This page was exported from - DocTutor
Export date: Sat Oct 17 22:18:56 2026 / +0000 GMT

# La Medicina Narrativa según Greenhalgh&Hurwitz, Launer y Charon

**Doctutor Resumen:** Este artículo resume las perspectivas de los autores que en mayor medida en los últimos años han contribuido al desarrollo de la Medicina Narrativa: Trisha Greenhalgh & Brian Hurwitz, John Launer y Rita Charon. Cada uno de sus enfoques destaca aspectos particulares pero importantes de la ?medicina basada en la narrativa?, los tres enfoques se complementan entre sí. Tanto Greenhalgh & Hurwitz, como Charon o como Launer están de acuerdo en lo que esta representa, su potencial e importancia para la práctica médica

**Narrative Medicine according to Greenhalgh & Hurwitz, Launer and Charon Abstract:** This article summarizes the perspectives of the authors who in the last years have contributed the most to the development of Narrative Medicine: Trisha Greenhalgh & Brian Hurwitz, John Launer and Rita Charon. Each of his approaches highlights particular but important aspects of ?narrative-based medicine?, all three approaches complement each other. The three Greenhalgh & Hurwitz, Charon and Launer agree on what it represents, its potential and importance for medical practice

–

En medicina se cuentan muchas historias. Los pacientes cuentan una historia sobre un síntoma o malestar, su contexto, cómo esto les está afectando y por qué acuden al médico. Esta es una historia con infinitas variaciones en su contenido, el lenguaje utilizado y la manera en la que se cuenta. Todo ello refleja la singularidad del paciente y su experiencia. Sin embargo, los médicos, cada vez con más frecuencia, también traen sus propias historias de la consulta. En ellas, el médico, también con infinitas variaciones, expresa su perspectiva y su experiencia sobre un determinado paciente, su situación clínica y la comprensión que tiene sobre lo que le está ocurriendo, su sospecha diagnóstica y sus ideas sobre la causalidad y su posible manejo, además, el médico también en las historias dibuja las condiciones en las que se produce el encuentro con ese paciente y lo que eso le genera. Cada uno de estos escenarios forman historias con derecho propio. Además, La forma en que esto lo lleva a cabo el médico, refleja su personalidad, sus experiencias, sus inquietudes y su práctica, todo este material, representa para el médico oportunidades para reflexionar sobre él

mismo y su desarrollo personal y profesional.

El significado que extraemos de las historias que contamos los médicos creo que representa el principio fundamental de lo que llamamos Medicina Narrativa (MN) o Medicina Basada en la Narración (MBN). En este artículo resumimos las perspectivas de los autores que en mayor medida han contribuido al desarrollo de esta metodología médica: Trisha Greenhalgh & Brian Hurwitz, John Launer y Rita Charon. Cada uno de sus enfoques destaca aspectos particulares pero importantes de la narrativa, los tres enfoques se complementan entre sí. Tanto Greenhalgh & Hurwitz, como Charon o Launer están de acuerdo en lo que es la MBN, su potencial e importancia para la práctica médica (Cuadros 1 y 2)

**Cuadro 1 ¿Qué es la medicina basada en la narrativa?**

La medicina basada en la narrativa trata de...

- narrar historias: la historia del paciente, principalmente, pero también la historia del médico y cómo estas historias se entrelazan en el encuentro clínico para crear una nueva historia con un nuevo significado y comprensión y posibilidades de cambio - reconocer la singularidad de cada paciente, validar su "historia" y empatizar a través de un interés y una preocupación genuinos - reconocer la división que puede existir entre el médico y el paciente y tomar medidas para salvar esa división desarrollando y fortaleciendo las conexiones. Para el médico esto implica escuchar con atención; explorar miedos, sentimientos y emociones; y desarrollar una comprensión más profunda, no solo de la experiencia de la enfermedad, sino también del paciente y de sí mismo **Cuadro 2 Beneficios de la medicina basada en la narrativa**

La Medicina Basada en la Narrativa...

- es intrínsecamente terapéutica para el paciente (al contarla y al ser escuchada) - evita la desconexión que de otro modo podría ocurrir entre el médico y el paciente

promueve...

- -comprensión más profunda del paciente y - -empatía - mejora la conexión y fortalece la relación médico-paciente - mejora la capacidad de reflexión del médico (con respecto tanto al paciente como al médico) - aumenta la autoconciencia y el desarrollo personal y profesional del médico - facilita la gestión, además de tener potencial para promover el cambio **La MN de Greenhalgh y Hurwitz**

Estos autores destacan principalmente el valor de la narrativa en el contexto de la atención clínica, proporcionando significado, contexto y perspectiva sobre la situación del paciente (1). En la línea de antropólogos de la medicina clásicos como Arthur Kleinmann (2), estos autores enfatizan sobre todo el valor de la MN como ayuda para el diagnóstico y el tratamiento y para la comprensión del paciente como persona. Así, la MN definiría el cómo, por qué y de qué manera el paciente está enfermo y no sólo desde una perspectiva exclusivamente existencial, sino también biológica, en la medida en la que ampliaría hipótesis diagnósticas y estrategias terapéuticas. Para estos autores el estudio de la narrativa contribuiría por tanto, en muchos casos a explicar mejor la enfermedad, pero sobre todo a ofrecer la posibilidad de desarrollar una comprensión a la que no se puede llegar por ningún otro medio. En este sentido, una historia exigiría del médico un esfuerzo interpretativo (discernir su significado) lo cual representa el aspecto fundamental del análisis de las narrativas (como pasa, por ejemplo, en la crítica literaria)

La comprensión del contexto narrativo de la enfermedad proporciona un marco para abordar los problemas de un paciente de manera holística, así como para revelar opciones diagnósticas y terapéuticas. Además, las narrativas de la enfermedad proporcionan también un medio para la educación tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud y también pueden ampliar y enriquecer la agenda de investigación (Cuadro 3).

**Cuadro 3 Resumen de la MN (Greenhalgh y Hurwitz)** - Los procesos de enfermar, estar enfermo, mejorar (o empeorar) y

sobrellevar (o no poder sobrellevar) la enfermedad pueden considerarse como narrativas representadas dentro de las narrativas más amplias (historias de la vida) de las personas. - Las narrativas de la enfermedad brindan un marco para abordar los problemas de un paciente de manera holística y pueden descubrir opciones diagnósticas y terapéuticas. - Descifrar una historia es un acto interpretativo; la interpretación (el discernimiento del significado) es fundamental para el análisis de las narrativas (por ejemplo, en la crítica literaria) - Las narraciones ofrecen un método para abordar cualidades existenciales como el dolor interior, la desesperación, la esperanza, la pena y el dolor moral que frecuentemente acompañan, e incluso pueden constituir, las enfermedades de las personas. - La tradición perdida de la narrativa debe ser revivida en la enseñanza y práctica de la medicina **La MN de John Launer**

Para John Launer, el poder del lenguaje no debe subestimarse (3). La misma conversación que explora y extrae la narrativa del paciente también puede convertirse en un instrumento de cambio al abrir nuevas posibilidades para el paciente (3,4). No se impone el cambio al paciente, sino que se consideran opciones, se valora la disposición al cambio y, en consecuencia, se le empodera (co-construcción o co-creación) (3,4). Como terapéuta familiar, el enfoque de Launer de la MBN se basa en la terapia familiar, y el estilo de interrogatorio utilizado por el médico en las "conversaciones que invitan al cambio" sería familiar para los médicos de cabecera con un interés especial en la entrevista motivacional, el coaching o el asesoramiento (3).

El análisis del lenguaje y el discurso proporciona información sobre las narrativas de los pacientes (5), promover la escucha activa y mejorar la comprensión. El lenguaje es fundamental en cualquier conversación. Launer enfatiza la importancia del uso del lenguaje, los significados tanto explícitos como implícitos, este autor considera la consulta sobre todo como una ?conversación? (3,4). Por medio de esa conversación, se crea un entendimiento compartido, una ?nueva historia?, por así decirlo. Para el médico, esta comprensión es una aproximación más cercana a la realidad del paciente. Para el paciente es la comprensión de lo que es importante con respecto a su salud y lo que debe hacer. Sin ella, no se puede asegurar la adherencia que se potencia con ella. Launer sugiere que debemos ver ?la realidad como un tapiz de lenguaje que se teje continuamente... construimos nuestra visión de la realidad contando historias? (3).

Para llegar a un entendimiento compartido, las buenas habilidades de comunicación por parte del médico son vitales. Launer identifica 7 principios, las 7 C s (3), para sus "conversaciones que invitan al cambio", y que sustentan su enfoque de MBN (Conversación, Curiosidad, Contexto, Curiosidad, Complejidad, Desafío -Challenge-, Precaución -Caution-, Atención -Caring-).

**La MN de Rita Charon**

Rita Charon, dice que si bien los médicos pueden tener conocimientos sobre la enfermedad, no aprecian adecuadamente que la enfermedad lo cambia todo para el paciente. Según Charon, existen ?cuatro divisiones? que contribuyen a la desconexión que se suele producir entre médicos y pacientes (6), a saber:

La relación con la mortalidad: La enfermedad es un evento inesperado que provoca muchas emociones, especialmente el miedo a la muerte. Las actitudes de los pacientes ante la enfermedad y la mortalidad están matizadas por experiencias previas, mientras que los médicos, por su formación, tienen una perspectiva diferente.

El contexto de la enfermedad: Los médicos, naturalmente, ven la enfermedad como un fenómeno biológico que requiere intervención médica. Los pacientes ven la enfermedad en el marco de toda su vida.

Creencias sobre la causalidad de la enfermedad: los pacientes no tienen los conocimientos de medicina que tienen los médicos, por lo que sus nociones sobre la enfermedad y sus causas pueden diferir ampliamente. Cuando las ideas de causalidad están en conflicto, la atención se ve comprometida.

Vergüenza, culpa y miedo: los pacientes se avergüenzan de revelar aspectos íntimos de sí mismos. La enfermedad los vuelve vulnerables y temerosos. Pueden culparse a sí mismos, y si los resultados no son favorables, pueden culpar al médico. Los médicos también pueden avergonzarse de hacer preguntas personales. Culpan a los pacientes por ser exigentes o por no cuidarse a sí mismos y temen ser demandados. Estas emociones, en ambos lados, afectan considerablemente la experiencia de la enfermedad. A menos

This page was exported from - DocTutor
Export date: Sat Oct 17 22:18:56 2026 / +0000 GMT

que se aborden, pueden causar tal sufrimiento que dividen irrevocablemente al médico y al paciente.

Para Charon, por lo tanto, escuchar atentamente y reconocer y explorar esas 4 divisiones son parte de la comprensión de la experiencia de la enfermedad y lo que esta significa para el paciente.

Charon compara la historia del paciente con textos literarios (6). Al igual que esos textos, algunas historias de pacientes son directas y fáciles de entender. Otras, sin embargo, son más complejas o tal vez narradas de una manera particular que requieren más información de fondo, más exploración y alguien más experto para ayudar con su interpretación. La lectura de textos literarios estimula la imaginación?abre la mente a diferentes ideas y variadas posibilidades?y el análisis del texto promueve una comprensión más profunda de la narrativa (6). Al extender estos principios del análisis literario a la narrativa del paciente, se puede aprender y comprender mucho más sobre el paciente. Sin embargo, la imaginación, ver las cosas desde la perspectiva del paciente y considerar diferentes puntos de vista, no es lo único que aquí se gana. Al reflexionar sobre el encuentro, el médico invariablemente reflexiona sobre sí mismo y su propio papel, obteniendo así una idea de sí mismo y de su propio efecto en la interacción (6).

**Referencias**

Greenhalgh T, Hurwitz B, editors. Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice. London, UK: BMJ Books; 1998.

Kleinman A. The illness narratives. New York: Basic Books; 1988.

Launer J. Narrative-based primary care. A practical guide. Abington, UK: Radcliffe Medical Press; 2002

Launer J. Training in narrative-based supervision: conversations inviting change. In: Sommers LS, Launer J, editors. Clinical uncertainty in primary care. The challenge of collaborative engagement. New York, NY: Springer; 2013. pp. 163?76.

Elwyn G, Gwyn R. Stories we hear and stories we tell?analyzing talk in clinical practice. In: Greenhalgh T, Hurwitz B, editors. Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice. London, UK: BMJ Books; 1998. pp. 176?84

Charon R. Narrative medicine. Honoring the stories of illness. New York, NY: Oxford University Press; 2006