

Medicina narrativa en el diagnóstico médico

Narrative medicine in medical diagnosis

Raúl Pino Andrade^{1,2,3} 

haldopino@hotmail.com

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

La modernidad ha traído consigo una serie de avances científicos que, en el campo médico, han mejorado no solo en diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, sino la calidad de vida de los pacientes. Esto es innegable. Basta realizar un ejercicio de imaginación y situar nuestra vida en dos escenarios históricos distintos: primero el Renacimiento, y segundo el siglo XXI o época contemporánea. Dejando de lado afinidades culturales o históricas, a la pregunta ¿En cuál de estos periodos históricos te gustaría vivir? Es muy probable que la respuesta más prudente sea: ahora, en este siglo. Los avances de la medicina se pueden trazar históricamente, cómo pensarla sin un Vesalio, o un Paré, y tantos otros; sin embargo, es cierto que la historia de la medicina se acelera notablemente en el siglo XX.

Ahora bien, aunque es cierto que en poco más de cien años se han realizado los más grandes descubrimientos científicos en todos los campos del saber, la modernidad también ha significado un cambio en el tiempo en sí. Todo se desarrolla a velocidades antes inimaginables: la producción material y de conocimiento, la enseñanza y el aprendizaje, la comunicación y las relaciones interpersonales. Cabe acotar el último punto y señalar puntualmente los cambios, debidos a la aceleración del tiempo, de la relación entre el médico y su paciente. Es como si la vida en su conjunto debiera subirse a la cadena de montaje y obedecer a una lógica fordista. Es de reconocer que la aceleración de ciertos aspectos es significativa, ampliación de pruebas diagnósticas, creación de procedimientos y medicamentos, respuesta inmediata a urgencias, entre otros. Pero todas estas ventajas parecen arrastrar consigo, como una corriente, todo ámbito de la vida, incluyendo aquello que necesariamente ha de ser pausado. La consigna parece ser: producir cada vez más en menor tiempo. Debemos ser productivos, para poder ser “mejores”. En términos del filósofo popular, y también productivo, Byung-Chul Han, somos presa de una “Sociedad de Rendimiento”¹.

El personal de salud, y en particular los médicos, hemos rendido nuestra práctica, sin mayor pregunta, a esta consigna. La misma institucionalidad sanitaria, en sus lógicas pública o privada, se comportan de manera utilitaria. Su objetivo es tener máximos rendimientos, esto se traduce en “mejores” estadísticas o mayores ingresos. Se debe atender un número determinado de pacientes por hora, lo que hace que el tiempo de atención bridado sea cada vez más corto. Casi no se examina al paciente y, en compensación, se solicita una batería de exámenes tanto de laboratorio como de imágenes para realizar el diagnóstico. Claro, esto no le resulta extraño a quien lo realiza, pues en las facultades de medicina nos enseñan, o más bien, nos entrenan, a prestar principal atención a los signos y a los síntomas de una enfermedad. Poco o nada se destina al aprendizaje de estrategias para acceder a la experiencia del paciente y su mundo interno. Las veces cuando esto es posible podemos encontrarnos con relatos como el que señala Paco Maglio:

En una oportunidad, una viejita (el diminutivo es cariñoso) me pidió que le tomara el pulso. Miré el cardioscopio, y sin acceder a su pedido, le dije: “Tranquila, abuela, tiene 80, está muy bien”. Pero me seguía pidiendo que le tomara el pulso, y ante su insistencia le pregunte el porqué, ya que la máquina era muy confiable. Ella me contestó: “es que aquí nadie me toca”. La palpábamos, pero no la tocábamos².



ACCESO ABIERTO

Citación: Pino AR. Colomb Med (Cali). 2020; 51(1): e4339 <http://doi.org/10.25100/cm.v51i1.4339>

Copyright: © 2020. Universidad del Valle.



Autor de correspondencia:

Raúl Pino Andrade. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas. Cuenca, Ecuador e-mail: haldopino@hotmail.com

¿Qué implica esta observación? Que tal vez hemos perdido algo importante en la relación médico-paciente. Muchas veces en las áreas de la salud se actúa como visión técnica, utilizando lo que los griegos llamaron tekne, es decir poniendo en juego los conocimientos y habilidades para curar al paciente. Esto es moralmente correcto, se lo hace bien, pero se olvida que el enfermo es más que corporalidad, y ahí es cuando se debe actuar como médico, es decir, conjugar la aptitud de curar (tekne), con la actitud de cuidar (medeos). Son importantes tanto el cardioscopio como tocar al paciente. Sobre esto cabe la antigua máxima latina, que es casi un código de honor médico: “medicus: vir bonus, plena humanitas, medendi peritus” esto es: “médico: buena persona, plena de humanidad, perita en el arte de curar”³.

En un intento de retomar una visión más integral del paciente se desarrolla la Medicina Narrativa¹, término acuñado por la Doctora Rita Charon y con el que pretende generar una visión complementaria a la moderna ortodoxia (corporalista). Esta práctica narrativa implica dos movimientos: el primero, una práctica médica embebida de habilidades narrativas que le permitan al médico reconocer, absorber, interpretar y ser conmovido por las historias del paciente, siempre bajo un marco de respeto frente a la persona afectada por la enfermedad; la segunda, nutrir a los profesionales médicos de las experiencias resultantes de este abordaje al paciente⁴.

Para lograr esto, el médico necesitará, en la gran mayoría de los casos, humildad, bajarse de “su sitial” o “pedestal” desde donde ejerce poder, para tomar una nueva posición⁵. Como indica Oliver Sacks:

El médico no puede penetrar en los dominios de lo incomunicable (o de lo que resulta difícilísimo comunicar) a menos que se convierta en compañero de viaje de sus pacientes, que los acompañe en sus exploraciones, que se desplace continuamente en su compañía y descubra con ellos un lenguaje vivaz, exacto y figurativo que les permita comunicarse lo que parecía incomunicable”⁶.

Es decir, buscar un lenguaje común implica tender puentes entre el médico y el paciente, uniendo a veces el arroyo, otras veces el abismo que los separa. Esto no significa ser el paciente, apropiarse de su dolor, en cuyo caso la actividad médica menguaría notablemente, sino conocerle, hay que mermar el escudo² para buscar un estado de empatía:

El médico no debe ver al paciente como un objeto impersonal, ni debe identificarse con él, ni debe convertirlo en una proyección de sí mismo; lo que debe es proceder por medio de la simpatía o de la empatía, avanzar en compañía del paciente compartiendo sus experiencias, sus pensamientos y sus sentimientos, es decir, los conceptos íntimos que conforman su comportamiento. Debe sentir (o imaginar) lo que sienten sus pacientes sin perder nunca por ello el sentido de sí mismo, debe vivir simultáneamente en dos marcos de referencia, y facilitar que el paciente haga lo mismo⁶.

La utilización de la técnica narrativa en el campo de la educación médica apunta a traer ese lenguaje relegado de vuelta. Esta estrategia ha mostrado resultados positivos, no solo para fortalecer la relación médico-paciente, sino para mejorar el análisis clínico de los casos estudiados, entender mejor el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad. Además, con ella se logra mejorar la participación de los procesos de toma de decisiones compartidas con el paciente^{4,7}. Entonces, vale la pena utilizar la narración médica como complemento de la historia clínica formal, ambas son complementarias antes que antagónicas⁸.

Para quien busque explorar este abordaje que, con distintas denominaciones, está presente en varias literaturas, se puede pensar en algunos autores además de la doctora Charon. Yendo tiempo atrás en el tiempo podemos encontrar la figura de Gregorio Marañón quien debe su fama, entre otras cosas, a su gran producción académica, entre las que cuenta con las biografías estudiadas desde un punto de vista médico y que aparecen en *El Conde Duque de Olivares*

o Amiel. Paco Maglio y el estudio de los puentes entre la biología y la biografía, contenidos en su libro *La dignidad del otro*, o a Luis Chiozza y su visión fitopatológica expuesta en su volumen XIV de *¿Por qué nos enfermamos?* Dentro de este campo uno de los exponentes más populares es Oliver Sacks, con obras como *Despertares*³, *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*, *Alucinaciones*, entre otras. La lista podría seguir, pero nuestra intención es solo mostrar un esbozo de autores que brinden al lector interesado aliciente para emprender su propia búsqueda.

A continuación, se transcriben dos narraciones con el fin de acercarnos un poco más al entendimiento de en qué consiste una Narrativa Médica:

Relato 1

La Sra. Ruby Nelson es una mujer obesa, diabética, hipertensa y con osteoartritis de 82 años que ha estado a mi cuidado durante 15 años. Nuestros primeros años juntos estuvieron marcados por el desacuerdo sobre pequeñas cosas: ella insistió en los medicamentos de marca, incluso cuando los genéricos eran igual de buenos, y yo me enfurecía por su costo. Ella nunca tomó en serio la necesidad de abordar su obesidad. Consecuentemente, su diabetes estaba mal controlada y su enfermedad degenerativa de rodilla se tornó incapacitante. Una tarde, mientras estaba sentada en la mesa de examen esperando a que le tomara la presión arterial (que era invariablemente alarmante y me provocaba ansiedad, miedo, gran impaciencia y el sentido deber de regañar), mencionó que cantaba en el coro de la iglesia. No sé por qué, pero le pedí que me cantara un himno. Esta mujer, cuyo biotipo corporal describía habitualmente como “obesa mórbida”, se transformó en una imagen llena de majestuosidad y dignidad cuando alzo su pesada cabeza, juntó las manos y cantó en un profundo alto, sobre el Señor, a orillas del río llevándola a casa. A partir de entonces, haría cualquier cosa por ella y ella por mí. Un momento de epifanía sin lugar a dudas, esos pocos acordes de una canción triste y poderosa nos transportaron a una nueva geografía de respeto para valorarnos juntos.

Desde entonces, ella ha desarrollado su enfermedad cerebrovascular, la misma que ha requerido múltiples hospitalizaciones para descartar accidentes cerebrovasculares. Ella se ha mantenido ante mí, durante sus muchas semanas en el hospital, como una figura de gran dignidad y espiritualidad. A pesar de las firmes recomendaciones de los trabajadores sociales y las enfermeras (de colocarla en un hogar de ancianos), respaldé su profundo deseo de regresar a su propio departamento, sabiendo, ahora, algo sobre el poder de sus deseos. Ahora está de vuelta en casa, anticoagulada, su presión arterial controlada de manera efectiva, los TIA por el momento están ausentes. Ella continúa pidiéndome que le haga pequeños favores, y siempre estoy agradecido de que me lo pida ⁴.

Relato 2

Sabía que una resonancia magnética –que proporciona imágenes extraordinarias del cerebro– sería mejor que el tac para captar anomalías sutiles. Tenía muy claro que necesitábamos más claridad sobre la situación de Jim, valga la redundancia, de modo que solicité la resonancia tan pronto como se hubiera estabilizado. Un poco más tranquilo, fui a visitar al siguiente paciente.

Una hora más tarde, estaba terminando el papeleo en mi despacho y recibí una llamada de la técnico de la unidad de resonancia.

-Doctor Castaldo –dijo gloria, apresurada- este paciente suyo, Reilly, está haciendo una escena de mil diablos aquí abajo. No quiere que le haga la resonancia. ¿Puede prescribirle algún sedante?

Mi primera reacción fue decir: “claro, póngale diez miligramos de Valium”. Pero dudé. Había algunas cosas que no cuadraba.

-¿Por qué no quiere que se le hagan? –pregunté.

-Dice que si lo metemos dentro de la unidad de resonancia, se quemará – explicó Gloria dejando entrever cierto sarcasmo.

-¿Se quemará? – pregunté confundido-. ¿Una especie de quemadura solar?

-No –replicó Gloria-. Se refiere a “quemarse” como si se tratara de una conflagración mortal. Dice que no podemos hacerle una resonancia porque tiene tatuajes persas.

-¿Tatuajes persas? –repetí incrédulo. En aquel momento, no solo estaba desconcertado, sino que empezaba a sentirme frustrado y harto.

[...] “Pero ¿y si tenía razón?” insistía la voccecita dentro de mi cabeza [...] Arrastre la silla al ordenador, teclee el nombre de la página inicial de búsqueda bibliográfica Medline y escribí: “Tatuaje y resonancia magnética”. [...] El ordenador estuvo pensando una eternidad. Por fin de repente salió una extraña referencia traducida de alemán y publicada en 1986. Se titulaba: “tatuajes persas de hierro y riesgo de quemadura de tercer grado durante resonancia magnética”. Me quede boquiabierto. [...] descolgué el teléfono y llamé a la unidad de resonancia para que detuvieran la prueba.

[...] La verdad es que había estado a punto de matar a un hombre a causa de mi ignorancia. Debería haber creído a Jim desde el primer momento. Pero no lo hice. [...] Pero, además, tampoco había escuchado a Jim porque creía que, en cierto modo, mis compañeros y yo monopolizábamos toda la sabiduría médica⁹.

Como podemos observar, las historias y relatos no son textos inertes, poseen la esencia de sus protagonistas, permitiendo dar voz a quien no la tiene, dar palabras y sentido a los silencios impuestos, voluntaria o involuntariamente. Nos permite interpretar al otro sin ser él (y cuestionarnos y evaluarnos a nosotros también). Nos recuerdan que somos mortales y que dependemos de los otros, como señaló Levinas: “Yo no soy el otro, pero necesito del otro para ser yo”².

El médico no lo es sino por su paciente. La salud no puede ser entendida si no por el contacto con la enfermedad, esta es la fortaleza de La Medicina Narrativa, permitir entender de mejor manera al otro, aflojando los que nos atan a nuestra idea de ser individuos separados en vez de interrelacionados. Nadie se constituye a sí mismo, solo se es en relación con lo otro. Andrzej Szczeklik al recordar la historia de la Moira fuente, Ananke, la necesidad, comenta que ella tiende sus redes desde el cielo a la tierra aprisionando a toda la raza humana, apretando y asfixiando poco a poco a todos. Pero que este panorama que parece tan desalentador, no lo es tanto, si nos ayudamos los unos a los otros:

“[Pero] La etiología nos enseña que en el nombre de Ananke resuenan también La ideas de ‘constricción’ y ‘parentela’. Tal vez la palabra ‘vínculo’ ilustre bien este doble sentido semántico. En cambio, otros consideran que la voz ananké es próxima a la expresión ‘tomar en brazos’. Esta duplicidad, o incluso contradicción, queda reflejada en la red de Necesidad que se estrecha irremediable e inevitablemente alrededor del hombre cuando el mundo se hace añicos, cuando huye en todas direcciones. Pero la opresión de la red se afloja cuando descubrimos los vínculos que nos unen a otra gente, y su hilo se convierte en un hilo de entendimiento, simpatía y confianza¹⁰.

Pues bien, por qué no utilizar la Medicina Narrativa para intentar aflojar los hilos que nos presionan (a los enfermos y a nosotros), muchos médicos ya están recorriendo este camino. Es relevante instruir a los nuevos médicos en estas técnicas que favorecen su entrenamiento a la vez que les dan cuenta del privilegio de curar. Así mismo, quienes ya han pasado la etapa de su educación formal, es buena ocasión para indagar las posibilidades de un encuentro más humano con los pacientes

Referencias

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