

Narrativa y Juicio Clínico

Roger Ruiz Moral

Resumen: La naturaleza del razonamiento clínico se basa en los hechos que aportan los datos empíricos de la enfermedad y en las experiencias que vive y nos cuenta el paciente. Estas vivencias se suceden en el tiempo y por esto tienen una trama, un argumento que constituye una historia, la historia de la enfermedad del paciente. Las anécdotas, los aforismos y los diferentes tipos de narraciones son la forma subyacente en la que acumulamos nuestro conocimiento médico y modelamos nuestro juicio clínico. Se han desarrollado estrategias concretas que optimizan las potencialidades educativas de estas fuentes de información clínica. De esta manera los estudiantes de medicina primero, y los médicos después desarrollamos la capacidad esencial de cuestionar las expectativas, obviar los algoritmos, interrumpir en suma los patrones de pensamiento estereotipados y avanzar así en la comprensión del paciente y su circunstancia.

Narrative and Clinical Judgment Abstract: The nature of clinical reasoning is based on the facts provided by the empirical data of the disease and on the experiences that the patient lives and tells us. These experiences take place over time and for this reason they have a plot, an argument that constitutes a story, the story of the patient's illness. Anecdotes, aphorisms, and different types of narratives are the underlying way in which we accumulate our medical knowledge and shape our clinical judgment. Specific strategies have been developed for optimizing the educational potential of these sources of clinical information. In this way, medical students first, and doctors later, develop the essential ability to question expectations, ignore algorithms, interrupt stereotyped thought patterns, and thus advance in understanding the patient and his circumstance.



Narrativa: Desde la historia clínica a la historia del caso

La historia clínica (HC) tradicional es un género narrativo particular que consiste en una historia que comienza con una sucesión de eventos o experiencias que se relacionan con el paciente. Aunque la HC se estructura en diferentes apartados estos abarcan un amplio abanico de temas sobre los que el médico pregunta y que permiten al paciente una exposición de los aspectos más variados de su enfermedad, incluyendo los puramente vivenciales de una forma además cronológica. El que la HC refleje esas experiencias vitales que tiene el paciente surgidas en el tiempo debido a su condición, depende en gran medida del médico que entreviste al paciente. El médico puede enfatizar o no aquellas experiencias, o limitarse a realizar una anamnesis focalizada y dirigida convirtiendo a la HC en un interrogatorio donde el paciente responde solo aquellos apartados que facilitan la indagación de los aspectos que el médico considera más relevantes. Así, la HC (aunque no solo la HC) ha ido modulando un estilo de entrevista que o bien recoge determinados aspectos del enfermar, o el conjunto de sus secciones, delimitando un estilo conversacional más o menos interrogativo donde se revisan esos propios contenidos (podríamos llamarlo 'entrevista centrada en la HC?'). De esta forma, progresivamente la HC se ha visto abstraída del control del paciente y del contexto de su relato original. La historia extraída avanza, transformando el lenguaje vernáculo del paciente por un vocabulario médico-técnico poco probable de ser entendido su el propio protagonista. Y este, tiende a perder el control de la narración que se va transformando en la 'historia del caso?' (Hurwitz 1999), convirtiéndose en un cuento que solo alguien distinto de él o de ella, puede contar: un producto para ser expuesto en las sesiones clínicas y en un tipo especial de literatura científica: la médica. Mientras tanto, el paciente como persona de quien surgió originalmente la historia se convierte en alguien cada vez más incidental a ella, manteniendo sólo una presencia anónima.

Sin embargo, la HC en su formato tradicional, es un relato narrativo de extraordinaria utilidad para los fines que persigue el clínico: el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad del paciente. La lectura de 'historias de casos?' es la vía fundamental que tiene primero el estudiante de medicina, después el residente y finalmente el médico de ir desarrollando su Razonamiento Clínico (RC)

La naturaleza interpretativa del Razonamiento Clínico

El Razonamiento Clínico (RC) o juicio clínico, es la herramienta nuclear que debe desarrollar un médico y que define el grado de su maestría como clínico. El RC es un razonamiento de tipo práctico focalizado siempre hacia un paciente concreto, en una situación específica y en un momento dado. Por esto, su rasgo más característico es la tensión que existe entre lo general y lo particular. Así, aunque se nutre de los aspectos generales que aportan las ciencias biomédicas, el hecho que las enfermedades no sean diagnosticadas y tratadas en tubos de ensayo sino en personas, donde evolucionan de forma diferente con el tiempo, hace que el RC se nutra también de una información que sólo puede venir de las 'historias?' únicas de los pacientes. Este ingrediente le da al RC su característica fundamental: su carácter interpretativo. Tanto las enfermedades como los pacientes se 'comprenden?' mejor cuando se ven en el contexto de 'historias?'. Estas explicaciones narrativas (incluso desde la HC tradicional con su historia natural de los signos y los síntomas, la historia del paciente y su dolencia actual, la historia social, y familiar de la enfermedad) se agrupan y se interpretan, en virtud de esa capacidad interpretativa que el médico desarrolla y que es su juicio o RC.

Es así como el RC expresa la tensión inherente a la necesidad de adaptar lo particular a la regla general, y cuyo pre-requisito es que el médico desarrolle una mentalidad flexible y abierta. Esto lo hace el clínico principalmente mediante la revisión de casos clínicos que es donde principalmente incorporamos la 'experiencia clínica?'. El caso clínico, en la medida en que refleja la particularidad, resalta la importancia de lo que se encuentra precisamente fuera de las reglas científicas o incluso en contraposición a estas y que viene representado generalmente por lo que en cada caso o HC hay de anecdótico o de puramente narrativo.

El papel de la literatura en el RC

Esa naturaleza del RC, tensionada y contradictoria, que incorpora la 'experiencia clínica?' a través de la vivencia de múltiples casos o historias clínicas, decimos que viene representada por lo que aquellas tienen de anecdóticas y narrativas, es decir por lo que tienen de 'literarias?'. Así, los diferentes 'géneros literarios?' de los que se nutre el RC y que irían desde el simple aforismo, hasta la novela, pasando por otros como la poesía, el relato o el cuento. Me detendré aquí en el aforismo como modalidad límite y en la narración

como modalidad ampliada.

El aforismo, es el género literario más breve y conciso. Se trata de una sentencia que pretende expresar una idea, un pensamiento de forma precisa, concisa, coherente y en apariencia definitiva (RAE). En medicina, los aforismos representan una especie de resumen de la experiencia clínica y por esto tienen una autoridad muy distinta de la que tienen los resultados de las pruebas de imagen o laboratorio o los estudios estadísticos de los ensayos clínicos. Estos aforismos pueden ponerse en entredicho pero no pueden ?probarse? de manera exacta. El médico a la hora de resolver una situación clínica en función del carácter particular de esta, debe, en numerosas ocasiones, considerar lo opuesto a las reglas, es decir debe entrar en contradicción con ellas (con los resultados de las pruebas de imagen o laboratorio o los estudios estadísticos de los ensayos clínicos). Para Kathryn Montgomery (2006), el núcleo duro de estas reglas lo conformarían los viejos ?dictum?, los adagios y los aforismos que se refieren al encuentro clínico y que delimitan como válido tanto lo que es como su contrario: **?busca la explicación más sencilla que pueda dar cuenta de todos los hallazgos? (La navaja de Occam)** contra **?es parsimonioso, pero puede ser incorrecto? (Dictum de Hickam)** o **?alivia los síntomas? contra ?consigue un diagnóstico? . Lo que finalmente marca la elección del clínico viene definido por la situación particular.**

La narración propiamente dicha viene representada por diferentes géneros literarios y como forma lingüística tiene una serie de características comunes. En primer lugar, tiene una secuencia de tiempo finita y longitudinal, es decir, tiene un comienzo, una serie de eventos que se desarrollan y (nosotros anticipamos) un final. En segundo lugar, presupone tanto un narrador como un oyente cuyos diferentes puntos de vista afectan la forma en que se cuenta la historia. En tercer lugar, la narración se ocupa de los individuos; en lugar de simplemente informar lo que hacen o lo que se les hace, se trata de cómo se sienten esos individuos y cómo se siente la gente con respecto a ellos. La narración también proporciona información que no pertenece simple o directamente a los eventos que se desarrollan. La misma secuencia de eventos contada por otra persona a otra audiencia podría presentarse de manera diferente sin ser menos "verdadera". Éste es el punto que introduce la tensión y la contradicción: una misma narración puede ser interpretada de diferentes formas, algunas de ellas opuestas y todas igualmente válidas. En contraste con una lista de mediciones o una descripción del resultado de un experimento, no existe una definición evidente de lo que es relevante o irrelevante en una narración clínica particular. La elección de qué contar y qué omitir recae enteramente en el narrador y puede ser modificada, a su discreción, por las preguntas del oyente. Finalmente, una buena narrativa es un relato que debe ser absorbente involucrando al oyente e invitándolo a una interpretación. Nos ofrece la experiencia particular de un vivir, y por lo tanto nos permite, no simplemente conocer, sino sobre todo ?comprender? a los personajes de la historia y a sus circunstancias, cuando esas vivencias y circunstancias tienen la enfermedad como eje, las narrativas médicas ayudan al médico a comprender mejor al paciente (Anderson, 1990).

Campo de la Narrativa Médica (NM)

La NM no solo pone el foco en la experiencia vivida por el paciente, tal y como las percibe el propio paciente o el médico (como narradores) atiende también a la experiencia vivida por el médico, a las características personales del propio profesional y a las situaciones derivadas del encuentro entre médico y paciente, además de otras variantes que enfocan la temática en el equipo y otros aspectos de la atención sanitaria o en la enseñanza de la medicina. A todas estas variantes temáticas se las puede denominar NM y aportan un conocimiento que trasciende la narración que se refleja en el aforismo o en la HC, de ahí que, en la medida en la que ofrecen información sobre una amplia variedad de aspectos implicados en la atención sanitaria más allá de lo acontecido en el núcleo de la misma, son de gran utilidad para la toma de decisiones clínicas

La Medicina Narrativa como vía para la comprensión del paciente: aspectos prácticos

En esa historia particular del paciente, como en cualquier historia de vida, todo está conectado con todo, las partes adquieren sentido por su relación con el todo que supone la vida del paciente: sus sensaciones, sus anhelos, sus deseos, sus frustraciones, su trabajo, sus relaciones, su familia,? Las experiencias y acciones de la vida humana, tienen un sentido. El sentido no se explica sino que se comprende. Comprensión es siempre comprensión de sentido. Se explica la realidad de las cosas y se comprende el sentido en la vida o de las acciones que toma un paciente. Sin embargo, la comprensión nunca pueda ser exhaustiva. Nadie se comprende completamente a si mismo ni puede comprender del todo a los demás. Esto hace que, como decía Ortega (1994), toda comprensión

sea siempre una perspectiva, un punto de vista parcial, distinto de todos los demás y por consiguiente necesitado de ellos. Sin los otros puntos de vista el camino a la comprensión se torna imposible. Los otros me son necesarios en el camino hacia ¿la verdad? a la que nos vamos acercando cuando vamos articulando lo que el otro ve con lo que yo veo (Gracia, 2009, 345). Por esto la aplicación de la narrativa en los entornos médicos, tanto clínicos como docentes tiene, a mi modo de ver, una serie de características particulares: en primer lugar, exige del médico una atención no dividida hacia la historia del paciente que destaca la escucha activa como el elemento actitudinal clave en el médico, facilitando así la exposición por parte del paciente de su historia o experiencia. En segundo lugar, promueve la implicación del médico en esa historia animando a que este aporte las impresiones que aquella haya podido evocarle o suscitarle; de esta manera el médico, abre su interpretación en base a fuentes distintas a las puramente científicas: las que le ofrece su intuición y su propia experiencia como profesional y persona. En tercer lugar, toda historia está abierta a otras diferentes interpretaciones y por ello se enriquece de otras perspectivas distintas de las del paciente narrador y del médico que primariamente ha obtenido una primera versión de esa narración; de esta manera, se abren otros posibles sentidos y cursos de acción. Estos tres aspectos implican distintas estrategias en la práctica clínica y educativa. El valor de la atención no dividida al paciente y su relato ha sido suficientemente resaltado para conseguir una atención clínica centrada en la persona o en el paciente. El segundo hace referencia a la forma en la que el médico vierte lo escuchado en un determinado ¿registro?. Habitualmente este registro es la HC tradicional, sin embargo, aquí se amplían sus límites, se trataría ahora de una HC abierta, que admitiría las intuiciones e impresiones del médico como entrada o comentario informativo. Charon (2006, pp 51-55) pide a sus estudiantes cuando pasan planta y ven por primera vez a un paciente que anoten en las hojas de evolución o en la propia HC sus primeras impresiones, sean estas de la naturaleza que sean, sobre lo que el paciente, su situación o su historia les sugiere. De esta forma el estudiante contribuye a la interpretación de la historia del paciente desde su perspectiva particular ampliándose así de una manera libre y escueta a la vez, el formato necesariamente restringido de las hojas de evolución o de la propia HC. Para esta autora esto sería un tipo de ¿representación? de la historia del paciente (Charon 2006, pp 136-148). La manera en la que otros aportan sus propias interpretaciones y puntos de vista a la narración del paciente se consigue mediante las ¿sesiones de narrativa clínica?, donde el médico que ha vivido en primera persona la experiencia de atención a un paciente o cualquier otro tipo de experiencia asistencial o docente, expone su propio relato narrativo. La dinámica habitual de estas sesiones, hace que después de la lectura del relato los asistentes intervengan resaltando aquellos aspectos que el relato les ha evocado o sugerido, incorporándose así otras múltiples perspectivas sugeridas en el propio relato del médico que lo presenta y resaltando así la riqueza interpretativa de éste y ampliando la propia perspectiva del autor (Charon 2006, pp:158-174).

Conclusiones

La naturaleza del conocimiento médico y por ende del razonamiento clínico, es doble, por un lado, se basa en los hechos que aportan los datos empíricos de la enfermedad y por otro en las experiencias que vive y nos cuenta el paciente. Estas vivencias se suceden en el tiempo y por esto tienen una trama, un argumento que constituye una historia, la historia de la enfermedad del paciente. Las anécdotas, los aforismos y las narraciones (¿guiones de enfermedades?, cuentos, relatos,?) son la forma subyacente en la que acumulamos nuestro conocimiento médico y modelamos nuestro juicio clínico. Se han desarrollado estrategias concretas que optimizan las potencialidades educativas de estas fuentes de información clínica. De esta manera los estudiantes de medicina primero, y los médicos después basamos en historias y relatos clínicos, en anécdotas de casos, más o menos extremos y atípicos siempre originales y únicos, el desarrollo de nuestra capacidad esencial de cuestionar las expectativas, interrumpir los patrones de pensamiento estereotipados y avanzar así en la comprensión del paciente y su circunstancia. Esto es lo que nos permite adaptarnos a los nuevos retos que surgen cada día en la práctica clínica.

Referencias

Anderson C. Literature and medicine: why should the physician read . . . or write? In: Peterfreund S, editor. Literature and science. Boston, MA: Northeastern University Press; 1990. (Quoting LM Rosenblatt.)

Charon R. Narrative Medicine. Honoring stories of illness. NY: Oxford University Press, 2006

Gracia D. Voluntad de comprensión. La aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo: Madrid: Traicastela, 2010.

Hurwitz B. Narrative and the practice of medicine. The Lancet 2001;356:2086-9

Montgomery K. How doctors think. Clinical judgment and the practice of medicine. New York: Oxford University Press, 2006

Ortega y Gasset J, El Espectador, I. Obras Completas, vol. II, Madrid: Alianza Editorial, 1994