

La Narrativa y la práctica de la Medicina (*)

Brian Hurwitz



—
?'Nature and the world do not tell stories, individuals do.' La naturaleza y el mundo no cuentan historias, los individuos sí.

CK Reissman(1)

Los médicos pasan sus vidas en medio de la narrativa: escuchando fragmentos de historias, interpretando secuencias de palabras, observando gestos, descifrando síntomas, atribuyendo causas y sugiriendo tratamientos. El escritor Italo Calvino dice que somos criaturas 'poseídas de un océano de palabras', que nos ofrecemos unos a otros como enlaces en historias que fluyen y fluyen (2). La práctica clínica se basa en reconocer y responder a tales vínculos, ya sea un síntoma, signo, expresión, estado de ánimo, patrón de conducta o sentimiento.

¿Qué es la narrativa?

Una narración es un patrón de eventos colocados en un orden determinado, que suponen una sucesión de ocurrencias o relatos, experiencias, a partir de las cuales puede inferirse una secuencia cronológica. La sucesión temporal por sí sola no puede hacer una historia, pero lo que se ha denominado el principio de '¿y entonces?' junto con una noción de causalidad que da significado a frases como "por eso" y "por lo tanto" sustenta una coherencia narrativa con los hechos relatados (3).

En las historias, las conexiones se pueden postular sin lógica demostración y sucesos relacionarse de manera que puedan diferir, incluso entrar en conflicto. Los hechos pueden desarrollarse de forma uni o multilineal o tener lugar simultáneamente, según

extraños patrones o secuencias. A través de las historias que imaginativamente somos capaces de concebir, entramos en otros mundos, cambiamos puntos de vista, perspectivas y enfoques sobre la experiencia de los demás.

Las personas generalmente buscan consejo médico en primera persona, como narradores de fragmentos de historias de vida, a las que invitan a responder y, a veces, a interpretar. Conscientemente no suelen estar enmarcadas como historias con un principio, un desarrollo, o un final. Estos fragmentos suelen mostrarse como hilos variables con una estructura similar a la de una historia, a veces como secuencias sencillas, otras como dramas de conciencia que se desarrollan gradualmente, o como observaciones serpenteantes más o menos complejas contadas por los pacientes, sus familiares o amigos. En la recepción, elaboración y análisis de tales materiales, tienen lugar procesos de selección, interpretación y clasificación. La apreciación narrativa puede ayudar a los médicos a integrar biografía y anécdota, historia de vida y caso clínico, con aspectos impersonales del conocimiento médico y científico (4).

Cuatro historias clínicas de mi propia práctica ilustran estos puntos:

? Una mujer joven consultó porque sus manos estaban como "efervescentes", manteniéndola despierta por la noche. En el mismo momento en que ella describió esto, yo mismo sentí la efervescencia. Algo sobre la metáfora que empleó y la forma en que ella lo contó fue contagioso, y el síntoma saltó a mí.

? Un hombre de 75 años me dijo que lo mantenían despierto por el sonido de una maquinaria que emanaba del lado derecho de su pecho. Podía escuchar el ruido solo por la noche. No se acompaña de ninguna otra sensación y, clínicamente, era inaudible para mí.

? Un hombre de 80 años apareció una mañana en la consulta ansioso y sudoroso, quejándose de un dolor abdominal agudo. El dolor lo había despertado de repente y desaparecía por completo si se ponía en cuclillas en el suelo.

? Un hombre de 64 años y su esposa vinieron a verme. Ambos sufrían de insomnio. El aparentemente emitía un chirrido de gatito 5 a 10 minutos después de acostarse tanto de día como de noche (pedí a su esposa que reprodujera ese sonido).

Cada uno de estos fragmentos narrativos, todos relacionados con el insomnio, son el comienzo de una historia clínica más larga, historias de vida de personas que acuden a mi consulta. Los cuatro pacientes me buscaron porque se sintieron atrapados por algo. Tres de ellos esperaban que yo pudiese aliviar sus síntomas.

Aunque capturan algo de la complejidad y riqueza de las experiencias vividas, aquí las historias se representan en una forma descriptiva con una voz expositiva que tiende a oscurecer la ambigüedad y los motivos mixtos de la consulta. Sin embargo, tales descripciones fugaces de esas experiencias subjetivas trascienden las "explosiones acústicas" de una conversación en la consulta (5), apuntando hacia un reino sintomático. Considerados como síntomas más bien atípicos: no me había encontrado estas manifestaciones antes, y sospecho que puedo no volver nunca a "encontrármelos" de nuevo.

Estas historias son interpretaciones abstractas, ¿huesos pelados?, que comienzan con fórmulas de información sobre la edad y sexo de los dramatis personae. No hay evocación de la individualidad, la personalidad, las inclinaciones o la situación familiar de las personas que yo tenía con anterioridad. En cada caso, sin embargo, experimenté una especie de epifanía: una abrupta y poderosa sensación de que cada una de estas historias tenía un trasfondo médico singular que yo, como su médico de familia, debía tratar de descifrar.

Detectives y médicos

En la búsqueda de verdades y significados ocultos, los detectives y los médicos comparten preocupaciones narrativas similares. Frank Davidoff ha aludido a paralelos ocupacionales de significado más profundo, ya que ambos buscan restaurar el orden ante la violencia ejercida sobre el cuerpo, ya sea ejercida por el delito o por la enfermedad (6). Ambas profesiones están comprometidas en actividades que están inextricablemente atrapadas en la interpretación de historias y hechos, en los que la búsqueda de la claridad puede requerir esfuerzos para comprender la ambigüedad y la paradoja.

Al buscarme, esos pacientes habían recorrido cada uno un camino personal. El hombre con la maquinaria dentro de él había esperado varios meses antes de aventurarse a confiar en mí, finalmente lo hizo con un grado notable de "miedo escénico" y vergüenza. El paciente con abdomen agudo probablemente ese dolor había sido in extremis desde el momento de su inicio la noche anterior. Lo remití al hospital para ingreso por urgencias. El hombre con el sonido estridente, había soportado un bypass coronario con cuádruple injerto 4 semanas antes, apareció en la cirugía con su esposa como actriz de reparto, para enfatizar los efectos de su síntoma disruptivo.

Aunque estos pacientes compartían preocupaciones similares sobre lo que sus experiencias podrían predecir, cada uno tenía bastantes motivos distintos para consultarme. La mujer burbujeante, por ejemplo, se había encariñado mucho con sus síntomas y sólo deseaba saber si sus síntomas eran amenazadores. Ella rechazó el tratamiento o una investigación adicional. El hombre con dolor abdominal me dijo que no podía ponerse en cuclillas por más tiempo y estaba buscando alivio del dolor; mientras que la esposa del hombre que chillaba quería que el "gatito" fuera desterrado sin contemplaciones de la casa

Historia y narrativa en medicina clínica

Una forma de entender los encuentros clínicos es verlos como procesos complejos de construcción e intercambio de historias, donde fragmentos de experiencia en diferentes etapas de la narratividad se elaboran y ensamblan.

Que los procesos de narración de historias se encuentran en el corazón de la medicina es algo que ha sido reconocido desde hace mucho tiempo en la práctica clínica. Los médicos hipocráticos, al rechazar tanto la explicación sobrenatural y los efectos del azar en la aparición de la enfermedad, afirmaban que todo lo que sucede tiene una causa que le precede. Por lo tanto, una cronología tenía que ser el camino hacia un tratamiento racional, basado en la comprensión y el conocimiento de las causas ocultas de los problemas salud (7). El método clínico llegó así a enfatizar la observación y, sobre todo, el diálogo encaminado a conocer la historia médica de los pacientes.

El historiador y teórico de la narrativa, Hayden White, ha señalado tres tipos básicos para la representación histórica: los anales, la crónica y la historia propiamente dicha (8). Los anales carecen tanto de un hilo narrativo como de un cierre, simplemente terminan, como elementos de una historia inacabada. Una crónica, aunque más claramente ligada a una cronología, carece de un resumen del significado de la cadena de eventos que documenta. La historia propiamente dicha, muestra no sólo la cronología y el manejo juicioso de la evidencia, sino también un orden narrativo de significado que el mero relato de una sucesión de hechos por sí solo no posee.(8)

En ¿Qué es la historia? EH Carr (9) argumentó que toda indagación histórica presupone enfoques selectivos de la realidad. Los historiadores seleccionan hechos significativos de un océano infinito, siendo la medida de la significación histórica la capacidad de encajarlos en un patrón de explicación e interpretación racional. Los "Buenos historiadores", escribió Carr, "les guste o no llevan el futuro en sus huesos. Además de responder a la pregunta '¿Por qué?' el historiador también hace la pregunta '¿Hacia dónde?'" una pregunta que también impregna la medicina.

Historia y relatos clínicos

A cada uno de los fragmentos clínicos que he relatado se le podría conceder el estatus de "anal clínico", aunque más detalles sobre cómo se desarrolló cada historia individualmente podría hacer de ellos unas cronologías. Pero, para que surja una historia clínica se requeriría la aplicación de un hecho, concepto o teoría que podría dar el sentido narrativo a la cronología. El caso de mi paciente chillón es ilustrativo. Después de su procedimiento de derivación de la arteria coronaria, requirió intubación y ventilación asistida durante 21 h. Él nunca había sufrido de asma y en las varias ocasiones lo exploré cuando estaba recostado y durante 15 minutos, no pude detectar sibilancias ni estertores en su pecho. Debido al largo período de intubación pedí a un otorrino que lo valorase; encontró la laringe y la voz y las cuerdas del paciente sanas, estudios baritados mostraron una normalidad también en la faringe. Otro otorrinolaringólogo dió una opinión adicional. Ninguno pudo identificar el sonido chirriante de la grabación de la cinta de su esposa, ni tampoco una causa. Estamos todavía tratando aquí con una cronología clínica. Posteriormente, un especialista sugirió al paciente que dejara de tomar el medicamento antihipertensivo, enalapril, que había comenzado en el hospital (en la creencia

equivocada de que había estado tomando el medicamento antes de la admisión para el bypass). A los 2 días de suspender este medicamento, el chirrido cesó. Siguiendo los criterios de Hayden White este cuento clínico ahora se acerca a la forma narrativa de una historia, porque es una historia que describe y comienza a explicar sucesos pasados. Las historias clínicas pueden alcanzar tal forma narrativa en ausencia de médicos que ofrezcan a sus pacientes un diagnóstico formal, lo que en muchas consultas no es posible ni apropiado, y en su lugar hacerlo a través de la reinterpretación de síntomas, sentimientos o predicamentos. Estos procesos permiten a las personas obtener explicaciones menos preocupantes de las experiencias que les molestan, lo que puede aliviarles (10).

Las historias encarnan explicaciones

Las historias clínicas que he mencionado hasta ahora podrían tener múltiples significados; mis representaciones no son más que selectivas ofertas de un médico general. Abstraído de los íntimos diálogos del gesto, mirada, tacto y expresión, en su mayor parte carecen de referencias a mi propio mundo interior como clínico. Perplejidad, mistificación y ansiedad son solo algunos de los sentimientos que he eliminado.

Traducir el pasado o la experiencia pasada en una narrativa por un proceso de selección es acreditar un orden por encima de otro orden posible. Las historias en este sentido son "modelos para la re-descripción del mundo" (11). Al igual que con el historiador, lo mismo ocurre con el clínico. Así la forma en la que las historias son relatadas revelan un punto de vista. Pero para el clínico, la forma en que se cuenta la historia define un grado de implicación también. Como médico general de un paciente con "manos efervescentes" que burbujearon momentáneamente durante la consulta, ¿habría experimentado una discreta y poderosa forma de "empatía afectiva", un fenómeno que los psicólogos han descrito como "una especie de vicaria ¿excitación?" o habría sido víctima de una "empatía de base cognitiva", la capacidad de tomar el punto de vista de otro e inferir sus sentimientos poniéndome en su lugar por un acto mental de transposición" (12). El primer tipo de empatía proviene de la identificación emocional, el segundo de apreciar el mundo en modo subjuntivo, imaginando cómo podría ser realmente para otro. Ambas son manifestaciones del conocimiento evocativo y dependen de formas narrativas de apreciación y comunicación sobre una comprensión obtenida a través de identificar e involucrarse imaginativamente con los pacientes (13).

Estos cuatro relatos clínicos en desarrollo están necesariamente limitados en sus implicaciones. No se pueden usar fácilmente para ilustrar la interacción entre el diagnóstico y la narrativa en psiquiatría, por ejemplo, donde la misma aparición de ciertos tipos de fenómenos, experiencias, o las discontinuidades en la historia de vida de una persona pueden sugerir que podría estar sufriendo tipos particulares de enfermedades mentales. Ausentes también de estos cuatro relatos clínicos son lo que yo denomino entrelazamiento narrativo, aunque esto sigue siendo cierto, hasta ahora, sólo en la forma en que son narrados. Recordando los encuentros que he tenido durante los pasados 14 años con el hombre con dolor abdominal, siento un mosaico de sonidos y silencios, palabras, preocupaciones y recuerdos distribuidos de manera desigual en casi cien consultas de duración media 7 minutos. Sin embargo, un excitante y amable hombre, me había obsequiado durante años con episodios de su vida temprana en las bulliciosas calles empedradas del sur de Londres, con las condiciones sociales que prevalecían en la familia en la que creció, de sus tribulaciones como joven aspirante con una conciencia social emergente tratando de encontrar su lugar a principios de siglo. En conversaciones y narraciones que circularon ampliamente por biografía y topografía, me presentaron los dramas y las vicisitudes de una larga vida, en la que las discapacidades progresivas de la vejez aparecieron solo aquí o allí. Aunque tengo un conocimiento escaso y solo de impresiones sobre algunos de los hilos de la historia de este hombre, la autobiografía a retazos que me contó no habla ya sólo de quién es él, sino de una vida en la que ahora yo mismo formo parte.

Entrelazamiento narrativo

Los clínicos como oyentes y descifradores de innumerables historias de vida inevitablemente reclutan narrativas que encuentran. Resonancia, atracción, el entrelazamiento, el enredo e incluso el engullimiento pueden

contraponerse al miedo, la repulsión, la distancia y la falta de sentimiento o implicación por parte del clínico (14,15). La naturaleza de los predicamentos de los pacientes, el curso narrativo y el contenido de las consultas pueden jugar papeles menos importantes en la solicitud de participación de los médicos que los aspectos relacionados con la personalidad de los pacientes. Sin embargo, ciertos tipos de historias clínicas parecen más trágicas que otras, y algunos tipos de historias? las que implican error y culpa médica, o un

riesgo remoto-pueden ejercer un control sobre la imaginación del clínico, afectando así tanto a la implicación de la persona como al juicio clínico (16).

Narrativa y la historia clínica del caso

La visión médica tradicional de la consulta es verla como una oportunidad para crear una historia clínica. Este género narrativo particular consiste en una historia que comienza con una sucesión de eventos o experiencias que se relacionan al paciente, que luego se ve progresivamente abstraída del control del paciente y del contexto de su relato original. La historia extraída avanza, transformada por un vocabulario médico-técnico poco probable de ser entendido por el paciente. El paciente tiende a perder el control de la historia a medida que se desarrolla la historia del caso y se convierte en un cuento que solo alguien más, distinto de él/ella, puede contar, asumiendo una vida propia en las pases médicos, en las conferencias de casos y en la literatura médica. Mientras tanto, el paciente como persona de quien surgió originalmente la historia se convierte en cada vez más incidental a ella, manteniendo dentro de ella sólo la presencia anónima de un fantasma.

Tales historias de casos pueden apuntar a una ruta real para el diagnóstico, pero los médicos generales realizan entre 8000 y 10 000 consultas al año en una alta proporción de ellas el diagnóstico no es la preocupación principal y no puede decirse que proporcionen una clave a los fragmentos narrativos que los pacientes traen a la consulta. Muchos de estos encuentros muestran elementos propios de la picaresca: digresión, diversión, suspense, ambigüedad y brechas narrativas, que solo pueden ser reconstruidas juntos, utilizando criterios distintos a los convencionales médicos (17). Para los médicos de cabecera, tales elementos de la consulta no deben contarse meramente como "trazos sueltos" que interfieren con el diagnóstico. Además de discernir qué tipo de enfermedad o problema puede tener una persona, los médicos también necesitan saber algo del tipo de persona que pueda tener una enfermedad, preocupación o síntoma. El sentido narrativo de estas relaciones en desarrollo es fundamental para el cuidado y manejo clínico de las personas enfermas a lo largo del tiempo (18).

Conclusión

Los seres humanos somos animales narradores, y la narración es la forma más convincente por la cual contamos nuestra realidad, comprendemos los acontecimientos, y a través de la cual damos sentido a nuestras experiencias y a nosotros mismos (19). Para proclamar, por lo tanto, como algunos lo han hecho (20), que "el universo está hecho de historias, no de átomos" es simplemente conceder precedencia a una metáfora sobre otra.

Aunque las historias son la lengua vernácula de las experiencias de enfermedad y la lingua franca de la relación médico-paciente, entender los encuentros clínicos con un enfoque narrativo no puede proporcionar un marco para la diversidad de interacciones que tienen lugar en los entornos sanitarios (21,22). Más bien, el enfoque narrativo corrige un desequilibrio en la cultura médica. La atención a la narrativa revela que las tareas y técnicas de la medicina clínica se relacionan con las de otros campos como la historia, el teatro y la ficción (23,24). Este enfoque permite la apreciación de los aspectos únicos de los pacientes como personas, pero permitiendo que el enfoque clínico se mantenga sobre los aspectos repetibles y biológicos de la enfermedad. Los enfoques narrativos sitúan así a la medicina entre las humanidades y las ciencias.

En una era que toma a la evidencia como el centro de gravedad en la que el conocimiento médico está cambiando de la cerrada intimidad del consultorio, a la interpretación de datos abiertamente disponibles, el amplio punto de vista de la conexión del pensamiento humano y la imaginación que ofrece el estudio de la narrativa, profundiza nuestra apreciación sobre la naturaleza narrada de los intercambios clínicos. También nos recuerda que la consulta sigue siendo no sólo una fuente de humanidad médica, sino un punto fundamental en la generación de conocimiento médico.

References

- 1 Reissman CK. Narrative analysis. California: Sage Publications, 1993:
- 2 Calvino I. The road to San Giovanni. London: Vintage, 1994: 10.

- 3 Rimmon-Kenan S. Narrative fiction: contemporary poetics. London: Routledge, 1983: 6?17.
 - 4 Smith RC. The patient's story. Boston: Little, Brown and Company, 1996.
 - 5 Searle J. Speech acts. Cambridge: Cambridge University Press, 1969: 3.
 - 6 Davidoff F. Mystery murder and medicine. In: Davidoff F, ed. Who has seen a blood sugar? Philadelphia: American College of Physicians, 1996: 91?95.
 - 7 Jouanna J. The birth of western medical art. In: Grmek MD, ed. Western medical thought from antiquity to the middle ages. Cambridge Mass: Harvard University Press 1998: 22?71.
 - 8 White H. The value of narrativity in the representation of reality. In: Onega S, Landa JAG, eds. Narratology. London: Longman, 1996: 273?85.
 - 9 Carr EH. What is history? Harmondsworth: Penguin Books, 1968.
 - 10 Launer J. Narrative and mental health in primary care. In: Greenhalgh T, Hurwitz B, eds. Narrative based medicine. London: British Medical Journal Books, 1998: 93?102.
 - 11 Ricoeur P. Time and narrative. Chicago: University of Chicago Press, 1983.
 - 12 Platt FW. Conversation repair. Boston: Little, Brown and Company, 1995: 30.
 - 13 Kerby AP. Narrative and the self. Bloomington: Indiana University Press, 1991: 63.
 - 14 Peschel R, Peschel E. When a doctor hates a patient. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1986.
 - 15 Maoz B, Rabinowitz S, Herz M, Katz HE. Doctors and their feelings. Connecticut: Praeger, 1992.
 - 16 Hurwitz B. The wounded storyteller, narrative strands in medical negligence. In: Greenhalgh T, Hurwitz B, eds. Narrative based medicine. London: British Medical Journal Books, 1998; 234?46.
 - 17 Fish D. Appreciating practice in the caring professions. Oxford: Butterworth Heinemann, 1998: 157.
 - 18 Marinker M. The chameleon, the Judas goat and the cuckoo. J R Coll Gen Pract 1978; 28: 199?206.
 - 19 MacIntyre A. After virtue: a study in moral theory. London: Duckworth and Co, 1981: 201.
 - 20 Rukeyser M. In: Feldman C, Kornfield J, eds. Stories of the spirit, stories of the heart. New York: Harper Collins 1991.
 - 21 Greenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative? In: Greenhalgh T, Hurwitz B, eds. Narrative based medicine. London: British Medical Journal Books, 1998: 3?16.
 - 22 Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books, 1998.
 - 23 Hunter KM. The narrative structure of medical knowledge. Princeton: Princeton University Press, 1991.
 - 24 Lerner G. Why history matters. Oxford: Oxford University Press, 1998
- (*) El artículo está originalmente publicado en inglés: Hurwitz B. Narrative and the practice of medicine. The Lancet

2001;356:2086-9 DOI:10.1016/S0140-6736(00)03412-7