

## Medicina narrativa:

### *una estrategia para formar profesionales reflexivos*

Autora

**Lic. Silvia Carrió**

Departamento de Docencia e Investigación  
Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia Lic. Silvia Carrió ♦ e-mail: [silvia.carrio@hospitalitaliano.org.ar](mailto:silvia.carrio@hospitalitaliano.org.ar)

*"En el transcurso del siglo XX se efectuaron progresos gigantescos en los conocimientos en el marco de las especializaciones disciplinarias. Pero estos progresos están dispersos, desunidos, debido justamente a esta especialización que a menudo quebranta los contextos, las globalidades, las complejidades".*

Edgar Morin <sup>1</sup>

#### Introducción

Con frecuencia, los pacientes se lamentan por la calidad de los encuentros con sus médicos pues sienten que no son escuchados, que no están seguros de haber comprendido sus explicaciones o que se van de la consulta sin haber alcanzado a decir o preguntar lo que más les preocupaba.

Por su parte, a menudo los médicos también se lamentan por las dificultades en la comunicación con sus pacientes. Reconocen no haber sido formados explícitamente en el tema y sienten que la actividad asistencial es tanta y tan exigente que, al cabo de unos pocos años, ellos, que eligieron por vocación una profesión de ayuda al prójimo, se encuentran emocionalmente agotados, al borde del "burnout", con poca disponibilidad para atender reclamos.

En este escenario, la comunicación entre colegas también es un espacio que va estandarizándose y empobreciendo las posibilidades de reflexión y creación que puede generar un encuentro.

La medicina contemporánea proclama la posibilidad de un conocimiento racional y objetivo de las enfermedades, concebidas como un reflejo directo y transparente del orden natural, revelado por la verificación física, los análisis de laboratorio y las técnicas de diagnóstico por imágenes. Desde esta perspectiva, el conocimiento *representa*, como una copia fiel, la realidad preexistente.

Pero, ¿las enfermedades son biológicas? ¿Las descripciones de la medicina reflejan, sin más, lo que sucede en el cuerpo? ¿En qué cuerpo?

¿Qué papel juega el lenguaje disciplinar en los diferentes estilos perceptivos? ¿El lenguaje de los especialistas simplemente describe o crea divisiones en la naturaleza?

Los recientes desarrollos de la llamada "Medicina Narrativa" invitan a profundizar sobre el fundamento de la inclusión de cursos de literatura y de narración en la formación médica y a considerar los posibles beneficios del uso de relatos en el tránsito desde un paradigma de conocimiento disciplinar, que alguna vez pretendió ser completo, verdadero, objetivo y universal, hacia un modelo complejo que reconozca el contexto, el perspectivismo y la imposibilidad de separar de

manera tajante al observador de lo observado.

#### Las narraciones en la formación médica

¿Por qué los relatos de historias particulares pueden contribuir a reconsiderar y enriquecer la perspectiva de los especialistas?

La contribución de Ludwik Fleck <sup>2</sup> a la teoría de la ciencia ha sido de influencia crucial para los conocidos desarrollos de Khun sobre los paradigmas en la investigación científica. Para este precursor, la ciencia no es una actividad individual sino el trabajo de comunidades de investigadores en un determinado "colectivo de pensamiento". Conocer es siempre una actividad social, cooperativa, en la que sujeto y objeto no son independientes y no puede haber conocimiento de la "realidad absoluta" porque el conocer transforma la realidad. No existe un observar sin presupuestos y el "estilo de pensamiento" implica una forma de percibir orientada.

Para Lizcano <sup>3</sup>, los sistemas de enseñanza nos imponen los conocimientos científicos de modo tal que sea imposible contrastarlos o ponerlos bajo sospecha. Las metáforas originales, como "negociaciones de significado", dejan de ser maneras de hablar y de hacer, para presentarse como el único modo de nombrar la realidad, como "mero descubrimiento de unos hechos que nadie ha hecho y que siempre habían estado ahí fuera, cubiertos".

Pero los problemas de la práctica frecuentemente ponen en jaque estos saberes.

Según Schön <sup>4</sup>, los desafíos de la formación profesional para enfrentar los problemas relevantes de la práctica han abierto una etapa de reflexión crítica sobre las limitaciones de aplicar una racionalidad técnica, basada en el conocimiento científico, para resolver situaciones poco definidas, de incertidumbre, singularidad y conflicto.

La medicina es una de las profesiones consideradas "modelo" de práctica profesional en las que la racionalidad técnica permite, mediante la aplicación de la teoría y la técnica, seleccionar los medios más idóneos. Pero los problemas habituales de la práctica no se presentan como estructuras organizadas sino, más bien, como situaciones desordenadas. El problema no viene "bien definido": debe ser construido; al definir un problema, un práctico "...elige y denomina aquello en lo que va a reparar... selecciona sus puntos de atención y los organiza guiado por el sentido de la situación que facilita la coherencia y una dirección para la acción". Este es un "proceso ontológico", "una forma de construir el mundo".

La situación problemática se presenta a menudo como un

caso único que no encaja en las categorías provistas por la teoría y, por lo tanto, no puede resolverse simplemente aplicando reglas. El profesional deberá improvisar, inventar, probar estrategias propias en cada situación concreta.

Con el avance de la tecnología, los profesionales se encuentran cada vez más con situaciones que requieren la integración, conciliación o elección entre valores en conflicto.

Para Schön <sup>4</sup>, hoy estas zonas indeterminadas de la práctica son las centrales y desafían los límites convencionales de las competencias profesionales.

También Wertsch <sup>5</sup> nos alerta sobre la dificultad de comprender los problemas contemporáneos cuando se considera que vienen ya divididos en los formatos disciplinarios. La especialización puede producir -en términos de Burke- "pantallas terminológicas" que dificultan la visión de la complejidad de los fenómenos y generan "ineptitudes aprendidas" en un discurso profesional.

La fragmentación dentro de cada disciplina y entre disciplinas se refuerza por los diferentes e inadvertidos supuestos acerca de la naturaleza humana. Sin reflexión sobre ellos, los discursos y perspectivas se vuelven inconmensurables. Según Wertsch, debemos vincular las perspectivas sin reducirlas.

¿Pero cómo propiciar la reflexión cuando la complejidad aparece fragmentada y aplanada por una sola perspectiva? Los buenos relatos, los de la literatura y los que producimos a diario, pueden cumplir esta función.

Bruner <sup>6</sup> afirma que la mayor virtud de la literatura no es reflejar la realidad sino producir sentido "más allá de lo banal". Allí donde lo familiar y lo habitual nos inducen a dar por descontado el mundo, la gran narrativa literaria no es pedagógica sino subversiva: nos ofrece mundos alternativos que "echan nueva luz" sobre lo que consideramos natural en la vida cotidiana. Su misión es "subjuntizar la realidad". Pasar del modo indicativo al subjuntivo significa, en el planteo de Bruner, dotar de extrañeza a lo familiar, ir de lo que es a lo que *podría*, considerar posibilidades y no certidumbres.

En los relatos hay una tensión permanente entre lo consolidado y lo posible, una dialéctica entre lo que se esperaba y lo que sucedió. Para que haya una historia que contar es necesario que algo esté alterado, un imprevisto. Por eso la narrativa, dice Bruner, compila las violaciones a las normas de una cultura; nuestros cuentos previenen más de lo que instruyen y nos invitan más a encontrar problemas que a resolverlos.

Según Elwyn y Gwyn <sup>7</sup>, aun los profesionales que se propongan presentar *objetivamente los hechos* necesitan traducir su percepción de *verdades bioestadísticas* a relatos para dar sentido a la experiencia de sus pacientes.

Pero los médicos utilizan habitualmente maneras de hablar fijas, estandarizadas, y no resulta sencillo interesarlos en los aportes de otras disciplinas que podrían ayudar a comprender qué ocurre en la compleja interacción de la entrevista clínica. Las enfermedades son sucesos socialmente construidos, reproducidos y perpetuados a través de las conversaciones y uno de los focos centrales del entrenamiento clínico debe ser aprender a recibir y dar relatos, ya que es través del escuchar y contar historias que los seres humanos logran comprender sus experiencias.

## Bibliografía recomendada

1. MORIN; E. (2001) Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión
2. FLECK, L. (1986) La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Madrid: Alianza Universidad
3. LIZCANO, E. (2006) Metáforas que nos piensan. Sobre ciencia, democracia y otras poderosas ficciones, pág. 75. Barcelona: Ediciones Bajo Cero.
4. SCHÖN, D. A. (2002) La formación de profesionales reflexivos. pág 18. Barcelona: Paidós.
5. WERTSCH, J. (1999) La mente en acción. Buenos Aires: Aique
6. BRUNER, J. (2003) La fábrica de historias. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
7. ELWYN, G. y GWYN, R. (1998) Stories we hear and stories we tell... analysing talk in clinical practice. En GREENHALGH, T. y HURWITZ B. Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books.