

El valor de las narrativas en el ejercicio de la Medicina Interna

The value of narratives in the practice of internal medicine

JULIÁN RONDÓN-CARVAJAL • MEDELLÍN (COLOMBIA)

*Los médicos no pueden penetrar en los dominios de lo incomunicable
(o de lo que es extremadamente difícil de comunicar)
a menos que se conviertan en un compañero de viaje de sus pacientes,
los acompañen en sus exploraciones, se muevan constantemente en su compañía
y descubran con ellos una experiencia viva, exacta y lenguaje figurativo
que les permite comunicar lo que parecía incomunicable.*

OLIVER SACKS (1933-2015)

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2024.3135>

Resumen

La labor de un médico requiere de **competencias narrativas**, ya que debe tener la capacidad de reconocer, absorber, interpretar y actuar en respuesta a las historias compartidas por los pacientes, desde una perspectiva biopsicosocial que permita dilucidar el entorno mismo donde se desarrolla la enfermedad. Se trata de conservar un escenario solemne, donde la auténtica empatía por el otro por medio de la escucha se transforme en un puente infranqueable entre la biomedicina moderna y la experiencia vivida del sujeto que acude en busca de ayuda. El presente ensayo intenta dilucidar desde una mirada histórica concisa la necesidad de implementar competencias en Medicina Narrativa dentro de la formación del médico internista, lo que además permitirá promover espacios de reflexión y autoconciencia, complementarios con el enfoque de la práctica médica basada en la evidencia. (*Acta Med Colomb* 2024; 49. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2024.3135>).

Palabras clave: *literatura, medicina interna, educación, narrativa, enfermedad.*

Abstract

Physicians' work requires narrative skills, as they must be able to recognize, absorb, interpret and act in response to the stories shared by their patients, from a biopsychosocial perspective that can elucidate the very environment in which the disease develops. The idea is to preserve a solemn setting in which authentic empathy for the other person through listening becomes a strong bridge between modern biomedicine and the lived experience of the person seeking assistance. This essay attempts to elucidate, through a concise historical perspective, the need to implement narrative medicine skills within internists' training, which will also promote reflection and self-awareness to complement evidence-based medical practice. (*Acta Med Colomb* 2024; 49. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2024.3135>).

Keywords: *literature, internal medicine, education, narrative, disease.*

Dr. Julián Rondón-Carvajal: Médico y Cirujano Universidad de Antioquia. Especialista en Medicina Interna Pontificia Universidad Javeriana. Docente Facultad de Medicina Universidad CES. Precursor de la Medicina Narrativa desde su práctica profesional, autor del poemario "Átomo, fuego, luz" (Fallidos Editores, 2020). Medellín (Colombia).

Correspondencia: Julián Rondón-Carvajal. Medellín (Colombia)

E-Mail: julianrondoncarvajal@gmail.com

Recibido: 23/II/2024 Aceptado: 29/III/2024

Históricamente, la Medicina Interna encontró sus orígenes en la narrativa que discurre alrededor del desarrollo del método científico. En la segunda mitad del siglo XIX progresaron notablemente la bacteriología, la química y la física. Sus descubrimientos empezaron a relacionarse con la

clínica médica y el surgimiento de la medicina experimental de la mano de Claude Bernard, quien adoptó el método de las ciencias biológicas (1). Este proceso cultural causó efectos en Alemania, donde provocó una acción favorable que pretendió incorporar a la clínica médica las novedades

que ofrecían las ciencias para investigar la naturaleza íntima de las enfermedades, adoptar nuevos recursos tecnológicos que facilitaran o precisaran el diagnóstico semiológico, ensayar nuevos tratamientos y juzgar objetivamente los méritos e inconvenientes de los tratamientos antiguos y los nuevos. Entre los cambios que se produjeron, la fisiología, la anatomía, la histología y otras ciencias biológicas dieron origen a la fisiopatología. En el ambiente médico germánico nacieron, alrededor de 1880, los términos “Medicina Interna” e “internista”, como representación de la suma de varias disciplinas experimentales, al encuentro con el proceso de salud-enfermedad (1, 2).

Fue Sir William Osler, célebre médico canadiense, quien dio el impulso definitivo a la Medicina Interna en el continente americano, desde la fundación de su propia escuela de clínica médica en el Hospital de la Universidad de Johns Hopkins, en Baltimore (3). Desde allí, a través de una ferviente convicción de transmitir el conocimiento de la época a las futuras generaciones de médicos, fue capaz de romper con sofismas que ponían en entredicho, por ejemplo, medidas antisépticas para prevenir infecciones bacterianas.

De esta manera, su persistente labor transdisciplinaria desde el ejercicio de la medicina clínica, apoyada en el eco de sus mismos condiscípulos, dio forma al libro “*The Principles and Practice of Medicine: Designed for the Use of Practitioners and Students of Medicine*”, publicado en 1892, en el que, con sosegada maestría, escudriñó, recorrió y reflexionó en torno a los rincones del ejercicio profesional bajo el precepto de entender la medicina como “la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad”. Podríamos decir entonces que, en ejercicio de abnegadas cualidades narrativas, Osler logró edificar la escuela de la Medicina Interna en Occidente, como la conocemos hoy. Sin duda alguna, este hecho histórico encuentra su consolidación a través del libro “*Aequanimitas*”, cuya primera edición fue lanzada en 1904, definiendo la práctica de esta rama de la medicina en “la calma, la serenidad, la ecuanimidad, y la transparencia” que debe tener el médico ante cualquiera adversidad relacionada con el acto médico (3, 4).

Abordamos entonces un primer encuentro histórico, un pacto anecdótico que nos permite entender la narrativa no como un menudo relato, sino como el conjunto de estructuras verbales y no verbales dispuestas alrededor de una historia compartida entre narrador (enfermo/paciente) e intérprete (médico/terapeuta). La modernidad trajo consigo una serie de avances científicos que, en el campo de la medicina, han mejorado no solo el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, sino también la calidad de vida de los pacientes. Esta es una conquista innegable; sin embargo, el desarrollo de nuevas técnicas y tecnologías para el diagnóstico y el poco tiempo destinado para las consultas en los servicios de salud, han hecho que el encuentro clínico y la interacción entre el paciente y el terapeuta sean cada vez más precarios (5). Por lo tanto, es menos valorada la capacidad de comprender la complejidad del encuentro clínico en el que intervienen las

subjetividades del paciente y el terapeuta, el saber científico-técnico y la experiencia interpuesta por cada autor (Figura 1).

Las narrativas se han empleado en otros campos de las ciencias sociales, como instrumentos de investigación. Autores como Edward Bruner (6) indican que los antropólogos no construyen historias de los datos, sino que descubren datos por los relatos que modelan su percepción del campo. Resalta el mismo autor que “las estructuras narrativas construidas por los estudiosos no son narrativas secundarias sobre los datos, sino narrativas primarias que establecen lo que se considera como dato”. Esto resulta interesante, si se tiene en cuenta que el acto médico tiene una magnitud implícita que abarca no solo el aspecto subjetivo, sino todo el marco social y cultural que emerge del ser humano que padece, y que, a través de este mismo padecimiento, interroga, interpreta y desafía su propia realidad. Todo lo anterior integra el significado inasible de la historia clínica, cuya elaboración en aras del tiempo se realiza de manera inconsciente y poco flexible (por lo general), sacrificando el umbral diagnóstico de cara a un objetivo terapéutico integral, que inicia indefectiblemente desde un vínculo invisible: el sello de la confianza, heraldo de la confidencialidad que permite sobrepasar una aparente relación de poder.

Podemos considerar que el encuentro clínico es un espacio dinámico de interpretación que tiene como base, por un lado, el diálogo y la comprensión y, por otro, el alivio y curación o mitigación del sufrimiento. Consta a su vez de tres actos: 1) obtener una historia clínica adecuada; 2) realizar un examen físico completo y 3) uso racional de exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas. Estos actos llevan a una integración de datos alrededor de un conocimiento científico, que terminará en la adjudicación de un diagnóstico y una respectiva conducta terapéutica (7). Sin embargo, cada encuentro clínico tiene sus peculiaridades,



Figura 1. Tal como lo expresa Siri Hustvedt en su libro de ensayos “*Vivir, pensar, mirar*” (2013), nadie puede escapar de su subjetividad. Siempre hay un yo o un nosotros escondido en algún lugar del texto, aunque nunca aparezca el pronombre como tal. Dibujo a carboncillo, titulado “*De las manos como símbolos reveladores*”. Cortesía del Dr. Óscar Reyna-Carrasco (autor original).

pues depende, entre otros factores, del tipo de terapeuta y las necesidades de cada persona que busca atención. Y aquí es donde la medicina trasciende desde una orilla meramente mecanicista a confluir en virtudes artísticas: el buen médico clínico es también un catador de silencios inmersos en la ambivalente naturaleza del ser humano.

Sin duda alguna, el conocimiento del otro parte de un diálogo lo suficientemente depurado como para permitirle al médico extraer al mismo tiempo aspectos determinantes para una intervención específica, cercanos a una escucha atenta y a un interrogatorio guiado, metódico, prolijo. Hans-Georg Gadamer, en su obra *Verdad y Método I* (8), afirma que la conversación genuina es una manera fundamental de “estar con el otro” cifrada en tres niveles de conversación en la relación entre dos personas: la apertura a la posición del otro (a partir de nosotros mismos), la esencia de la pregunta (desde una perspectiva hermenéutica, asumiendo lo desconocido, lo indeterminado en el otro) y el concepto de posibilidades, es decir, que a partir de una experiencia personal frente a una situación en particular, se logren tomar decisiones consensuadas entre médico y paciente.

Lo anterior evoca una de las frases más célebres atribuidas a Claude Bernard, fisiólogo francés y figura destacable en el marco de la historia de la Medicina: “...curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre” (9). La competencia narrativa en medicina surge, entonces, como un acto interpretativo que requiere del reconocimiento de un fenómeno desconocido y singular, que solo podremos comprender si existe una comunicación cercana y verdadera con el paciente, donde este tenga la oportunidad de develar su vulnerabilidad a través de un relato ajustado a sus propios síntomas y el terapeuta identifique esa experiencia personal para poder interpretarla en su subjetividad, por medio de un lenguaje asequible, moderado en tecnicismos ajenos a la relación de empatía que se debe perseguir deliberadamente y desde ese primer encuentro humano.

En las últimas décadas del siglo XX, y casi simultáneamente, surgió un movimiento en Europa y Estados Unidos como respuesta al tedio vinculado con el ejercicio de una medicina en masa, tecnificada, ajena al diálogo y en riesgo de deshumanización, liderado por los investigadores británicos Trisha Greengalhd y Brian Hurwitz así como Rita Charon, médica internista norteamericana quien en el año 2001 acuñó el término “Medicina Narrativa” (10), para definirla como un modelo para una práctica médica humana y efectiva, pues ésta requiere una competencia narrativa, es decir, la habilidad para reconocer, absorber, interpretar y actuar en las historias y condiciones de los demás. Esto es, volver a lo esencial, bajo una parábola similar al concepto filosófico del “eterno retorno” de Nietzsche.

Explorar estos canales del lenguaje, es decir, las narrativas en el contexto clínico, ya sea vistas desde la investigación o como parte de la consulta, amplifica horizontes de conocimiento y práctica profesional por lo que su inclusión dentro de un plan formativo permitirá tener mayor probabi-

lidad de alcanzar un equilibrio entre los distintos contenidos implementados desde los lineamientos pedagógicos y estrategias didácticas de cualquier programa de formación en Medicina Interna.

Alineados con la misión y la visión del Proyecto Universitario específico de la Universidad de Antioquia (11), que bajo un “*ejercicio pleno de su autonomía se compromete con la formación integral del talento humano, con criterios de excelencia, la generación y difusión del conocimiento en los diversos campos del saber y la preservación y revitalización del patrimonio cultural*”, se postula que la implementación de un microcurrículo en narrativas médicas se articula perfectamente con los ejes misionales universitarios de docencia, investigación y extensión dispuestos en el Departamento de Medicina Interna, partiendo de una fundamentación teórica en conceptos básicos de algunos géneros literarios.

La implementación del denominado “paradigma cognitivo”, en el cual se transforman el que enseña y el que aprende en una relación dialógica, en la que “*educar ya no es conducir, llevar, sino formar, desarrollar. Enseñar ya no es mostrar, entregar, informar, sino estimular, promover, provocar, seducir. Aprender ya no es adquirir información sino construir objetos de conocimiento con herramientas del propio pensamiento*” (11) implica el dominio de algunas herramientas comunicativas fundamentales, que no se pueden pasar por alto en el curso de un programa de formación en Medicina Interna sin antes impulsarlas a través del acto médico. Así pues, tal como señalaba Albert Einstein en una entrevista ofrecida en 1926 “*la imaginación es más importante que el conocimiento. El conocimiento es limitado y la imaginación circunda el mundo*” (12), lo cual socava en la importancia de absorber, intuir e interpretar más allá de la doctrina que alude al enfermo como un conjunto de datos que conducen a un diagnóstico específico.

El establecer una relación consciente con el medio no es una tarea sencilla. Implica, tal como se anota en la propuesta curricular del programa de Medicina Interna de la Universidad de Antioquia (13), desarrollar en el estudiante habilidades que le permitan procesar el conocimiento de forma activa, para “*aprender a aprender*”. Esto lo enfrenta a la complejidad creciente del saber, con elementos que le faciliten procesarlo, retener la información, analizar y comprender la misma, desarrollar procesos de síntesis y, finalmente, aplicar lo procesado y aprehendido para la transformación del entorno y la intervención en el mundo de la vida y la muerte, de la salud y la enfermedad (14).

Se señala en las distintas definiciones descritas en la literatura que el médico internista es el eje alrededor del cual se mueve todo el equipo de salud representando un rol de asesor, consultante e integrador de otros especialistas, al tiempo de evitar la atomización en el cuidado del enfermo, a partir de un cuidado integral a adolescentes, adultos y ancianos, con base en una formación científica y humanística (15). Si bien se ha vinculado su práctica profesional con la búsqueda incesante de una alta precisión diagnóstica y

terapéutica, está claro que el ritmo vertiginoso con el que avanza la ciencia médica le impedirá mantener actualizados los vastos conocimientos en todos los campos de la Medicina Interna. Por ello, se debe actuar con prudencia y rigor científico, desde una óptica transdisciplinar que repose en sus habilidades comunicativas y sobretodo, en su humanidad.

Por otro lado, el actor ético que subyace al médico se debe anteponer al rol docente que se le exige en el medio asistencial. Partiendo de su definición filosófica tradicional, la ética se relaciona con la reflexión sobre el *ethos*; esto es, el carácter, la disposición o la costumbre, encontrando su objeto de estudio (o parte del objeto) en la moral a través de un ejercicio de interacción social (16). Lo anterior es relevante en la medida en que se vincula la formación del internista con la tradición oral en medicina y la enseñanza de buenas prácticas médicas, muchas veces pasando por alto la integridad en valores del sujeto y el alcance que esto puede tener aún dentro de la dinámica de un ecosistema de atención en salud determinado.

Dado lo anterior, se debe hacer énfasis en el objetivo de desenvolverse dentro del lineamiento legal y ético actual de una forma efectiva que permita dar solución a los problemas, no solo médicos, sino a los condicionantes sociales del paciente en el contexto de su enfermedad, a partir de una actitud permanentemente reflexiva. Por supuesto, involucrar una formación en competencias narrativas complementarias a la formación técnico-científica, permitirá a través de métodos como la lectura de literatura y escritos reflexivos, tal como afirma Rita Charon (17), examinar e iluminar cuatro de las situaciones centrales de la medicina: médico y paciente, médico consigo mismo, médico y colegas, y médicos y sociedad.

Con esta competencia narrativa los médicos pueden alcanzar y unirse a sus pacientes en la enfermedad, identificar sus propios recorridos en la medicina, reconocer su cercanía y responsabilidades con otros profesionales de la salud e inaugurar un discurso consecuente con el público en general sobre el cuidado de la salud (18). Los médicos aprenden de las situaciones de los pacientes de muchas maneras, incluyendo las narraciones escritas o no escritas, registrando estados de ánimo por medio del lenguaje no verbal; de esta manera, van absorbiendo, sin necesidad del

uso de las palabras, un conocimiento acerca del otro y de ellos mismos, incluso. Teniendo en cuenta el advenimiento de la inteligencia artificial y todos los dilemas éticos que rodean su implementación en el ámbito de la asistencia médica, es el momento de redoblar esfuerzos por contener estos principios deontológicos, que permiten cultivar nuestro ser en virtud del hacer.

Referencias

1. **Reyes B Humberto.** ¿Qué es Medicina Interna?. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2006 Oct [citado 2023 Ago 28]; 134(10): 1338-1344. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n10/art20.pdf>
2. **Letelier S LM, Valdivieso D A, Gazitúa P R, Echávarri V S, Armas M R.** Definición actual de la medicina interna y el internista. *Rev méd Chile.* 2011;139(8):1081-8.
3. **Young P, Finn BC, Bruetman JE, Emery JDC, Buzzi A.** William Osler: el hombre y sus descripciones. *Revista médica de Chile.* 2012;140(9):1218-27.
4. **Leach H, Coleman JJ.** Osler Centenary Papers: William Osler in medical education. *Postgraduate Medical Journal.* 2019;95(1130):642-6.
5. **Mattingly C, Garro LC.** Narrative representations of illness and healing. Introduction. *Soc Sci Med.* 1994 Mar;38(6):771-4.
6. **Turner VW, Bruner EM, Tyler SA.** Ethnography as narrative. *The Anthropology of Experience. Poetics Today.* 1988;9(4):895.
7. **Paley J, Eva G.** Narrative vigilance: the analysis of stories in health care. *Nurs Philos.* 2005 Apr;6(2):83-97.
8. **Binding LL, Tapp DM.** Human understanding in dialogue: Gadamer's recovery of the genuine. *Nursing Philosophy.* 2008;9(2):121-30.
9. **Claude Bernard** (1813-1878). *J Med Biogr.* noviembre de 2013;21(4):255-6.
10. **Charon R.** Narrative Medicine A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA.* 17 de octubre de 2001;286(15):1897-902.
11. **Yepes M.** Acuerdo Superior 444 del 25 de julio de 2017. Plan de Desarrollo de la Universidad de Antioquia 2017- 2027, "Una Universidad innovadora para la transformación de los territorios. Disponible en: <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/7a3336f6-7582-47ab-863d-71880677041b/acuerdo-superior-444.pdf?MOD=AJPERES&CVID=IUGS0AR>
12. **Cosgrove DM.** Developing new technology. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2001;121(4 Suppl):S29-31.
13. Documento Maestro para la renovación del Registro Calificado del Programa de Especialización en Medicina Interna. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Disponible en: <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/2f70860c-5cd9-4140-9645-746a74e5f12b/Documento+Maestro+Medicina+Interna+2012.pdf?MOD=AJPERES>
14. **Charon R.** Narrative medicine in the international education of physicians. *Presse Med.* 2013;42(1):3-5.
15. **Arias JAC, Gutiérrez LFH, Jaramillo-Caro AM.** Analysis of internal medicine training in Colombia. *Acta Med Colomb.* 2020; 45(1): 32-36.
16. **Hansson SO.** The Ethics of Doing Ethics. *Sci Eng Ethics.* 2017;23(1):105-20.
17. **Charon R.** What to do with stories: the sciences of narrative medicine. *Can Fam Physician.* 2007;53(8):1265-7.
18. **Charon R.** Knowing, seeing, and telling in medicine. *Lancet.* 2021;398(10316):2068-70.

