⁵ de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo.

Surge con la intención de compartir con los lectores reflexiones y lecciones aprendidas del estudio de la literatura para su aplicación en el trabajo cotidiano del cuidado de la salud.

Rita Charon define la competencia narrativa, como aquella que está al servicio de conocer, escuchar y comprender mejor las historias traídas por el paciente y/o familia, situadas en el contexto de sus trayectorias e historia de vida. Para que eso ocurra, afirma que se deben realizar ciertos aprendizajes, en los que se despierte y estimule la capacidad de lectura atenta (el “close reading” o lectura cercana) y la escritura reflexiva. A través de una novela, un artículo periodístico, una autobiografía u otra forma de estructura, la narración capacita al profesional de la salud para escucharse más atentamente a sí mismo y al otro, advertidos de que los hechos de enfermedad y sufrimiento pueden ser narrados de una manera única, y que quizás de otro modo serían indecibles. (CHARÓN, 2006).

Defender y proponer la aplicación de las estrategias narrativas en el campo del trabajo multiprofesional en salud no es tarea fácil, los equipos de trabajo están compuestos, en su mayoría, por profesionales con diferente formación

4 Marta Orofino. Terapeuta ocupacional, Doutora em Letras (UFRGS), líder do grupo de pesquisa Narrativas em Saude do Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre, RS, Brasil).

5 RMU Vol 18, N° 2 (2022)

académica, diversas culturas, gustos, formas de ser y vivir la vida. Los encuentros basados en narrativas, tienen mucho para aportar en la formación de un trabajador de la salud más competente y comprometido para un cuidado humano, ético y eficaz, ya que se halla fortalecido por la capacidad de acoger y comprender las historias que comparten con él.

Dedicar encuentros mediados por la literatura, en el contexto del trabajo en salud, requiere un estudio y preparación previa de las obras elegidas. En este texto lo haremos compartiendo un breve recorrido por la lectura atenta de la novela “*Infância*”, de Graciliano Ramos (1995).

Hay muchas razones para elegir los recuerdos de la infancia para una actividad de Medicina Narrativa con un grupo de adultos. Las resumimos con una bellísima sentencia vertida en la canción del músico brasileño Arnaldo Antunes: “Atento: todos tuvimos una infancia. Mahoma fue una vez un niño. Arquímedes, Buda, Galileo. Tú y yo también.”

Juegos, canciones, cuentos de hadas, leyendas u otras formas de narración ficcional pueden enriquecer esta primera reserva que nos acompañará a lo largo de nuestra vida. Claramente, podemos observar que existe una singular diferencia entre la narrativa infantil y la que construimos en la vida adulta. O, para complicar aún más las cosas, lo que narramos, en la vida adulta, sobre nuestra infancia. Restos del pasado que se entremezclan con impresiones evocadas en el presente.

En ese sentido, presentar una propuesta de lectura literaria y escrita, para equipos multiprofesionales de salud, desde un lugar común de experiencia – en este caso, la infancia– “permite incrementar las potencialidades narrativas de los participantes desde un lugar cómodo, desde el imaginario infantil” (OROFINO, 2020). Puede, por lo tanto, ser una buena estrategia para fortalecer nuestra competencia narrativa.

“*Infância*” de Graciliano Ramos

Considerado por la crítica literaria uno de los grandes nombres del ciclo del regionalismo nordestino, Graciliano Ramos figura entre los más grandes

novelistas brasileños del siglo XX. En su obra literaria “*Infância*”, el narrador adulto habla de su época de niño y sus primeros años de educación, atribuyéndole un aire biográfico y de memorias a la misma, la que puede leerse tanto como novela como conjunto de cuentos. Ramos se caracteriza por haberle prestado siempre especial atención a sus recuerdos.

En cartas dirigidas a su esposa Heloisa, que vivía en Alagoas con sus hijos, les comenta sobre hechos cotidianos en la ciudad de Río de Janeiro. Lo que probablemente Graciliano no sabía aún, en el momento de las cartas a su mujer, era que tal “sentimentalismo”, como él mismo refería, generaría mucho material para escribir “*Infância*”. En su narrativa encontramos relatos de su relación con su padre y su madre entre otras personas que formaron parte de su infancia. Dichas memorias escritas en 1945 se remontan al período comprendido entre 1892 (fecha de su nacimiento) y 1905 (fecha de su ingreso en el internado).

En la obra, Graciliano abre el primer capítulo con la siguiente frase: “Lo primero que guardé en mi memoria fue un jarrón de loza vidriada, lleno de pitombas[3] escondido detrás de una puerta” (RAMOS, 1995, p. 7). Después de todo –se pregunta el narrador– ¿lo que guarda en su memoria, son hechos realmente vividos por él o están mezclados con informaciones obtenidas en sueños y relatos de otras personas?

Y nosotros

¿Podemos nosotros, hombres comunes, recordar lo primero almacenado en la memoria? En una conversación con amigos, la pregunta planteada arrojó un interesante y diverso universo de imágenes, sonidos y sentimientos: Un puentecito a medio camino entre la casa de la madre y el trabajo, la torta y las personas involucradas en la foto del segundo cumpleaños, los juegos en la plaza o bajo el rosal, el pesebre, las manos observadas desde dentro del pesebre, la noche estrellada o el arroz con huevo duro y caldo de habas que hasta hoy reconfortan. También aparecieron sentimientos como el miedo, el dolor y el abandono. En esos comentarios, nuestros amigos tampoco pudieron proporcionar información precisa. Aquello provocó risas en algunos y cierta angustia en otros.

Es lo esperado. Sigmund Freud, en 1899, escribió un artículo llamado “Proyección de recuerdos”. En él, el fundador del psicoanálisis nos enseña que hay un abismo entre la infancia vivida y los recuerdos que guardamos de ella. Algunos, fabricados por nosotros en la vida adulta –siguiendo la misma lógica inconsciente que construye los sueños– nos permiten reinventar nuestro pasado. Son las denominadas “memorias encubridoras”. En otras palabras, nos apropiamos de las fantasías, recuerdos y pensamientos de la niñez, vinculándolos simbólicamente en una narrativa propia, intensificando, deformando o transformando los recuerdos de la infancia. De esta manera, se hace posible que el adulto elabore algún complicado recuerdo de la infancia, permitiéndole repensar aquellos primeros días, como si pudiera revivirlos con un grado de conciencia que le faltaba en ese momento.

Es gracias a este trozo de ficción arrojado a estos recuerdos, a estos restos del pasado recogidos en el tiempo, que el adulto es capaz de reorganizar su propia versión de los hechos e incorporarlos a su propia historia. No en vano hacemos esto todo el tiempo: narramos nuestras vidas para ver si podemos trascender hechos banales, recrear recuerdos para que nos revelen quiénes somos y qué queremos.

El primer “historiador”, Heródoto, también define su tarea como una lucha contra el olvido “para que no llegue el momento de abolir las obras de los hombres y que las grandes hazañas realizadas, ya sea por los griegos o por los bárbaros, no caigan en el olvido (...) Aún hoy, la literatura y la historia tienen su raíz en el cuidado del recuerdo, ya sea para tratar de reconstruir un pasado que se nos escapa, o para “proteger algo de la muerte” (Gide) dentro de nuestra frágil existencia humana. (GAGNEBIN, 1999, p.3).

El acto –el de recordar– no surge a partir de un gran talento, sino de la configuración de los lazos amorosos, sociales y culturales que construimos en la vida cotidiana. Es el hecho de que decimos, contamos –escrita u oralmente– sobre estos recuerdos lo que nos hace capaces de producir un efecto de verdad.

Y es en este ir y venir, entre el pasado –de las vivencias infantiles– y el presente que podemos ejercitar nuestra competencia narrativa. “Lo que se crea entonces es un ensueño o fantasía, que contiene huellas de su origen desde aquella ocasión que lo provocó y desde la memoria”, explica Freud. “Así el pasado, el presente y el futuro se entrelazan por el hilo del deseo que los une” (Freud, 1908, p. 157).

Paul Ricoeur, en “Tiempo y Narrativa”, obra en la que discute la existencia de una “conexión significativa” entre la función narrativa y la experiencia humana del tiempo, afirma que la narración deriva, de una simple sucesión de un mundo cronológico, una configuración, un acto de totalidad significativa, en un mundo temporal: “si, de hecho, la acción puede ser narrada, es porque ya está articulada en signos, reglas, normas”. (Ricoeur, 2010, p. 100).

Para participar en el juego de narrar es necesario ejercer una toma de decisiones para poder seleccionar lo que entra y lo que queda fuera de la historia, como hace el autor de *Infância*, que opta por compartir con el lector algunos de sus criterios elegidos.

Transitando entre el olvido y el recuerdo, incluyendo o extinguiendo, la construcción narrativa implica siempre una carencia. Pero es precisamente en esta falta, en este vacío, que el narrador encuentra la posibilidad de crear, de inventar una nueva versión de su propia vida. Este elemento, incluido en la narrativa médica, tiene un inmenso valor en la valoración de las historias y en la reconfiguración de las mismas.

En el rompecabezas narrativo siempre se elegirán algunos fragmentos de memoria, pero esto no significa que las descripciones narradas en el presente no sean compatibles con las que tuvieron lugar en el momento de los hechos. Escribe Fernando Pessoa en *Nubes*, del Libro del Desasosiego (1929): “Nubes... existo sin saberlo y moriré sin querer. Soy el intervalo entre lo que soy y lo que no soy, entre lo que sueño y lo que la vida ha hecho de mí”.

Como comentamos al inicio del presente texto, presentamos aquí sólo una entre las infinitas posibilidades de lectura atenta de la obra literaria. Un proceso de comprensión en espiral, apoyado en las lecturas de algunos pensadores, pero también en la propia experiencia como lectores. Lectores de las obras e intérprete de datos históricos y biográficos; testigos de nuestras interpretaciones; actores de nuestras reflexiones del mundo.

Como la vida imita al arte, podemos considerar que, para el ejercicio de la lectura en la práctica de la narrativa Médica, cuanto más amplios sean los instrumentos de análisis e interpretación, más calificada será nuestra escucha de la historia del otro (paciente, médico o integrante del equipo de salud) en el cotidiano del trabajo en salud.

Referências bibliográficas

- ARIÈS, P. A História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- BARROS, Manoel. Memórias Inventadas. São Paulo: Planeta, 2003.
- CHARON, Rita. Narrative Medicine: Honouring the Stories of Illness. NY: Oxford University Press, 2006, pp. 39-40.
- ELIAS, Norbert. A sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.
- FREUD, Sigmund. Lembranças encobridoras. In Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, trad. sob Direção Geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., vol. III.
- FREUD, Sigmund. Escritores Criativos e Devaneios. In Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, trad. sob Direção Geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., vol. IX. 6
- GAGNEBIN, Jeanne Marie. História e narração em Walter Benjamin, São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.
- MEYER, Augusto. Segredos da infância. Porto Alegre: Editora Globo, 1994.
- OROFINO, Maria Marta. Literatura aplicada: uma partilha do sensível na produção do cuidado em saúde. In Literatura na vida: Experiências de ler e escrever na Educação e na Saúde. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2020.
- OROFINO, Maria Marta & SILVA, Márcia Ivana de Lima. Narrativas em saúde: quinze minutos de literatura na produção do cuidado em equipe multiprofissional. Interface–Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2020, v. 24 [Acessado 20 Setembro 2022], e190775. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190775>>. Epub 19 Jun 2020. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/Interface.190775>.
- PERRONI, Maria Cecília. Desenvolvimento do Discurso Narrativo. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- RAMOS, Graciliano. Cartas brasileiras. Rio de Janeiro: Editora Record, 1980.
- RAMOS, Graciliano. Infância. Rio de Janeiro: Editora Record, 1995.
- RICOEUR, Paul. Tempo e narrativa. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.
- WINNICOTT, D. W. O brincar & a realidade. Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Capítulo 3: Explorando las raíces de la Medicina Narrativa

Intentaré explorar las raíces de la Medicina Narrativa desde una perspectiva diferente. Procuraré asomarme desde fuera del discurso habitual de este modo de ejercer la medicina clínica; una mirada diversa que acaso nos permita descubrir vetas valiosas.

Recordando a Rita Charon, echo mano a un texto de difusión de la afamada María Popova, quien advierte acerca del valor de las emociones en nuestro razonamiento y en nuestra toma de decisiones, valiéndose de aportes sustanciales y excelentemente bien seleccionados de una de las filósofas más importantes de nuestro tiempo, Martha Nussbaum. El texto se denomina *The intelligence of emotions* y se encuentra publicado en su blog particular⁶ (<https://www.brainpickings.org/>)

“Las emociones no son sólo el combustible que enciende y da poder a los mecanismos psicológicos de una criatura racional, sino que ellas son partes muy complejas y acaso desordenadas del razonamiento mismo” La literatura nos expone a fértiles nociones ambiguas y difusas como aquellas que afirman que el “ojo del corazón” ve más profundamente que el ojo del intelecto. Para aquellos que abrevamos (quizás demasiado frecuentemente) en las fuentes de las ciencias, esas sentencias se nos ocurren más pertinentes para libros como *El Principito*. Todos conocemos la frase memorable de Saint Exúpery: “Lo esencial es invisible a los ojos”. Sin embargo, está convenientemente comprobado, que las emociones afectan la susceptibilidad a las enfermedades, y está cada vez más claro que nuestra vida emocional cuenta con un especial modo de inteligencia corporal e intelectual. Nussbaum afirma en su libro

6 <https://www.brainpickings.org/>

“Upheavals of thought. The intelligence of emotions (2001), que las emociones son verdaderos movimientos sísmicos del pensamiento. Con ello se permite reformular saludablemente la vieja idea de que, las emociones, simplemente eran energías animales o meras pulsiones primarias esencialmente separadas de la cognición. Sostiene Nussbaum, que las emociones constituyen el núcleo, la piedra fundamental de la filosofía moral y que, una sustantiva teoría de la ética requiere de un adecuado y profundo conocimiento de las emociones. Dicho en un modo campero: subidos al caballo de la inteligencia y la voluntad uno de nuestros pies descansa en el estribo de la razón y el otro en el de las emociones.

Esta afirmación está sólidamente sostenida por las neurociencias en diferentes publicaciones, una de ellas el famosísimo libro de Antonio Damasio: “El error de Descartes”, merecidamente un clásico.

Resulta esencial en la práctica médica tener una cabal noción del tándem razón-emoción, ya que es desde esa compleja plataforma desde donde se puede entender toda percepción de los valores y de la toma de decisiones. Conviene tener siempre en cuenta que los pacientes sienten y piensan, y que a los médicos y al completo equipo de salud, nos ocurre otro tanto. Las emociones participan con plena ciudadanía en el pensamiento crítico, por lo tanto, lo hacen de pleno derecho también en el pensamiento clínico. La toma de decisiones en medicina tiene un componente emocional que no se encuentra al lado del componente racional, sino que ambos se entrelazan en una realidad compleja que funciona como una unidad indivisible.

Con el razonamiento ético ocurre algo semejante. Estamos ‘condenados’ a lidiar con contenidos disyuntivos de pena y amor, de angustia y miedo. Esas tumultuosas experiencias, deben ser adecuadamente gestionadas por los médicos y pacientes, con el fin de despejar el panorama de lo que resulta bueno y justo en las instancias humanas del diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico. Es decir, en las instancias de comprensión, acción y compañía.

El punto central de Nussbaum, es que la compleja estructura cognitiva de las emociones tiene una forma narrativa, es decir, los cuentos que nos contamos entre nosotros, esos que nos hablan de nosotros mismos, dan forma a nuestra realidad emocional y ética. Esta es la gran función psicológica de la obra literaria y la razón por la que ella y otras formas de arte, pueden ejercer un

efecto terapéutico genuino. Sobre la base de estas contundentes afirmaciones, sostenemos que es válido y pertinente incluir la narrativa en la práctica y en la educación médica.

¿En qué consiste tu enfermedad? ¿Cómo sobrellevas estas complicadas instancias de estudios, tratamientos, consultas, internaciones y demás? ¿Sientes abatimiento, estás abrumado por la incertidumbre, te reconoces fuerte y estás convencido de dar pelea? Cuéntame tu vida. Cuéntame de tu infancia, tus sueños y frustraciones. Háblame de tu tiempo libre y de tus hobbies. ¿Qué tal tus padres? ¿Estuvieron cerca de ti, te acariciaron, sentiste apego con ellos, te estimularon a la independencia? ¿A qué jugabas y con quién? ¿Cuál fue tu película favorita y por qué? Quizás sea una enorme simplificación, pero...cuéntame tu vida y te diré como has de enfermar, cómo has de sufrir y cómo has de morir.

Las narrativas no siempre son perfectamente coherentes, están llenas de sorpresas, de senderos bifurcados, de oscuridades y arrepentimientos, de retornos y apuros. Nuestra narración por antonomasia, nuestro propio yo, aborrece la contradicción, por eso, a pesar de que no siempre lo logra, construye un relato que tiende a lo lineal y que por lo tanto permite barruntar un futuro posible, no determinista. Cuéntame tu historia y te diré como has de padecer, te contaré la mía y decidirás si puedes confiar, si crees conveniente que sea yo quien te acompañe en esta etapa.

Las emociones, se proponen como reveladoras de nuestra necesidad y falta de autosuficiencia. El equipo médico entra en un sano contacto con su propia vulnerabilidad. Conocerlas –el contexto narrativo puede ser de gran ayuda– puede significar la apertura de un camino hacia nuestro bienestar, uno que nos permita paliar nuestra esencial necesidad e incompletud. Nussbaum insiste en que es positivo, para reconocer la verdadera medida de los seres humanos, la evidencia de que nos resulta imposible tener un completo control sobre nosotros mismos y sobre el mundo al que pertenecemos.

Unas de las características que nos hacen humanos son la incertidumbre ante el mundo, la necesidad y la sensación de reconocernos seres incompletos. En estos aspectos la razón puede envalentonarnos y hacer que nos consideremos a nosotros mismos más de lo que somos, que nuestra capacidad de control se halle supervalorada y que menospreciemos nuestra esencia de seres necesitados, eventualmente hasta mendicantes. La apertura a los sentimientos y las

emociones, puede invitarnos al encogimiento –en las interacciones humanas no nos gusta mostrarnos en déficit – sin embargo, por el contrario, nos abre la puerta al reconocimiento humilde de la propia verdad. Saberse necesitado, es un paso enorme hacia nuestra satisfacción personal legítima y a valorar claramente lo que tenemos entre manos. En la interacción con nuestros pacientes, mostrando que nosotros también somos seres ‘infirmus’ (no firmes), podemos generar a dúo un espacio que, en lugar de estar ensombrecido por la vergüenza mutua, se halle iluminado por el pleno desenvolvimiento de lo humano.

Las emociones se estructuran en forma de narración y relatárnoslas mutuamente puede ayudarnos a reconectarnos con nuestras propias necesidades. La comprensión cabal de cada una de las emociones en las que nos encontramos inmersos es incompleta si no está circunstanciada en el momento presente, particularmente en el modo como ellas iluminan la realidad que sucede. Esa irrupción de las emociones en nuestra realidad, se hace de manera preferencial de la mano de la literatura y de las artes en general. Las realidades emocionales que pueden ser difíciles de compartir con palabras y explicaciones, encuentran fácil expresión en la poesía, la música, las artes plásticas, la dramatización. Como ya lo dijo Proust, muchas de las verdades que condicionan o predisponen a los corazones de los hombres, no encuentran facilitada su expresión a través de las palabras del lenguaje común, son plenamente expresadas mediante el lenguaje del arte. El color, la forma, la melodía y la armonía, la cadencia de las palabras sonoras, la ilación sugestiva del relato, la sorpresa, las luces y las sombras, son capaces de hacer surgir nuestros ‘pensamientos emocionales’ y de ese modo hacernos conocer y compartir nuestra esencial carencia y desvalimiento.

Las narrativas artísticas son inmensamente importantes por lo que revelan de nosotros mismos, pero son aún más valiosas porque generan vínculos humanos que trascienden la vida emocional. No sólo nos cuentan un mundo, nos hacen entrar en él, no sólo nos hablan de soledades, nos hacen sentir las, no sólo nos cuentan acerca de la existencia de mundos interiores, nos introducen en nuestra propia interioridad. Nos anotan de las diferencias y semejanzas de los mundos compartidos, nos permiten distinguir entre la emoción que produce asomarse al mundo del padecer del paciente y el pasmo que sentimos al no poder traspasar cierto umbral más allá del cual se vislumbra la privadísima soledad.

Pongamos como ejemplo el precioso poema “Tarde de Hospital” en el que el poeta chileno Carlos Pessoa Veliz nos comparte, artística y crudamente, la an-

gustia experimentada en sus horas postreras. Nos describe magistralmente su estado de postración irreversible en una sala de hospital. Su angustia y sus lágrimas mudas, se expresan en el exterior en la lluvia fina susurrante y permanente. Duerme para olvidar y la realidad lo despierta con sobresalto, afuera llueve inexorablemente, es como que el mundo llorisquea acompañándolo, haciéndose uno con él.



Mientras el mundo le propone la lluvia impasible se enfrenta cara a cara, angustiosamente, ante “el panorama inmenso”, aquella realidad insoslayable que supera infinitamente nuestra razón y que produce el llanto del hombre acompañado por el llanto del mundo.

Nos recuerda Martha Nussbaum que la narrativa reconfigura nuestra constitución psicoemocional, y que la familiarización con nuestras emociones puede ayudarnos a navegar en el tormentoso mundo de la pena y del dolor, del amor, de la angustia y del miedo. El valor que la narrativa tiene para el conocimiento de sí, puede ser extrapolado al conocimiento del otro, en nuestro caso pacientes y familias. La narrativa del paciente, eso que podríamos llamar su original interpretación biográfica, puede introducirnos a modo de huéspedes preferenciales de su mundo privado. Es menester que los médicos nos empeñemos en desarrollar y optimizar la habilidad de escuchar; ya dijo Simone Weil que la forma más exquisita de amar es atender.

Capítulo 4: La Medicina en busca de sentido

La Medicina Narrativa fue nombrada del modo en que hoy la conocemos allá por las décadas finales del siglo XX, aunque se pueden registrar abordajes similares y parentescos muy cercanos a partir de algunas décadas antes. Desde entonces, y particularmente en lo que va del siglo XXI, la bibliografía al respecto ha estado en pleno desarrollo. La mayoría de estos documentos intentan presentar, ilustrar y justificar el surgimiento y el rápido progreso de este modo de realizar la práctica médica. Esa proliferación de textos, nos advierte acerca del peso específico de la propuesta, de su creciente vigencia y de la necesidad de incentivar su aplicación en la práctica médica a nivel mundial.

Desde sus comienzos la Medicina Narrativa (MN) se ha postulado a sí misma como un puente concreto y viable entre la Medicina y las Humanidades.

En este capítulo intentaremos un abordaje que nos guíe a encontrar la raíces que fundamentan la propuesta y la práctica de la MN. A ese camino, en recuerdo y homenaje del memorable libro de Viktor Frankl, hemos decidido denominarlo: “La medicina en busca de sentido”.

¿Por qué las historias, los relatos, son valiosos para la medicina? ¿Cuáles son los fundamentos que permiten proponer a la MN como un apoyo firme e indispensable de la práctica clínica?

¿Una estrategia eminentemente práctica?

Se podría sostener en principio, que la propuesta de la Medicina Narrativa no requiere de demasiado sustento filosófico, particularmente epistemológico. Desde sus orígenes fue presentada como una práctica, cuyo propósito y objetivos son los de consolidar y potenciar la medicina clínica. En los primeros intentos de presentación se pone todo el énfasis en el logro de una habilidad, de una competencia por parte de los médicos, que les permita ensayar una apertura al paciente mediante la escucha atenta de sus relatos. Se intenta reforzar el aspecto humano de la atención hacia ese otro que habitualmente corre el riesgo de resultar opacado por el desarrollo científico tecnológico.

¡Tantas veces nos hemos quejado de lo mismo! Es un fenómeno que constituye una verdadera crisis dentro de los sistemas del cuidado de la salud. A menudo se hace sentir a los pacientes como “el riñón de la cama 4” o “el hígado de la 8”, en lugar de personas con una historia única, de una enfermedad única. “Por tanto, la búsqueda de un mayor respeto a la dignidad humana sigue siendo hoy una tarea imprescindible para la humanización de la salud.”⁷

Para aquellos médicos que se hallan emocionalmente más próximos y se sienten más comprometidos con sus pacientes, el de la deshumanización, constituye un problema que requiere ser abordado y solucionado con urgencia y de manera eficiente. Los pacientes también han hecho escuchar a gritos su reclamo. Se sienten descuidados afectivamente, perciben el abandono de sus médicos que permanecen sordos a sus demandas, los acusan de insensibilidad y de expresarse en un lenguaje inentendible y aplicable, en forma neutra, a todos los casos similares. Dicen: “El médico está tratando la diabetes del libro y de los *updates*, me abandonó a mí y a mi enfermedad. Se han dejado seducir con las rutilantes lucecitas de los aparatos de última generación.”

La medicina, encarnada en una mirada de profesionales de la salud, ha intentado en los últimos años consolidar un camino hacia la humanización, una concreta búsqueda de su sentido.

Los esfuerzos comenzaron a concretarse efectuando una fructífera relación con la literatura. Allí surgieron algunas voces clarificando el escenario y haciendo

7 Carlos Alberto Rosas Jimenez, “Medicina Narrativa: El paciente como “texto”, objeto y sujeto de la compasión”, *Acta Bioethica* 23, 2 (2017): 351 – 359

intentos concretos de aproximación a las personas de los pacientes. Más recientemente, siempre buscando su sentido, parece haber llegado a un hito concreto en el cual hacer pie para continuar con ese camino sin fin. Ese hito lo constituye la Medicina Narrativa que, presentada por pioneros como Rita Charon⁸ y Trisha Greenhalgh⁹, entre otros, se propone como un modo eminentemente práctico de complementar, ampliar y fortalecer eficientemente la medicina clínica. Para dejarlo bien en claro, no se trata de una propuesta de sustitución, sino de complementación. La medicina Narrativa en esta versión final parece reconocer antecedentes inmediatos en Kleiman (1988)¹⁰, quien sostiene que las narrativas son el modo en que los enfermos modelan, configuran y dan sentido a su sufrimiento.

Por otro lado, la medicina narrativa permite advertir claramente el carácter sistémico del padecimiento —una enfermedad se produce siempre en el seno de un sistema humano—, tiene un carácter cultural: la enfermedad se produce dentro de la cosmovisión y rasgos de una cultura determinada y cumple con sus valores y significados. Para una medicina en busca de sentido, las contribuciones de Kleiman resultan trascendentes, ya que instan a dejar de ver la enfermedad como una afección propia de un individuo aislado, para entenderla como el sufrimiento de una persona que pertenece a un sistema humano que posee valores, códigos y significados. Además, nos confirma que, por pertenecer a una cultura definida, la persona tiene el modo de enfermar característico de su propio contexto cultural.

Por su parte Hyden (1997)¹¹ años más tarde, consolida esta perspectiva al afirmar que la enfermedad, que ocupaba un lugar periférico en los estudios sociológicos, en la actualidad ocupa un lugar más expectante ya que se reconoce la pertenencia del padecimiento a contextos culturales y sociales específicos.

Este sociólogo propone tres escenarios que nos ayudan a comprender la relación entre el narrador, la narrativa y la enfermedad. Se trata de una propuesta muy original, abre a la vastedad del campo de la narración como colaboradora de la práctica concreta de la medicina.

8 Rita Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness* (New York: Oxford University Press, 2006)

9 Trisha Greenhalgh and Brian Hurwitz, *Narrative Based Medicine*, (London: BMJ books, 1998).

10 Arthur Kleiman, *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition* (New York: Basic Books, 1988).

11 Lars-Christer Hyden, "Illness and Narrative". *Sociology of Health & Illness* 19, 1 (1997), <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x>

La enfermedad como narrativa

Narrador, narrativa y enfermedad se condensan en una sola persona, el paciente. Son las narraciones que los pacientes relatan a sus médicos respecto de su padecimiento. Son narraciones preñadas de elementos personales, míticos, imaginativos, propios de su entorno familiar y de su pertenencia cultural.

En ese relato invaluable el paciente aporta datos sobre su contexto socio histórico, el lugar que él ocupa en medio de una sociedad compleja, la cultura que lo cobija y condiciona su mirada, y finalmente, algo de inmenso valor: el lenguaje empleado por él y su grupo.

Esto pone de manifiesto que la Medicina Narrativa como práctica y como actitud intelectual, va más allá de lo meramente biológico del paciente para adentrarse en sus modos de pensar y decir. Aspira a conocer las relaciones humanas de las cuales participa el enfermo, sus emociones, su contexto de salud integral y preventiva y su ingreso al mundo de la enfermedad¹².

Permite un abordaje más incluyente e integrador encarando a la enfermedad en toda su complejidad y abarcándola en su dimensión fenomenológica. Esto implica observar aquello que está allí, frente al médico, poniendo el énfasis en contemplar “todo” lo que está allí, como dijimos: la totalidad en su realidad polifacética.

Más adelante insistiremos en esto: la percepción de lo complejo, de lo interrelacionado e integrado. Comprobaremos que la comprensión de lo simbólico y lo metanarrativo exige que el médico adquiera competencias comunicacionales, narrativas e interpretativas desde su etapa formativa. De ese modo, tendrá acceso a la persona sufriente, a su realidad existencial, a lo propio, y también a lo compartido con las personas que vive. Un médico debidamente entrenado, captará la mayor información posible dentro del original modo en el que el paciente narra aquello que le está sucediendo. Valorará la narrativa como un todo y detectará sesgos y acuerdos explícitos y tácitos. Estará en condiciones de obtener aún mayor información relevante de la que el paciente está dispuesto a compartir mediante el lenguaje oral.

12 Lars-Christer Hyden, “Illness and Narrative”. *Sociology of Health & Illness* 19, 1 (1997), <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x>

Las narrativas sobre la enfermedad

Se trata de las narrativas que los médicos comparten entre ellos acerca de la enfermedad de sus pacientes. Todos tenemos experiencia de presentación de pacientes en las revistas de sala o en los ateneos clínicos. Allí ocurre una traducción, se cuestiona y muchas veces se menosprecia el modo de narrar del paciente, y la información se vierte –deformada, homologada, aséptica– en términos propios de la jerga médica. De ese modo la narrativa pierde su particularidad y ‘color’ original. La narrativa es introducida en el mundo simbólico de los médicos. Aquel dolor precordial que el paciente refiere como “una plancha caliente quemándome el pecho”, pasa a ser una precordialgia más tratada en ese servicio.

La competencia a desarrollar por los médicos consiste en mantener la fidelidad del relato del paciente.

Sabemos por la tradición milenaria que todo traductor es un traidor, “traduttore, traditore”. La traducción al lenguaje médico implica hacer un esfuerzo por comunicar a los colegas los modismos y las singularidades del relato del enfermo. El paciente aporta claramente: un sentido o significado, un contexto y una perspectiva. Tres elementos que el médico informante debe respetar para sí y para sus colegas. Conviene, además, que los médicos sean entrenados en escritura creativa, les será de inmenso provecho acostumbrarse a desarrollar la historias de sus pacientes, a intimarse con sus propios estados de ánimo, sus emociones y sus miedos. Eso posibilitará una mayor fidelidad en la expresión, estará en mejores condiciones de interpretar y difundir el sentir del enfermo. Quién sabe expresar sus propios sentimientos, desarrolla una aptitud para percibir y escribir acerca de los de sus pacientes.

Los componentes esenciales de toda narrativa son:

1. Incluir siempre el factor tiempo en el relato. Toda historia se desarrolla en un determinado período de tiempo. Eso le confiere un comienzo, un desarrollo y un desenlace.
2. Toda narración se construye desde por lo menos un punto de vista. Este es ajeno al oyente y puede variar permanentemente. Por ejemplo: un dolor puede ser narrado desde el que lo padece, desde los familiares que lo vieron, desde la evaluación del personal de guardia que ingresó al paciente.

3. Las narraciones contienen personajes individuales que siguen lógicas particulares. Son personajes complejos con miradas originales, que hacen sus propias evaluaciones y valoración de los contextos.
4. Las narraciones consisten en información discrecional por parte del narrador. El narrador (el paciente) cuenta lo que quiere y se guarda el resto, su memoria esta sesgada y el mecanismo del olvido también hace su trabajo. El paciente cuenta lo que cuenta, y lo hace del modo que puede o quiere. Podemos agregar que el médico puede ser entrenado para escuchar lo no dicho, aunque parezca una paradoja.
5. La narración ocupa todo el espacio de atención del narrador. Lo absorbe todo, excluye lo no pertinente y lo irrelevante según la mirada del narrador. El relato es contado para que ocupe a su vez toda la atención del oyente. La narración es absorbente y nos brinda la posibilidad de “vivir a través” del relato.¹³

Es todo un trabajo por parte del médico esforzarse en ser fiel a las historias alternativas que respetan el punto de vista del paciente.

La narrativa como enfermedad o padecimiento

Hay casos en los que la misma enfermedad genera disturbios en la narrativa. Ejemplos de ellos son aquellas enfermedades neurológicas o degenerativas del encéfalo que comprometen gravemente la cognición y la comunicación de la persona afectada. Se trata de pacientes que carecen de los recursos para mantener la coherencia y la fluencia de sus relatos. Estos últimos pueden aparecer como incoherentes e incluso contradictorios, deshilachados y paradójicos. En muchos trastornos mentales ocurre algo similar, nos encontramos con discursos alucinatorios o delirantes, verdaderos mundos alternativos cargados de significado.

Para el médico debidamente entrenado es un desafío mayúsculo entresacar sentido en la vorágine del sin sentido, o de la aparente carencia de infor-

13 Trisha Greenhalgh and Brian Hurwitz, “Why study narrative”. *BMJ* 318 (1999), <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7175.48>

mación del silencio absoluto. Actos, gestos, movimientos, lugares frecuentados, costumbres en general, pueden estar llenos de significación e información relevante. Se trata verdaderamente de un mundo diferente que debe ser interpretado.

Los relatos históricos tal como los médicos, no pueden depender solamente de sus supuestos contenidos fácticos —es decir de los hechos— pues las explicaciones que los hombres producen sobre sí mismos, los otros y las cosas son, la mayoría de las veces, están más determinadas por lo que dejan fuera que por aquello que sobresale o se destaca en ellas. Se hallan influenciadas por aquello que cada uno hace de sí, por la exigencia de buscar un sentido, por lo tanto, de la fábula como forma de creación.¹⁴

Buscando los fundamentos de la Medicina Narrativa

Ahora bien, el diálogo en un planteo científico reduccionista no puede existir. En el diálogo el camino es exactamente el opuesto: se va de lo nuestro a lo diverso, para ampliar lo nuestro, para dilatar nuestra visión, no para asimilar lo otro, porque lo otro en el fondo es inasimilable, porque lo otro es distinto de nosotros, pero nosotros podemos «abrirnos a lo otro». El diálogo amplía nuestra visión, no la achica.¹⁵

Hacer el intento de ir en busca de los fundamentos filosóficos y epistemológicos de una actividad eminentemente práctica, puede acarrear innumerables sorpresas y descubrimientos impensados. De pronto advertimos que, al asomarnos a lo que nutre a la práctica, observamos trozos y retazos de innumerables y variadas vertientes epistemológicas.

De hecho, además de reconocer rasgos múltiples de la filosofía antigua que no me atrevo a encarar, la Medicina Narrativa encuentra fundamentos en la mayoría de las corrientes filosóficas del siglo XX. Dadas las limitaciones y el objetivo mismo de este artículo, no vamos a hacer una penetración profunda

14 Emilio Komar, *La estructura del diálogo* (Buenos Aires: Sabiduría Cristiana, 2007)

15 Iván Almeida, “Conjeturas y mapas. Kant, Peirce, Borges y las geografías del pensamiento”, *Variaciones Borges* 5 (1998).

en esos fundamentos, antes bien nos vamos a limitar a destacar algunas de esas fuentes, aquellas que, a nuestro juicio, falible sin lugar a dudas, parecen ser las más representativas.

Podríamos decir en primer lugar que en la Medicina Narrativa se reconoce una marcada influencia, neta e imprescindible, de la epistemología del constructivismo.

Los seres humanos conocemos el mundo, a los otros y a nosotros mismos mediante la sumatoria vital de experiencias cargadas de sentido. Tanto los individuos humanos como la realidad, no se presentan de manera directa, tienen que ser contruidos. Nuestro acceso a la realidad depende de nuestras construcciones culturales, sociales y de género. Lo central de esta perspectiva filosófica es la importancia que se le atribuye a la edificación de significados. Es un proceso continuo, complejo y recurrente, es el mismo devenir de la vida el que organiza las experiencias en una 'estructura' personal que se expresa en una distintiva interpretación de sí mismo. Se trata de un proceso preciso y delicado que resguarda coherencia e integridad al punto de consolidar el sentimiento de la propia identidad personal.

Por su parte, en la construcción de los relatos interviene la hermenéutica, la ciencia de la interpretación, a la sazón otra corriente filosófica de absoluta vigencia. Nada debe ser dado por supuesto ya que todos los eventos humanos –y la relación médico paciente lo es– están sometidos a la interpretación. Muchas narrativas, incluidas aquellas que involucran a nuestras personas, resultan ser interpretaciones de narrativas preexistentes. Al decir de los hermeneutas, los relatos nunca son copias fieles del mundo y de los hechos, no son imágenes fotográficas, son interpretaciones.

Podemos poner en evidencia esa diferencia observando las fotografías de un campo de girasoles o de un cielo estrellado, y luego pinturas de Vincent Van Gogh que expresan exactamente lo mismo, en óleo sobre tela desde la mirada del pintor (figuras 1 a 4).



Netamente observamos la diferencia entre reproducir la realidad e interpretarla. De hecho, nuestra afirmación no es completamente verdadera, la misma foto es también una interpretación; los colores, el revelado, la selección del ángulo, la perspectiva son modos de cargar de subjetividad aquello que intentamos mostrar con objetividad. Los seres humanos han hecho esfuerzos ingentes para medirlo todo, para poner límites y fronteras claras. Eso funciona en muchos casos, aceptamos esos convencionalismos, sin embargo, en general no podemos dejar de ver las cosas con nuestros ojos, es decir a nuestro modo.

Situados en este punto, podemos afirmar que la construcción del relato de la enfermedad es una situación natural, propia de los seres humanos. Es aquí en donde se plantea el desafío de la escucha como competencia médica. Se trata de escuchar atendiendo a los hechos y la construcción que con ellos el paciente ha efectuado, se trata de interpretarla y de hacer una hipótesis sobre su proceso. El paciente ha construido un relato de su enfermedad con los recursos que posee, teniendo eso en cuenta, el médico deberá esforzarse en la interpretación para aproximarse al sentido que se halla dentro de lo que el paciente dice, hace y oculta. Se trata de un desafío emocionante. Dejar que se vaya construyendo una hipótesis o conjetura de sentido con los elementos que el paciente nos da, sumados a los que con preguntas oportunas podemos lograr completar.

Conjeturar es afirmar (tímidamente) algo sin tener suficiente fundamento objetivo. Se trata, sin duda, de la más frecuente actividad intelectual de los humanos. Las conjeturas de la vida cotidiana abarcan desde la afirmación de la existencia de Dios hasta las estrategias para encontrar un objeto perdido, pasando, desde luego, por análisis de textos, diagnósticos médicos, hipótesis científicas e investigaciones policiales.

La hermenéutica se transforma en un evento fascinante si además advertimos que nos podemos ver a nosotros mismos como observadores en el acto de observar. Se trata de una acción recursiva de metacomunicación. Nos ubicamos en una posición ‘meta’ de observación completa del sistema, incluidos nosotros mismos, y apreciamos cómo se producen los movimientos de acercamiento, confianza, retaceos, fluencia de personalidad e información, coherencia del relato, actitudes corporales nuestras y del paciente. Debemos reconocer en esta actividad el enorme aporte de la teoría de la Comunicación Humana y de los Sistemas Humanos. El entrenamiento en este tipo de encuentros humanos nos permitirá advertir nuestros sesgos, prejuicios, generalizaciones apresuradas y algo de la mayor importancia, nuestros propios límites.

Encontraremos sentido en las narraciones de los pacientes, y la vez, iremos haciendo la sintonía fina para precisar esa narración que somos.

La Medicina Narrativa propone una revalorización del diálogo como experiencia humana bidireccional. En ello se ve una neta influencia de otra de las corrientes filosóficas importantes del siglo XX. Me estoy refiriendo a la Filosofía del Diálogo de Martin Buber y Franz Rosenzweig. Según Buber hay dos modos básicos y relacionales de asomarse al indispensable mundo del diálogo: la relación Yo – Ello que objetiva, distingue, mide, compara, diseca, separa. Propia de las relaciones con los objetos, con todo aquello que consideramos distinto a nosotros. ¡Hagamos la advertencia de que tenemos encuentros humanos caracterizados por este modo relacional! Y la relación Yo – Tu, que por su parte ocurre esporádicamente y se caracteriza por el acercamiento, la proximidad, la fusión y la unidad, la subjetivación, la empatía. Lo podríamos resumir en la frase: Ser el otro, o ser uno con el otro.

La propuesta dialógica de Martin Buber es conocida como filosofía del diálogo, filosofía del yo-tú o filosofía personalista. Su punto de partida es concebir que no existe un yo aislado, sino siempre en relación con

el otro. El otro para Buber es el tú, que adquiere, según la forma de relación implementada, propiedades del tú (persona), del ello (mundo objetivo) y del Tú (lo divino). En cualquier caso, el yo entra en relación con el tú y establece los tres tipos de relaciones anteriores, por lo que nunca está solo. Concebir el yo en solitario es concebirlo fuera de la historia, y eso para Buber no es posible.¹⁶

Advierto que estoy dejando de referirme incluso a aportes monumentales que solo mencionare brevemente: La epistemología narrativa de Jerome Brunner, para quien hay fundamentalmente dos modos de pensar y concebir la realidad. Mediante un pensamiento lógico matemático y mediante un pensamiento narrativo¹⁷. La Teoría de la comunicación humana, la que en el primero de sus axiomas básicos sostiene firmemente que “es imposible no comunicar”¹⁸

Otras fuentes para estudiar a conciencia son: La Filosofía Hermenéutica de Paul Ricoeur, la Filosofía de la Conversación de H. G. Gadamer, la sociología del ‘Habitus’, y los campos culturales de Pierre Bourdieu, la Sociología de la Máscara y la representación de Erwin Goffman, la Teoría de la Complejidad, etc.

Permítame, estimado lector, incluir un comentario a la obra de Ricoeur para jerarquizar este texto e invitarlo a la reflexión:

La imaginación narrativa conlleva una doble alteridad: la del yo narrador y la del ser al que el narrador se dirige en su propia estructura sintáctica en donde el pronombre yo, implica un pronombre tú. El discurso vislumbra un ser-en-el-mundo que el escritor comparte con su interlocutor, lo que permite a la imaginación creadora habitar el mundo de distintas maneras, cada vez más amplias, consciente de sí mismo, consciente del otro, en la búsqueda común de la libertad, por una vida buena con los otros, para los otros, en medio de instituciones justas.¹⁹

16 Vivian Romeu, “Buber y la filosofía del diálogo: Apuntes para pensar la comunicación dialógica”, *Dixit* 29 (2018), <https://doi.org/10.22235/d.v0i29.1696>

17 Jerome Brunner, *Realidad Mental y Mundos posibles* (Barcelosa: Gedisa, 2001).

18 Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin and Don D. Jackson, *Teoría de la comunicación humana* (Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 2002).

19 Geison Loschi, “Paul Ricoeur, en busca del ser”, *Revista Críterio*, 2016. Disponible en: https://www.re-vistacriterio.com.ar/bloginst_new/2016/01/06/paul-ricoeur-en-busca-del-ser/

Concluyendo

Nuestra intención es que el presente escrito estimule a la consideración una variedad de textos acerca de la Medicina Narrativa. Ellos profundizarán y mostrarán los diferentes escenarios en los que puede aplicarse esta praxis. Estoy seguro que mostrarán la metodología, compartirán experiencias y resultados, presentarán modos innovadores que permitirán valorar a la Narrativa como un modo privilegiado de aproximación al paciente. Pondrán en evidencia que la Narrativa permite expresar la interioridad del médico en particular y del personal de la salud en general. Este último aspecto, poco contemplado en la actualidad, permite resguardar la salud mental y emocional de los integrantes del equipo de salud, facilita el genuino trabajo en equipo, y hasta se considera un recurso de importancia para disminuir la prevalencia del burnout del personal afectado al cuidado de los pacientes.

El aparato científico – tecnológico tiende a engullir al ser humano y a transformarlo en un engranaje más de un insensible mecanismo de producción. La persona, el profesional se revela, se resiste, se enferma, se deprime y se quema.

La Medicina Narrativa como complemento esencial de la Medicina Clínica puede hacer un aporte sustancial para ayudarla a encontrar el sentido que la resguarde, un significado proactivo que le devuelva la mayor estima.

Capítulo 5: “La conversación es en sí misma terapéutica”

Hans Georg Gadamer, el gran filósofo y hermeneuta alemán del siglo XX, escribió el capítulo: “El tratamiento y la conversación”, en su libro titulado: “El estado oculto de la salud”.²⁰ Mi propósito es discurrir acerca de él relacionándolo con la comunicación en medicina y la narrativa médica. Me aventuro a creer que al gran filósofo alemán renovador de la hermenéutica y amante de los diálogos, no le habría disgustado esta propuesta.

La RMP se basa en la interacción de dos personas y constituye, a pesar de que con frecuencia se olvide, el núcleo central de la práctica de la medicina. Como la mayoría de las interacciones humanas está mediada por el lenguaje. Los intercambios que se producen en ella se trasuntan en palabras naturales de la lengua en uso o lenguaje cotidiano de los hablantes. “El lenguaje, o más concretamente la lingüisticidad (*Sprachlichkeit*) del ser humano, en cuanto capacidad de compartir a otros su interioridad por medio del habla y participar de la vida de los demás, es lo que distingue lo humano de lo meramente animal.”²¹

La entrevista médica, Además, abunda en términos técnicos que en muchas oportunidades causan gran confusión. Lo sustancial de la relación médico paciente (RMP), su verdadera esencia, se expresa en el lenguaje de todos los días, ese que es compartido por ambos constituyentes de ese sistema, el paciente y su médico.

La RMP es un sistema humano abierto. Recordamos que las características de todo sistema son: están integrados por constituyentes, existe un vínculo estrecho de intercambio entre ellos, reconocen un propósito común, y están rodeados por

20 Gadamer H.G. “El estado oculto de la salud” Edit. Gedisa. Barcelona 1996.

21 Fernández Labastida, J. Anuario Filosófico, XXXIX/1 (2006), 55-76

un entorno con el que el sistema se comunica gracias a la porosidad de sus límites reales o virtuales. Dicho esto, podemos continuar con la fluencia del texto.

De manera natural los pacientes refieren, al encontrarse en tratamiento con alguien: “Soy paciente del Dr. X, él es mi médico”. Para el médico “atender la consulta de un paciente” consiste en presentarse provisto de un título habilitante, en un entorno específico, provisto de símbolos que lo definen como profesional de la salud (diploma, delantal, estetoscopio, apertura, disponibilidad etc.) postulándose a una actitud de escucha generosa. La consulta consiste, además, en una de las más cercanas e íntimas aproximaciones entre los cuerpos de los seres humanos. Consentimiento y confianza del paciente, curiosidad profesional y confidencialidad por parte del médico. La mano que recorre el cuerpo del enfermo es testimonio de esa cercanía terapéutica, ha superado la valla que los seres humanos le ponemos a la proximidad excesiva de los cuerpos, se efectúa un paso consentido que trasciende lo meramente social. La percusión y la auscultación, otros modos de evidenciar la misma cercanía, confirman la existencia de ese espacio que el paciente consciente en reservar para el accionar médico.

¡Es importante que el médico reflexione acerca de esa concesión y la valore en toda su dimensión! En la consulta diaria no me deja de sorprender, aún tras cuarenta años de profesión, la actitud de confianza del paciente que se desnuda ante el médico dejando caer, voluntariamente, esas defensas que construimos los seres humanos para estar con los otros.

Aplicando a la medicina lo que dice Gadamer, recordamos que, cuando uno trata o es tratado por alguien en ese ambiente de cercanía, se impone una actitud de extrema cautela, de respeto, en la que es menester relacionarse con otro cuidadosamente. El médico se encuentra ante una persona que debe ser cuidada reverencialmente pues se presenta indigente y extremadamente vulnerable. “Ante esta distancia, el médico y el paciente deben hallar un terreno común en el cual puedan entenderse; y ese terreno común lo constituye la conversación, único método capaz de suprimir esa situación.”¹ Si bien es cierto que este ‘terreno de lo común’ es a lo que toda RMP aspira, en nuestra época puede resultar muy difícil conseguir ese objetivo. De hecho ocurre, que el médico tenga otras prioridades o distracciones cuando el paciente está en su consultorio, no son infrecuentes las interrupciones de diverso tipo. En cuanto al paciente puede ocurrir que perciba amenazada su identidad cuando,

desde la sala de espera, se lo identifica con un número y no con su propio nombre, cuando es tratado de ‘abuelo’, ‘gordita’ o directamente de ‘enfermo’. El paciente asume que está siendo bastardeado y ninguneado al punto de ser tratado de manera dañinamente impersonal.

En el caso de que sean superadas o minimizadas esas dificultades administrativas y comunicativas, paciente y médico inauguran el espacio de la conversación, el espacio del diálogo compuesto por el ir y venir de preguntas y respuestas. Por el intercambio de historias cargadas de información y de sentido.

“El lenguaje sólo puede alcanzar su estatuto pleno en la conversación”.²² Gadamer apunta alto en su pretensión de lograr lo mejor del intercambio lingüístico, el contexto de la conversación aspira a lograr la apertura confiada y veraz de los hablantes: “Si el ser del hombre es lenguaje y el lenguaje se realiza sólo en la conversación, no será indiferente como ésta se lleva a cabo. Más aún, sólo podemos llamar conversación en sentido estricto a la “conversación lograda”, es decir, aquella en la que verdaderamente se lleva a cabo la apertura al otro”.²³ Esa “conversación lograda”, en otras oportunidades podremos denominarla conversación sanadora, diálogo terapéutico, incluso como silencio de compañía.

Podemos especificar aún más: recordemos lo que para Humberto Maturana³ significa conversar. El biólogo chileno denomina ‘lenguajear’ a esa actividad de comunicación que los seres humanos establecemos mediante los símbolos orales o escritos. En cambio, para él conversar consiste en una profundización del mero ‘lenguajear’. Conversar es cuando en el lenguaje se introduce el emocionar, es decir, cuando además de intercambiar signos y símbolos se produce un intercambio de sensaciones y emociones que cualifican y jerarquizan el diálogo transformándolo propiamente en una conversación. En el acto de conversar se va más allá del símbolo para ingresar al terreno del compartir emociones y sentires. Se podría decir que los hombres se “muestran” en la conversación más que “decirse” a sí mismos. Esto nos recuerda al filósofo Ludwig Wittgenstein⁴ cuando reconoce la incapacidad del lenguaje para decirlo todo de manera lógica, cuando el lenguaje resulta insuficiente podemos limitarnos a mostrarnos, a ser interpretados e interpelados por ese silencio.

22 Gadamer H.G. “El estado oculto de la salud” Edit. Gedisa. Barcelona 1996.

23 Fernández Labastida, J. Anuario Filosófico, XXXIX/1 (2006), 55-76

Desde la visión de Gadamer, el conversar no constituye un paso, una instancia previa al tratamiento, tampoco una preparación para el mismo. La conversación es ya parte del tratamiento y la recuperación. “Este todo también queda expresado por el término técnico “terapia”, proveniente del griego. En ese idioma “terapia” significa servicio”.²⁴

Uno de los desafíos de la medicina de este nuevo milenio es desarrollar una más efectiva comunicación entre el médico y el paciente.²⁵ La conversación, de acuerdo a lo que venimos diciendo, consiste en una vuelta de tuerca cualitativa y un verdadero llamado de atención al accionar del personal de atención de la salud. Implica la inclusión de las emociones, la instalación de la empatía en la interpretación del otro. Implica desentrañar (propiamente sacar de las entrañas) la necesidad existencial manifestada en el fluir del símbolo y la emoción. “El dolor es y abarca todo el yo”.²⁶ Esa es la meta de la interacción médico–paciente.

Es tan grande el valor que la RMP tiene en el seno del actuar del médico y en el propio vivir humano, que llama la atención algunas de las conclusiones a las que llegan investigadores acerca de este tema. Aciertan en sus apreciaciones, pero denotan una liviandad y un exagerado pragmatismo.

Investigadores estadounidenses sostienen que hay, en el ambiente médico, cambios positivos hacia la valoración de la RMP y lo fundamentan en tres ítems, a saber:²⁷

1. la medicina ha resultado atropellada por la tecnología, por ese motivo se ha perdido la esencia de la importancia de la interacción con el paciente. Hay un intento de vuelta atrás o reconsideración de la esencia de la medicina.
2. el proyecto Genoma Humano ha descubierto que muchas enfermedades pueden ser halladas en el seno de los cromosomas. Es deber

24 Gadamer H.G. “El estado oculto de la salud” Edit. Gedisa. Barcelona 1996.

25 Chin J. J. “Doctor – Patient Relationship: A covenant of Trust”. Singapore Med J 2001 Vol 42(12) : 579 – 581

26 Gadamer H.G. “El estado oculto de la salud” Edit. Gedisa. Barcelona 1996.

27 Solomon J. Di Bara J. Simeone S. Dillon D. “Opportunities and obstacles for Good Work in medicine”. Good Work Report Series, Number 8

del médico aconsejar al paciente acerca de cómo abordar esas enfermedades antes de que se produzcan.

3. se han dado cuenta que la medicina preventiva permite que la relación costo beneficio se incline hacia la disminución de los costos. Por lo tanto, el trabajo del médico consiste en mejorar la relación médico paciente para educar a sus pacientes en comportamientos más saludables. Por ejemplo: “No fumar”, redundo en menores gastos para el sistema de salud. Naturalmente también se apunta a disminuir las agresiones al personal de la salud y prevenir la judicialización de las acciones de los médicos.

Están en lo cierto sin dudas, sin embargo, a mi criterio la cuestión de la RMP exige un abordaje más profundo y sustancial.

“Los hombres deben volver a aprender que todas las perturbaciones de la salud..., constituyen, en realidad, advertencias para que se trate de recuperar la medida, lo apropiado, el equilibrio natural”.²⁸

El paciente necesita hablar²⁹ acerca de sí mismo y ser escuchado atentamente, desea narrarnos su historia. La interacción se edifica con el fin de desarrollar un espacio de confianza en el que el paciente y el médico desplieguen la experiencia de la conversación, en ella los roles tienden a volverse difusos para aparecer el diálogo humano genuino. Casi como por añadidura se inicia una tendencia a la recuperación del equilibrio perdido.

No conviene confundir el espacio de la RMP con el de la amistad, sin embargo, en muchos casos, con pacientes afectados de patologías crónicas, ambos tienden a parecerse mucho: “La conversación posee una fuerza transformadora. Cuando una conversación se logra, nos queda algo, y algo queda en nosotros que nos transforma. Por eso la conversación ofrece una afinidad peculiar con la amistad. Sólo en la conversación (y en la risa común, que es como un consenso desbordante sin palabras) pueden encontrarse los amigos y crear ese género de comunidad en la que cada cual es él mismo para el otro porque ambos encuentran al otro y se encuentran a sí mismos en el otro”.³⁰

28 Gadamer H.G. “El estado oculto de la salud” Edit. Gedisa. Barcelona 1996.

29 Maturana, H. “El sentido de lo humano”. Dolmen-Granica. Santiago de Chile. 1997.

30 Fernández Labastida, J. Anuario Filosófico, XXXIX/1 (2006), 55-76

En la conversación entre dos seres autónomos es donde las intervenciones del médico pueden producir perturbaciones positivas en el paciente, la interacción tiene una jerarquía existencial en sí misma. Permítasenos insistir: “La conversación no solo es el modo en que fluye la palabra entre el paciente, que narra sus síntomas y el médico, que los interpreta y a su vez, debe hacerle comprensible a aquel aquello que padece. En esta relación, por la vía de la palabra, acontece ya lo terapéutico. La conversación terapéutica entre médico y paciente, a pesar de sus innegables dificultades, no debe ser soslayada pues hace parte del tratamiento y de la posible restitución de la salud. Es terapéutica en sí misma”.³¹

Tanto el médico como el paciente tomarán de ese medio relacional lo que sea de utilidad para cada quien. En realidad, y mal que nos pese a los médicos, no podemos pasar más allá de las sugerencias, de la persuasión, del consejo fundamentado de indicaciones esperanzadas. El paciente no puede ser forzado a “cumplir y obedecer” las “órdenes” del médico, su adhesión es voluntaria o no lo es. La interacción misma creará un marco de aceptación en el paciente, en el que además de sus dichos y los nuestros, se experimente un escenario de convivencia humana que potencie las facultades de ambos y permita la acción de la naturaleza. Ya desde el viejo Hipócrates, esta es la verdadera expectativa, allí tanto médico como paciente deben armarse de paciencia y de humildad.

Referencias Bibliográficas

- Gadamer H.G. “El estado oculto de la salud” Edit. Gedisa. Barcelona 1996.
- Fernández Labastida, J. Anuario Filosófico, XXXIX/1 (2006), 55-76.
- Maturana, H. “El sentido de lo humano”. Dolmen-Granica. Santiago de Chile. 1997.
- Wittgenstein L. “Tractatus Lógico Philosophicus” Altaya. Barcelona, 1994.
- Chin J. J. “Doctor – Patient Relationship: A covenant of Trust”. Singapore Med J 2001 Vol 42(12) : 579 – 581.
- Solomon J. Di Bara J. Simeone S. Dillon D. “Opportunities and obstacles for Good Work in medicine”. Good Work Report Series, Number 8.
- Maya Franco, C. “La conversación en la relación terapéutica”. Ciencias Sociales y Educación. Enero-junio de 2013 Vol. 2, N° 3, pp. 131-142 Medellín, Colombia.

31 Maya Franco, C. “La conversación en la relación terapéutica”. Ciencias Sociales y Educación. Enero-junio de 2013 Vol. 2, N° 3, pp. 131-142 Medellín, Colombia.

Capítulo 6: En qué consiste “Humanizar la medicina”³², ¿es eso posible?

Con frecuencia creciente en los ambientes médicos se considera necesario “Humanizar la Medicina”. Se insiste en que es necesario hacerlo pronto por diversos motivos: se extrañan ciertos valores de la profesión, los pacientes hacen oír sus reclamos, se percibe que la práctica médica se ha vuelto insensible. En nuestro medio es excepcional que alguien se oponga a dicha ‘humanización’, sin embargo, a la vez, no son muchos los pasos concretos que se dan en ese sentido. Una de las razones para explicar este fenómeno, sólo una de ellas, es que no se conoce con mucha exactitud el significado de esas palabras.

¿Qué significa, entonces, humanizar la Medicina?

Podemos comenzar aclarando algunas cuestiones que pueden confundir:

- La primera que se me ocurre remarcar, es que habitualmente se entiende que humanizar la medicina es lograr médicos “buenitos”. Esta confusión está muy difundida entre los médicos y es demasiado frecuente en educación médica. La humanización de la medicina tiende a formar médicos virtuosos, lo que no tiene nada que ver con que sean “buenitos”, simpáticos, complacientes, desprendidos, sonrientes, etc. Aclaro que, cuando, por deformación profesional,

32 El siguiente artículo inspiró esta reflexión: GUTIERREZ RECACHA, P. La humanización de la medicina. Educación Médica, Barcelona, v. 9, p. S.51-S54, dic. 2006. Supl. 1. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/edu/v9s1/13.pdf>. Acceso

me refiero a ‘los médicos’, en realidad deseo que mis comentarios se hagan extensivo a la totalidad de los profesionales de la salud.

- En segundo lugar, recordemos que todo lo que el hombre hace, es acción humana. ¿Una obviedad? Sin embargo, eso conlleva la desagradable implicancia de considerar que, es tan humano cuidar enfermos en un lazareto de Calcuta, como encerrar a miles de personas en campos de exterminio, o permitir que familias enteras mueran ahogadas en las aguas del Mediterráneo.

Este razonamiento repugna a la inteligencia, debe haber otros motivos que hacen que humanizar sea algo deseable. Un superficial recorrido por los hechos del siglo XX, puede enseñarnos algunas cosas, son varias las acepciones de humanismo que, durante ese tiempo, volaron por los aires y dejaron de tener sentido.

Algunos de los rasgos del humanismo de la modernidad se desplomaron por efecto de la realidad:

1. La idea de la existencia de una sola verdad, resultó intolerable y criminal.
2. La idea de que una cultura podía ocupar todo el espacio global de manera excluyente, resultó suicida.
3. La primacía de la razón, la ciega confianza en ella y en la ciencia, la apuesta por el progreso indefinido, concluyeron en un funesto carnaval de irracionalidad: guerras, exterminio, guetos, Gulags, masacres atómicas, genocidios, inequidad, miseria, hambre, etc.

Todo eso fue realizado por los hombres, por lo tanto, podemos considerarlo parte de nuestro desdichado patrimonio. Sin embargo, podemos intentar ver las cosas de otro modo para aspirar a lograr una respuesta medianamente satisfactoria a nuestro planteo inicial.

Propuesta

Propongo unos pocos mojones para lograr caracterizar un humanismo que nos conduzca con alguna certeza hacia la humanización de la práctica médica

1. Humanizar es resguardar la complejidad. Es lo contrario a cosificar, simplificar y reducir. Equivale a decir que el ser humano (todo humano) no es una cosa, es un ser único, digno y complejo. No es una cosa que simplemente ocupa un lugar en el espacio.

El ser humano es un sistema vivo de altísima complejidad, la mayor entre los seres vivos y no vivos. Para hacer una comparación gráfica, alguien aseveró con razón, que un solo ser humano es más complejo que la suma de todas las galaxias. Sea esto cierto o no, el caso es que no puede ser reducido a algo simple. Ciertamente, es más complejo, y no puede ser reducido a un animal, un agente, un paciente, un niño. Es erróneo caer en cualquier simplificación. No es válido decir “el ser humano no es más que...” No puede ser reducido a ‘animal inteligente’, ‘animal con conciencia y voluntad’, ‘animal político’, ‘ser para la muerte’, ciudadano, integrante, creyente, padre, madre, hijo, ‘sidoso’, ‘diabético’, homosexual, etc. Es la suma de muchas características y particularidades y mucho, muchísimo más.

2. Humanizar es reconocer la individualidad del ser humano. Una entidad singular, original y diferente al resto de los de su especie. Poseedor de una dignidad particular, autonomía y libertad. Un ser capaz de proporcionarse sus propias normas, cambiarlas, adaptarlas y ser consecuente con ellas, un ser capaz también de cometer errores. Autónomo, por naturaleza ajeno a la obediencia ciega, la manipulación, la robotización y la indiferencia.

Un ser abierto al mundo compartido, al mundo social y de la cultura. Abierto al diálogo y los consensos. Estas cualidades, a las que se suma la libertad, hacen del ser humano un individuo al que se necesita pedir su acuerdo para llevar a cabo cualquier acción que lo involucre. ¿Una utopía? Todo esto está contemplado en la declaración de los derechos del hombre. Nunca, nunca, nunca, conviene olvidar que el ser humano también tiene deberes propios de la pertenencia a la especie y a su medio social.

3. El ser humano es capaz de ser virtuoso, de optar y perseverar de manera continua y voluntaria en la realización de hábitos buenos. Buenos, ya que son provechosos para él y la comunidad a la que pertenece. Buenos en tanto lo enaltecen y lo ennoblecen. Tam-

bién tiene la capacidad para realizar actos moralmente malos, que atentan contra él y su comunidad. Son los denominados vicios.

La persona tiene conocimiento y aprecia no sólo los hechos, sino también los valores. Como dice Diego Gracia: “Toda apreciación humana, a la par que racional, es también un acto emocional y subjetivo”.³³

La persona es libre, y posee la capacidad de aprender y adaptarse. Para el ser humano es posible no únicamente ejecutar actos compasivos, empáticos, amorosos de manera aislada, estos pueden ser consolidados en virtudes, es decir, convertir en un hábito. Es capaz no solamente de producir actos buenos, sino ser bueno, o lo que es lo mismo “encarnar la virtud de la bondad”.

Alguien podría decirme: ¡Y de lo contrario también! Concedido, de eso se trata la libertad humana.

Precisando

Para intentar ir dando respuesta al interrogante inicial, vamos a valernos de lo enunciado hasta ahora.

1. El paciente no es una cosa y el médico tampoco. Esta sencilla y obvia proposición nos permite recordar que ambos tienen el carácter de individuos, es decir, no son objetos, son personas. Que quienes actúan en la interacción médica son sistemas humanos altamente complejos y que ambos constituyen un supra sistema de complejidad equivalente. En ningún caso puede decirse que ‘el médico no es más que...’, ‘el paciente no es más que...’ o ‘la relación Médico – Paciente no es más que...’

Primera premisa: Humanizar la medicina es considerar, tanto al médico como al paciente, individuos complejos, personas, no reducibles a afirmaciones de menor envergadura o impracticable simplicidad.

33 GRACIA, D. Hechos y valores en psiquiatría. Madrid: Triacastella, 2003.

2. Ambos, médico y paciente, son individuos autónomos. Lo que equivale a decir que actúan libre y responsablemente. Son capaces de imponerse sus propias normas, autorregularse y participar de sociedades en las que no se comportan como autómatas, ni se hallan determinados. En ética médica se destaca el principio de autonomía inspirado en proposiciones kantianas respecto de la autodeterminación del ser humano. De allí deviene que toda acción humana colectiva, la relación médico paciente (salvo casos sumamente excepcionales) lo es, implica diálogo, argumentación, acuerdo, consenso y corresponsabilidades. Instrumentos como el Consentimiento Informado, provienen de este principio. Vemos que cada vez con mayor frecuencia el médico propone alternativas terapéuticas que el paciente, convenientemente informado, puede acceder o no a practicar. De allí surge el concepto de corresponsabilidad.

Segunda premisa: Humanizar la medicina significa considerar al médico y el paciente como personas libres y responsables, dotadas de autonomía.

3. El ser humano es capaz de proceder virtuosamente. Puede, no solamente realizar actos buenos con el prójimo inmediato o con la comunidad, sino encarnar esos actos de manera habitual, lo que conforma un actuar virtuoso, una vida de virtud.

En el médico esto se expresa fundamentalmente de dos modos:

- La Phronesis que es la sabiduría práctica. Constituye esa capacidad que va adquiriendo con la experiencia y le permite orquestar sus conocimientos científicos (su saber hacer), con la realidad social en un sentido amplio. Con los diferentes constituyentes del mundo de la salud (Sistema de salud, industrias vinculadas, políticas sanitarias, disponibilidad de recursos) y fundamentalmente con el paciente como persona compleja, dotada de racionalidad, emocionalidad y pertenencia grupal.
- El respeto a ultranza del paciente. Salvaguardar sus tiempos, adaptarse a sus modos dialogales, respetar y honrar sus historias resguardar sus rasgos culturales y creencias, proceder con veracidad y confidencialidad, y contemplar las particularidades propias de cada uno. El respeto es la puerta de entrada a la empatía y a la compasión.

Dice Diego Gracia: “Pueden enseñarse los conocimientos y pueden aprenderse las habilidades, pero los rasgos de carácter son muy difíciles de cambiar”.³⁴

El médico se constituye en un “médico humanizado” (si es que podemos denominarlo así) mediante la experiencia y la práctica del contacto con el paciente. La humanización de la medicina es un proceso que nunca puede considerarse concluido, el médico nunca alcanza la plenitud de la virtud, se acerca, alcanza a divisarla, casi puede tocarla...

Concretamente, quien desea comprometerse con la humanización de la medicina necesita considerar positivamente y comprometerse con, al menos (dejamos las puertas abiertas a nuevas y mejores consideraciones) los siguientes puntos:

1. Los seres humanos somos individuos originales y singulares.
2. Los seres humanos somos personas autónomas.
3. Seres culturales abiertos al diálogo, al acuerdo y al consenso.
4. Capaces de realizar actos buenos y transformarlos en virtudes.
5. Seres capaces de respetarnos entre nosotros. Empáticos y compasivos. Capaces de amar y entregarlo todo por el otro.

Finalmente ruego que no se considere al presente escrito como la suma referencial del resbaladizo tema de la humanización de la medicina, se trata de una reflexión personal acerca del tema, para proponer algunas, solo algunas estrategias provenientes de la experiencia propia en la práctica y en la educación médicas.

34 GRACIA, D. Por una asistencia médica más humana. Madrid: Triacastella, 2004.

Capítulo 7: Optimismo y realidad en medicina

La tecnología, nos provee de recursos variados que nos desafían a estar a la altura de las circunstancias como contemplativos y aprendices de la realidad. En mi lector de libros electrónicos “Kindle”, tengo la posibilidad de guardar en la carpeta “Mis Recortes” algunas frases que me llaman la atención. Esas porciones de texto quedan guardadas en la memoria del aparato, disponibles para ser usadas en un futuro posible.

Hoy, sin ir más lejos, encontré algunas frases iniciales de un potente libro que leí recientemente. Se trata de “Esperanza sin optimismo” de Terry Eagleton³⁵. Es una obra erudita que amerita un análisis concienzudo de alguien con más capacidades analíticas que las mías, con más experiencia en degustar textos de crítica literaria. En ese contexto de insuficiencia, me voy a atrever a tomar dos o tres frases que me cuestionaron acerca del optimismo irreflexivo en la práctica y en la educación médica.

Dados los avances tecnológicos de la medicina, a los que nos referimos de manera machacona y muchas veces injusta; los médicos tenemos con frecuencia una tentación de la omnipotencia que trasladamos a nuestros alumnos de modo peligroso. Un joven que ingresa a cursar medicina, puede tener la impresión, a poco de ingresar a los claustros, que el saber médico y los recursos con los que cuenta la medicina hoy en día, lo transforman en un potente transformador de las dolorosas realidades humanas, al punto de convenirse que la enfermedad se halla irremediablemente acorralada a la espera de su destrucción definitiva. La realidad no coincide con estas desproporcionadas aspiraciones, y nos enfrenta a nuestros ‘antipáticos’ límites.

35 Eagleton T. *Hope Without Optimism*. 2015. Yale University Press.

Al respecto dice Eagleton en la obra citada “...reconocer la tozudez de la realidad es, en opinión de Erikson, vital para la formación del ego, pero esto es lo que le resulta tan difícil al optimista crónico o profesional...”

Ocurre que, impulsados por algún tipo de viento a favor, no vemos con claridad la realidad y sus límites fácticos. Por no verla en su plenitud, llena de oportunidades, pero también de límites insalvables, somos seducidos por el optimismo al punto de asistir a la generación de un ego desproporcionado, sin fronteras y por lo tanto endeble. Un ego ficcional, una dramática ilusión. El antídoto para prevenir tal descalabro es la misma realidad, mejor, la descarnada acción de mirar la realidad sin tapujos, ni disfraces. La apuesta es mayúscula, importante, determinante; de lo genuino de esa interacción surgirá nada más ni nada menos que la identidad. Ese yo al que tanto decimos conocer desde toda la vida, pero que sabemos nos esconde numerosos aspectos de nosotros mismos, ese que con frecuencia nos contradice en nuestros propios diálogos y acciones cotidianos.

Podemos quedarnos entonces con esta idea: A partir del conocimiento desmascarado y genuino de la realidad –situación que conlleva no pocas dificultades– podemos asistir comprometidamente al desarrollo de una identidad personal, y transitivamente profesional, que reconozca (dentro de los límites de factibilidad) sus potencialidades y también sus límites. En la consolidación de una personalidad segura de sí misma y conocedora de sus falencias, tienen mucho que ver aquellos que se dedican, como docentes, a la educación del futuro médico, a la formación del futuro profesional.

Mucha y mala realidad, puede frustrar a un estudiante de medicina, mucho y malo optimismo, puede deformarlo y transformarlo en un iluso sin remedio. Ambas situaciones resultan catastróficas cuando el nuevo médico se ponga en contacto con sus pacientes. Los resultados pueden ser impredecibles. Dicho esto, debemos estar atentos a la tozudez de la realidad –como una piedra es tozudamente dura e impenetrable– de modo que nos ayude en el diseño adecuado de un yo prudente. Un yo que sea consciente de sus fortalezas y debilidades genuinas y eficiente gestor de sus emociones, arrebatos, entusiasmos, límites, razones y miedos.

Eagleton continúa diciendo que:

...un optimista es más bien alguien con una actitud risueña ante la vida simplemente porque es optimista. Prevé que las cosas van a resultar favorables porque él es así. Como tal, no se da cuenta de que hay que tener razones para ser feliz. Por lo tanto, el optimismo profesional no es una virtud, como tampoco lo es tener pecas o pies planos.

En suma, ser optimista no es ninguna virtud, tener esperanza es otra cosa. La actitud risueña ante la vida, si bien hasta puede ser terapéutica para quien la posee, resulta extremadamente chocante para quien está observando la realidad con toda crudeza. El optimista profesional se ríe de nada y por nada.

Cuando un médico se encuentra con un paciente adoptando una actitud risueña ante su demanda y sus historias, es percibido como indiferente y desinteresado. Impresiona como alguien que pretende asegurar su propia impermeabilidad ante el sufrimiento. Según Eagleton el optimista lo es por sí, cree que las cosas van a ser favorables porque él tiene una visión favorable siempre.

“Hay que tener una razón para ser feliz.” Esta afirmación nos lleva a enrostrarnos con lo existencial, en algunos casos con la trascendencia.

¿Acaso hay alguna razón para ser feliz? ¿Una razón que justifique la felicidad humana? Una enorme pregunta, con múltiples respuestas. En realidad, estas podrían resumirse a dos: sí y no. Las razones para la felicidad pueden estar en la complacencia ante los logros de los propios proyectos vitales, en las interacciones que nos confirman como seres humanos interesados en la suerte de nuestros congéneres, en nuestra mirada confiada ante lo trascendente, en nuestra relación con un Dios persona que desgarrar el absurdo de la existencia y le otorga su supremo sentido. Sí, hay que tener razones para ser feliz. Esa felicidad a la que hacemos referencia es aquello que los griegos conocían como *Eudaimonia*. Aquella que Aristóteles entendía como ejercicio virtuoso de lo específicamente humano, es decir, la razón.

¿Hay siempre razones para ser feliz? Por ahora no tengo dudas. En el contexto del presente trabajo, deseo advertir acerca de los médicos optimistas profesionales, irreflexivos y negadores de la realidad. Ésta, la realidad, debe consolidarse como la piedra de toque de las previsiones de futuro, como el sustento firme de todo pronóstico serio. Es ella la que nos permite manejar con prudencia el desenfreno de nuestros deseos. Si nuestros alumnos son conscientes de esto, podrán permanecer con los pies en el suelo, mientras se

ejercitan en los tan necesarios sueños y proyectos de juventud. La virtud está en la observación detenida de la realidad, en el conocimiento de uno mismo y en la prudencia que nos permite calcular con precisión razonable la justicia de nuestros actos.

Finalmente dice el autor citado: “...tanto el optimismo como el pesimismo son formas de fatalismo”. Eso refiere a falta de libertad, carencia de alternativas, escasez de opciones, certidumbres e imposibilidad de torcer los destinos. Esa no es la vida a la que el hombre es invitado. La vida es inestabilidad e incerteza, es acierto y error, es empeñamiento en contra de la entropía, es indeterminación, emoción y razón, sabiduría y descontrol.

Los docentes médicos y nuestros alumnos debemos estar entrenados en la variabilidad, en la sorpresa, en la emergencia de lo nuevo. Debemos desarrollar nuestra profesión abrazados a la capacidad de asombro, preocupados por no perderla nunca y sobre todo por no matarla con nuestro irracional optimismo.

Capítulo 8: La escritura reflexiva como agente de cambio en medicina

*We need storytelling, to set us in the clinical moment, remind us of the variety of human experience and enrich our judgment.*³⁶

Peter D. Kramer

La práctica efectiva de la medicina requiere competencias narrativas. Es necesario entrenarse en la habilidad para reconocer, absorber, interpretar, y actuar en las historias que nos comparten los otros. La Medicina Narrativa es el modelo para una práctica médica humana y eficiente. Adoptar métodos como la lectura de libros y la práctica de la escritura reflexiva, les permite a los profesionales de la salud examinar e iluminar los escenarios principales en los que la medicina narrativa cobra un valor distintivo: la relación médico-paciente, la relación del médico consigo mismo, le relación médico-médico y colegas del servicio de salud, y la relación médico-sociedad.³⁷

La escritura reflexiva, uno de los pilares de la narrativa en medicina, parece a priori, una tarea complicada. Los médicos no estamos acostumbrados a reflexionar en nuestra práctica, mucho menos a escribir sobre ella. Ante tal dificultad es frecuente que rápidamente resultemos disuadidos, y abandonemos esa empresa. Sin embargo, estudios recientes de narrativa y medicina, sostienen que dicha práctica puede ser un excelente agente de cambio y

36 Kramer, P. "Why Doctors Need Stories" in: <http://opinionator.blogs.nytimes.com/2014/10/18/why-doctors-need-stories/?module=Search&mabReward=relbias&>

37 Charon, R. "Narrative Medicine, a model for empathy, reflection, profession, and trust." *Journal of American Medical Association*.

enriquecimiento de la profesión. Un par de autores, Fiona Harding y Rodger Charlton³⁸, proponen algunos tips para encarar este desafío y hacerlo bien.

Para algunos médicos entre los que me cuento, poner por escrito una reflexión acerca de la propia vida, o de la práctica, no es una tarea imposible. Para muchos colegas en cambio, la escritura se presenta como un límite insuperable, un obstáculo insalvable, aun reconociéndola como una actividad significativa y de gran valor para evaluar el trabajo diario y el propio bienestar como prestador de salud.

Un médico reflexivo es capaz de detenerse en su ocupada cotidianeidad y observar retrospectivamente sus acciones, sus decisiones, identificar patrones de conducta. Esa actividad puede ayudarlo a mejorar y potenciar su accionar médico. Teniendo una mirada crítica de su propio comportamiento y de sus conductas, desafiando su comportamiento rutinario, el médico reflexivo puede lograr su máximo objetivo, optimizar el cuidado del paciente. Estando más atento a sus propias opciones y acciones, se reconoce habilitado para tomar mejores decisiones con los futuros pacientes. Se siente advertido para no repetir recurrentes errores y a la vez, resulta beneficiado en su práctica personal y profesional disminuyendo sus niveles de estrés, su satisfacción laboral y la temida sensación de sentirse ‘quemado’ y derrotado en su propio trabajo. Cuando estas reflexiones son puestas en común en reuniones con pares y en equipos interdisciplinarios, ellas pueden resultar potenciadas y su efecto positivo multiplicarse entre los asistentes.

Mientras valoramos lo antedicho, podemos avanzar en el desarrollo de una actitud narrativa sobre la base de nuestras propias reflexiones. Algunas recomendaciones quizás nos estimulen y nos ayuden.

Escribe, escribe y escribe siempre más

El tiempo, las circunstancias, pueden agregar perspectivas nuevas. Escribir acerca del devenir de nuestra vida, en especial las instancias en las que se desarrolla nuestra profesión, puede ser un camino útil para consolidar aciertos y enmendar errores cometidos. Los trayectos históricos volcados a la escritura

38 Harding, F. Charlton, R. “Reflective writing as an agent for change” Published 6 June 2016) Education British Medical Journal

en forma de crónica testimonial, son un modo de ver, rever y volver a ver nuestras propias decisiones y acometer innovaciones con mayor claridad. Se trata de un camino de avance lento pero seguro, doy un paso atrás, considero y reveo. Luego puedo hacer dos pasos adelante.

Escribir es una tarea de la apertura personal, es la consumación de nuestra exposición. Todo lo escrito puede ser leído por alguien. Aunque no fuera así, acaso sea releído por mí en una instancia diferente de esta mudable vida. Por ese motivo es clave hacerlo, se le da cuerpo y existencia al testimonio. Pareciera que cristalizáramos momentos, por el contrario, creamos criaturas nuevas con vida propia. El texto es un organismo vivo.

Qué pudo haber sucedido para que yo mismo haya escrito una vez:

Nace el poeta cuando su corazón se turba por cotidianidades. Cuando la caída del sol es acompañada por el cierre de su telón interior. Nace el poeta cuando de lo que ha vivido extrae, no sin dolor, la sabia vivificante que empaña sus ojos y lo hace ver realidades fulgurantes, momentos subyugantes, allí donde siempre hubo lo que hubo.³⁹

Lee, lee, lee siempre más

La escritura reflexiva es algo que está mucho más allá de una científica cuantificación y por lo tanto de una objetiva evaluación. ¿Quién puede valorar a ciencia cierta si lo que escribió está bien o mal escrito? ¿Si lo que expresó en letras es bueno o malo? Sólo una intensa dedicación a la lectura puede fortalecer y otorgarles calidad literaria a nuestras reflexiones. Algunos escriben un mismo evento de diferentes modos, variando ángulos y perspectivas. Intentan una meta, se critican, y comparan sus expresiones con aquellas de los grandes escritores.

Leer siempre, leer variado, leer críticamente, sin dudas, potencia nuestra propia escritura, la optimiza con frecuencia de manera provisional. Lo escrito, siempre puede ser dicho de una manera mejor, más expresiva, más clara. Para muchos, leer y escribir se postula como una tarea tediosa; por el contrario, es un juego, una instancia lúdica que consiste en ensamblar y volver a en-

39 Ricci, R.T. "La cuarta pluma" (poemas) Edit. Pucará. SM de Tucumán. Julio de 1997.

samblar sentimientos y emociones para alcanzar una pureza expresiva. Para alcanzar la mayor adecuación de la letra con la vivencia.

¿Cuál habrá sido el camino que Carlos Presman desanduvo para escribir algo como lo que sigue al reflexionar sobre el acto de hacer una valoración prequirúrgica de rutina a una joven paciente?:

Recordé en voz alta la mnemotecnia mientras le colocaba los electrodos: Cuando los comunistas (rojo) se van a la derecha y el Papa (amarillo) se va a la izquierda, la esperanza (verde) se va a los pies. Cuando estaba por colocar el negro en la pierna derecha lanzó un alarido desgarrador. Se arrancó los cables, se acurrucó en posición fetal y comenzó a llorar desconsoladamente. Estuvo así un tiempo interminable. Le acaricié la cabeza e intenté tranquilizarla explicándole que no había ningún riesgo, que el aparato recogía la actividad eléctrica del corazón, pero ella se prendió los botones de la camisa, caminó hacia el escritorio y cuando pudo dejar de llorar, dijo: Estuve en La Perla.⁴⁰

Encuentra algo con sentido, algo significativo

La literatura meramente autorreferencial no produce resultados significativos, no invita al otro a efectuar su propio proceso. Una reflexión fértil puede desarrollarse si se selecciona una temática plena de sentido para el autor y luego escribir acerca de ella. Un recurso es hacer una mirada amplia al paisaje completo de las cosas que nos interesaron siempre, nos preocuparon siempre. Un balance acerca de los modos con los que nos hemos enfrentado, o hemos considerado esas inquisiciones.

Se puede iniciar la reflexión preguntándose ¿Cómo es que se sucedieron los hechos? ¿Qué se hizo bien en este caso concreto? ¿Cómo pudo haber sido hecho mejor? Las respuestas, pueden iniciarnos en una fructífera reflexión que no se limite al recuerdo, sino que inaugure perspectivas más satisfactorias y acaso, más comprometidas. Es clave que nuestra reflexión y posterior

40 Presman, C. "Letra de médico" Raiz de dos, editorial. Junio de 2010, Córdoba, Argentina. Hace referencia a La Perla, un campo de torturas durante la década del 70 en Córdoba, Argentina.

lectura versen sobre temas que nos interesen, que movilicen nuestros sentimientos, que cuestionen nuestros principios y reformulen nuestra acción. En pocas palabras, que tengan sentido para nosotros. En ese contexto es posible que hallemos respuestas prístinas y caminos que invitan a ser recorridos, prometedores de apetecibles frutos.

Mi querido amigo médico, cuando te hablo de sabiduría y conocimiento no estoy intentando descalificar a la razón en función de ciertos análisis históricos de sus fracasos que algunos filósofos han realizado. Nuestra charla tiene una finalidad bastante más clara y humilde: recuperar el lugar que le corresponde a la racionalidad en el camino del conocimiento y reunirla en un encuentro creativo con la sabiduría que es su fuente, de modo que cada una de las facultades de nuestro conocimiento, pueda discernir el campo que le es propio, sin comprometerse en situaciones sin salida.⁴¹

Otro recurso es la lectura de citas que en un principio nos resultan oscuras o crípticas, pero que en una relectura van mostrándonos senderos de sentido. Les pedimos a nuestros estudiantes una adecuada comprensión de los textos. ¿Y si nos proponemos a hacer otro tanto?

Discusión

Debo convenir que el acto de escribir es un hermoso momento de soledad. Considero a la soledad el ámbito propicio para la escucha de sí mismo y la puerta indispensable para la creatividad. Sí, en la escritura se manifiesta una obra de arte, no por la estética que puede cuestionada, sino por el acto creativo de una mente incondicionada. Es indispensable reconocer que un trabajo reflexivo de calidad incluye la opinión de otras personas. Aquella actividad en soledad se transforma en una instancia colectiva, llena de recuerdos, de murmullos, de consejos, de desaciertos que potencian el germen creativo.

Durante los años en los que me vengo dedicando a escribir, he contado con cualificados críticos de primera mano, siempre he necesitado ser leído y criticado. Esta técnica es vital para desarrollar empatía. En particular a los escri-

41 Ituarte, H. "Cartas filosóficas a un joven médico" Edit Hastinapura, Buenos Aires, 2009

tores médicos nos ayuda adoptar la mirada desde los ojos del otro. Resulta altamente beneficioso rodearse de un entorno amorosamente crítico, los aportes, aunque en un principio puedan disgustarnos, inciden determinadamente en la calidad expositiva de nuestros escritos. Trasladados estos conceptos a nuestra actividad médica, la discusión crítica favorece la consolidación del equipo de trabajo y, de manera transitiva en el bienestar de nuestros pacientes.

Personalmente he contado con críticos a la vez serios y benevolentes. Mi padre fue el primero de ellos, mi mentor el Dr. Antonio Battro me es indispensable, los integrantes de mi familia son los más severos, son los que conocen mis entrañas.

El lector cumple un papel fundamental, pues sin él ninguna obra de arte logra existencia, ya que es precisamente el lector quien la actualiza. Las obras no adquieren existencia real y completa hasta convertirse en 'un proceso de significación que se materializa mediante la lectura.⁴²

Ya no recuerdo qué interacciones humanas me permitieron escribir y publicar lo siguiente:

Me considero importante e indispensable, sin embargo, basta muy poco para jaquear ese concepto. Basta con colocarse al lado de un árbol de cinco o seis años. También tratando de impedir que llueva cuando en un día caluroso y húmedo comienza a soplar el viento fresco del sur, o tratando de hacer cima en un pequeño cerrito de 800 metros de altura. Puedo intentar impedir que continúe temblando la tierra cuando el sismógrafo indica solo 5 o 6 grados en la escala de Mercalli. Acaso lo logre al intentar abortar un ataque de epilepsia, o procurando revertir inmediatamente la asfixia de un asmático, o haciendo esfuerzos para sacar a alguien de un paro cardíaco, o simplemente impidiendo con mi esfuerzo un dolor de muelas o de oídos. Es posible que pueda recordar algunas otras cosas que pondrían en jaque mi importancia personal.⁴³

42 Eagleton, T. "Una introducción a la teoría literaria" Fondo de cultura económica. México 2022.

43 Ricci, R. "Cicatrices" Edición personal. S. M. de Tucumán. 2001.

No se trata tanto de qué pasó, sino de cómo te sientes con ello

Estamos adiestrados, sobre la base de nuestro entrenamiento en escribir historias clínicas, a poner foco en los datos objetivos, en la denominada ‘información pertinente’, y tratamos de no considerar las cuestiones personales. Pareciera que lo subjetivo del paciente nos produce horror.

Nos desviamos intencionalmente de lo que pueda implicar un compromiso emocional. No entra dentro del marco de nuestros intereses la realidad sociocultural de nuestros pacientes, hacemos caso omiso de su personalidad, sus emociones y de sus relaciones familiares y con el resto del personal de salud. Corremos el riesgo de inquirir en detalles irrelevantes que no resultan pertinentes en la interacción entre el médico y su paciente. Despreciamos su uso de la lengua común, sus modos comunicacionales, inmediatamente traducimos toda información a la jerga médica. Esa es nuestra costumbre.

A los fines de hacer una valiosa reflexión de las decisiones y de las acciones de nuestra práctica podríamos enfocarnos en nuestros sentimientos. La pregunta sería:

¿Cómo me siento? O ¿Cómo me sentí en ese momento? La genuina respuesta a esas preguntas podrá producir como resultado una nutritiva y fructífera escritura reflexiva.

El fruto de nuestra reflexión puede ser algo como esto:

¿Qué hacemos como sociedad para la atención de los ancianos? ¿A quién le interesa la salud de los adultos mayores? ¿Es posible dar una digna asistencia sanitaria sin dinero? ¿Qué sociedad estamos construyendo para nuestra propia vejez? Resulta altamente preocupante que quienes hoy deciden los destinos de los fondos económicos no tomen como prioridad esta grave situación.

Desde cierta sabiduría popular, la mayoría aspira a morir de viejo y no morir por viejo, pero si tomamos conciencia y actuamos en defensa de nuestros mayores, tal vez resulte posible vivir de viejos.⁴⁴

44 Presman, C. “Letra de médico” Editorial raíz de dos. Córdoba, Argentina. 2010.

Explorar nuestra zona de confort y algunas periferias

Nuestra zona de confort es aquel espacio en que nos sentimos resguardados, en el que los cuestionamientos y las incomodidades se intentan dejar de lado. Sin embargo, con cierta frecuencia, ingresan planteos molestos a esa defendida zona. De golpe podemos vernos jaqueados, importunados. La tendencia natural es alejarnos de la incomodidad, mirar hacia otro lado, negar la existencia de realidades que nos resultan fastidiosas.

Una buena puerta de entrada a la reflexión creativa son estas situaciones de displacer. Nos podemos preguntar: ¿Por qué esta situación me resulta molesta o incluso insoportable? ¿Por qué reacciono haciendo lo posible y aún lo imposible para liberarme de este inoportuno estímulo?

Enfrentando estas molestas intromisiones podemos visibilizar para nosotros y para los demás, situaciones que si permanecieran en silencio alimentarían rencores y provocarían respuestas impensadas e inesperadas. ¿Es que yo tengo razón, o estoy equivocado? Intentar una respuesta desde la genuina reflexión puede ser muy útil para nosotros y también para aquellos que nos rodean. Poner por escrito estas cuestiones pueden permitir que nos enfrentemos con ellas y las discutamos con nuestros. Esa actitud ayudará a aventar inoportunos fantasmas.

Puede que sea un modo de navegar contracorriente. Hemos sido entrenados para guardarnos nuestras emociones, nos formaron para parecernos lo más posible entre nosotros. Para enmudecer nuestras diferencias, nuestras particularidades, nuestra singularidad. La famosa frase “el médico DEBE proceder de este o de aquel modo”, condiciona con demasiada frecuencia nuestra conducta. La narrativa y la escritura reflexiva, pueden ayudarnos a salir de esa trampa que con frecuencia nos agobia..

Carlos Tajer nos aporta esta reflexión en su libro “El corazón enfermo”:

La primera observación relevante respecto de la educación médica es que después de varios años de haber sido enseñados de que cada uno es similar, el estudiante ha de descubrir por su cuenta que cada uno es diferente, lo que su propia experiencia le había enseñado desde su infancia. (...) La sustitución sin descanso durante el curso del entrenamiento médico de habilidades que son fundamentalmente lingüísticas,

empáticas e interpretativas por aquellas consideradas ‘científicas’, eminentemente medibles, pero inevitablemente reduccionistas, puede interpretarse de cualquier manera, pero no como un logro del curriculum moderno.⁴⁵

Escritura creativa

La literatura nos advierte que la escritura creativa está íntimamente relacionada con la práctica reflexiva. Es quizás el costado más entretenido y revelador de la tarea a la que nos gustaría disponernos. Hay algunos aspectos que conviene destacar y que explican la notable riqueza que la escritura creativa tiene para nuestro crecimiento personal y para nuestro desarrollo profesional.

El primero de ellos es la posibilidad de inventar y diseñar instancias de ficción, que, a la vez, pueden ser escenarios aún no vividos por el escritor, pero que acepta el desafío de resolverlo en la ficción. Se produce la sensación de enfrentarse virtualmente con la situación deseada o temida, y gestionar las emociones e incertidumbres que son propias de ella. Esa exposición a la ficción, acaso nos permita, en el futuro, una mejor disposición ante situaciones reales de características similares.

Un ejemplo puede ser escribir acerca de la situación de ficción de dar una mala noticia a unos padres que esperan en la puerta de neonatología para conocer la evolución de su niño nacido hace un mes. Un escenario complejo que no hemos vivido, pero al que podríamos enfrentarnos.

El segundo es el diseño de personajes en nuestra historia de ficción. Personajes parecidos a nosotros mismos, personajes diametralmente diferentes, individuos originales o excéntricos, de opiniones alternativas, incluso descabelladas. Esto nos permite el desarrollo de nuestra capacidad empática, ya que debemos ponernos en la piel de nuestro personaje y razonar y accionar como si fuéramos ellos. Es una experiencia enormemente divertida, dramática y aleccionadora. Es sorprendente lo que puede surgir de nosotros en estas instancias.

45 Tajer, C. “El corazón enfermo” Libros del Zorzal. Buenos Aires. 2008.

En tercer lugar, es importante que identifiquemos los contextos, los sistemas y las interacciones que se producen entre nuestros personajes de ficción. Observando, se nos abren mundos de sentido, nos sorprendemos cuando somos capaces de imaginar qué siente Juan cuando le dijo lo que le dijo a José. ¿Qué sintió José?Cuál sería la reacción esperable, cuál la alternativa.

Pero ¿cómo iba a orientarme? Sabía que debía viajar en dirección sudeste para llegar a destino, pero el sol era mi única guía. No conocía los nombres de los pueblos por los que pasaría ni podía pedir información a ningún ser humano, pero no desesperé. Sólo a ti podía pedirte socorro, aunque no sintiera hacia ti otro sentimiento que no fuera de odio. ¡Eras un creador insensible y sin corazón! Me habías dotado de percepción y de pasiones, y luego convertido en objeto de asco y el horror de la humanidad. Pero solo de ti podía reclamar compasión y desagravio, y a ti decidí pedir la justicia que vanamente había intentado obtener de todo otro ser con forma humana.⁴⁶

Magistral la forma en que Mary Shelley da forma a su personaje y lo pone en un escenario de desesperación, odio y a la vez de dependencia. De modo sublimemente creativo expone los sentimientos del inteligente producto de la arriesgada inspiración científica del Dr. Frankenstein.

Divertirse y disfrutar

Si la diversión no está suficientemente asociada a la práctica médica, aparenta estarlo aún menos a la escritura reflexiva. Parece asociarse esto de mirarse a uno mismo de manera crítica y expresarla en forma de narración, a una estricta seriedad, ceño fruncido y ojos cerrados. No necesariamente debe ser de ese modo. Es muy sano en la práctica de la medicina reír con el paciente acerca de ocurrencias, secretos compartidos o experiencias superadas en común. No es necesario caer en el humor mordaz de los vestuarios, o en las ‘cargadas’ dolorosas de los pases de sala o reuniones de pares.

Verse con humor y plantearse problemáticas serias con un plus de esperanza y medida liviandad, ayuda en la tarea de todos los días. Agregándole humor

46 Shelley. M. “Frankenstein” Centro editor de cultura. Buenos Aires 2005.

a nuestras reflexiones, éstas pueden volverse más aleccionadoras y fáciles de evocar en situaciones similares.

Por ejemplo, en tren de reflexionar sobre las características de la tercera edad, sobre las particularidades de las desventuras de nuestros ancianos, podemos recurrir a un relato de este tipo:

María tendría noventa años y le pedí los dientes para hacer el estudio. No quería saber nada y se tapaba la boca con las dos manos. Con mi sonrisa seductora, le dije que no fuera coqueta, que nadie la iba a ver. ¡No le voy a dar los dientes!, repetía ella. Cuando quise insistir me aclaró que todos los dientes eran de ella. Mirá vos, la vieja, pese a la pila de años que tenía encima, no usaba prótesis. El otro paciente era un viejo pícaro de setenta que al sacarse la prótesis me advirtió que la tratara con especial cuidado. Había viajado a las Termas de Rio Hondo en esos tours de jubilados y en el trayecto de ida se descompuso con los alfajorcitos del ómnibus. Recién llegado, buscó un médico de urgencia porque iba con la idea de comer sin restricciones ya que los menús estaban todos incluidos. En la sala de espera no aguantó más las náuseas y pasó al baño a vomitar. Allá fue también la prótesis de abajo y no la pudo rescatar del inodoro. Con lo que le costó conseguirla por PAMI ni loco tiraría la cadena, así que le pidió auxilio a la patrona, que con su mano pequeña la pudo salvar. ¡Olvídate que me vas a besar con esa inmundicia!, le dijo ella, así que pudo comer de todo, pero de lo otro ni hablemos.

Un plan de desarrollo personal

La reflexión puede tener, en principio, dos particularidades marcadamente diferentes. Uno es el caso de la reflexión rica y concentrada efectuada de manera esporádica, aleatoria y relacionada con eventos y sensaciones que despiertan nuestro interés, sin la necesidad de responder a un plan determinado ni al desarrollo de algún tipo de modificación de conductas o la adquisición de algún tipo de habilidades o competencias.

Un segundo caso es el que acá se recomienda. Nuestra reflexión puede ocuparse de revisar áreas en las que estamos interesados en potenciar o desarrollar. Por ejemplo: nuestra capacidad de escucha. Este modo de reflexionar

necesita de un plan concreto de desarrollo personal. Este consiste como toda actividad normatizada, proponernos objetivos, determinar metas a lograr y etapas para ir superando. Debemos diseñar estrategias detalladas y metodologías para su efectivo cumplimiento. De este modo la reflexión hará especial hincapié en los logros que vamos obteniendo, así como en el aprendizaje que nos proponen errores que hemos cometido.

Podríamos diseñar un camino que nos permita desarrollar nuestra empatía reflexionando sobre este texto de Susan Sontag:

La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más onerosa. Todos los que nacen tienen doble ciudadanía en el reino de los sanos y en el reino de los enfermos. Aunque todos preferimos usar sólo el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado, por lo menos por un tiempo, a identificarse como ciudadano de ese otro lugar.⁴⁷

Evidencias de cambio

En última instancia la reflexión carece de sentido si no facilita un cambio en nuestro modo de ver la profesión y, sobre todo, en el modo en que tratamos a aquellos que están a nuestro cuidado. Practicándola es muy probable que identifiquemos áreas que requieren un replanteo, aspectos de nuestra práctica que necesitan ser optimizados. Por nuestros pacientes y por nosotros mismos. Si luego de practicar la reflexión y efectuar narrativas que pongan en evidencia aquellas áreas de nuestra práctica que deseamos modificar, no obtenemos resultados que nos satisfagan, es hora de hacer un movimiento.

Acaso sea conveniente seleccionar un interlocutor que nos escuche y opine sobre nuestros intentos. Un colega, un amigo, una persona que puede estar viendo lo que nosotros no vemos, o damos por supuesto. Quizás necesitemos retroalimentaciones de nuestros colegas y también, por qué no, de nuestros pacientes. Podemos registrar nuestro devenir en una especie de diario de vivencias, para registrar propósitos, obstáculos, logros y frustraciones. Un ca-

47 Citado en: Bordelois, I. "A la escucha del cuerpo" Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2009.

mino muy provechoso en la búsqueda de la genuina satisfacción personal. El estado de satisfacción del ser humano tiene que ver directa o indirectamente con el efecto de sus acciones con otros seres humanos. Por eso resulta importantísimo el feedback de aquellos que nos rodean.

Propongo usar nuestro verbo “reflexionar” en lugar de “pensar”, usado en esta biografía de Einstein.

Desde este punto de vista, ‘pensar’ no es una alegría o una tarea añadida a la existencia diaria. Es la misma esencia del ser de una persona, y la herramienta con la que pueden ser dominadas las penas transitorias, las formas primitivas de sentimiento y lo que él llama las otras partes de la existencia “meramente” personales”. Pues es a través de tal idea como uno puede elevarse hasta el nivel en donde puede ‘pensar’ acerca de “enigmas grandes y eternos”. Es una “liberación” que puede dar libertad y seguridad interior.⁴⁸

Para ir concluyendo podemos decir que la reflexión es una experiencia personal cuyos mejores resultados ocurren cuando cada uno crea su propio proceso y estilo. Es posible que, siguiendo esta lista de consejos, los médicos seamos capaces de crear una base para luego ir edificando una totalidad que nos habilite a optimizar nuestra práctica y a favorecer nuestros intercambios diarios con nuestros pacientes. Eso, por un lado, por otro, el ejercicio del autoconocimiento creativo podrá potenciar nuestra aptitud de trabajo en equipo saneando las relaciones con los otros agentes comprometidos en la atención de los seres humanos en condición de necesidad y situación de vulnerabilidad.

La enunciada lista de consejos está construida siguiendo la tendencia anglosajona que consiste en enumerar, a modo de lista de cotejo, una serie de conductas que pueden resultar positivas en pos de un objetivo propuesto.

Para profundizar se pueden consultar autores de la línea continental europea, cuya perspectiva es más profunda y argumentada. El tema de la alteridad, la aparición del otro en nuestras vidas, como un rostro que reclama nuestro auxilio y nuestra responsabilidad, se encuentra magistralmente desarrollada en los trabajos de Emmanuel Levinas y también en los del filósofo Martin

48 Holton, G. “Einstein, historia y otras pasiones” Editorial Taurus. Madrid, 1998.

Buber. Si bien sus contribuciones no están específicamente destinadas a los médicos, reflexionar en ellas nos puede abrir un panorama aún más sustancioso y de una profundidad infinita.

Acaso el presente texto sirva para alentar a los lectores a abrir la puerta de la reflexión acerca de aquello que tenemos al alcance de la mano: quiénes somos, cómo somos y cómo y para qué actuamos. La tarea no es menuda, por el contrario, es interesantísima.

Capítulo 9: “Los famosos 18 segundos”

Hay artículos que de pronto lo ponen todo patas para arriba, otros que nos espabilan y nos hacen ver que realmente ya estaba todo patas para arriba. Ese es, depende del lector, el caso de: “Questioning a Taboo. Physicians Interruptions During Interactions With Patients”, publicado en JAMA (Journal of American Medical Association) el 5 de mayo de 2020.

El breve texto me impresionó tanto que mi trabajo va a consistir solamente en intentar hacer una adecuación del mismo a nuestro medio. Eso me permitirá sumar mis convicciones al respecto y mi experiencia como médico clínico y profesor en una carrera de Medicina. Este texto, por lo tanto, podrá ser aprovechado para el entrenamiento de nuevos médicos, para la instrucción de los estudiantes de medicina y para un examen de consciencia de veteranos como yo.

Una de esas muletillas que siempre viene bien recordar cuando se habla de la Relación Médico–Paciente y de la Comunicación en Medicina, es aquella de que los médicos interrumpen el relato de sus pacientes alrededor de los 18 segundos de haber éste comenzado a relatar el motivo de la consulta. Esta verdad –lo desconocía hasta ahora– proviene de un trabajo publicado en los Anales de Medicina Interna del año 1984. Un artículo citado, sin mencionarlo, en miles de oportunidades de manera oficial, y en millones de interacciones con los alumnos de medicina. Hemos repetido hasta el cansancio esto de los 18 segundos, lo hemos ponderado como una manera de poner en evidencia que: “los médicos no son buenos para escuchar” y que es conveniente recordar este consejo: “escuchen más a sus pacientes”. La interrupción es percibida por el paciente como rudeza, apuro, desinterés; por el contrario, la actitud de escucha favorece la empatía, fortalece la confianza del paciente y optimiza su adhesión al tratamiento.

Ahora... ¿El paciente no debe ser interrumpido nunca? De ese modo comienza la originalidad del presente artículo. El autor les ha preguntado a sus colegas: ¿Has interrumpido alguna vez a tus pacientes? Las respuestas han sido honestas: ¡Sí! A veces seguidos por enfáticos: ¡Por supuesto! Y en medio de risas avergonzadas: “Sé que estoy incumpliendo una regla, pero...”

La literatura médica allá por los ‘80 nos enseñó que la interrupción del paciente es un modo de mantener el poder en la relación. Estudios posteriores moderaron esa aseveración, sosteniendo que médicos y pacientes se interrumpen mutuamente, y que no todas las interrupciones son de índole competitiva, intrusiva o de lucha por el poder. Es cierto además, que algunas pueden ser neutrales, favorecedoras del vínculo, alentadoras o de franca cooperación.

Si dividiéramos la consulta en tres fases: 1 Vínculo, 2 Diagnóstico, y 3 Tratamiento, los médicos tienden a interrumpir en las fases uno y dos, los pacientes en la fase tres. El médico para hacer algunas preguntas, solicitar aclaraciones o ahorrarse detalles considerados inútiles; los pacientes para preguntar o comentar algunas opiniones previas, o afirmar creencias y dogmas.

El elemento clave que nos permite valorar las interrupciones, sobre todo aquellas del inicio de la consulta, es lo que en el artículo se denomina: “configuración de la agenda”. Voy a aportar un nombre alternativo que quizás nos ayude a trabajar con más precisión: Espacio Previsto de Consulta (EPC). Es decir, teniendo en cuenta la práctica de la medicina, la necesidad del paciente y el contexto en el que se desarrolla la entrevista, determinamos la manera en que la consulta puede resultar más eficiente para su propósito declarado: resolver el problema de salud que el paciente nos presenta, recuperar su estado de bienestar respecto de su cuerpo, su mente y su inserción útil en el medio social.

De acuerdo con esto podemos dividir pedagógicamente las interrupciones en: Interrupciones digresivas e interrupciones de consolidación.

Las primeras conllevan el riesgo de apartar el foco de la consulta del propósito original, aportando dilaciones, obstáculos o callejones sin salida. Las segundas, como su nombre lo indica, tienden a mantener la consulta en un cauce provechoso tanto para el médico como para el paciente, y facilite el logro del objetivo final.

Obstaculizando el desarrollo de la consulta

1. Interrupción apurada efectuada con preguntas cerradas. Mientras el paciente intenta narrar su síntoma y contextualizarlo, el médico lo interrumpe para insistir sobre el mismo: “Entonces, ¿dolía intensamente?, ¿el dolor era continuo y persistente?, ¿se agitaba más estando acostado?”

Puede corresponder a una buena intención por parte del médico y un esfuerzo por mantener construcción de la Historia Clínica dentro de los cánones clásicos. Sin embargo, este tipo de preguntas pueden ser percibidas por el paciente como apresuradas, desinteresadas y como que obstaculizan la construcción de un vínculo operativo con el médico.

2. Interrupciones de “reforzamiento”: “antes de seguir con otra cosa, el dolor, hableme más del dolor.” “Sí, la falta de aire es algo desesperante, descríbala nuevamente.” Interrupciones de complicidad: “me imagino cuanto lo habrá limitado ese dolor”, “si, los pacientes que relatan ese tipo de falta de aire, me cuentan que tienen miedo de morir en ese momento”.

En suma, interrupciones que voluntaria o involuntariamente tienden a obstruir el flujo de información y el modo que el paciente encuentra para transmitirlo. Claramente tienen un efecto distractor, atentan contra la claridad de lo que el paciente considera importante y lo que no, e inauguran un protagonismo innecesariamente precoz por parte del médico. Por ahora está convocado a escuchar, ya luego tendrá oportunidad de intervenir.

3. Interrupciones de futuro: “Bien, y ¿qué piensa que va a suceder con esto del dolor, que le parece que podríamos ir haciendo?” “Y usted... ¿está dispuesto a tratamientos largos, costosos y muchas veces incómodos, para solucionar esto de la falta de aire...?” Desalienta al paciente, quema etapas, supone conocimientos que el paciente aún no posee y que el médico aún no ha explicado. Se anticipa, produce desconcierto.

Insisto en que estamos refiriéndonos a interrupciones en el momento inicial de la consulta, es allí cuando tienen el efecto negativo al que estamos haciendo

referencia. En otro momento de la consulta, durante las etapas diagnóstica o terapéutica, no solo no serán inconvenientes, sino hasta provechosas.

A pesar de que la interrupción en la comunicación en el contexto médico es considerada un tabú, podemos asegurar que algunas permiten perfeccionar la relación con el paciente y hacer un mejor uso del tiempo de ambos. En algunos casos las interrupciones favorecen los esfuerzos del cuidado médico y permiten que disminuya el estrés y la incomodidad en ambos miembros de la interacción.

Facilitando el desarrollo de la consulta

1. Agotando el punto: Hay oportunidades en las que el paciente es quien propone ir saltando entre muchos motivos de consulta. Pasa del síntoma dolor de rodilla, al síndrome vertiginoso y de allí a sus problemas familiares. Este es el momento en que el médico debe interrumpir para resguardar el EPC (espacio previsto de consulta) “Disculpe que lo interrumpa, está seguro que no desea contarme algo más acerca del dolor de rodilla, cree que ya me dijo todo.” Para ser ordenados conviene agotar un tema antes de pasar a otro. Luego habrá posibilidades de conexiones, vínculos y de armar el rompecabezas completo. Por ahora: ¿algo más sobre su dolor? ¿Preocupaciones, intuiciones, consultó al Dr. Google?
2. Olfateando el contexto: La experiencia nos ha enseñado que el primer síntoma que el paciente manifiesta como motivo de consulta no es, necesariamente, su preocupación principal ni de fondo. Conocer cuál es el contexto en el que el síntoma mencionado se encuentra, nos puede ahorrar mucho tiempo y transformar nuestra intervención en algo mucho más eficaz. Nos permite anticiparnos a esos retrocesos que suelen suceder al final de la consulta: “Doctor, ahora que vimos lo del dolor, me gustaría consultarle acerca de mi disminución de deseo sexual. ¿Es por el dolor o será otra cosa?” Si esta pregunta se produce al final de la consulta es realmente una catástrofe. Debemos comenzar de nuevo, o dejar al paciente con su

importante pregunta sin contestar; más vale entonces interrumpir al principio para que ‘salten todos los pescados de una vez’.

3. Cuidando que todos los tiros vayan al centro. En oportunidades los pacientes, por vergüenza, pudor o por mala costumbre, se refieren a sus síntomas y dolencias de manera tangencial, apenas rozando el blanco. “Con respecto a esto, yo tengo un primo al que le preocupan mucho estos lunares negros que le salen por todo el cuerpo, no se anima a consultar al médico para que le diga qué puede ser.” “Si, he visto personas que andan muy bien con esos inhaladores que dan para el asma.”

En estos casos la interrupción tiende a que el paciente acerque sus tiros al blanco, hablando metafóricamente. Una pregunta sería: “Y a usted, ¿cuánto le preocupan sus propios lunares? ¿Le parece que es necesario consultar por ellos? Otra: ¿Conoce como y para qué se usan los inhaladores, cree que usted podría necesitarlos?”

4. Organizando la consulta: Es comprensible que algunos pacientes se comportan ansiosa y desordenadamente. En eso nos parecemos. Conviene estar atento. “Mire doctor, además del dolor de rodillas, está eso de la agitación, se me acrecienta en estos meses y me preocupa mucho”

“Entiendo su preocupación, yo también me preocuparía, pero que le parece si insistimos primero con su dolor de espalda, cuénteme algo más de eso”. “Construimos una estrategia de diagnóstico y tratamiento y luego, poniendo toda nuestra atención en eso, nos ocupamos de su agitación, ¿le parece?”

Intentamos organizar, tratar los diferentes tópicos de manera definida y clara. Eso nos previene contra los involuntarios olvidos y las peligrosas minimizaciones de los síntomas.

5. Atender al lenguaje no verbal. Es habitual que advirtamos las molestias y fastidios, los silencios incómodos de los pacientes, los gestos de incompreensión, las posturas de reproche.

Es conveniente ponerlos en evidencia y tratar de llevarlos al lenguaje hablado, que el paciente exprese lo que lo incomoda. Las aclaraciones pueden ser muy valiosas y refuerzan el vínculo con el paciente. “Por el gesto que hizo con los ojos y arrugando la frente,

me parece que algo no le ha quedado claro, ¿puede ser? Fue cuando hablé de la dosis, ¿eso le preocupa?” “Me encantaría que me diga eso que usted pensó cuando se dio ese chirrito en su rodilla. ¿Se olvidó de decirme algo?”

Algunas recomendaciones, no más que eso

El artículo que motiva estas reflexiones propone un interesante recurso para prevenir las interrupciones disfuncionales, esas que obstaculizan y frustran la relación médico paciente. Como siempre los médicos anglosajones, afectos a las check lists, nos proponen una para hacer la sintonía fina de las interrupciones y convertirlas en un elemento de enorme utilidad en la práctica. La presentan como la técnica de la triple “E” y la denominan “el antídoto”:

1. Excútese por la interrupción. De manera explícita manifieste su incomodidad por tener que interrumpir, explique el motivo por el cual le parece necesario hacerlo en este momento preciso. Asegúrese que el paciente comprenda que la interrupción es necesaria y que resultará beneficiosa en el curso de la consulta.
2. Empatice con el tema que solicita interrumpir. Manifieste que le parece importantísimo y que no va a ser dejado de lado, pero que en este momento le parece más adecuado agotar el tema que se viene tratando. “Su preocupación es muy legítima, tanto que merece un tiempo de exclusividad. Le ruego me permita avanzar con lo que estamos tratando y luego atendemos a esa importante preocupación suya.”
3. Explique el motivo de la interrupción. Cuando el médico se expresa con claridad y el paciente entiende los motivos de sus estrategias, en general no solamente colabora, sino que se hace cómplice del accionar médico. La explicación del motivo de la interrupción tiene que ser clara, pertinente, oportuna y útil en el contexto general de la consulta. Reunidos esos requisitos el paciente no sólo la permitirá, sino que la agradecerá.

Ha resultado placentero para mí hacer esta adaptación del texto original publicado por JAMA. He caído en la tentación de incluir apreciaciones propias y agregados que hacen que, la responsabilidad por todo lo dicho sea exclusivamente mía. Somos conscientes de que el tema tratado es de mucha importancia en el contexto de la enseñanza de las habilidades comunicacionales en medicina y de la medicina narrativa. Primero porque nos referimos abiertamente a un tabú, un tema que, por el tiempo que lleva instalado en nuestras mentes, parecía ser inmovible e incuestionable. Segundo por que invita a una flexibilidad y plasticidad en la labor concreta del médico. Tercero por que valora al paciente, le otorga un papel protagónico equivalente al del médico. Y finalmente lo que creo lo más importante, hace una apelación al criterio médico. Lo invita a cuestionarse y sopesar, a valorar y decidir, a juzgar sus actos sobre la base de la eficiencia en el trato del paciente.

Por eso sostengo que, no solamente hemos abordado un tema importante, sino uno que es nuclear en la práctica médica.

Capítulo 10: La narrativa en medicina cuestionada

Para escribir el presente capítulo, nos hemos inspirado en un artículo⁴⁹ que se hace eco de los desafíos a la narratividad en medicina realizados por Galen Strawson en su texto “*Against Narrative*”⁵⁰. Ambos constituyen un manantial de cuestionamientos y dudas que nos obligan a pensar y reflexionar, a replantearnos algunas convicciones. No necesariamente para responder con argumentaciones sesudas, sino más bien para recibir las críticas y fortalecer, mediante su consideración, nuestros propios argumentos y acciones.

Angela Woods, la autora del artículo que nos sirve de guía, comienza destacando que el papel de la narrativa en medicina es cada vez más relevante por varias razones, entre las que se encuentran:

- Proporciona un acceso privilegiado a la experiencia subjetiva de la enfermedad.
- Permite que la persona exprese el sentido, resignifique su estado y entrevea nuevos modos de insertarse socialmente. En este sentido, la MN, no es sólo transformadora, sino incluso terapéutica.
- Le permite al médico encausar la reflexión acerca de la tarea que desempeña, y del modo en que la lleva a cabo. Aporta las competencias narrativas como habilidades esenciales en el diagnóstico y la terapéutica.
- En investigación aporta nuevos abordajes cuali y cuantitativos para conocer la experiencia de la enfermedad.

49 Wood, A. The Limits of Narrative: Provocations for the Medical Humanities. *Med Humanit.* 2011 December 1; 37(2): 73–78. doi:10.1136/medhum-2011-010045.

50 Strawson, G *Against Narrativity Ratio Volume*17, Issue4 December 2004 Pages 428-452

- En lo social presenta una alternativa a los enfoques naturalistas y biomédicos. En ese sentido, se puede decir que muestra nuevos horizontes para articular la ética y la política sanitaria.

La MN está en permanente estado de revisión y discusión académica, eso asegura su salud teórica y práctica. La variedad de enfoques, que van desde lo práctico asistencial a lo antropológico y lo semiótico, aseguran la vigencia de su estado de problema. La historia de una persona es coextensiva con su experiencia subjetiva, su salud psíquica y, de hecho, con su propia humanidad.

Aun reconociendo el valor de la MN, varios autores advierten acerca de la existencia de interrogantes que aún permanecen sin ser resueltos por completo. Se podría considerar provocadores a quienes insisten en ver estos problemas como obstáculos, o asumir con atención sus críticas. Esta última actitud puede permitirnos fortalecer nuestro enfoque, y sostener a la narratividad en medicina, como modo privilegiado de describir y entender la práctica y la educación médicas. Además, para observar las cuestiones sanitarias desde otra perspectiva.

Algunos cuestionamientos

- ¿Cuál es el valor de verdad de las narrativas? ¿Nos cuesta aceptar que el rigor de la memoria se halle cuestionado? ¿Cuál es la medida de la participación de la imaginación en el acto de rellenar convenientemente los huecos narrativos? ¿Para quién y en qué contexto es verdadero lo que se narra?

Strawson cuestiona la noción de que nuestras vidas se pueden entender como historias con una trama y un desarrollo significativos. Sostiene que la vida humana es mucho más caótica y fragmentada de lo que las narrativas lineales tradicionales pueden captar. Argumenta en contra de la idea de que hay una coherencia intrínseca en las vidas humanas y sugiere que la búsqueda de una narrativa coherente puede ser engañosa y limitante.

- La coherencia puede ser un fenómeno dañino, afirma Strawson. Las historias pueden ser una expresión de un excesivo auto empodera-

miento, por el contrario, también, pueden ser vehículos de opresión, autoengaño y disimulo.

- Considerar que todo es narrativo. Poner en un pie de igualdad a las historias orales o escritas, con el cine, el teatro, la danza. Dar a todo ello el mismo valor que a los relatos de hospital, a la narrativa de una vida, a las historias de médicos y personal de la salud, puede no resultar un acierto.
- Los críticos suelen advertir que las cuestiones de género no se hallan adecuadamente contempladas en el enfoque narrativo.
- No son debidamente consideradas las diferencias culturales, geográficas e históricas. Hay muchos modos diferentes de contar una historia, pero en general se ve restringida al monomito del viaje del Héroe. Advierte la negatividad de sopesar las historias sin tener en cuenta debidamente el contexto completo. Quizás podríamos hablar, esto corre por mi cuenta, de una ‘ecología de la narración’
- Promueve un modo típico de yo narrador, una cosmovisión única, un mundo privado emocionalmente rico, insiste, acaso erróneamente, en el logro de una identidad coherente, duradera y poco mutable.

Estos dos puntos finales son sobre los que pone el foco el artículo de Wood. Advierte que desde el punto de vista de ‘todas’ las ciencias implicadas, psicología, filosofía, literatura, antropología y neurociencias, el Yo parece estar creciendo exponencialmente como objeto central de la narrativa. A su alrededor se tratan cuestiones como la memoria, la identidad, la ética y las emociones. Teniendo debidamente en cuenta esto, la autora propone continuar adelante centrándose en el artículo de Strawson (nota al pie 2) “Contra la Narratividad”.

“Against Narrativity”, desde distintas perspectivas, nos sugiere preguntas que apuntan al corazón de la narrativa en medicina. Ellas nos desafían y estimulan para reflexionar en ellas, y acaso, intentar responderlas.

Dos son las corrientes teóricas principales que despiertan el interés interdisciplinario en la narrativa:

1. La tesis de la narratividad psicológica. Aquellos seres humanos que perciben y viven su vida como una historia.

2. Tesis de la narratividad ética. Es bueno tener una historia. La perspectiva de una vida rica en experiencias sucesivas es esencial para una vida bien vivida y para el desarrollo de una personalidad verdadera o plena.

Galen Strawson afirma que ambas son falsas:

Argumenta, primero, que no hay una sola manera en que los humanos experimentan su ser en el tiempo. Existen personas no narrativas, hay vidas no narrativas según lo afirma. Él mismo se propone como ejemplo. Sostiene que la narratividad, empobrece la variedad y la diversidad.

En segundo lugar, afirma que hay dos modos de experiencia temporal:

1. Diacrónico, en el que hay consciencia de estar en el presente y se percibe al pasado y al futuro como una continuidad.
2. Episódico, hay experiencia de pasado y futuro, pero no existe la sensación de constituir con el presente una entidad única fluyente.

El autor mismo afirma tener un pasado, no historia. No le interesa demasiado el pasado ni el futuro al momento de intentar entender el presente. Prefiere poner en duda las “grandes historias” de vida, son ellas a las que ataca. Las pequeñas y cotidianas historias como por ejemplo ‘hacer café de la mañana’, ‘andar en bicicleta por el parque’, las descarta por triviales. Las personas no narrativas o episódicas no valoran, ni les interesa, construir una unidad vital narrativa, aunque comprenden las nociones de causa y de consecuencia, incluso son capaces de percibir las secuencias causales.

En suma, podemos decir que: las historias, para las personas narrativas, son buenas, deseables y sanas; para los no narrativos, constituyen un problema y son un obstáculo para la comprensión de sí mismos.

‘Contra la narratividad’ y las humanidades médicas

Si con su artículo Strawson deseaba lograr que se instalara una polémica, lo ha logrado con amplitud. A partir de su publicación se han producido intensas discusiones, muchas de ellas con sólidas argumentaciones, en apoyo a su postura y en contra de la misma.

¿La autocomprensión narrativa es saludable y deseable en los estados de enfermedad?

Arthur Frank^{51,52}, un claro defensor de la narrativa, sociólogo médico, utiliza el concepto de “narrativa enferma” para explorar cómo las personas afectadas por la enfermedad les dan sentido a sus experiencias a través de historias. Afirma que el enfermo es un “naufrajo narrativo”. La medicina y la sociedad misma deben potenciar su narratividad y estimular claramente su expresión en “una narrativa de búsqueda” hacia su propia identidad. El enfermo, de alguna manera, es el ‘héroe’ de su propia historia y en el proceso de su padecimiento ocurre una reivindicación y reorientación del Yo. Desde la otra perspectiva, este proceso se considera dañino para las personas episódicas. Se interpreta como un sometimiento a construir una historia que no aprecian tener.

El punto de disidencia y colisión entre ambas miradas es el siguiente: Stawson considera que la identidad es una entidad privada. Frank, por el contrario, considera que la narratividad se desarrolla en un marco social, comunitario y compartido de reafirmaciones y disensos.

La enfermedad

1. Desde la perspectiva de la narrativa, la enfermedad nos recuerda la propia historia y se incluye en ella.
2. Desde la perspectiva episódica. Es una situación imprevista y extraña, que debe ser entendida como una excepción que se produce en el ahora y aquí. El dolor es un fenómeno excluyente, atrae para sí toda la atención y todas las expectativas.

Si nos corremos por un instante de la polaridad de la polémica, cosa que este texto permite por sus modestas pretensiones, pareciera no haber una situación irreconciliable. Efectivamente –lo hemos experimentado muchos de

51 Frank, A. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. University of Chicago Press; Chicago and London: 1995.

52 “The Wounded Storyteller” ha sido ampliamente aclamado por su enfoque compasivo y empático hacia las experiencias de enfermedad y sufrimiento, y ha contribuido significativamente al campo de la sociología médica y los estudios de la salud.

nosotros– cuando el dolor es intenso no hay historia que logre construirse. Efectivamente el sufrimiento ocupa todo el escenario de la conciencia. Sin embargo, cuando la emergencia cede y se logra visualizar la complejidad, no cuesta demasiado esfuerzo incluir el episodio en una historia en la que el paso del tiempo y los rasgos de identidad cobran valor y cualifican las circunstancias.

“La narrativa nunca ha sido inocente, no está ni ha estado intrínsecamente orientada al bien.” Una frase polémica que merece ser contextualizada con la siguiente afirmación de Brian Schiff⁵³:

Al describir nuestro proyecto como narrativo, estamos cosificando un concepto occidental, posiblemente de clase media y alta, como un modo universal de dar forma y articular la experiencia subjetiva. La metáfora narrativa tiene una amplia vigencia intelectual en nuestra cultura literaria, donde las autobiografías y las memorias son tecnologías comunes para organizar la experiencia, dar a conocer nuestro interior y forjar un lugar para nosotros mismos en el mundo social. Estos vehículos son aceptados y están disponibles en nuestra vida diaria, por eso la metáfora es tan convincente.

Nuestro error fue pensar que todos deben ser como nosotros.

Por su parte, Terrence Holt⁵⁴ afirma: “*El confesionario*” ahora se ha convertido en el “modo dominante del discurso médico” en occidente.

El artículo “Contra la narrativa” nos desafía e intenta convencernos de lo innecesario de las historias de vida. Sin embargo, es imprescindible reconocer esa predisposición tan humana para la construcción de historias. Estamos acostumbrados a ellas, las hemos escuchado desde muy niños, cimentamos nuestra experiencia alrededor de un marco narrativo. Por otro lado, en general resulta saludable de dejar de pensar que el nuestro, es el modo universal de gestionar las experiencias. Cuestionando nuestra perspectiva de la universalidad del modo narrativo, seremos capaces de abrir puertas a maneras diferentes de contar, entender y valorar la persona y su enfermedad.

53 Schiff B. The Promise (and challenge) of an innovative narrative psychology. *Narrative Inquiry*. 2006; 16(1):19–27.

54 Holt T. Narrative Medicine and Negative Capability. *Literature and Medicine*. 2004; 23(2):318–33. [PubMed: 15690846]

¿Si no narrativa, qué?

Detallamos de manera sucinta las que se proponen como alternativas a la narrativa clásica.

1. La metáfora. Ocupa un terreno intermedio entre la experiencia encarnada y las estructuras narrativas generales de tramas, mitos e ideologías.
2. La fenomenología. Puede ofrecer maneras de ver el fenómeno de la enfermedad y describir los cambios y transformaciones profundas en un contexto de “encarnación” de la enfermedad.
“El ‘Juego de herramientas fenomenológicas para pacientes’ que está desarrollando actualmente el filósofo Havi Carel tiene el potencial de ofrecer a los pacientes nuevos recursos para enmarcar y comunicar sus experiencias, de manera que no presuponga una orientación hacia la narración o la autopresentación narrativa.”
3. Vías alternativas. Artes plásticas, imágenes, cine, música, como formas de recomendarles a los pacientes modos no lingüísticos de expresión.

El artículo se cuida muy especialmente de afirmar que, siendo o no narrativistas, la presión por el significado, por su importancia, sigue siendo central.

Puede que el trabajo de Stawson no resulte cómodo o satisfactorio para algunos, o muchos, en el campo de las humanidades médicas y de la medicina narrativa, sin embargo, hay que sacar partido de esa incomodidad para enfrentarnos a la incertidumbre, cuestionar la zona de confort y reflexionar con espíritu crítico. Eso podrá permitirnos fundamentar con mayor tino y argumentar con mayor solvencia.

“Contra la narratividad” hace un llamado a los filósofos, a los académicos y profesionales de las humanidades médicas, para que se cuiden de “angustiar a aquellos que no entran en su modelo.” En las cuestiones relacionadas con la persona, la salud y la enfermedad, las personas denominadas “episódicas” deben tener canales de expresión.

Algunos intentos de refutación

1. Reconocimiento de la complejidad de la narrativa: La narratividad no es necesariamente restrictiva ni simplista, sino que puede ser una forma poderosa de comprender la complejidad de la experiencia humana. La vida puede no ajustarse perfectamente a una narrativa lineal, eso no implica que la narratividad no pueda proporcionar una comprensión significativa de la vida humana.
2. Identificación de las funciones de la narrativa: Los defensores de la narratividad han señalado que las narrativas pueden desempeñar un papel crucial en la comprensión de la identidad, la formación de la memoria y la creación de significado en la vida de una persona. Aun no siguiendo estrictamente patrones narrativos, la narrativa sigue siendo una herramienta útil para la interpretación y la comprensión de la experiencia humana.
3. Refutación de la visión atomizada de la experiencia: Si bien es cierto que la vida puede ser caótica y fragmentada, la narrativa puede proporcionar una forma de unir y dar sentido a esos fragmentos, eso permite una comprensión más completa de la vida y la identidad.

Me tomo la licencia de incluir a modo de conclusión a esta controversia un texto tan extenso como iluminador:

La confrontación entre la comprensión hermenéutica de la identidad narrativa de Ricoeur y los argumentos antinarrativos de Strawson debe verse de una manera sana y productiva. (...) Como hemos visto, la comprensión hermenéutica de Ricoeur de la identidad narrativa es capaz de resistir y responder a todas las objeciones de Strawson. En la medida en que estas objeciones se basan en su comprensión episódica de la identidad, y en la medida en que esta comprensión de la identidad se basa principalmente en la intuición, Ricoeur respondería que la intuición por sí sola no es suficiente para comprender la naturaleza de la identidad. Más bien, el camino más corto hacia la autocomprensión es a través de un “desvío”, como diría Ricoeur, que implica reflexionar e interpretar las experiencias vividas a través de la estructura de la configuración narrativa. La narratividad, entonces, debería ser presentada bajo una nueva luz: es decir, como una condición ontológica de posibi-

lidad. Es a través de la narrativa que, en primer lugar, se hace posible comprender “quién” soy.⁵⁵

Ricoeur enfatiza la importancia de la narratividad en la comprensión de la identidad humana. Sostiene que la narración de experiencias individuales y colectivas es esencial para la formación de una identidad coherente y significativa. En su obra, Ricoeur destaca la noción de “*emplotment*”⁵⁶, que se refiere al proceso de dar forma narrativa a la experiencia humana y de crear tramas significativas para comprender y dar sentido a la vida.

Acaso sea esta la conclusión deseada. Acaso podamos aprovechar la oportunidad para un replanteo crítico y provechoso de nuestra mirada narrativa. Una oportunidad para consolidar la perspectiva narrativa con afán científico: buscando el contra ejemplo, escudriñando la excepción, atentos a la aparición de la refutación.

55 *Études Ricoeuriennes / Ricoeur Studies*, Vol 9, No 1 (2018,) pp. 70-89 ISSN 2156-7808 (online) DOI 10.5195/errs.2018.387 <http://ricoeur.pitt.edu>

56 “*Emplotment*” en inglés, se refiere al proceso de dar forma a una serie de eventos en una narrativa coherente y significativa. Se utiliza en la teoría literaria para describir cómo se estructura y organiza una historia para que tenga sentido.

Capítulo 11: Autenticidad, vida y salud

Ser únicamente quién eres en un mundo que hace todo lo posible, continuamente, por convertirte en todos los demás, implica luchar la batalla más difícil que puede librar cualquier ser humano; y no dejar nunca de hacerlo.

E. E. Cummings

La cuestión de ser quien uno es constituye un asunto que va mucho más allá de las meras expresiones de deseo, de las rebeldías adolescentes y de los movimientos de autoayuda de todo tipo. La autenticidad puede ser considerada uno de los aspectos esenciales de nuestra vida, por no decir el más crucial de todos. Estamos en el terreno de la identidad, como vimos, ésta se encuentra asociada a la memoria y a la imaginación. Esa construcción narrativa a la cual se le da el nombre de identidad está muy próxima a la autenticidad de la vida. Ser autentico en una primera aproximación significaría ser idéntico a ese en el que me reconozco.

Autenticidad significa ser y hacer genuinamente lo que corresponde como ser humano único y distinto, como organismo vivo singular dotado de inteligencia y voluntad. Implica originalidad, creatividad, compromiso, responsabilidad; conciencia de las diferencias y las semejanzas, percepción de las capacidades, de los dones y de los límites. Ser auténtico es vivir una vida particular en medio de la generalidad de la comunidad humana. Es ser propio en medio, no necesariamente en contra, de lo que se considera como común y se halla naturalizado como norma.

A riesgo de ser demasiado esquemático, podría postular que hay dos modos de vivir: auténtica o inauténticamente. Esta disyuntiva se halla en el núcleo del pensamiento del que es considerado el mayor filósofo del siglo XX. Estoy re-

firiéndome al alemán Martin Heidegger. En su libro insignia, “Ser y Tiempo”, se explaya en esta cuestión de manera extensa y a la vez profunda. Heidegger es considerado complejo e inaccesible. No cualquiera – mucho menos un médico sin formación filosófica sistemática como yo – puede entender acabadamente y operar con sus conceptos. Autenticidad e Inautenticidad son dos nociones muy llamativas y tentadoras para pensar acerca de ellas y sacar algunas conclusiones más propias de un lego entusiasta que de un especialista en Heidegger. En el fluir de este texto, estas palabras fértiles y desafiantes del filósofo, me van a permitir una interpretación propia de ellas mismas y su contenido semántico. En suma, en un raptó de osadía me aventuraré a interpretarlas para el propio consumo, sin pretender llegar a la altura filosófica, ni a la profundidad de este pensador.

Me aventuraré a definir lo más claramente posible ambos conceptos y luego haré una reflexión que me permita relacionarlos con la vida y la salud de las personas.

Los términos se refieren a la actitud general ante la vida y también ante la muerte. El ser humano es el único animal que sabe que temprano o tarde va a morir, es su única verdadera certeza. Si ante esa realidad procede de una manera evasiva, con conductas de evitación o de distracción, está procediendo de manera inauténtica, si, por el contrario, opta por mirar a la muerte de frente y vivir en consecuencia, estamos ante un comportamiento propio de una persona auténtica.

Inautenticidad

Los animales no humanos carecen de la posibilidad de preguntarse acerca de las cosas en general, particularmente de aquellas cuestiones nucleares de la vida. Los seres humanos, en cambio, somos acosados por esas preguntas desde nuestra temprana infancia. La mayor parte de nuestra vida vivimos una existencia precaria a la que nos aferramos con uñas y dientes. Nuestro marco cultural, indispensable para la vida humana, nos propone un vivir estándar, una vida que se realice dentro de los cánones considerados normales, saludables, divertidos, seguros, etc. La cultura, ese contrato tácitamente aceptado por todos desde nuestro nacimiento, nos ofrece un hábitat resguardado que particularmente consiste en un modo de vivir y entender el mundo. Nos indica cómo comportarnos, cuáles deben ser nuestros gustos, cómo han de ser las relaciones entre nosotros, qué se ha de respetar y por qué, que está prohi-

bido, que es lo que se castiga y qué podemos o debemos esperar para cuando nuestra vida acabe. Si mansamente nos adaptamos a esta propuesta, no mediando ningún sobresalto, nuestra vida transcurrirá tranquilamente y seremos unos más de esos que viven como ‘se’ vive. Vivir como ‘se’ vive, significa dejarse llevar, hacer lo que hacen todos. Ante la pregunta: ¿Por qué haces esto?, la respuesta sería: ‘No sé, todos lo hacen así’, ‘Así se hace’, ‘Siempre se hizo así’. Podríamos afirmar que este tipo de existencia es seductora para el hombre que vive en la sociedad. Abandonarse a ella es tomar la senda que lleva a ponerse al mismo nivel que el resto de las cosas del mundo. Podríamos decir que la existencia ha caído en el mundo, que el yo ha sido sepultado dentro del ‘se’, de lo impropio, de lo ajeno, de lo de todos.

“El filósofo alemán, Martin Heidegger, llamó a esto «vivir en estado de interpretado», lo que significa que no sólo se vive creyendo lo que se lee y se escucha, sino que todo eso se repite a los demás. “Somos el eco en una caverna, un disco rayado, un loro yaco del Amazonas.”⁵⁷ Dostoievski fue uno de los que nos recuerda que la existencia humana no sólo consiste en vivir, sino también en saber para qué se vive.

Autenticidad

A la vez los hombres estamos ‘arrojados’ –término puramente heideggeriano– a un mundo en el que estamos expuestos a tensiones entre independencia y soledad, responsabilidad y miedo. Si el individuo acepta su independencia, su autonomía y, en consecuencia, su responsabilidad, se hace cargo de un modo propio de su vida. Advertirá que necesita a los demás, que su relación con el mundo es tan inevitable como vital. Construirá relaciones con los otros de manera autónoma y responsable. De esto se trata la existencia auténtica, esa que corresponde mejor al modo de existir humano. Naturalmente estamos obligados a elegir y somos responsables de nuestras elecciones queramos o no. De esa autenticidad, de esa libertad y responsabilidad, surge, entre otras cosas, la auténtica identidad.

57 Extraído de:

<https://www.ruizhealytimes.com/cultura-para-todos/la-existencia-inautentica>

Una opción como esta nos expone a extrañarnos ante la convencionalidad de lo público, a no hallarnos a gusto en las normas del 'se'. Aceptando la realidad de la muerte, nos hacemos responsables de nuestros actos y de nuestra existencia en general. Posicionarse de frente a la realidad apreciándola con sus ventajas y defectos. Nos desvelamos en la búsqueda de un sentido para nuestra vida. Claro está que ese sentido de la vida puede encontrarse en la participación activa y atenta en la conversación y en el intercambio con otros seres humanos. Es imposible encontrarlo envuelto en un paquetito coqueto a la vuelta de la esquina. El sentido de la vida brota en el seno de una comunidad, es un fruto de la interacción con los otros, con sus pedidos, sus proposiciones, sus intransigencias, etc. En la existencia auténtica las conversaciones son mejor escuchadas y mejor argumentadas. Es posible descubrir otras perspectivas que se valoran como más interesantes y sustanciosas en términos de contenido y vivencia.

El vivir auténtico es la existencia franca y personal en lo elegido. Es posicionarse ante el mundo con una identidad original y singular, aceptando la inevitabilidad de la inautenticidad en el seno de la sociedad humana. La convivencia social obliga al hombre a normatizarse como modo por defecto de vivir, de otro modo serían imposibles la armonía y la concordia, de lo contrario el sistema nos expulsaría por ajenos a él. La autenticidad, el brote de lo auténtico, es la excepción en el fluir de la vida cotidiana. En ese contexto puede y debe producirse el destello de la autenticidad. La manifestación de lo auténtico permite el desarrollo del mundo de los hombres hacia destinos que, reconociendo la existencia de la finitud, apuntan a más allá de ella.

La salud parece estar en el equilibrio

¿Qué es más saludable, la autenticidad o la inautenticidad? Por un lado, la respuesta parece ser obviamente la autenticidad, es como somos propiamente nosotros mismos, como somos más genuinos, como logramos expresarnos mejor. Sin embargo, alguien podría decir que la inautenticidad es mejor. Es una situación más protegida, la sociedad incluye y guarda. Siendo como la mayoría, las cosas y los acontecimientos resultan más previsibles, por lo tanto, disminuye la ansiedad y la incertidumbre y eso es salud. El ser humano

siempre ha buscado el lugar seguro, la tranquilidad, lo previsible. Aborrece la exposición, el riesgo innecesario, la incerteza. Si bien la curiosidad lo motora, el vacío lo congela y lo incapacita.

Intentando interpretar adecuadamente el pensamiento de nuestro filósofo podemos decir que: *“el sentido originario de la salud consiste en la posibilidad del ser humano de realizarse en la vida fáctica. Esto significa que la salud es un modo de ser.”*⁵⁸ Sin embargo, conviene advertir que la enfermedad también constituye otro modo de ser en el mundo. Por lo tanto, desde ambos estados es posible construir un proyecto, crear nuevas y diferentes solidaridades con los que nos rodean y trascender el denominado ‘mundo circundante de lo útil’. *“El poder-ser es, en efecto, el sentido mismo del concepto de existencia.”*⁵⁹ Uno de los modos de ser es el ‘ser-sano’, otro el ‘ser-enfermo’, de modo que el hecho de estar instalado en la existencia es el concepto básico para entender el sentido originario de la salud humana. En ambos casos se ponen en evidencia las características básicas del Ser-en-el-mundo, la apertura y la posibilidad.

Se ha insistido recurrentemente, que el ser humano ha sido arrojado al mundo en el cual establece relaciones con las cosas, con los otros y consigo mismo. En ese contexto se patentiza el desarrollo de su proyecto de vida.

Si permanece frente a estas relaciones sin tomar conciencia de ellas, aunque determinen su existencia, está en la inautenticidad de la vida fáctica y, en consecuencia, niega toda posibilidad de apertura para comprender al otro y lo otro.⁶⁰

58 Rillo, A. G. “Aproximación ontológica al sentido originario de la salud desde la hermenéutica filosófica” RevHumMedLa cuestión de ser quien uno es constituye un asunto que va mucho más allá de las meras expresiones de deseo, de las rebeldías adolescentes y de los movimientos de autoayuda de todo tipo. La autenticidad puede ser considerada uno de los aspectos esenciales de nuestra vida, por no decir el más crucial de todos. Autenticidad significa ser y hacer genuinamente lo que corresponde como ser humano único y distinto, como organismo vivo singular dotado de inteligencia y voluntad.

59 Heidegger, M. “Ser y Tiempo”. Trotta, España, 2003.

60 Gadamer, H. G. “Acotaciones hermenéuticas” Trotta, España, 2002. Citado en Los términos se refieren a la actitud general ante la vida y también ante la muerte. El ser humano es el único animal que sabe que temprano o tarde va a morir, es su única verdadera certeza. Si ante esa realidad procede de una manera evasiva, con conductas de evitación o de distracción, está procediendo de manera inauténtica, si, por el, A. G.

Por el contrario, si al hacer consciente estas relaciones admite la finitud de su propia vida, se sitúa ante el mundo circundante como proyecto que hace frente a la posibilidad de abrirse al mundo entero dentro de la autenticidad de la vida fáctica.⁶¹

Estamos en condiciones de afirmar que la vida del hombre oscila entre la salud y la enfermedad, del mismo modo que oscila entre la autenticidad y la inautenticidad. La pertenencia al hábitat humano reclama del hombre una cierta aceptación y asimilación de la vida común, la vida de todos, el referido mundo del se. Por otro lado, el otro modo de ser en el mundo, la autenticidad, le permite instalarse en el mundo de manera singular. Podríamos hipotetizar que la salud consiste en ‘vivir en el mundo y no ser del mundo’. Esta frase, que resuena a Evangelio, parece decir que necesariamente debemos vivir en la inautenticidad de la pertenencia al mundo de las cosas, de la cultura, del contrato social y de los convencionalismos. Sin embargo, que vivamos allí, no invalida que nuestro ser más genuino y más auténtico se manifieste en la originalidad que permite ver al mundo como otro, y brillar en él con una luz tan finita como propia.

61 Idem.

Capítulo 12: Hacia la Humildad Narrativa

Attention is the rarest and purest form of generosity.⁶²

El conocimiento tarde o temprano se adquiere, ya sea en los libros o conforme lo otorgue la experiencia profesional, pero la humildad no se encuentra en una página.⁶³

En diálogo con mi amiga Susana Magalanes, una destacada bioeticista de la Universidad de Porto, mientras intercambiábamos conceptos y perspectivas sobre la Medicina Narrativa, me confió una afirmación contundente. Habíamos conversado acerca de las prioridades, de los detalles comunicacionales más relevantes en las interacciones con los pacientes, de la calidad de la escucha. En medio de ese ir y venir de consideraciones, Susana dijo: “*A chave é a humildade narrativa*”.

Una vez concluida la videoconferencia, en ese silencio breve que se produce entre cada una de nuestras actividades, la frase quedó reverberando en mi memoria y acaparó toda mi atención. “La llave es la humildad narrativa”

62 Simone Weil. “La atención es la forma más rara y pura de generosidad” Citada en: https://www.themarginalian.org/2015/08/19/simone-weil-attention-gravity-and-grace/?mc_cid=86bb7673ef&mc_eid=44cda598d6

63 Citada por García Restrepo, J. P. en “La humildad como cualidad perenne en el médico” CES Medicina. Medellín, Colombia Julio – Diciembre 2016.

Humildad Narrativa

‘Humildad Narrativa’ (HN) surgió en el mismo grupo de la Universidad de Columbia que creó y diseminó tan exitosamente por el mundo, la idea y la práctica de la Medicina Narrativa (MN). La Dra. Sayantani Das Guspta fue quien acuñó el término en un muy breve artículo en la revista *Lancet*⁶⁴ de marzo del 2008 y en una charla TED⁶⁵.

Reconocer que las historias de nuestros pacientes no son objetos que podamos comprender o dominar, sino entidades dinámicas a las que podemos acercarnos y relacionarnos, al mismo tiempo que permanecemos abiertos a su ambigüedad y contradicción, y participamos en una autoevaluación y autocrítica constante sobre temas como nuestro propio papel en la historia, nuestras expectativas de la historia, nuestra responsabilidad con la historia.⁶⁶

De esta manera sencilla dio comienzo la vida fértil de un término modesto. El mismo vino a profundizar y agregar valor a las ‘Competencias Narrativas’ que enunciara Rita Charon en las instancias fundacionales de la Medicina Narrativa (MN). Las recordamos brevemente:

1. Escucha atenta: Se trata de escuchar atentamente a los pacientes, prestando atención a los detalles de sus historias.
2. Reflexión narrativa: Implica la capacidad de los médicos para reflexionar y comprender las historias de los pacientes desde múltiples perspectivas.
3. Interpretación narrativa: Se denomina así a la habilidad para analizar y comprender las historias de los pacientes en un contexto amplio y complejo.
4. Traducción narrativa: Capacidad de comunicar la experiencia del paciente a otros miembros del equipo médico transmitiendo las complejidades y matices de la historia escuchada.

64 Das Gupta, S. “Narrative Humility”. *The Lancet*. Vol 371 March 22, 2008.

65 Das Gupta, Sayantani “Narrative Humility” TEDxSLC.
https://www.youtube.com/watch?v=gZ3ucjmcZwY&ab_channel=TEDxTalks

66 DasGupta Sayantani. (2008). “Narrative Humility”. *The Lancet*, 371.

5. Presencia narrativa: Estar completamente presente y comprometido durante la interacción médico-paciente. Consiste en establecer una conexión significativa con los pacientes, demostrando compromiso y atención a través de su participación activa.

La HN es un concepto de enorme fecundidad, ya que permite generar reflexiones, autocrítica, cambios y ajustes en actitudes y procesos. Invita a replantear la narrativa que da sustrato a la práctica clínica, matizar y otorgar valor en el seno de las interacciones de los médicos con sus pacientes. Se considera, por lo tanto, que la HN constituye un aporte sustancial y nuclear al modo de entender la medicina asociada a la narratividad. Es un salto cualitativo para la valoración justa de la práctica de relatar y escuchar las historias en el contexto clínico.

1. El primer aporte sustancial de la HN es poner de manifiesto claramente que, desde un comienzo, la historia propia pertenece exclusivamente al paciente. Por lo tanto, es impropio que el médico tenga expresiones como: “Ya sé a dónde usted apunta”, “Si, ya conozco adonde termina esto que me está contando...”. U otras expresiones similares que naturalmente pueden estar hechas desde la mejor buena fe.

Nadie sabe cómo va a terminar la historia de otro, y nadie puede conocer los detalles ni las derivas por las que esta historia va a transcurrir. En este sentido, el silencio atento resulta ser la estrategia más conveniente. Cada paciente tiene un modo singular y único de transitar la enfermedad. La retinopatía, la nefropatía o el pie diabético, son habituales complicaciones de la alteración del metabolismo de los carbohidratos, más no necesarias. Aun ante la presentación de estas complicaciones, el médico asiste al fenómeno único de la enfermedad en ese paciente concreto. Resulta necesario que el médico inicie un proceso de autorreflexión que lo encamine al reconocimiento de la singularidad irrefutable de la historia del paciente que tiene ante sí. La práctica de la profesión lo invita a escuchar atentamente, a interpretar, a contextualizar e integrar de manera repetida historias que, por sus matices, se presentan por primera vez.

Esa autorreflexión lo conduce a valorar al otro y admitir que en el relato del paciente se van desgajando los elementos básicos que

guían hacia su verdad. Dicho en otras palabras, quien se ocupa de la salud de las personas, advierte que está llamado a recorrer el camino que va desde la *Disease* (la enfermedad según se describe objetivamente) a la *Illness* (La enfermedad subjetiva, padecimiento o sufrimiento personalizado).

2. Si bien en el futuro el médico podrá ir convirtiéndose en un coautor de la historia de su paciente, nunca alcanzará a conocer todos los detalles y toda la profundidad de la misma. La completa verdad e intimidad del paciente permanecerá ajena necesariamente. Podríamos decirlo con palabras algo más sustanciosas y precisas: el otro está ontológica y epistemológicamente más allá de todo intento cognoscitivo, aun de aquellos mejor intencionados. Claro, esto resulta en una nueva llamada a la humildad narrativa que podría tener su sustento en la filosofía de Emmanuel Levinás: «El rostro está presente en su negación a ser contenido. En este sentido no podría ser comprendido, es decir, englobado. Ni visto ni tocado»⁶⁷. El rostro del otro no es objeto de un pensamiento por el cual el otro es un dato, en el sentido de que es un objeto. El otro no es un simple “dato” que se aferra y queda estático e inestable. El otro se impone con su alteridad, me mira y me mira una vez más, alejándose de la idea que tengo de él en la mente, dice Lévinas: “nosotros llamamos rostro al modo en el cual se presenta el otro, que supera la idea del otro en mí”⁶⁸

La humildad médica surge de esa inaccesibilidad al otro, que aun permaneciendo desconocido, me hace responsable de él.

El material con el que se trabaja en la interacción médica es el lenguaje, las palabras. Uno y otras, de manera habitual, no aparecen para nosotros como asuntos valiosos o cuestiones a considerar: Damos por sentado esto de escuchar y hablar, son cosas teñidas de lo cotidiano. Sin embargo, en esta tarea de reflexionar y de rescatar valor, podemos recordarnos lo siguiente:

67 Lévinas, E. “Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad”. Sígueme. Salamanca. España. 1999.

68 Idem 4.

Son las palabras, la textura y la materia última del ser moral que somos; y lo son porque constituyen lo más refinado, delicado y detallado que tenemos a través de la existencia.⁶⁹

Este tipo de advertencias que nos hace la filosofía en cuanto recurrimos a ella, nos produce el mismo pasmo que al mirar en profundidad las constelaciones de estrellas sobre esa profunda negrura abismal del cielo de montaña.

3. En la perspectiva de Das Gupta, la HN es una reinterpretación y una profundización al concepto de ‘Competencia Cultural’. Desde la medicina narrativa postula que, el desarrollo de estas habilidades, les permiten a los profesionales de la salud aproximarse a integrantes de diversos estratos socioeconómicos, y a personas pertenecientes a diferentes grupos raciales, religiosos o culturales, con solvencia y apertura.

La humildad narrativa puede ser aplicada en todas nuestras actividades, de manera prioritaria en los centros de atención primaria en el medio rural. Con frecuencia ocurre lo siguiente: Cuando el paciente afirma estar empachado, los médicos tendemos a hacer la traducción correspondiente y ‘enseñar’ al paciente que lo que padece es una forma de dispepsia. En lugar de tener esa actitud, que surge hasta inconscientemente, conviene abrir un espacio de escucha para que el paciente exprese su dolencia. Intentando dejar de lado la palabra ‘empacho’, atender los detalles sintomáticos que el paciente nombra de ese modo. La consulta se desarrolla en un medio cultural en el que el médico debe sumergirse para hacer interpretaciones adecuadas. La molestia que nuestro paciente refiere está contextualizada por una historia en la que intervienen costumbres alimentarias, creencias sociales, conflictos emotivos, disensos familiares, exclusiones, etc. La escucha puede proveernos de elementos útiles para intentar solucionar el problema, y para que el paciente encuentre una satisfacción relacional, una zona compartida con el médico en la cual pueda sentir cierto confort afectivo.

Conocer a las personas exige mucho entrenamiento, mucha paciencia, mucha motivación para desmentir nuestras intuiciones.

69 Murdoch, I. “La salvación por las palabras”. Siruela. España. 2018.

Las intuiciones sobre los demás son en realidad previsiones que construimos, por lo general, sobre la base de prejuicios. Abrirse a los demás es desmentir estas intuiciones.⁷⁰

Para lograr estas adecuaciones relacionales es necesaria la virtud de la humildad que permita una autorreflexión crítica, un proceso de autoevaluación permanente que permita la detección de la necesidad, y la adecuación de nuestra disponibilidad. Claramente, esto no se trata de lograr un objetivo: tener humildad narrativa. Es un proceso que puede durar la vida entera y que estará atestado de aciertos y errores.

4. Las historias de los pacientes no son productos concluidos, no pueden quedar cerrados o cristalizados luego de una primera entrevista. A las historias no le va bien ser encasilladas en categorías preexistentes. Por el contrario, son dinámicas, permanecen en estado de revisión y resignificación. Esa plasticidad es la que permite intervenir, reconfigurar, reinterpretar. El rol del médico expuesto a este mundo narrativo se encuentra en un equilibrio inestable, la incertidumbre tiñe todo el panorama. El relato del paciente puede adquirir matices insospechados como respuesta a nuevas aperturas, influencias externas, novedades y cambios que debemos estar dispuestos para detectar.

El sentimiento de admiración que está en el inicio de toda reflexión sapiencial solo es posible gracias a una actitud fundamental de humildad: el reconocimiento de la propia ignorancia y de los límites de la propia inteligencia. Es así como el ser humano queda radicalmente capacitado para avanzar en el camino que lo conduce al hallazgo de respuestas cada vez más fundantes, pues, gracias a la humildad, somos conscientes de la riqueza insondable de la realidad y, al mismo tiempo, de la limitada capacidad del entendimiento humano para abarcar y penetrar dicha realidad en toda su complejidad y amplitud. La persona humilde sabe que detrás de cada interrogante resuelto late una nueva pregunta que le incita a avanzar respetuosa y atenta por los senderos que cosas, hechos y personas le señalan. El humilde es, por consiguiente, sumamente dócil, esto es, ha-

70 Borrell, I.; Carrió, F. "Práctica clínica centrada en el paciente". Triacastela. Madrid. 2011.

bitualmente dispuesto a dejarse enseñar por la realidad y por los demás.⁷¹

Es propio de la humildad narrativa, preparar a los médicos para ir más allá de aquellos relatos que de un modo u otro nos resultan familiares. Es decididamente apasionante ingresar en los mundos ajenos, en cosmovisiones extrañas y lenguajes inciertos. En esas incursiones apreciaremos que nuestra interpretación es siempre provisoria, sujeta a reformulaciones, agregados y novedades que pueden transformarla por completo.

5. La interacción del médico con el paciente funciona como una ruta de doble mano, una autopista, si se quiere. El médico mira, escucha e interpreta al paciente. Por su parte, él es mirado, escuchado e interpretado por el paciente. Hay, por lo tanto, un proceso de estudio y evaluación mutuo. La humildad narrativa puede conducirnos a reconocer la realidad de que no todo paciente puede ser salvado, no todo paciente puede solucionar su enfermedad y regresar al estado de salud. Sin embargo, esa interacción ‘fracasada’ puede ‘salvar’ al médico, permitiéndole mejorar cualitativamente su estar en el mundo. Los contactos con los pacientes en muchos casos invitan al médico a transitar por caminos insospechados llenos de revelaciones inesperadas. He sido testigo y protagonista de instancias en que los pacientes vivencian mundos naturales o sobrenaturales infinitamente valiosos y me he visto incluido en esos mundos inciertos, en muchos casos de inmensa gratificación. El real agradecimiento del paciente en medio de lágrimas y fracasos objetivos, nos llenan el alma.

La humildad narrativa, como buena humildad, nos hace saber que estamos en un proceso de desarrollo personal y profesional. Nos advierte cuanto nos falta por aprender. No es cuestión de olvidar o menospreciar lo que se conoce, es enriquecernos, mediante la apertura, a lo que el otro pueda enseñarnos, a frecuentes puertas de sabiduría que los otros pacientes, o no, son capaces de abrir para nosotros.

71 Irizar. L. B. En busca de nosotros mismos. Acerca de la necesidad de la sabiduría para el hombre de hoy. *Civilizar. Ciencias Sociales y Humanas* 2005; 9:1-18. Citado en: Rosas Jiménez, C. A. “Medicina narrativa: el paciente como “texto”, objeto y sujeto de la compasión” *Acta bioeth.* vol.23 no.2 Santiago jul. 2017.

Estas palabras de Paulo Freire quizás puedan apuntalar nuestros conceptos:

El aprendizaje del educador, al enseñar, no se da necesariamente a través de la rectificación de los errores que comete el aprendiz. El aprendizaje del educador al educar se verifica en la medida en que este, humilde y abierto, se encuentre permanentemente disponible para repensar lo pensado, para revisar sus posiciones; se percibe en cómo busca involucrarse con la curiosidad del alumno y los diferentes caminos y senderos que esta lo hace recorrer. Algunos de esos caminos y algunos de esos senderos que a veces recorre la curiosidad casi virgen de los alumnos están cargados de sugerencias, de preguntas que el educador no había notado antes.⁷²

La humildad narrativa permite que nuestra vocación reverdezca, tome nueva fuerza. Nos permite confirmar nuestra disposición al servicio, nuestra disponibilidad y nuestro responsable compromiso para con el otro. Claro, se me puede acusar de estar exagerando: puede hacer de nosotros mejores personas y más sabias.

6. Resulta de mucha utilidad reconocer que los médicos tienen una mirada sesgada; eso no ocurre por ejercer la medicina, sino por formar parte de la especie humana. Sucede que todos miramos las cosas y las personas desde un aparato cognitivo lleno de prejuicios, experiencias previas, generalizaciones inadecuadas, etc. Nuestro propio medio sociocultural, vínculos más estrechos y pertenencias religiosas condicionan nuestras miradas. Está claro que todas aquellas certidumbres que nos ayudan a andar por el mundo, nos parcializan, nos causan escotomas de los cuales debemos ser conscientes a la hora de interpretar a nuestros pacientes. La humildad narrativa permite que tomemos noticia de estos sesgos y los gestionemos adecuadamente. Tengo la impresión de que todo médico reconoce que en alguna oportunidad sus sesgos lo separaron de un paciente, en oportunidades llevando la relación a puntos irreconciliables.

72 Freire, P. "Professora sim; tia não: cartas a quem ousa ensinar". Paz & Terra. Brasil. Diciembre 2012.

Poseemos tendencias sistemáticas y prejuiciosas que pueden influir en la toma de decisiones clínicas y en la atención médica en general. Estos sesgos pueden afectar tanto a los médicos como a los pacientes. Pueden ejercer su influencia en los diagnósticos, tratamientos y resultados de salud. Podemos asumir que los más frecuentes son los siguientes:

- **Sesgo de confirmación:** Cuando los médicos buscan o interpretan información de manera selectiva para confirmar sus creencias o hipótesis preexistentes. Ignoran o descartan información que no se ajuste a sus suposiciones.
- **Sesgo de disponibilidad:** Este sesgo se produce cuando los médicos basan sus decisiones en ejemplos o información que les resulta más fácilmente accesible o que recuerdan con mayor facilidad.
- **Sesgo de anclaje:** Cuando se aferran a una información inicial o “ancla” y no ajustan suficientemente sus juicios a medida que obtienen nueva información.
- **Sesgo de representatividad:** Se refiere a la tendencia a clasificar a los pacientes en categorías estereotipadas en lugar de considerar la información individual y única de cada paciente.
- **Sesgo de género:** Este sesgo ocurre cuando los médicos tienen creencias o actitudes preconcebidas basadas en el género del paciente.
- **Sesgo de estatus social:** Tener actitudes o prejuicios basados en el estatus social del paciente, como su raza, etnia, nivel educativo o posición socioeconómica. Puede influir en la calidad de la atención y en la comunicación médico-paciente.

El propio trabajo de autorreflexión y la vinculación mencionada de la humildad con la verdad, pueden colaborar con el trabajo de reconocimiento de nuestros prejuicios y sugerirnos modos de ponerlos a un lado provisoriamente o superarlos para impedir sus interferencias. La realidad, la oportunidad del encuentro, la mirada y la historia del otro están para ser vividas. En palabras de Pablo D’Ors:

Sí creo que podemos aprender de lo vivido, y creo que sí, que se puede formular así: extraer lecciones. Lo más interesante de la vida es aprender. En la medida en que tenemos una actitud discipular, es decir, de receptividad y de humildad, la vida es interesante. La humildad es el punto de partida y el punto de llegada. Lo que nos impide ser humildes y receptivos son nuestros prejuicios. La realidad no está en primera instancia para ser cambiada, sino para ser vivida.⁷³

El otro, en este caso el paciente, tiene sus propios modos y tiempo. Deben ser tenidos en cuenta de manera expresa y llegar a un acuerdo provechoso para ambas partes, donde la conveniencia se mide en términos de satisfacción y de resultados. Querer imponer, de manera unilateral e inconsulta, nuestros propios criterios y tiempos, puede llevar a un avasallamiento tan paternalista como impropio. Ocurre que, en el afán de hacer un bien, alejamos, abandonamos o expulsamos al otro.

En lugar de desarrollar extensamente nuestras propias historias elevadas a modos prescriptivos y ejemplares, conviene echar mano de la humildad narrativa, que nos permita escuchar mejor, atender con precisión y cooperar decididamente para desarrollar vínculos humanos fuertes y expansivos. Fortalecedores de autoestima y respetuosos de modalidades.

Cuando a la Dra. Das Gupta le preguntan a qué se dedica como médica. Contesta: “Enseño a las personas a escuchar.” A escuchar con oído atento y crítico y sentido social. Y recomienda explícitamente entrenarse en escuchar no sólo aquellas historias que nos resultan confortables, esas algo exóticas que nos atraen por su sabor algo folklórico, sino también aquellas que nos desafían, aquellas que están por fuera de nuestras zonas de confort, historias de las periferias de lo humano, historias que permanecen habitualmente silenciadas.

73 Citado en:

<https://wmagazin.com/relatos/ideas-para-hacer-un-mundo-una-sociedad-y-unas-personas-mejores-segun-filosofos-sociologos-cientificos-y-escritores/#la-conversacion-3n-infinita>

Breve conclusión

La medicina narrativa ejercida con humildad narrativa es esencial en la práctica clínica. En el vasto mundo de los cuidados médicos, tan heterogéneo y variado, proponen crear relaciones médico – paciente más confortables, satisfactorias y eficientes. Además, de algún modo, permite retomar los antiguos carriles de nuestra profesión, que hacían de ella una ocupación digna, dedicada al servicio y al consuelo, más que a esa desenfrenada e irreflexiva tarea a la que nos hemos acostumbrado, y que tanto mal puede hacernos.

Otro componente de la humildad, la ausencia de soberbia La humildad se contrapone al orgullo, la arrogancia. El famoso médico ruso Iván Pavlov, Premio Nobel de Medicina en 1904, escribía en su testamento, dedicado a los jóvenes de su patria: “Huid del orgullo como de una peste mortal. Por orgullo os volveréis tercos, donde deberíais ceder. Por orgullo vais a rechazar el consejo útil y la ayuda amistosa; por orgullo vais a perder la medida para la objetividad.”⁷⁴

Sí, puedo coincidir contigo, estimado lector, que algunas sentencias, algunos párrafos, pueden sonar románticos y hasta quijotescos. “No veo en ello una debilidad, estamos acostumbrados a escuchar y leer cada barbaridad, que acceder a perspectivas diferentes, aún erradas, puede resultar revulsivo y estimularnos a pensar. Juzgo que no está de más dar una pincelada épica a tanta cotidianeidad rutinaria. Es cierto también, que los médicos no siempre estamos dispuestos a escuchar las penas ajenas, nos basta con las propias. Aun así, y quizás por esa misma causa, la jerarquía del servicio prestado, no siempre el óptimo, es agradecido por el paciente en grado sumo. La comunidad médico - paciente se edifica más sólidamente en la realidad de que el dolor no es tu dolor, es nuestro dolor, tu necesidad no es tu necesidad, es la nuestra. El paciente percibe este matiz, y la labor del médico se ve sostenida, y engrandecida con la colaboración incondicionada del paciente perspicaz.”⁷⁵

74 Lama, A. “La virtud de la humildad en la práctica del médico” Rev. Med. Chile 2020; 148: 1044-1052.

75 Ricci, R. T. “Ayudar, aunque lllore en el alma” Intramed, setiembre de 2010. <https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenido=67417>.

Leí hace unos días un artículo referido a Saramago y su obra “Ensayo sobre la ceguera”, por algún motivo me resultó pertinente para incluirlo en esta reflexión sobre la humildad narrativa, lo transcribo:

La esperanza en este mundo desalmado se refleja en las palabras de uno de los ciegos: “Si alguna vez vuelvo a tener ojos, miraré verdaderamente a los ojos de los demás, como si estuviera viéndoles el alma”. Saramago cuestiona nuestra forma de vida. ¿Podríamos estar simbólicamente invidentes a pesar de ver funcionalmente? Miramos, pero no vemos. Estamos ciegos si no percibimos de los demás salvo lo que nos beneficia, si no los atendemos más que para utilizarlos.

A pesar de su pesimismo, Saramago nos ofrece un horizonte de esperanza. Una cita encabeza el Ensayo sobre la ceguera: “Si puedes mirar, ve. Si puedes ver, repara”. La mujer que conserva la vista salva con su admirable bondad a un pequeño grupo. Puede ver un mundo decadente y repara.⁷⁶

76 <https://ethic.es/2023/05/el-caos-contado-por-jose-saramago/>

Segunda parte
Escritos de aplicación de la narrativa
Experiencias, relatos, ensayos y misceláneas

Capítulo 1: Medicina Narrativa, una de Cobois

Cuando era un niño me encantaba ver las películas de los vaqueros de oeste. Películas de Cow Boys, o como decíamos en el barrio: “Cobois” o “Choros”. En ellas, todos, indios, vaqueros, sheriffs, bandidos, incluso el “ator” tenían una gran pericia para cabalgar. Sus caballos se paraban sobre sus patas traseras y ellos, como si nada, se mantenían sobre la monta. Corrían al galope tendido, y mientras lo hacían tomaban el pañuelo de una dama en medio de la calle de tierra, y le disparaban al “Cara de malo” que estaba en la ventana del *Saloon*, todo eso manteniendo ejemplarmente el equilibrio. En lo alto de una colina, se paraban sobre ambos estribos cuan largos eran y haciendo visera con su mano derecha, oteaban el horizonte.

Ahora, estimado lector, intenta imaginar cómo harían aquellos amigos para hacer todas estas acrobacias, sustentados en un solo estribo. Es decir, usando sólo un punto de apoyo para sus pies; el derecho o el izquierdo, nunca ambos.

Lo imaginas. ¿Si? Entonces te estarás imaginando la sensación de inestabilidad y desequilibrio. El vértigo producido por la falta de una sustentación apropiada.

Seguramente te llamará la atención esta introducción, no te preocupes, me estoy valiendo de una analogía, una metáfora, para generar en tu imaginación la sensación de sustentabilidad en la cabalgata y la falta de ella. Ahora me resultará más fácil hablar de desequilibrios y seguridades.

La Medicina Narrativa, como modo de practicar la medicina, implica un equilibrio que se fundamenta en tener los dos pies, los dos, bien apoyados en terreno firme.

Alrededor de los '70 del siglo pasado, la Medicina Narrativa nació como un esfuerzo práctico para que la medicina clínica compensara su desequilibrio hacia lo biomédico, intentando contrapesarla con sólidos y eficaces aportes

humanísticos y socio médicos. Durante años las humanidades médicas habían recomendado con insistencia la necesidad imperiosa de lograr ese equilibrio, pero, a falta de una metodología adecuada, sus sugerencias se diluían en el océano del atractivo progreso científico–tecnológico. Decididamente hacía falta una propuesta concreta que permitiera de modo práctico apoyar el segundo pie en el estribo.

La propuesta de la Medicina Narrativa es muy clara: es imprescindible desarrollar en los médicos las competencias que les permitan interactuar con los pacientes de un modo genuino, personal y eficiente. Es indispensable inculcar en ellos, desde la misma formación de grado, la capacidad de **escucha e interpretación**. Ambas resultan útiles para aproximarse a los pacientes considerándolos las personas únicas que son, y que no dejarán de serlo por más enfermos que se encuentren.

La persona es mucho más que un cuerpo físico, más que un maravilloso sistema biológico. Es también emociones y sentimientos, un cúmulo de historias, una biografía, una identidad narrativa. El ser humano es capaz de trasladar cualquier aspecto de su vida –eso incluye a su vivencia de la enfermedad– a un relato, a una historia. De ese modo produce síntesis, le da coherencia a su memoria, otorga sentidos que le sirven para enfrentarse a la incertidumbre de la vida.

¿Te pusiste a pensar que nuestra tan preciada identidad, eso que llamamos nuestro ‘yo’, tiene una construcción narrativa, acumulativa, inestable y mutable? Tu identidad tiene, como te gusta experimentarlos, aspectos propios y originales; sin embargo, es también un compendio de narraciones culturales y sociales. Un archivo vigente y dinámico de tus encuentros y experiencias relacionales de todo tipo.

Mirá lo que, con toda precisión y crudeza le hace decir Rafael Narbona a su personaje, un adulto mayor en instancia de dejar definitivamente su casa:

“Soportaré la separación de las paredes donde ha transcurrido la mayor parte de mi existencia, pero la perspectiva de alejarme de mi biblioteca me resulta particularmente dolorosa. Considero que un hombre es los libros que ha leído y, en particular, los que han influido en su transición hacia la juventud o la vejez.”

Cuando te presentas diciendo: Yo soy... Todo lo que vas a mostrar a los otros está construido sobre la base de historias. Ellas están presentes en nuestro

lenguaje, y también en nuestros gestos, nuestra forma de vestir, de caminar, etc. El relato que somos está corporizado.

Profesor, soy del campo, de un pueblito a cuarenta kilómetros al norte de Charata (Chaco). Soy el cuarto de ocho hermanos. Mi padre siempre cosechó algodón, desde muy joven, mi mamá hace las tareas de la casa y nos cuidó a nosotros. Hice mi primaria y la secundaria a diez kilómetros de mi casa, en Las Perdices. Me encanta ayudar a la gente, disfrutaba con eso en mi parroquia, por eso elegí estudiar medicina. Mi otra pasión es jugar a la pelota, soy cinco.

Ese es el cuento de José, es como él mismo se presenta. Podemos apostar sin temor a perder, que José es mucho más de lo que nos contó. Además, irá acumulando experiencias y saberes que configurarán su persona haciendo que, de una inestabilidad se pase a otra, y luego a otra, de manera indefinida. Una construcción inestable, dependiente del medio social en el que José se encuentra. Una identidad maleable que varía con el tiempo, la calidad e intensidad de sus eventos relacionales.

A la vez, José, constituye una maravillosa continuidad de sí mismo que le posibilita reconocerse a pesar de los profundos cambios que provoca el paso del tiempo. Esa construcción vital que es José, se logra gracias a la participación de la memoria, pero también es modelada por el olvido y la imaginación. Esta última aborrece los vacíos en las historias, por eso se dedica a llenar los huecos y decorar las memorias insuficientes. Su objetivo es mostrar coherencia y resultar presentable en el medio social. De ese modo, se amalgama una narración de vida que lo habilita a presentarse como un individuo singular, diferente, único.

Es indispensable que individuos como José sean correctamente interpretados por el médico al que acuden cuando tienen una necesidad. Sus dolores y padecimientos son historias dentro de la historia y necesitan ser valorados adecuadamente como tales. El médico estará capacitado para advertir esto, sí y sólo si, conoce y siente que José no es sólo un cuerpo. Para asistirlo necesita estar al tanto de él, de sus órganos, su funcionamiento, sus alteraciones y desequilibrios y su biografía. ¡Sin las historias se pierde la noción del contexto!

Al paciente, además de su padecimiento, lo traen a la consulta, sus desarreglos, sus pasiones, sus irresponsabilidades, sus errores, sus mentiras, sus es-

peranzas, sus miedos, sus equívocos, etc. La enfermedad no sólo es una fatalidad, también puede ser una consecuencia, acaso un camino.

Competencias Narrativas

El médico, y en general quienes se dedican al cuidado de los demás, deben desarrollar competencias que les permitan realizar básicamente, estas acciones:

Escuchar: Con el menor nivel de prejuicios, preconceptos y prevenciones posibles. Escuchar con apertura, atentamente, sabiendo estimular la prosecución del relato, aguijoneando. Debe ser muy preciso con sus preguntas y repreguntas con el fin de lograr aclaraciones y precisiones.

Claramente escuchar es mucho más que el mero acto de oír. El filósofo esloveno-argentino, Emilio Komar lo afirma con claridad y profundidad:

Nos interesan las cosas, la verdad, queremos captar el sentido de las cosas, el sentido de las situaciones. Salomón cuando habla de la inteligencia la define muy bien, como “un corazón que escucha”. Un pensador moderno alemán, Peter Wust, dice del hombre que es ‘auscultador’. En el diálogo tiene sentido hablar si uno es escuchado, pero no tiene ningún sentido hablar, conversar, sin ser escuchado. Escuchado no en la versión más superficial, en la capa más superficial de lo que se dice, sino escuchado por el sentido más profundo, por lo más auténtico, por aquello que manifiesta un estado real de las cosas. Es decir, por aquel aspecto a través del cual se manifiesta el ser, la actualidad del ser.

Por experiencia lo digo: estas competencias pueden ser las diferencias que hacen de un muy buen médico, un médico excelente.

Interpretar: Se trata del aspecto hermenéutico de la escucha. Para familiarizarnos con la palabra hermenéutica quizás baste con decir que es la interpretación que se hace los diferentes niveles de un texto, de la literalidad, de la alegoría, del sentido y del mensaje. Una actividad interpretativa que permite la captación del sentido de las historias en los diferentes contextos.

¿Qué es lo que José quiso decir con aquel relato? ¿Por qué eligió ese asunto para contar, por qué a mí, por qué ahora, por qué aquí? Es la ciencia de la atención y de las hipótesis.

El paciente, que muestra evidencias –ya lo dijimos– también las oculta intencional o inconscientemente. ¿Cuál es el significado de los símbolos y los signos que José usa para construir su relato? ¿Qué quiere decir con que el dolor de pecho era como si tuviera una plancha caliente sobre su esternón? ¿En qué contexto espacio temporal se inserta el relato de nuestro paciente?

Ensayar la escritura creativa: Desarrollar habilidades de narrativa escrita, para acostumbrarse a expresar clara y fielmente aquello que nuestros pacientes nos cuentan y describir con detalles nuestras propias emociones, sentimientos, incertidumbres, límites, imposibilidades y preferencias. La escritura reflexiva es uno de los esquivos frutos de la reflexión. Uno de los mejores modos de hacer catarsis, y de poner nuestra propia historia en un texto que a su vez puede ser interpretado y reinterpretado.

En la Medicina no basta saber de enfermedades y de fármacos. Se necesita del conocimiento y también de la cultura. Un médico que lee, es un médico que escribe. Y un médico que escribe, además de fármacos, suele recetar también palabras. Una sanísima recomendación que recurrentemente consignan los textos de Medicina Narrativa.

Escribir de manera reflexiva nos permite conocer la perspectiva de observación en la que nos ubicamos y hacer variaciones según las necesidades del caso. Escribir, nos compromete y nos permite sumar datos al diario o bitácora de nuestras interacciones. De algún modo, la escritura creativa, nos brinda seguridades, disminuye las incertidumbres y clarifica las interacciones.

Fundamentos epistemológicos

Si bien la Medicina Narrativa siempre se anuncia a sí misma como un saber eminentemente práctico al servicio de la medicina clínica, su sustento epistemológico es vasto, complejo y variado. La propuesta narrativa ha abrevado en fuentes filosóficas y científicas antiguas y modernas.

Menciono sólo algunas de las más destacadas: La teoría de la Conversación de Gadamer, la Hermenéutica de Paul Ricoeur, la Filosofía del Diálogo de Buber y Rosenzweig, la Sociología de Pierre Bourdieu, la Teoría de los sistemas, la de la Comunicación Humana, etc. Se podría decir que no hay rama de los saberes de las humanidades que haya dejado de aportar, aunque sea mínimamente, al corpus de fundamentación de la Medicina Narrativa.

Incluso, a pesar de la opinión de sus fundadores, ingresar al bosque de los fundamentos filosóficos y epistemológicos de la Medicina Narrativa, es descubrir especies insospechadas en una ecología complejísima e inagotable de contenidos, valores y conceptos.

Esto no debe asustarnos, en la práctica, los principios de la Medicina Narrativa son llamativamente sencillos y están al alcance de cualquiera que desee adoptarlos como metodología.

Para regresar a nuestra metáfora inicial podemos decir que:

La Medicina Narrativa se encuentra al alcance de cualquier médico que entienda que, para no caerse del caballo, para galopar a toda velocidad, para acertar en el blanco y para mirar a lo lejos, debe necesariamente apoyar sus pies en ambos estribos de su cabalgadura.

Conclusión

Esto significa, estar sólidamente fundamentado en la bio medicina, conocer al dedillo los avances científicos y participar sensatamente de la vorágine tecnológica, naturalmente. Además, por su propio bienestar y el de su paciente, en resguardo de su persona y la de su paciente, debe estar firmemente sustentado en el estribo de lo humano, en la escucha de las emociones y las historias. Estar atento a las construcciones simbólicas del paciente, receptivo a los silenciosos gestos de dolor y propenso a detectar la demanda solapada u oculta. El médico tiene que encontrar espacio y lugar para escucharse a sí mismo, para repasar y resignificar su historia personal, y prevenir el autoengaño recordando su falibilidad y fragilidad.

Es clave que nuestros futuros médicos se familiaricen precozmente con este saludable abordaje. Conviene que desde los primeros años de su formación tomen contacto con la Medicina Narrativa y desarrollen sus competencias. Es en los años formativos donde se puede inculcar este modo amplio y profundo de practicar la Medicina Clínica.

Eventualmente no pueda ser incluida en el currículo como la actividad propia y privativa de un espacio académico o de una asignatura. La Medicina Narrativa es una cosmovisión diferente que requiere del reconocimiento valorativo y el compromiso de todo el claustro docente.

Bibliografía sugerida

- Charon, R et al. “The Principles and Practice of Narrative Medicine” Oxford University Press, 2017.
- Greenhalgh and Hurwitz. “Narrative based medicine” BMJ books, 1999.
- Charon, R. “Narrative Medicine, Honoring the Stories of Illness” Oxford University Press, 2006.
- Ricci, R. T. “La escritura reflexiva como agente de cambio en medicina” Medicina Narrativa, 2017–revistas.javerianacali.edu.co
- Ricci, R. T. “Ver con el corazón” Una sentencia contra la metáfora. Medicina Narrativa, 2017–revistas.javerianacali.edu.co
- Ricci, R. T. “Explorando las raíces de la Medicina Narrativa” Revista Médica de Tucumán. Colegio Médico de Tucumán. N° 24. Abril 2021.
- Marini, M. G. “Narrative Medicine. Bridging the Gap between Evidence Based Care and Medical Humanities” Springer International Publishing Switzerland 2016.

Capítulo 2: “Ver con el corazón” Sentencia contra la metáfora de una corte positivista

Cierto día Bernard Shaw estaba en su estudio y el jardinero le dijo:
Maestro el jardín está lleno de larvas, a lo que éste contestó: *¡Qué bueno! tendremos mariposas.*

Esta honorable corte emite su sentencia contra la metáfora que todo lo destruye y todo lo confunde. Contra la metáfora que inventa mundos y realidades, y luego los entremezcla confundiendo el plano en el que ha de funcionar la razón de los hombres. Esta corte no hace lugar a la apelación interpuesta por la querrela. De este modo, determina que los sucesores de cuantos embusteros hayan escrito, escriban o fueran a escribir en clave metafórica, carecen del derecho a exigir un lugar en el mundo de la realidad.

Declaramos formalmente que es falso que sin metáforas no se podría vivir. Que es falso que, sin metáforas, nuestro lenguaje se limitaría a un exiguo señalamiento básico. Esta corte afirma lo contrario y aboga por un lenguaje preciso, pulcro y sin equívocos. Para hacer descifrable su postura, este cuerpo echará mano a unos pocos ejemplos, ya que escribir todos los desaciertos metafóricos nos llevaría, lamentablemente, a una biblioteca infinita.

Vamos a tomar unas pocas sentencias de un famoso escritor galo para ejemplificar y hacer comprensibles nuestras conclusiones.

Procedamos entonces, y que sea justicia:

- a. Se afirma que el asteroide B 612 es un poco más grande que una casa (El Principito, pág. 18 de la edición de EMECE, Argentina). En un cuerpo celeste de esa envergadura es totalmente imposible la forma humana de vida. Por su escasa masa carecería de una signifi-

cativa atracción gravitacional. De tal modo, todo lo que no estuviera aferrado a su superficie saldría expulsado al espacio exterior. En páginas posteriores se afirmará acerca de la existencia de un vegetal que ‘aborrece’ las corrientes de aire (concepto en sí mismo insostenible). Sin embargo, el tamaño del asteroide B 612 hace imposible la existencia de climas, vientos y demás efectos meteorológicos ya que no se concibe que exista algo parecido a una atmósfera. El solo crecimiento de un retoño de dos Baobabs bastaría para sacar al pequeño asteroide de su eje y alterar su trayectoria de manera definitiva; ello lo privaría de la exposición a una estrella que posibilitara la fotosíntesis. Todo esto suponiendo que el citado vegetal encontrara algo de humedad y de CO₂ en tan hostil entorno. Por estos y otros tantos motivos que constan en el expediente, afirmamos que el asteroide B 612 no existe y que por lo tanto se trata de una burda y despreciable metáfora.

- b. Se da cuenta en la página 44 de la citada edición, de la existencia de otro pequeño planeta cuyo único habitante es un bebedor. La actividad exclusiva de este buen señor es beber (situación a todas luces improbable). Se supone que abusa de algún tipo de bebida alcohólica ya que se encuentra rodeado de botellas llenas y botellas vacías. No se consigna el número de botellas, de ser muchas, algunos cientos, la habitabilidad del pequeño planeta sería inviable por falta de espacio. En el pequeño planeta no hay sitio para un mísero viñedo, ni para un pequeño barril de añejamiento, mucho menos para una destilería doméstica. Podría ser que el citado bebedor importara su vicio de otros planetas, en ese caso sería imposible que este señor explicase la procedencia del dinero o de cualquier otro tipo objeto que sirva para intercambio o trueque. Además, bebe para olvidar... para olvidar la vergüenza. La vergüenza de beber. Una flagrante tautología del planteo metafórico. A este hombre solo, ¿de dónde le surge este sentimiento de vergüenza? La vergüenza es un sentimiento propio de un entorno cultural, de la presencia de otros, condiciones de las que el señor bebedor carece por definición. Es más, para tener vergüenza hace falta acceder a la noción de self, de uno mismo. Hace falta ser un YO, para tener vergüenza ante otro. Surge la pregunta: ¿Cómo este famoso borrachín ha logrado construir un Yo en ausencia total de otro u otros? Este escenario es a todas luces

ajeno al señor al que se refiere el texto. Por lo tanto, la existencia del bebedor es altamente dudosa e improbable, por lo que venimos a afirmar que se trata de otra enorme y falaz metáfora.

- c. Finalmente, para no excedernos, abordaremos el nudo de semejante libelo. Se afirma en la página 72, otorgándole voz humana a un mero zorro: “Es muy simple, no se ve sino con el corazón. Lo esencial es invisible a los ojos.” Se trata del colmo de uso de la metáfora. Cuando la sentencia metafórica se convierte en una unidad fácilmente memorizable (un meme diría alguien) la misma alcanza un poder mayúsculo. El órgano de la visión es el ojo. Ya lo afirmó el maestro Aristóteles: todo lo que llega a nuestra mente ha pasado antes por nuestros sentidos. Todo lo que se refiere a ver, necesariamente incluye al ojo. Ver con el corazón es una metáfora detestable. Esta corte no es ajena al significado de esa premisa, sin embargo, la condena por artera y confusa. Por qué no afirmar llanamente, que nuestros ojos nos permiten percibir signos que nos resultan evidentes simplemente porque en nuestro cerebro hay conexiones con áreas de integración que implican a circuitos emocionales además de las áreas ejecutivas. ¿Qué necesidad hay de apelar al corazón?

En ese diálogo de asambleas neuronales, nuestro ojo aporta información para que el conjunto le otorgue valor relacional y cultural. ¿Es tan difícil plantearlo de este modo? Ya dijo Kant que no poseemos la capacidad de acceder a los Noumenos, sólo estamos capacitados categorialmente para dar cuenta de los fenómenos. Lo esencial está más allá de nuestro ojo, inalcanzablemente más allá. Sin embargo, también debe ser adecuadamente valorado, que nuestro aparato psíquico cuenta con la intuición que puede tener un acceso directo a la verdad mediante atajos que no conocemos. Decir que lo esencial se ve ‘sólo con el corazón’ es un abuso literario. Intentando lograr un modo de decir, se encontró un modo de confundir.

Como dijimos, estos son sólo unos pocos ejemplos de la capacidad anárquica de la metáfora. Esta corte ratifica su sentencia y condena a los autores a abstenerse del uso de la metáfora bajo pena de condenarlos al exilio en los asteroides A 344 y D 567, presidios unipersonales superpoblados ya; a la compañía perpetua de adictos de todo tipo: lectores empedernidos, noctámbulos,

insomnes habitantes de planetas atiborrados de sueños, de proyectos irrealizables, de épicas historias.

Los condenamos sin misericordia, a la contemplación de la realidad para intentar desentrañar los secretos de lo que llaman esencial. Los condenamos a que encuentren la manera de hacernos comprensibles la belleza, la bondad, la verdad. Deberán extremar la imaginación, acaso pueden usar alguna analogía, para decirnos en palabras llanas de que se trata la justicia, la equidad y el amor. Los conminamos a que, con cualquier recurso, den razón de nuestros miedos ancestrales, nuestras alegrías inexplicables, nuestras angustias vitales.

Deben comenzar por lo siguiente.

Encontrar las palabras adecuadas para explicarle a esta corte el significado del siguiente pronunciamiento: “Es un gran misterio. Para vosotros que también amáis al Principito, como para mí, nada en el universo sigue siendo igual si en alguna parte, no se sabe dónde, un cordero al que no conocemos ha comido, sí o no, a una rosa...

Mirad al cielo. Preguntad: ¿el cordero, sí o no, ha comido a la flor? Y veréis como todo cambia. ¡Y ninguna persona grande comprenderá jamás que tenga tanta importancia!”

Esta corte se reconoce incompetente para desentrañar el sentido, parece que todo se trata de eso, de desentrañar el sentido. Todo en la vida es desentrañar sentido...del modo que sea, de cualquier manera.

Publíquese y archívese en todos los rincones del universo incluyendo los asteroides menores.

Capítulo 3: “Marcel Proust y los broncodilatadores”

Pero como mi estado se agravó, se decidieron a ponerme al régimen de Cottard con toda exactitud; a los tres días desaparecieron los estertores y la tos, y respiraba bien. Entonces comprendimos que Cottard, aunque me había encontrado bastante asmático, como más tarde nos dijo, y sobre todo “chiflado”, vio claramente que lo que en aquel momento predominaba en mí era una intoxicación, y que lavándome bien el hígado y los riñones me descongestionaría los bronquios y me daría respiración, sueño y fuerzas. Y comprendimos que aquel imbécil era un gran clínico.

A las cinco de la mañana me desperté inquieto, algo taquicárdico. Como no me ocurre a menudo, lo vi como una posibilidad de pensar un rato cuando lograra serenarme un poco. El silencio que precede al alba siempre me resulta inspirador. Claro, no en el caso de que, por una reunión social o algo por el estilo, me haya dormido muy tarde. En esos casos me enfurezco y hago de mi insomnio un páramo totalmente estéril

En medio de esa dulce duermevela me pregunté: ¿Qué pasaría si los personajes de las novelas, relatos, biografías, etc, visitaran nuestra realidad, el contexto espacio temporal del lector? Un ejemplo: Estoy leyendo Moby Dick de Melville y por algún artificio fantasioso se produce el acontecimiento de que el capitán Ahab (personaje principal de la novela) salga de ese entorno de frenesí marítimo y visite la realidad en mis propias coordenadas de tiempo y espacio. No perderá su identidad de marino experimentado, de viejo lobo de mar, como suele decirse, pero se vería obligado a permanecer en tierra firme por un tiempo. Ese lugar tendría las características de mi época. Calles llenas de tráfico, luces incandescentes, electrodomésticos variados, ruidos de todo tipo, vestimentas estrafalarias, caras y cuerpos de una diversidad absoluta.

¿Y el mar? Carencia total de mar, el más cercano se encuentra a más de mil kilómetros de distancia. ¿Qué ocurriría? Claro mi querido lector, alguien podría afirmar: ¡Pero mirá que tiene tiempo el coso este para ponerse a divagar impune y gratuitamente! Si, yo pensaría lo mismo, pero no podemos negar que muchas grandes ideas surgieron del ocio más extravagante.

Para decirlo breve: ¿Qué haría el capitán Ahab aquí en este puerto seco que es Tucumán, y en pleno 2019? ¡No lo tiene al Melville cerca para que lo ayude a salir de este atolladero! Conjeturo que la realidad lo sacudiría de tal modo que ansiaría regresar a la novela cuanto antes. Ella sería su salvación, miraría desesperadamente mi biblioteca, y donde viera el dibujo de una ballena blanca, se tiraría de cabeza.

¿Qué personaje me gustaría traer a mi realidad?

Se me ocurrió convocar al gran Marcel Proust. Lo traje a mi tiempo, lo instalé en un departamento céntrico y viéndolo estupefacto le dije que podía continuar con su vida y su trabajo. Justamente se encontraba comenzando a escribir “Por el camino de Swann”, el primer libro de la saga “En busca del tiempo perdido”. Para complacer la fantasía de otro fantasioso, se avino a la idea no sin antes escudriñar todo con esos ojos saltones y negros. Recordemos que Marcel vive en un cómodo apartamento cercano a los Campos Eliseos, en pleno centro del París de 1912. Lo tiene todo a la mano, objetos y personas, para realizar lo que le complace y le resulta apetecible. Ahora está aquí, en este cubículo de un solo ambiente, bullicioso y carente de intimidad.

Habiendo pasado sólo unos pocos días, después de noches de penuria entre sus estertores asmáticos y el frenesí continuo de una ciudad que nunca duerme, advirtió que, por debajo de la puerta, alguien había introducido correspondencia variada, llena de colores llamativos. Se le iluminó la cara, pero todo terminó en una gran decepción. Ya alguien le había anticipado que a las facturas de la luz y del gas hay que pagarlas sin demora porque te cortan el servicio. Se paralizó, no sabía qué hacer; su trabajo avanzado estaba sobre el escritorio. Ahora se veía en la necesidad de postergarlo para encargarse de estas cosas prácticas a las que no estaba acostumbrado. En los días sucesivos llegó la factura del agua y de la TV por cable. Decidió no pagar CCC, pero el agua la necesitaba imperiosamente, el vapor le era indispensable para poder aliviar su impertinente obstrucción bronquial. En medio del estado de confu-

sión producido por la resaca del Hidrato de Cloral, se encaminó nuevamente al Rapiago en medio de la humareda de los colectivos. Sus bronquios vivieron una escena propia del purgatorio del Dante. Extenuado regresó casa de prisa y me mandó un mensaje con el portero: ¡Vení ya!

Llegué, estaba azul, sudoroso, desorbitado, inquieto, tembloroso. Corrí a la farmacia de la vuelta y le compré un nuevo envase de Ventolín. Lo instruí con paciencia acerca de cómo realizar adecuadamente el proceso de inhalar el aerosol. Me miró como si fuera un brujo. Creo que pensó: perdido por perdido... e inmediatamente se puso en la tarea. A los diez minutos, algo recuperado, me miró con fascinación. ¡Un milagro! El tratamiento no se parecía en nada a los que sus médicos le indicaban: enemas, sangrías, barbitúricos, inhalaciones de tabaco, café al por mayor. Nada le había devuelto el aire a sus pulmones como lo hizo el salbutamol. Adoré el inhalador como si fuera el mismísimo Santo Grial, no se arrodilló delante de mí (sacerdote de la broncodilatación) porque su artralgia de ambas rodillas se lo impedía.

¡Te tiene que ver el neumonólogo, mi amigo Omar puede hacerlo un día de estos! Dije como respuesta a su excesiva veneración.

Pasé a buscarlo temprano, a las cinco de la mañana, la fila en el hospital ya llegaba hasta la media cuadra, hacía frío esa mañana. Marcel estaba muy incómodo, sólo lo sostenía la esperanza. Al llegar a la ventanilla, tres horas después, nos dijeron que ya no había turno. Lo llamé a Omar, gentilmente me dijo que nos esperaba en la guardia. Allí, camilla va, camilla viene, pisos con sangre, olor a vómito, lampazos con lavandina, gritos, movimientos frenéticos, sectores reservados, se complotaron para descompensar la endeble salud de Marcel. Quería salir de allí, huir. Se hizo uno, dos, puffs de salbutamol y comenzó a temblar y le golpeteaba intensamente el pecho.

Lo atendieron con cortesía. Le indicaron un electrocardiograma, una radiografía de tórax, una espirometría, consulta con el ORL para descartar procesos sinusales, consulta con un alergólogo para un tratamiento a largo plazo de sus procesos alérgicos. Le explicaron que el milagroso Ventolín era para uso excepcional, para el uso cotidiano le indicaron budesonida, un corticoide de acción local. Le agregaron fexofenadina 180 mg por día y montelukast como estabilizador de las membranas celulares, finalmente le regalaron dos ampollas, una de adrenalina y otra de dexametasona para uso eventual. Omar intercedió

para que en Salud Mental le dieran un turno para dentro de quince días. Es imprescindible tratar el componente psicossomático subyacente. Con un evidente desconcierto Marcel aceptó todo a regañadientes. El Dr. Cottard (su médico) ya le había advertido en más de una oportunidad que era un Neurasténico, su propio padre médico se lo repetía desde que era un niño, le pareció que podía conectar una cosa con la otra. Volvimos al departamento y me fui a trabajar.

En los días siguientes se lo vio mejorado; miraba y volvía a mirar la veintena de órdenes y pedidos de estudios médicos esparcidos sobre la estrecha cama. Cuando conseguimos los turnos, sumábamos 17 días de visitas al hospital. Todavía había que ir a la escribanía para firmar el contrato del departamento, retirar dinero en efectivo del BBVA y no olvidarse de llevar la basura al contenedor. Luego hablar a Los Leños para encargar la comida del mediodía y visitar el Super para algunas compras de rutina. Marcel miró los papeles, hizo de nuevo el recorrido mental de las tareas inmediatas, imaginó sus próximos días de calvario y miró hacia el escritorio. No había escrito una letra en los últimos veinte días. La señora de Swann, Cambray, Albertine y la magdalena habían entrado en una modorra aparentemente irreversible. Recordó aquellas propias palabras que no me atrevo a traducir para no ajar su belleza: “Les vrais paradis sont les paradis qu’on a perdus”

Al día siguiente su portero llegó a mi oficina con una notita escrita por una mano temblorosa y elegante: “¡Libérame!”. ¡Lo entendí, deshice inmediatamente mi aventura convocatoria onírica!

En alguna revista, unos días más tarde, leí lo siguiente: “A pesar de todo el trauma al que su frágil cuerpo y su atormentada alma han sido sometidos durante los diez años que dura la escritura de la “Recherche...”, su talento literario permanece intacto y transforma la experiencia literaria en un consuelo y una felicidad que más que alternativa es real.”

Hallé la respuesta a mi conjetura, o podría decir mi aventurado delirio: Cada quien pertenece a su tiempo, las vidas son propias y dependen de factores concurrentes originales y singulares. Las vidas no pueden ser sacadas del espacio y el tiempo porque son eso, historias de espacio y tiempo.

Sólo en las encrucijadas en donde la divina voluntad las ha colocado, surge la maravilla:

La realidad que yo conocí ya no existía. Bastaba con que la señora de Swann no llegara exactamente igual que antes, y en el mismo momento que entonces, para que la Avenida fuera otra cosa. Los sitios que hemos conocido no pertenecen tampoco a ese mundo del espacio donde los situamos para mayor facilidad. Y no eran más que una delgada capa, entre otras muchas, de las impresiones que formaban nuestra vida de entonces; el recordar una determinada imagen no es sino echar de menos un determinado instante, y las casas, los caminos, los paseos, desgraciadamente, son tan fugitivos como los años.

Capítulo 4: La consulta y el pánico

Para el Dr. Arturo Corrales in memoriam.

Todo puede serle arrebatado a un hombre, menos la última de las libertades humanas: el elegir su actitud en una serie dada de circunstancias, de elegir su propio camino. ¿No podemos cambiar la situación? Si no está en tus manos cambiar una situación que te produce dolor, siempre podrás escoger la actitud con la que afrontes ese sufrimiento.

Dr. Viktor Frankl

- Hola, acá estás, llegaste temprano hoy a la consulta.
- Y si... Vine acompañado por mi viejo... Está sentado en el bar de la esquina... Me da tanta bronca que un hombre ya mayor sea el lazarillo de un grandote con pánico. ¡Qué vergüenza! Me siento un miedoso, te diría más, un cagón. Hace años que me siento desfallecer, tengo un montón de responsabilidades familiares y laborales, y todo lo hago con un nudo que me aferra la garganta, cumplo a medias, no me comprometo porque sé que no doy para más. La angustia me domina, se ha adueñado de mis días y de mis noches.

¡Ya no sé qué hacer, no aguanto más!

Se me llenaron los ojos de lágrimas y se me estrujó el pecho. Mi cuerpo precede al ataque de ansiedad, mortificándose, apocándose, avergonzándose. Toda mi atención está puesta en eso que llamo “los síntomas”, temblor, sudoración en las palmas de las manos, taquicardia, hiperventilación, intranquilidad, sentado en el borde de la silla, ansío el momento de la huida. Huir, huir una vez más, a eso se resume esto que insisto en llamar ‘mi vida’.

- Bueno... Hoy te voy a dar una tarea sencilla: ¡Vas, das la vuelta a la manzana caminando, yo te espero aquí!

Me descolocó mal, nunca imaginé que me propusiera esa locura. Me estaba dando una tarea imposible de realizar para mí. Yo no salía de mi casa sin compañía, no estaba nunca en contacto con mucha gente y fundamentalmente nunca solo con la calle y el espacio abierto, mucho menos con lo incierto. Nunca en situación de una probable pérdida del control. Inmediatamente, la angustia anticipatoria, –sí, yo de teoría sabía un montón– me enfrento con la posibilidad de perder la razón y quede vagando por allí como un NN. Un NN desquiciado, alienado. O peor, un innominado muerto en plena calle

De entrada, me negué. No aceptó mi negativa y me acompañó con el brazo firme hasta la puerta de calle. Luego, cuando todo pasó, pensé: ¿Qué grieta se abrió en mi estructura mental que vi como posible lo absolutamente peligroso, descabellado e impensable? Apenas podía dar unos pasos...

Al salir a la calle ya mis manos sudaban y mi mirada se aseguraba que el lazarillo, mi viejo, el amor hecho persona, se encontraba allí, en el bar, con sus ojos y toda la atención fijos en La Nación de ese día. Amor, aceptación, servicio incondicional, responsabilidad, todo llevado al extremo de santidad.

A caminar hacia el sur, iniciaría la vuelta a la manzana en contra de las agujas del reloj. ¿Por qué? No lo sé. Me encaminé a la esquina más cercana, la de la Basílica de La Merced. Se hicieron borbotón mis oraciones, no salían claramente por exceso y la concentración nefasta en mis “síntomas”. Estaba aterrado. Ante el semáforo sentí el alivio pasajero de no tener que esperar que me diera paso, yo doblaba, no tenía que cruzar la calle. Los negocios de la 24 con sus empleados vociferando, los multicolores de las prendas de vestir. Los manteros –a los que esquivaba– vendiendo medias, linternas, cinturones, aparatitos varios, todos relucientes como espejitos de colores.

Mi mente quería desistir, regresar a lo seguro. No sabía qué hacer, se me puso entre ceja y ceja llegar a la meta como fuera. Parece que aun en los invalidados, los desafíos funcionan. El olor agrio y rancio de los panchuques, los vendedores callejeros de muñequitos, juguetes chinos, accesorios para los celulares. Los evitaba raudo en mi premura, respiraba superficialmente, transpiraba, el corazón desbocado avisaba con múltiples extrasístoles que no se encontraba a gusto, y la cabeza... Pensamientos de todo tipo, ¿quién me ayudará? ¿Cómo sabrán a quién avisar? ¿Yo me caigo aquí y nadie se entera salvo en la morgue? Así llegué a la otra esquina, la segunda. Giré, siempre a la izquierda. Una guar-

dería de autos desolada a la derecha, el sol que me da en la cara, veo la entrada del Pasquini. ¡Allí me podrán ayudar seguro...! No creo, si sólo hacen medicina laboral. No importa, algún médico habrá. Seguí adelante, ver en la vereda del frente la entrada del Banco Municipal me hizo recordar viejos buenos tiempos, sólo como un flash. Pensé: esta es la esquina clave, la que está más lejos de mi lugar de partida, a partir de ahora comienzo a volver.

Sudoración exagerada, boca seca y pegajosa, respiración superficial, taquicardia, ojos dilatados en busca de algo, nunca supe de qué. Caminando rápido pasé por frente de la Comisaría Primera. ¡Allí tampoco se negarían a ayudarme en el peor de los casos! Al frente ya veía la importante entrada de cemento de la Casa de la Cultura, donde funciona Radio Nacional. Raudó. Como volando a mi destino, ya voy entreviendo la cuarta y última esquina.

Allí daré la vuelta y si llego a mi objetivo. Se los digo de corazón...: Habré conquistado el mundo, habré llegado a la cima más alta, recuperaré la potencialidad perdida. De golpe y en medio de una feroz taquipnea, se me colman de aire los pulmones. Una sensación tan linda como fugaz.

En medio de ese frenesí de sensaciones, con el rabillo de mi ojo derecho, veo que él estaba allí, en la acera del frente, medio oculto entre la gente, pero totalmente atento a mis movimientos. Sí, vi a quien me había encargado la tarea 'imposible' listo para socorrerme en caso de que fuera necesario. Caminé discretamente detrás de mí hasta la puerta de su consultorio. Allí nos encontramos todavía en la vereda y nos dimos un abrazo. Breve, poco sentimental, contenido, propio de un terapeuta.

Si en la eternidad uno puede buscar las instantáneas de su vida, buscaría sin lugar a dudas la de mi sonrisa radiante de ese instante.

Por hoy terminó la consulta, me dijo. Nos vemos la semana que viene. Por primera vez, en años, me despidió con mi apodo preferido.

Capítulo 5: Me quedé pensando señora Oruga...



En estos días pasados usted, de manera un tanto prepotente, me hizo esta pregunta: “¿Quién eres?”. Debo reconocer que me desconcertó, la sentí como una cachetada. Durante unos minutos me vi confundida por la sorpresa. Justamente en el momento de nuestro encuentro yo estaba teniendo problemas con mi altura, había tomado un extraño brebaje que sorprendentemente me impedía tener dominio sobre las dimensiones de mi cuerpo, mi situación era totalmente inestable, física y psíquicamente. Sabido es que la inestabilidad del

cuerpo va seguida necesariamente de la de la mente. ya sabe usted que la mente, de algún modo, es también cuerpo. Ese brebaje me tenía a mal traer, pasaba de tener su altura señora, más o menos unos siete u ocho centímetros, y al rato mi cuello se elevaba por encima de las copas de los árboles y se me confundía con una enorme serpiente. En ese contexto delirante, viene usted y me pregunta quién soy. Le contesté que no lo sabía, que a la mañana me había despertado recordándolo, pero que ahora, dadas las circunstancias, no lo sabía, tal era la fugacidad y la inestabilidad de condición.

Se acuerda de mí, ¿no? Soy Alicia, la que por un tiempo visitó su descabellado país de las maravillas. Ahora ya me encuentro en casa luego de haber disfrutado y sufrido a la vez, ese lugar del sin sentido en el que usted vive.

Más tranquila, pienso y repienso los encuentros delirantes que tuve y comienzo a convencerme de que no lo fueron tanto, que me ofrecen pistas para ver de otro modo temas que consideraba solucionados y agotados. Temas que pensaba, eran propios de una realidad inmutable de absoluta certeza, y que ahora observo con cierta saludable inestabilidad.

Por ejemplo, el encuentro que tuve con usted. Como le recordé hace instantes me quedé pensando en su pregunta, que no por cotidiana deja de ser inquietante. Hoy estoy segura de que usted es la persona menos indicada para presumir de cierta estabilidad de vida, no se puede decir que el estado de oruga sea precisamente un estado de equilibrio y duración. Cuando conversamos, acababa de ser larva y se aprestaba a ser mariposa un tiempito después. Al preguntarme 'quién eres' me produjo un malestar que atribuí a mi propio estado de fugacidad. Qué la habilita a hacer tan arrogante pregunta, cuando usted misma tiene contados los minutos para ser quien es. Menudo desparpajo el suyo ¿Usted ya era doña Oruga siendo larva? ¿Seguirá siéndolo cuando tenga alas de hermosos colores? ¿Es que podemos hablar de una permanencia de la identidad como para contestar hoy que soy A, y mañana que continúo siendo A y no B? ¡Mi querido amigo, el Reverendo Charles L. Dodgson, quien firmaba como Lewis Carroll, ¡estaría feliz si me viera razonando con esta formalidad!

Resulta mi querida señora Oruga, que durante el tiempo que pasamos en esta biblioteca, mucha agua ha pasado bajo el puente de la identidad. Se pensó que los genes, la información en ellos contenida, era inmutable y poseían una marcada determinación. Pues no es así. Nuestra dotación genética se manifiesta parcialmente, y esa manifestación tiene una marcada relación con el ambiente que nos rodea. Sabe qué, no sólo con el ambiente físico o biológico que nos rodea, también con el social. Aunque usted no lo crea, o le cueste aceptarlo, lo social nos modifica permanentemente. Por lo tanto, mi querida señora, yo no soy ahora la misma que antes de conocerla. Naturalmente con usted ocurre algo similar. Se trata de un proceso adaptativo aún más rápido que su esperada metamorfosis.

A propósito... ¿siente en sus células el proceso del cambio? No es mi caso, yo no seré mariposa, pero cambio con la misma rapidez que usted. Las células que me conforman se eliminan y nacen otras nuevas que las reemplazan, luego otras más y luego otras más aún. Como las víboras cambian de piel, todos cambiamos permanentemente las células, los órganos y los sistemas que

nos constituyen. Otro tanto pasa en el cerebro, por lo menos en el nuestro, no conozco tanto acerca del cerebro de las orugas. Cambian nuestras células, se modifican las conexiones, lo que sirve y se usa, se fortalece, por el contrario, lo que está en desuso es podado o modificado. Hay unas ramificaciones de las neuronas (las células del sistema nervioso) que se llaman dendritas; es increíble ver con la rapidez que se modifican, con la que crecen, con la que multiplican sus ramitas. En esas células, en las conexiones que hay entre unas y otras se localiza nuestra memoria en forma de complejos químicos de cierta estabilidad. Esa es la memoria llamada a largo plazo, la que permite que cuando el Sombrero Loco o La Reina de Corazones dicen: ¡Alicia! Yo reaccione dándome la vuelta hacia la llamada. Es lo que le permite a usted abstenerse de reaccionar si el llamado es el mismo. Ahora, mi querida Doña Oruga: ¿Intuye usted la fragilidad del fundamento biológico de nuestra identidad? La fugacidad, la insustancialidad, la sutileza es su característica fundamental. Nuestro Yo vive en el reino de lo improbable, como la vida. La suya o la mía, la del planeta entero.

Y usted tiene el desparpajo irreverente de preguntarme quién soy. Soy Alicia señora mía, la increíblemente débil y fugaz Alicia. A la vez, aquella que, desde esa realidad paupérrima común a toda la humanidad, aspira a conquistar las estrellas, la que pretende entrometerse con las partículas subatómicas e insiste en querer saber qué ocurrió antes del Big Bang. Soy Alicia, la que con recursos limitadísimos aspiraba a poner algo de orden en ese país del sinsentido en el que es común ver un gato sonriendo y lo que es más, seguir viendo la sonrisa aun cuando el gato ya se ha ido. Mi querida señora, ahora la dejo esperando que mañana, cuando sea mariposa, se digne a reconocermé y me guiñe un ojo para que yo, a mi vez, la reconozca.

Capítulo 6: La edad madura

Las biografías de los artistas, sus obras y las interacciones que tienen durante sus vidas, son útiles para que médicos y estudiantes de medicina obtengamos enseñanzas prácticas y éticas. El caso de la vida de Camille Claudel es una invitación a poner en evidencia los valores de la Medicina Narrativa: interpretación, emoción y aprendizaje.

Las obras de arte, como la vida, están abiertas a las más diversas interpretaciones. A la vida se le da por premiar o castigar esas interpretaciones, creo, que, por ahora, a las obras de arte no. La Medicina Narrativa, un complemento destacado de la medicina clínica, invita a los médicos a interpretar, a dejarse impresionar por las expresiones artísticas, a aprender y sacar conclusiones de las historias que se narran en las obras de arte. Por detrás, como entre bambalinas de toda manifestación artística, se encuentra la vida de la persona que la ejecutó, los detalles de su época, sus pasiones, sus amores, sus enfermedades y sus condenas. La “Edad Madura”, no es la excepción de esta regla, todo lo contrario.

Por eso, confiando solamente en mi percepción de lo bello, me atrevo a discurrir acerca de “La edad Madura”, una admirable escultura que Camille Claudel finalizó allá por el año 1895. Tardó en hacerse pública, mucho más en hacerse famosa. Dicen los especialistas que fue víctima de problemas de interpretación, privados primero y públicos después, veremos.

Se las presento, se encuentra en el museo de Orsay en París, Francia:



“La edad madura” Museo de Orsay, Paris, Francia.

La obra es de una época muy particular en la vida de Camille, en ese momento se hallaba inmersa en una monumental crisis con su amante el muy famoso Auguste Rodin. Ella se había convertido en alumna y luego en la amante de su maestro a muy temprana edad. Por su parte él se hallaba en el pico de la fama y se encontraba en la cuarentena avanzada. Disfrutaron de temporadas de un amor tan apasionado como secreto. La relación estuvo signada por un intenso erotismo, una pronunciada asimetría del poder y una indiscutible egolatría. Mientras se mantenía esta relación que para Camille era única y excluyente, el escultor tenía un compromiso afectivo muy diferente, su interés permanecía disperso. Era un mujeriego empedernido, de promesa fácil y cumplimientos diferidos. Mantuvo a lo largo de los años una amante ‘oficial’, Rose Beuret, con la que finalmente se casó poco antes de morir ella algunos años después. Rose es la mujer que, compitiendo con Camille, resulta finalmente favorecida. Rodin abandona a Camille, genial escultora, bella y apasionada mujer, para continuar hasta el fin su relación con Rose Beuret, una mujer de carácter dócil y servil.

Un detalle que no puede pasar desapercibido, es que Camille fue inducida a abortar un tiempo antes de iniciarse el proceso de distanciamiento. Esta mezcla explosiva de celos, erotismo, egoísmo, embarazo inoportuno, frenesí, capricho, imprudencia y quién sabe que otras añadiduras, desencadenó el infierno de Camille.

Cuando observo con atención “La edad madura”, teniendo un conocimiento incompleto, pero global, de la vida de Camille, me surgen algunas interpretaciones interesantes y sugestivas, al menos para consumo propio. La historia, parece indicar que esa maravillosa escultura fue una obra bisagra. Antes de ella, pacto de amor clandestino y frenético, luego de ella, ruptura, soledad y encierro de Camille en su casa atelier.

Un punto de inflexión, para que Camille pase de un estado de relativa salud psíquica, a un trastorno psiquiátrico declarado, una manía con rasgos persecutorios y de grandeza. Ese fue el motivo, quizás el pretexto, para su internación en un manicomio que se prolongó durante 30 años hasta su muerte a los 79 años. Una historia tan excesiva que, al conocerla, me llamó la atención, y me sentí llamado a observar y ocuparme de los detalles. Percibí la clara intención de silenciar la historia, y que todo permanezca para siempre en el misterio. Quizás al final de la nota pueda redondear la idea.

Mi aventurada interpretación: En la obra escultórica, una joven trata de retener consigo a un hombre envejecido que, a su vez, es atraído hacia sí, por una mujer de edad madura, que lo toma con fuerza y parece susurrarle algo al oído. El vuelo de las ropas al viento, le aporta a la escena dramatismo y una dinámica muy particular, un transcurrir frenético del tiempo, una disposición hacia un futuro irremediable y vertiginoso. La actitud de la joven es implorante, y su desnudez expresa sensualidad y, sobre todo, desamparo, exposición, miedo. Me veo con derecho a pensar: que la mujer susurrante representa a Rose atrayendo hacia sí a su codiciado hombre. Distingo en ella también los rasgos de la Parca que, interesada también, lo arrastra hacia un futuro inexorable. El hombre, no tiene la prominente barba de Rodin, por el contrario, es un individuo enflaquecido, piel y huesos, restos de un hombre que fue. ¿La pasión lo secó? Lo que la mujer / muerte se lleva para sí, ¿es solo lo que queda, un despojo? No lo sé.

Por otra parte, la jovencita que implora de rodillas ha perdido la disputa. Parece estar destinada a la soledad, al desamparo y la intemperie. Aún deseosa de ese hombre acabado; acaso avergonzada por haberle dado todo, su talento, su juventud y su virtud. Un apego que puede interpretarse como el único resguardo ante, la soledad y la cruda exposición a la hipócrita ‘moral social’.

Camille Claudel, brillante escultora, reconocida en el París de fines del siglo XIX como una genial artista, se ha distanciado de su familia que la considera pecadora y promiscua. Se atrinchera en su casa – atelier rodeada de una infinidad de gatos. En sus ataques de furia, destruye sus propias obras, incluso los bustos de niños recién nacidos a los cuales se dedicó con ahínco. ¿Una muestra de dolor y arrepentimiento por el aborto? Por haber hecho lugar al pedido de su egocéntrico y descomprometido amante. No salió de su casa durante un período de cuatro años. La razón que esgrimía, es que debía cuidar su obra de los enviados de Rodin. Decía que, por la noche, entraban por las ventanas para robarlas y copiarlas para que el escultor, luego, se atribuyera su autoría. Un día cualquiera, la buscaron tres hombres con largas batas blancas, y la encerraron en un manicomio de parias, el hospital psiquiátrico de Ville-Évrard. Unos pocos meses después, con el pretexto del comienzo de la Gran Guerra, fue trasladada a Montdevergues, cerca de Avignon. Manicomio del cual, a pesar de una muy aceptable recuperación, nunca salió. Allí, luego de treinta años de ininterrumpido encierro, murió indignamente.

Hipótesis

Camille se encierra por miedo, por pánico a la sociedad y a los espacios abiertos. Hoy lo denominaríamos agorafobia, quizás por un trastorno psiquiátrico de mayor envergadura. Deseo encontrar el motivo por el que una mujer en la flor de la edad, que no muestra rasgos de estar desquiciada, que persiste lúcida e inteligente, ingresa a estas instancias infernales. En el manicomio, ella misma afirma, en cartas a su hermano Paul, no soportar los gritos y las risotadas estentóreas. Llama la atención que no haya intentado fugarse ni una sola vez. Durante años, espera ansiosa e inútilmente que su hermano, su madre, le permitan salir de ese lugar de tortura para llevarla a su casa, o al menos al hos-

pital Sainte Anne, famoso neuropsiquiátrico de París. Parece conformarse con una emancipación condicionada, con un encierro más confortable.

Durante su estadía en Montdevergues, los médicos no la califican como una persona agresiva, interactúa con ellos de manera frontal, con lenguaje fluido y absoluta coherencia. No requiere medicación ni cuidados especiales. Por esos motivos, el mismo equipo médico recomienda a sus familiares la internación. Su madre y hermanos se negaron de manera reiterada a atender a esos pedidos; llamativamente los médicos, bajaron la cabeza y aceptaron convertirse en cómplices de ese atropello, de esa condena.

Efectivamente, la familia, en un empantanamiento de recuerdos, rencores, envidias, inconscientes mandatos, frustraciones y fantasmas históricos; en suma; de pura miseria humana, hace caso omiso a la recomendación médica y decide que continúe internada. Los médicos –yo los llamo sus verdugos– acatan la decisión y la ejecutan prolongando una y otra vez la internación.

¿Podrían estos haber actuado de otro modo? ¡Claro que sí! Si se decide el alta del paciente y está debidamente fundamentada no hay poder humano que obligue al médico a dar marcha atrás. ¿La justicia? Si, seguramente, pero sólo si los argumentos de los peritos de parte demuestran lo contrario en un juicio complejo y lento. Los sucesivos médicos de Montdevergues acatan, ¿de manera pusilánime o interesada? las sentencias familiares. Por eso me parecen verdugos. El jurado, cuando sentencia al reo a muerte, no la realiza por mano propia, cuenta con el verdugo cuya misión es acatar y ejecutar la orden.

¿Por qué se avino, en contra de su voluntad, a permanecer allí hasta que alguien la ‘libere’? ¿Tendrá que ver con la desprotección y la congoja con que la jovencita de “La edad madura” implora no quedar sola?



Detalle de “La edad madura”

“Alcanzada su madurez, el hombre está vertiginosamente atraído por la edad, mientras tiende una inútil mano hacia la juventud. Las figuras desnudas están envueltas en drapeados que acentúan la rapidez de la marcha. Las grandes oblicuas convergen en perspectiva.”



Detalle de “La edad madura”

Su hermano Paul, eximio poeta y diplomático, consigna en su pequeña obra llamada “Mi hermana Camille”: “Mi hermana Camille, Implorante, humi-

llada a rodillas, está soberbia, está orgullosa, y saben lo que se desprende de ella, en este mismo momento, delante de su mirada, es su alma”.

Por ahora no he hallado el camino para comprobar mi hipótesis. Esos treinta años de pasividad obediente en una mujer de su carácter, me desvelan. Las numerosas cartas que escribió en ese período muestran su coherencia, persiste en el delirio persecutorio, pero su aparato cognitivo y emocional parecen estar indemnes. Su triste destino parece haber surgido de los infernales fantasmas familiares, y llevado a la práctica por un sistema médico interesado, pusilánime y cómplice.

No puedo explicarme por qué, en uno de esos paseos por las montañas cercanas a Avignon, no intentó escapar soltando definitivamente la mano que, seducida por la Parca, intentaba alejarse de ella.

Capítulo 7: Mejores preguntas que respuestas en la consulta médica

El arte de preguntar es más difícil que el de razonar, porque supone mantener en pie las preguntas, mantener el sentido abierto: tal apertura provisional es quizás lo más difícil de lograr. Tenemos una inclinación poderosa a abalanzarnos sobre una respuesta o bien a permanecer en una duda indolente y despreocupada.⁷⁷

Hace cerca de dos años que Facundo puede ser considerado mi paciente. Nunca me gustó el posesivo, sin embargo, en este caso, lo uso sin vergüenza, me parece un modo cálido de afirmar que alguien elige siempre el mismo médico, para mostrar que hemos desarrollado una corriente de confianza mutua que se asemeja mucho a la amistad. Él es estudiante universitario, yo, médico de la universidad; en ese contexto se ha fundado nuestro vínculo, pero hace rato que lo consideramos un detalle irrelevante. Al comienzo de nuestra relación calificué a Facundo de “polisintomático”; uno de esos pacientes que presentan múltiples e inconexos síntomas. La premisa que guía tal taxonomía es: “A muchos síntomas, poca enfermedad”. Es posible que Hipócrates, Galeno, Leriche, Harvey u Osler hayan acuñado esta máxima hace mucho tiempo, no lo sé. Modestamente, me la atribuyo y con frecuencia me cito a mí mismo. Facundo, como todo “Poli”, al principio no confió del todo en mí. Concurrió al reumatólogo quien le colgó el cartel de Fibromialgia y le recetó analgésicos y antiinflamatorios. Fue al cardiólogo quien, después del ECG, la PEG y

⁷⁷ L. IABorde, El problema de la verdad con relación a la historia a la luz de Verdad y Método de H. G. Gadamer (manuscrito), Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, Buenos Aires, p. 75. Citado por Rafael Cúnsulo O.P. en: “La identidad narrativa ¿legitimadora de un individualismo exacerbado o apertura a la comunicación dialogal?” <https://revistas.unsta.edu.ar/index.php/Studium/article/view/638/675>

el Eocardio, consideró que con un Clonazepán bastaba para tratar su precordialgia. Seguidamente, el psiquiatra mantuvo el Clonazepán y agregó Sertralina combinada con un antipsicótico por haber detectado un cuadro bipolar. Durante todo ese viacrucis Facundo seguía visitándome los jueves y me fui enterando poco a poco de su historia.

Nacido hace 27 años, criado en La Quiaca, padres separados hace tiempo, mamá docente en esa ciudad del extremo norte, el papá cría llamas y ganado vacuno en Abra Pampa. Van todos los años a la corrida de toros en Casabindo. Hijo único. Vino a la ciudad a estudiar Veterinaria hace unos tres años. Con altísimo costo personal y una disciplina espartana cursa materias del segundo año de la carrera. Cuando lo conocí, estaba encapullado en torno a sus síntomas de tal modo que todo lo demás carecía totalmente de valor. Su vida se limitaba a monitorear permanentemente sus dolores, taquicardias y disneas, además de cumplir con las indicaciones médicas con devoto convencimiento.

En la que se podría considerar una consulta bisagra, me preguntó qué hacer. Acaso de manera algo imprudente, pero convencido de los que hacía, le sugerí abandonar toda la medicación, ir a aprender a nadar y moverse con soltura en el agua y, de manera urgente, sociabilizar. Dos semanas más tarde ‘el’ Facundo (como decimos en el NOA y Cuyo) concurría a la pileta del Club Ferrocarriles Argentinos tres veces por semana, se había incorporado, un poco a desgano, al coro y a un grupo de intercambio emocional y ayuda grupal de una parroquia.

En una visita, dos o tres semanas más tarde, reconoció, con esa exasperante parquedad puneña, que parecía que estar un poco mejor. Me contó con cuidado sus progresos, había rendido parciales con éxito dispar, se sentía a gusto en el grupo de la iglesia y que disfrutaba de nuestra charla semanal. Un día cualquiera me contó por mensaje telefónico que se había bautizado, lo noté contento, recatadamente contento. En la visita siguiente se atrevió a pedirme que nos tomáramos una selfie con mi celular y que se la enviara. Pocas veces tuve pacientes con la tenacidad, la perseverancia, el compromiso y sobre todo la fidelidad del Facundo.

El jueves pasado se sentó como siempre. Con un pequeño rictus me dio a entender que se encontraba bien, todo en orden pareció decir con ese sutil y fugaz gesto. Sacó un cuaderno de la mochila, uno de esos famosos “Gloria”,

buscó la hoja cuidadosamente y me miró: “¿Puedo hacerle unas preguntas Doc? Yo, entre divertido y curioso, accedí más que gustoso.

Hago un paréntesis para dirigirme a vos potencial lector: aquí comienza este relato, hasta ahora solamente hemos hecho un recorrido de presentación, un sobrevuelo de reconocimiento. El núcleo de esta crónica son las preguntas de Facundo, las que traía anotadas en su cuadernito. Debo agregar estas orientadoras palabras:

Una pregunta auténtica indica, según Gadamer, una ignorancia de la que se es consciente y que, con la pregunta misma, se procura remediar. El que pregunta no es un ignorante en todo sentido. Hay que saber muchas cosas para preguntar con acierto; porque toda pregunta tiene un sentido, una orientación, que sitúa lo preguntado bajo determinada perspectiva. La pregunta avanza en terreno donde no se sabe y, con este aventurarse en lo que desconoce, abre la cosa; abrir significa no fijar todavía una respuesta, sino equiparar por un momento el pro y el contra, una respuesta y otra.⁷⁸

Vamos a ellas:

Primera: ¿Puedo correr con mi fibromialgia y mi protrusión discal? Teniendo en cuenta todo nuestro recorrido, le dije que podía correr cuando quisiera, que no hay inconvenientes. Le recomendé además andar en bicicleta. Comentamos algo más y de pronto pensé y se lo dije: Mirá Facundo, si apareciera por esa puerta Juan Pérez y me hiciera la pregunta que vos me hiciste, es posible que le hubiera contestado que no, o que hubiera sopesado más mi respuesta. Pero no es Juan Pérez el que consulta, sos vos Facundo, con lo que te conozco no me cabe duda alguna de que puedes correr. Antes pondría en duda tus diagnósticos que recomendarle lo contrario. Es bueno que tengas en cuenta que la respuesta médica no está previamente determinada, no hay una respuesta estándar. Todo depende de quién hace la pregunta. Tiene inmenso valor la historia común que hemos construido como médico y paciente. Te conozco lo suficiente como para afirmar sin temor a equivocarme que estás en condiciones de correr.

Segunda: ¿Cómo puedo hacer para ganar en sabiduría y en inteligencia? Bueno, pensé, esto ya es otra cosa. Una pregunta enorme que ansía una respuesta ade-

78 Idem 46.

cuada en caso de que verdaderamente la haya. Socializando, le respondí. Las personas logran la sabiduría de diversos modos, en tu caso creo que la vas a lograr exponiéndote permanentemente al encuentro con los otros, con diversos otros. La sabiduría que deseas Facundo, no está obviamente en ningún libro, tampoco en ningún consejero formal. Me parece que lograrás consolidarte como ser humano en medio del encuentro comprometido y la interacción con los otros.

Se mostró confundido, me confesó que él creía que las personas inteligentes, esas que tienen la posibilidad de ser sabias, son aquellas que se destacan en matemáticas o lógica. Hablamos de las inteligencias múltiples, que Mozart es tan inteligente como Einstein, cada uno en lo suyo. Que Messi tiene una inteligencia kinésica y espacial prodigiosa. Que la reflexión, el autoconocimiento, la meditación potencian la inteligencia intrapersonal, que el contacto con los otros nos prepara para la sabiduría. Que ser sabio es mucho más que ser inteligente, que todo se trata de desarrollar precisamente aquel talento que nos es propio.

Abrió los ojos como un dos de oro cuando le dije que la nota que le pusieran en el parcial que había rendido ayer, no tenía nada que ver con su inteligencia. Que su inteligencia y luego su sabiduría surgirían –a mi juicio, por supuesto– de su apertura a lo social. Como algún recorrido había hecho en este sentido, sabe que lo ha beneficiado escuchar, hablar, disentir, aceptar, proponer, negarse, no ser aceptado, ser discutido, saberse poseedor de una verdad discutible y tantas otras experiencias que surgen del encuentro. Hace tanto tiempo que se sabe que la inteligencia poco tiene que ver con el coeficiente intelectual medido por los test. La educación y la cultura misma nos sugieren modos más libres, amplios y generosos de autoevaluarnos. Modos que nos permiten acceder con mayor libertad, menos obstáculos y sobre todo con menos sufrimiento, a eso que solo nosotros podemos hacer como nadie más puede hacerlo. ¡Le brillaban los ojos!

Facundo es un chico permanentemente ocupado de las cuestiones de la ecología, de la biodiversidad, se interesa por el destino de la basura, concurre de vez en cuando a una reserva biológica y colabora también con vivero de su facultad. Lo que estudia tiene una relación indirecta con lo que le gusta hacer, él lo sabe. Alguna vez hablamos de otras carreras más afines a sus intereses, pero quiere estudiar veterinaria para darle una mano a su papá en Abra Pampa. Piensa que un médico veterinario puede transformar un emprendimiento pequeño de crianza y engorde de ganado, en una empresa ordenada y eficiente.

En esta charla la sabiduría y la inteligencia andan circulando, no debemos creer que ambas son piedras preciosas que sólo se encuentran en oriente, no, son moneda corriente en billetes de baja denominación. Eso sí, hay que estar atentos a su circulación, a su aplicación y sobre todo a la pertinencia de la inversión, a su oportunidad. No cabe ponerse a opinar sobre ecuaciones diferenciales y cálculos no lineales en medio del griterío de un recital de los Auténticos Decadentes.

Tercera: El amor, ¿viene cuando menos se lo espera? Allí me di cuenta de que mi amigo estaba haciéndome preguntas sacadas de un repertorio común, casi de folletín. Pero..., me dije: Me las está haciendo, deben tener un enorme valor para él. ¿Cuántos adolescentes y jóvenes se plantean este tipo de interrogantes de manera superficial, ajena, sin prestarles la merecida atención, sin preguntarse su valor?

¿El amor viene cuando menos se lo espera? ¡No lo sé! Me salió del alma la respuesta. Me preguntó: bueno, pero en su caso ¿cómo ocurrió? Le conté sin mucho detalle mi experiencia. De pronto se abrieron dos derivas que consideré válidas en el contexto de nuestra charla.

1. Tiendo a pensar que el amor de pareja verdadero aparece como un acontecimiento. Sin haberlo previsto ni diseñado, más bien sobreviene sorpresivamente, a veces sutilmente, sin demasiado barullo, otras de manera explosiva, excluyente. Había dado por sentado que es a este amor al que se refería con su pregunta, seguí adelante envalentonado: Insistí. Eso sí, el acontecimiento se produce necesariamente en el ámbito de lo social. Difícilmente, logre manifestarse si uno se halla aislado, mirándose el ombligo o interactuando con el reflejo que le devuelve el estanque.

Me hallé de pronto con la enorme posibilidad de reforzar ese lado flaco que veo en Facundo. La pregunta dio lugar al testimonio. Este tipo de preguntas, o se las considera meramente retóricas y se descartan por tontas, o se contestan desde las tripas. Opté sanamente por lo segundo.

2. ¿De qué hablamos cuando hablamos de amor? Facundo insistió diciendo que él conocía algunos amigos con mucha labia, con mucho verso. Los admira porque él es incapaz de abordar una chica con fluidez verbal, se siente intimidado, le da vergüenza. No confundamos Facundo, una cosa es amar y otra es levantarse una minita. ¿De qué estamos hablando? Pasar un rato gratificante es una cosa, es raro que eso

se presente de casualidad y es muy probable que tengas que hacer algo más que esperar o desesperar. Para eso es bueno el verso, el chamuyo, no es necesario amar, no se necesita compromiso ni valorar demasiado al otro. Basta con considerarlo un objeto, un modo vincular muy frecuente, y darle para adelante que lo que importa es la propia satisfacción. Importa sentirse un Winner.

Amar es otra cosa, es vincularse con una persona y estar dispuesto a vivir con ella, para ella y por ella. Amor es todo aquello que ocurre cuando un ser humano se relaciona con pretensión de perdurabilidad con alguien que atrapa toda su atención y su voluntad. Es probable que este tipo de vínculo esté más asociado al acontecimiento que al interés y el esfuerzo, más asociado a la sorpresa y a la epifanía que al atrevimiento y la planificación.

Cuarta y última pregunta: ¿Existe eso de la mejor versión de uno mismo?

Ahora que lo pienso, más recuerda a una pregunta digna de propaganda de un nuevo modelo de Pick Up. La seriedad con la que Facundo la hizo y el contexto de la consulta, no me permitieron, en ese momento, hacer estas consideraciones. ¿Existe eso de la mejor versión de uno mismo? Nunca había reflexionado acerca de la respuesta adecuada, mi respuesta adecuada. ¿No le parece al lector un interrogante digno de plantearse alguna vez en la vida?

Mirá Facundo, no sé qué decirte. No sé a ciencia cierta que eso de la mejor versión de uno, quiero suponer que se trata de la optimización de la singularidad de cada persona. Lo veo como la explosión de lo mejor de cada uno de nosotros durante un determinado tiempo. Viene a ser ese momento en que el talento de cada uno de nosotros alcanza su máxima expresión en una acción concreta que conlleva un efecto positivo en los que nos rodean. Algo que se parece mucho a hacer lo que sé hacer con todos los recursos a disposición, en el momento justo y que produce un impacto positivo en nuestra comunidad y en nosotros mismos. Creo que la mejor versión de uno mismo es un estado tan prístino como fugaz. Puede que dure impoluto durante un tiempo más o menos prolongado, pero la vida misma se encargará de moderarlo y poner las cosas en su lugar. Se me ocurre pensar que se podría denominar de esa manera a aquel estado en el que alguien ha logrado hacer comulgar la teoría con la experiencia, y tiene la suficiente generosidad como para hacer que los demás se vean beneficiados por ese estado o período de su vida. Bien, sea lo que sea, considero que sí, que existe eso

de la mejor versión de uno mismo, ¡BUT! (pero) que acaso sea muy intangible y pueda pasarnos ante los ojos sin que seamos conscientes de ello. Eso me parece importante, lo que hoy más valoro es que creo que hay ‘mejores versiones’ de uno mismo, no sólo una y definitiva. Facundo, me lo digo a mí mismo, la mejor versión de vos mismo de los 17 años hoy puede ser considerada cómica o patética. La ‘mejor versión’ de vos mismo en el inicio de tu etapa universitaria puede resultar impracticable cuando egresas o en la práctica profesional. La mejor versión de vos mismo, expuesta en una hermosa guitarreada, a la vera de un arroyito cordobés en una noche de luna llena, es inútil a la hora de tomar decisiones de gran envergadura, de esas en que te va la vida.

Me parece que podemos convenir en que las mejores versiones de uno mismo son múltiples, variadas, relacionadas con las etapas de la vida, con los acontecimientos que nos tienen como protagonistas, con lo que esperamos de nosotros mismos, con la vida que hemos proyectado y con el sentido que le damos a nuestros días en este planeta. Es posible Facundo, que tu mejor versión sea nada más y nada menos que la manifestación del sentido de la vida en un acontecimiento concreto que te tiene como protagonista, en medio de una comunidad receptora de ese ‘plus’ de sentido.

Todos los jueves, a eso de las cinco de la tarde, la carroza se transforma en calabaza, y nuestra consulta – charla se termina. Caminamos juntos hasta la esquina, Facundo a la izquierda hacia la biblioteca y yo a la derecha a mi consultorio particular. Tengo unas cuadritas para repasar y pensar en lo ocurrido. De esta potente consulta entresaco varios elementos destacadísimos. El más importante es el valor de la pregunta en un contexto de expectativa máxima. ¡Como si fuera una pregunta al Gurú!

Muchas veces en mi vida recurrí con una enorme expectativa a distintos ‘maestros’, sucesivos maestros o gurúes a los que admiraba por su sabiduría. No cualquier sabiduría, sino esa que tiene que ver con las cosas prácticas y relevantes de la vida. Recurrí a ellos en busca de una respuesta que estaba seguro poseían. Creía que la experiencia, los había dotado de un stock de respuestas al que había que apelar como si fuera la estantería de una biblioteca para encontrar la que venía bien para mi interrogante de ese día.

Hoy me tocó desempeñar el papel del Gurú, del Maestro, y ante las preguntas concretas me di cuenta de que no tenía ninguna biblioteca de respuestas a la

mano, siendo más moderno, no hay Google que ayude. Allí comprendí como en un estado de iluminación, casi como en un estado de ‘la mejor versión de mí mismo’, que no hay respuestas. Que los anaqueles y estanterías de las respuestas cuentan con algunas pocas herramientas de construcción, que permiten elaborar un esquema, un boceto que acaso sea de utilidad para el consultante. Lo que recibe el “discípulo” no es la consigna que se encuentra en el archivo 647/14-B, es lo que con esas herramientas escasas y una enorme buena intención (en algunos lugares lo llaman directamente Amor), el “Gurú” logra construir para sugerírtelo aquí y ahora, a vos, sólo a vos. Sobre codo con vos. En ese contexto de reflexión me surgió esta especie de parentesco, para algunos remoto, entre el Gurú y el médico.

Me di cuenta del inmenso valor de la pregunta. Lo había dicho mil veces en clases y en reuniones. Eso es una cosa, sentirlo emocionalmente y verlo funcionar, es otra muy diferente. La pregunta es la que detona y da configuración a la respuesta. La pregunta, correctamente expresada a la persona adecuada en coordenadas seleccionadas de espacio – tiempo, incluye veladamente la respuesta. ¡Una maravilla! Exagerando un poco podríamos decir que la respuesta es una consecuencia necesaria y suficiente de la pregunta. No es tan así, esto suena a lógica descarnada. Me parece más adecuado afirmar que las respuestas, en general, no les llegan a los talones a las preguntas, a las grandes preguntas.

Miren, cuatro preguntitas medio trilladas, anotadas con letra dubitativa en una página con rayas azules de un ‘prestigioso’ cuaderno Gloria. Cuatro preguntas hechas con seriedad demoledora, con urgencia perentoria, con apetito angustioso, son capaces de generar respuestas más o menos adecuadas que permiten seguir adelante. Permiten sobrevivir, porque alivian o al menos, permiten seguir pensando y reformulación una sintonía fina. Es por eso que rescato, ahora desde la experiencia, no desde lo declarativo ni conceptual, el enorme valor de la pregunta.

Para cerrar y para que el lector lleve una actividad práctica a su casa, sugiero una ‘sencilla’ pregunta para ir practicando: “*¿Qué es el hombre para que Te acuerdes de él, Y el hijo del hombre para que lo cuides?*” (Salmos 8:4)

Capítulo 8: *Tristitia*



Me llamó la atención el triste nombre de un brazo de esa portentosa belleza que es el enorme lago Nahuel Huapi. ¿Acaso esa maravilla a la que se encuentran ligados algunos de mis más caros y alegres recuerdos puede contener una parte con un nombre tan llamativamente triste? Bariloche, Llao Llao, Puerto Blest, Isla Victoria, lugares de ensueño profundamente ligados a la aventura, lo luminoso, lo prístino, a la belleza misma. La memoria evoca los más bellos paisajes, las más bellas combinaciones de los variados verdes, con los más diversos azules. ¿Qué pasó que algo tan triste como la tristeza también osó afincarse allí?

El Nahuel Huapi es un hermoso espejo de agua situado en el límite de las provincias argentinas de Neuquén y Río Negro. Su lecho fue construido por el trabajo incansable y perseverante de varios glaciares durante miles de siglos. Esos grandes ríos de hielo horadaron la dura roca de Los Andes, creando el espacio para el profundo lecho de este lago maravilloso. La mayor parte del espejo se asienta sobre el lecho del glaciar de confluencia, al que aportaron otros menores que dieron sitio a fiordos también denominados brazos. Es así que el lago tiene siete brazos: el Campanario, el Blest, el Huemul frente a la parte oriental de Isla Victoria, el Machete y el Rincón frente a Villa la Angostura, el “Última Esperanza” al norte, y el que ahora nos ocupa el “Tristeza”. Creo que debemos convenir que el nombre “Última Esperanza” es también sugestivo, ¿no le parece? Lo tratemos en otra ocasión, hacerlo ahora, nos sacaría de foco.

Efectivamente, ahora nos ocupa el “Tristeza”. ¿Por qué? ¿A qué se debe su nombre? Y lo más interesante: ¿por qué me llama la atención? Es sabido que nada de lo dicho carece de intencionalidad y puede ser interpretado, con lo escuchado ocurre exactamente lo mismo, lo escuchado habla de nosotros.

Varias tradiciones se disputan ser el origen de tan triste nombre. La primera hace referencia a un calado tan profundo y repentino de todo el contorno del lago, que no da posibilidad a la radicación humana, ni a actividad alguna. La montaña cae casi verticalmente, la vegetación es escasa y no hay transición entre el cerro y el agua.

La segunda expresa una frustración. Alguien pensó que ese brazo podría ser una vía navegable al sur de Chile, algo parecido al paso vecino al cerro Tro-nador que vincula con el lago Llanquihue del otro lado de la frontera. No resultó así, fue una tristeza y una decepción para quienes deseaban desarrollar una vía comercial con el país trasandino.

La tercera es mucho más improbable pero más pintoresca. Uno de los primeros exploradores de la zona vio el cerro López, el cual le hizo acordar al Monte Pilatus que había visto en Suiza y que también tiene un lago en su proximidad. Allí, cuenta la leyenda que Poncio Pilatos, preso de crueles remordimientos, anduvo recorriendo esas tierras y llegó a un lago de aspecto muy sombrío al pie del cerro suizo que después llevaría su nombre. Ante ese hallazgo y presa de la desesperación, Pilatos se precipitó al lago, encontrando

en él la muerte. Según esta fuente, el brazo Tristeza lleva su nombre en recuerdo de esa remota tradición.



Usted, estimado lector, ha visto las fotos. Seguramente coincidirá conmigo en que el lago tiene un aspecto bastante sombrío. Más se presta para conocerlo y disfrutar por un momento su inquieta soledad, que para quedarse allí, a ver una puesta de sol o meditar en las dulzuras de la vida. ¿Es eso lo que transmite este sorprendente paisaje, o sólo son mis ojos? ¿Opinará usted, como otros, que la tristeza está solo en mí? Qué todo es una mera proyección. He efectuado todo este recorrido para llegar a sostener un punto que creo importante.

Estoy convencido de que la tristeza forma parte de la vida, lo mismo que el brazo Tristeza es parte del mismo Nahuel Huapi. Solemos huir de la tristeza cuando ella en sí misma es sólo un estado de ánimo, una emoción como cualquier otra, un modo de posicionarnos ante un mundo que permite las más diversas posturas. Usted no me puede negar que en la vida, con cierta frecuencia, se producen pérdidas o situaciones adversas que le dan una tonalidad gris a nuestra mirada. Entonces nos parece que es el mundo mismo el que ha perdido momentáneamente sus colores.

Admita que la vida misma es un asunto perdido; su sentido verdadero está más allá, mucho más allá de nuestra comprensión. Convengamos que estamos acostumbrados a anular el estado que esa verdad nos genera recurriendo a fábulas de todo tipo. Incluyo allí a las ideologías de la negación, al realismo extremo y al escepticismo estéril. No todas las explicaciones de lo humano se hallan en las manos de los hombres. Vamos, que la incertidumbre produce temores, los temores inseguridades, las inseguridades, desvalimiento y este, tristeza, soledad y desamparo.

Quizás hasta se atreva usted a sugerirme revisar mis neurotransmisores. Con buena intención, me recomendará incrementar mi tenor de serotonina inhibiendo su pronta recaptación. No confunda, se lo pido, tristeza es tristeza y depresión, depresión.

La tristeza no es más que la otra cara de esa siempre preciada moneda que llamamos alegría. Si no hubiéramos experimentado la expansión del espíritu, la levedad, la satisfacción; si no hubiéramos holgado en la celebración y la alegría, la tristeza no formaría parte de nuestro lenguaje. Al no poder nombrarla, tampoco seríamos capaces de conjurarla.

Creo que acertaba Paul Eluard (1895 – 1952) cuando en su poema saludaba:

Bonjour tristesse

Tu es inscrite dans les lignes du plafond

*Tu es inscrite dans les yeux que j'aime.*⁷⁹

Es que la tristeza está allí, enfrente de nosotros. Es la hermana más confidente y compinche de la humildad. Para ser capaz de andar en verdad, es menester atreverse a mirar a los ojos a la realidad, eso nos lo recuerda la tristeza. Esa cosa en la que nos hallamos metidos es la vida, no podemos negar que se trata de una celebración, una celebración siempre agridulce. La realidad, los eventos, los acontecimientos, nuestras decisiones y acciones, no tienen por qué ser siempre una fiesta. Ante lo adverso nos invade la tristeza. ¡Pues bienvenida! Ya el poeta me había advertido que la encuentro en las líneas del techo y en cada lugar de este universo, incluso está inscrita en esos ojos que veo y amo.

⁷⁹ Buenos días tristeza. Estás inscrita en las líneas del techo. Estás inscrita en los ojos que amo.

Nos lo recuerda el enorme poeta peruano Abraham Baldelomar (1988 – 1919):

Tristitia

*Mi infancia, que fue dulce, serena, triste y sola,
se deslizó en la paz de una aldea lejana,
entre el manso rumor con que muere una ola
y el tañer doloroso de una vieja campana.
Dábame el mar la nota de su melancolía;
el cielo, la serena quietud de su belleza;
los besos de mi madre, una dulce alegría,
y la muerte del sol, una vaga tristeza.
En la mañana azul, al despertar, sentía
el canto de las olas como una melodía
y luego el soplo denso, perfumado, del mar,
y lo que él me dijera, aún en mi alma persiste;
mi padre era callado y mi madre era triste
y la alegría nadie me la supo enseñar.*

Capítulo 9: Historia de un desconcierto y un gato. La lucha interna de una R1

Hace solo unos meses que me recibí de médica. Sí, con todos los honores, incluida la bandera. En la fiesta de graduación mis viejos no cabían en sus sillas del orgullo y la emoción. Gracias a que la bandera se posiciona siempre frente al público, pude observarlos permanentemente y gozar con su alegría.

Años inquietos habían llegado a su fin. Años cargados de anécdotas durante los que conservé indemnes mis pestañas, no me quemé ninguna estudiando, por el contrario, disfruté mucho. Nervios, alegrías, compañerismo solidario y competencias rayanas en la deslealtad. Allí estaba ese día, con todas mis galas y la faja celeste y blanca cruzándome el pecho. La cara limpia, la mirada al futuro, cargando una mochila leve, llena de sueños y promesas de conquistas.

Pasaron tres largos meses de guardias por doquier. De las buenas, de las regulares y de las malas. Todas aceptadas con gusto, ya que ellas me permitirían ahorrar para dar el gran salto. Deseaba con todas mis fuerzas entrar en una residencia en Buenos Aires para ser reumatóloga.

Un buen día, las puertas automáticas de Aeroparque se abrieron ante mí. Me impactó esa bocanada de energía sazónada con temor que suelo sentir cuando se abren las puertas de los sueños, cuando las utopías se desmoronan para darle paso a la mejor realidad. Vinieron las pensiones de la calle Esmeralda, no muy recomendables, por cierto, estudios, comida chatarra, más estudio, calles ajenas, prisas ajenas. Borbotones de urgencias inentendibles, materialismo, ruido, consumo, arbolitos, finanzas. Algunas exclusiones y muchas bienvenidas. Pasé a responder al apodo de ‘Tucu’, una mezcla rara de provincianismo y nombre de bichito de luz.

Hospitales nacionales, municipales, privados a todos me postulé. Tenía mis preferencias, pero no estaba en posición de ser demasiado exigente. Mis expectativas eran estas: Iría por la opción A, si no se daba, estaba dispuesta a aceptar B o C con resignado entusiasmo. A los días me enteré de que mi puntaje me daba para ir por A. ¡Una locura, lo logré! Después de una estresante entrevista en la que me hicieron hablar de todo: expectativas, disponibilidad, situación familiar, preferencias literarias y musicales, ingresé al maravilloso e histórico Hospital Municipal General de Agudos. Es de conocimiento público que el Muni, tiene el servicio de Reumatología más prestigioso de toda Sudamérica. No es poco, ¡había llegado al cielo! Con mi esfuerzo, mucha fortuna y bendiciones a granel, logré ingresar entre los tres R1 de ese año. Joaquina, una neuquina de diez, Luisito un porteño atípico y muy baqueano y yo, una pajuerana en deconstrucción.

Bienvenidas al servicio, algunas metidas de pata territoriales o temporales. Confundía los lugares y frecuentemente llegaba a destiempo. No encontraba el laboratorio de bacterio, para llegar al SUM de los ateneos necesitaba un mapa. Poco a poco el hospi fue pareciéndose a un hogar.

En las primeras revistas de sala percibí cierta benevolencia, algo impostada por parte de los más antiguos y también del jefe de Servicio, el Prof. Dr. Pablo Gutiérrez Puch, una eminencia a nivel mundial. ¡No me importaba, estaba en el Olimpo y en las alturas algo de puna se tiene que sentir!

Un día, aquel día, me tocó presentarles en la revista de sala, un paciente varón de mediana edad oriundo de Salta. Lo hice así: Se trata de un caso de brote de Artritis Psoriásica con manifestaciones clásicas e invalidantes. Lesiones patognomónicas de piel en los bordes de extensión de los miembros principalmente, inflamación de varias articulaciones con marcada impotencia funcional. Fatiga y debilidad generalizadas, rigidez matutina. Consulté con Oftalmología y me confirmaron la presencia de uveítis. Presenta además cambios de coloración en las uñas y engrosamiento de las mismas. Los estudios complementarios, agregué, son coherentes con el cuadro general. VSG y PCR muy elevadas, factor reumatoideo y anticuerpos citrulinados negativos. En las Rx signos de erosiones óseas. En la Eco articular, signos de derrame intra articular y sinovitis en rodilla derecha y ambos tobillos. Ayer retiré el informe en Patología de la biopsia de piel practicada hace tres días; muestra las alteraciones tisulares típicas de la Psoriasis.

Un silencio profundo e inquietante se produjo cuando callé. Médicos y residentes observaban al paciente; uno o dos de los de atrás, consultaban algo en sus celulares. Gutiérrez Puch me miró con una amplia sonrisa; vi venir una felicitación.

- ¿Le preguntaste al paciente si tiene un gato?

Sí que me sorprendió. Luego de unos instantes de mudez, atiné a preguntar a mi vez.

- ¿Cómo dice Dr.?
- Claro. Además de su enfermedad, ¿te interesaste en él como persona? ¿En qué trabaja? ¿Qué le gustaba hacer en su tiempo libre? ¿Es casado, tiene hijos? ¿Cuál es su historia?
- Por el registro de la H.C. sé que el paciente está casado y tiene dos hijos adolescentes. Uno de ellos estudia en Tartagal el secundario. Su esposa lo ayuda haciendo empanadas para vender en la feria. Ambos se esfuerzan para ayudar económicamente a los viejos que reciben una jubilación de miseria. Tienen una casa pequeña junto al cañaveral... Claro en la historia clínica no anoté nada de esto. Pero, Dr. no se me ocurrió preguntarle lo del gato.
- Vos debés saber que las mascotas son importantes en la vida de la gente. Tienen que ver con su identidad, con su modo de ser. Deberías tenerlo en cuenta para la próxima vez.

¡Desconcierto! El grupo pasó a la siguiente habitación. Me quedé pegada al piso, sin poder caminar, sin aliento.

Tres veces tuve que respirar profundo para que mi corazón, con taquicardia, continuara con su tarea en la vida. Algunas de mis apaleadas neuronas me recordaron lo que aquel viejo profe de segundo año insistía en decir: “El paciente es una persona, tiene, como todos, sus gustos, sus intereses, temores y sueños. En la consulta es valioso preguntar acerca de estos detalles. Eso les permitirá tener una relación más cercana y amigable que a la larga redundará en beneficio de ambos. Se sentirá contenido él y satisfechos ustedes”

En mi estado de involuntaria contemplación recordé lo atinada que me habían parecido esas enseñanzas. Esperaba comenzar tercero con Semiología,

para poder llevar a cabo ese tipo de interrogatorios. Grande fue mi sorpresa cuando en Semio me salieron con lo opuesto: En la historia clínica debes consignar solo los hechos positivos, la información relevante para construir el síndrome y aproximarte a la enfermedad. El resto es cosa trivial. Nada de chismes, de detalles, de anécdotas. A nosotros no nos importa cuáles son sus preferencias artísticas o deportivas. Su historia y la de los suyos son de escaso valor. Son detalles que no hacen a la consulta. Palabras más, palabras menos, es lo que nos dijeron antes de mandarnos a interrogar al paciente, cuando la única experiencia de interrogatorio que yo tenía, era preguntar en el colectivo si paraba en la próxima esquina.

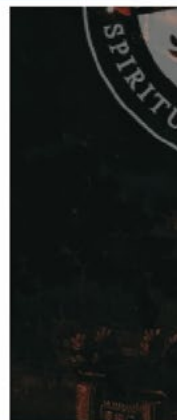
Así fue como después de dos o tres historias clínicas hechas con estilo ‘humanístico’ que me fueron devueltas con abundantes tachaduras en rojo, luego de aquel primer parcial de Semio en el que me fue tan mal, decidí para siempre amoldarme, dejar de lado los ‘datos improcedentes’ y seguir con la carrera. Me fue muy bien, esa ‘conversión’ mía me llevó al egreso y a la bandera. Fui aprobada en la competencia de tomar la Tensión Arterial, en los procedimientos para palpar correctamente el hígado, en la maniobra para producir la eversión del párpado superior, en la evaluación de los ruidos cardíacos y sus silencios. Todo eso lo, sortee de manera impecable: ‘¡Muy Bien 10, la felicito!’. Nunca se me enseñó, ni se me evaluó, en comunicación con el paciente, en interpretación de gestos y lenguajes no verbales. No se me instruyó en el trato con los pares, en el uso correcto del lenguaje, en el modo de dar malas noticias. Era de preguntar acerca de las historias de vida de mis pacientes, pero aprendí a guardármelas para mí.

Dicho esto, sí, la sensación fue de un profundo desconcierto. Yo con lo del gato estoy de acuerdo, pero llevo el sello de una formación que desprecia lo singular, que tiende a igualar, que normatiza... Me dije para mis adentros: ¡Dr. Gutiérrez Puch, si estoy donde estoy, es por haber hecho lo que se me pedía que hiciera, no por saber si los pacientes tienen o no un gato! Perdóname mi atrevimiento.

Totalmente desconcertada, con la mirada extraviada en esa pared que no veía, me paralicé. ¿Debía iniciar un proceso para desaprender lo aprendido, para recordar lo que ya sabía y me instaron a desechar al punto del olvido? ¿Es esto crecer? ¿De esto se trata de ser un buen médico?

El salteño, que me miraba misericordiosamente, me dijo:

- Mirá changuita, gato no tengo porque no soporto ese horrible olor a meao que inunda toda la casa. Perro si, para salir a cazar. Secate esa preciosa perla que rueda por tu mejilla y metele para adelante que te sobra uña pa guitarrera.



Abriendo puertas a la Medicina Narrativa

La Medicina Narrativa (MN) es un complemento privilegiado de la clínica. Contribuye a desarrollar en los profesionales habilidades y competencias narrativas: escucha atenta de las historias de los pacientes, interpretación del sentido de las mismas, atención a la singularidad biográfica, comunicación adecuada y eficaz, consideración de las emociones y los valores del personal de la salud y de los pacientes. El enfoque narrativo en medicina se postula como un modo de optimizar la relación médico – paciente, así como una forma de sanear y salvaguardar las relaciones interpersonales en el seno de los equipos médicos y de las propias inconsistencias del personal de la salud en general.

Durante años he escrito textos de MN en importantes revistas nacionales y extranjeras; en este volumen hemos adaptado esos textos para su publicación en forma de libro. Todos los profesionales y estudiantes de profesiones dedicadas al cuidado de un otro, encontrarán en estos textos inspiración y motivación para hacer más eficiente y compasivo ese cuidado.



UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA

ISBN 978-987-4971-76-0



9 789874 971760