

A fondo

La medicina narrativa en la quinta era de la medicina

Narrative Medicine in the Fifth Era of Medicine

F. J. Barón Duarte

Oncología Médica. Hospital Universitario de A Coruña

Resumen

En la era de la medicina técnica disruptiva, la medicina narrativa fomenta el enfoque integral que utiliza las narrativas de los pacientes en la práctica clínica, la investigación y la educación para promover la curación, validar la experiencia del paciente y fomentar la creatividad y la reflexión en el médico. Estos enfoques completan la visión científica de la Medicina y promueven la excelencia profesional.

Palabras clave: Narrativas, experiencia, creatividad, excelencia

Abstract

In the era of disruptive technical medicine, narrative medicine fosters a holistic approach that uses patient narratives in clinical practice, research, and education to promote healing, validate patients' experience, and foster creativity and reflection in physicians. These approaches complement the scientific view of medicine and promote professional excellence.

Keywords: Narratives, experience, creativity, excellence

1. La quinta era de la Medicina

En el ensayo “La quinta era de la Medicina” (Barón, 2021: 79-98) reflexionaba sobre el poder del complejo tecno-industrial y del capitalismo cognitivo que mediante las técnicas disruptivas impelen a la Medicina como profesión y al sistema sanitario como organización a una Medicina acelerada y poco reflexiva, donde los fines se diluyen entre los medios, que terminan convirtiéndose en fines en sí mismos y objetivos interesados.

Ya con anterioridad Pellegrino y Thomasma plantean “la transformación del médico en empresario, en científico, proletario, ejecutivo corporativo, etc, desplazando a estos hombres del interior del *ethos* médico a otros *ethos*, al seno de comunidades distintas a la vieja idea de una comunidad sanadora” (Pellegrino y Thomasma, 2019:45).

La esencia de la clínica y núcleo de nuestra profesión es la relación médico paciente. El *Modelo deliberativo* es el recomendado e implica que el médico tiene que ofrecer al paciente la información disponible sobre su situación ayudándole a dilucidar entre los valores incluidos en las opciones terapéuticas posibles (Emmanuel y Emanuel, 1992:2221-6). Todo ello hay que realizarlo a lo largo de un proceso deliberativo conjunto entre médico y enfermo y ello no se puede realizar plenamente sin la narración.

El propósito original de la Medicina es el encuentro clínico basado en el diálogo y comprensión entre el médico y el paciente para curar cuando es posible y siempre aliviar el sufrimiento. Y este encuentro solo se puede desarrollar mediante relatos y narraciones. Como nos recuerda el profesor Gracia “Y ello por la razón fundamental de que la vida tiene estructura narrativa” (Gracia, 2004:201).

2. Animales narradores

Hojat recoge la definición de humano de Dawes: “el primate cuya capacidad cognitiva se apaga en ausencia de una historia” (Hojat, 2017:197).

Nancy Huston, en su ensayo *La especie fabuladora*, afirma que lo seres humanos somos animales especiales porque “nuestra prerrogativa, nuestra manía, nuestra gloria y nuestra caída es el por qué”. Por eso “solo nosotros percibimos nuestra existencia en la tierra como un trayecto dotado de sentido (significación y dirección)”. Y concluye de esta manera: “El Sentido humano se diferencia del sentido animal en que se construye a partir de relatos, historias y ficciones” (Huston, 2018:14).

En la misma línea Octavio Paz en su discurso de la Academia afirma que “El hombre es el dador de sentido y lo es en la medida en que es historia” (Paz, 2017:40).

Las historias se narran; narrar la historia de una persona, de un enfermo o la historia compartida en el encuentro clínico de un médico y su paciente, proporciona sentido. Por eso la gran filósofa Hannah Arendt afirmaba que “todos los sufrimientos son soportables si se ponen en una historia o se cuentan en una historia sobre ellos” (Cañas Rello, 2016:161). Probablemente porque narrar esa historia de sufrimiento aporta sentido y por ello alivia. Es un hecho objetivo que la vida tiene un principio, un transcurso y un final como las narraciones. Como médicos sabemos que las enfermedades tienen también su historia natural o desarrollo evolutivo con su inicio, desarrollo y finalización

La Medicina Narrativa es una herramienta explicativa original, ya que la vida tiene una estructura narrativa.

en forma de resolución o disolución (Gracia, 2004:201). Los sucesos de la vida y de la enfermedad se pueden reproducir asépticamente, científicamente o narrándolos, dándoles un sentido. Tanto el medico como el paciente son narradores pues somos agentes morales y por ello debemos de dar un sentido a la relación médico paciente en el encuentro clínico.

El relato o narración primordial con la que interpretamos el mundo consiste en la descripción de “cosas o personas a las que le ocurre algo causado por personas o cosas” (Villarrolla, 2019: 5). Un relato primordial es esa herramienta explicativa original; por ello “a partir de un relato prelingüístico el ser humano desarrolló estructuras narrativas complejas que le ayudaran a interpretar el mundo y sus eventos” (Villarrolla, 2019: 30). Las preguntas clásicas de la anamnesis, “que le pasa”, “desde cuándo” y “a que lo atribuye”, son relatos o narraciones primordiales con una estructura de narración o relato compartido. Además, Hojat recoge la afirmación del antropólogo de Harvard A. Kleinman: “Es la atenta escucha del médico a la narración de la enfermedad de su paciente (habilidad narrativa), más que el interrogatorio clínico, lo que abre una ventana de oportunidad para el enganche empático” (Hojat, 2019: 197). La digitalización no puede transformar un intercambio de historias en un *check-list*. Las narraciones compartidas son analógicas como las personas. Por eso Rita Charon cree que existe un puente entre las habilidades narrativas del médico y la capacidad de empatía, y que la práctica eficaz de la medicina requiere “competencias narrativas que incluyen la capacidad de entender, absorber, interpretar y actuar en base a historias y situaciones de los pacientes” (Charon, 2001: 1897-1902).

3. Empatía y compasión: las bases de la Medicina y Bioética Narrativas

Empatía es “la habilidad para percibir la estructura de referencia del otro con precisión, como si uno fuera la otra persona, pero sin perder su propia condición”, con una perspectiva centrada en la cognición y la emoción (Hojat, 2019: 9). Para el autor “la principal característica de la empatía es la preponderancia de la información cognitiva procesada que se distingue de la desarrollada de modo prioritario por la emoción (simpatía)”. Esta teoría se resume en la figura adjunta (Hojat, 2019: 15).

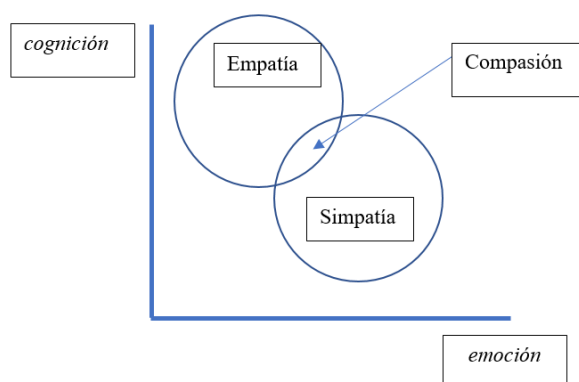


Figura 1. Empatía, simpatía, compasión y relaciones con la cognición y la emoción

La compasión sería la forma intermedia y equilibrada de emoción y cognición en el reconocimiento del enfermo como el otro que sufre y moviliza a la acción.

Conocemos el papel del sistema límbico en el desarrollo de la empatía a partir de estudios clásicos de demencias y daños cerebrales. A finales del siglo pasado se demostró que las neuronas espejo son la base neurológica de la empatía y compasión. Estas neuronas se activan cuando una persona realiza una acción, pero también cuando observa una acción similar realizada por otro individuo.

Sabemos que en el córtex promotor se planean los movimientos. G. Rizzolatti y su equipo (Rizzolatti & Craighero, 2004:169-192). habían entrenado a unos monos para agarrar objetos mientras se colocaba un microelectrodo en la corteza premotora a fin de registrar la actividad eléctrica de ciertos grupos neuronales. En una sesión del estudio, y sin que el simio relajara actividad alguna, se activó un grupo neuronal. Los investigadores repitieron el evento comprobándose en numerosas neuronas vecinas su activación sin movimiento del animal, siempre que este viera realizar un movimiento a otro congénere.

También conocemos las bases neurobiológicas de la narración. El equipo de Brendan I. Chon estudió la actividad cerebral de 36 voluntarios al escuchar por primera vez una historia corta y recordarla al día siguiente. Las neuroimágenes de resonancia magnética funcional mostraron que su hipocampo se "iluminaba" al aprender y contar historias con una narrativa coherente. Pero, si una historia de dos partes no era coherente, el hipocampo no se activaba. Los autores concluyen: "En el estudio actual, investigamos si el hipocampo apoya una organización a nivel narrativo para los recuerdos episódicos mediante la integración de eventos distantes en una narrativa más amplia. El segundo evento predijo la capacidad de recordar detalles sobre ambos eventos dentro de una narración" (Chon-Seehy, 2021: 4935-4945).

Conocemos las bases neurobiológicas de la narración, lo que nos permite entender la definición de verdad soportable en el contexto del relato primordial.

Volviendo a la clínica, el Dr. Batiz expone el caso del paciente que solicita el pronóstico de su enfermedad con esta significativa frase: "Doctor, dígame la verdad, pero bajito para que no me asuste" (Batiz, 2021:273). Es evidente que este paciente tiene miedo y pide ayuda para interpretar su estado de modo compasivo y con apoyo. Este caso nos permite entender la definición de *verdad soportable* en el contexto del relato primordial y la Medicina Narrativa como herramienta clínica.

Por otra parte las circunstancias condicionan el contenido de la narración y la dotan de carga emocional. El medico prudente articulará de modo particular y adecuado en tiempo y forma la respuesta, la narración adaptándola a la situación del paciente y sus valores porque sabemos que "la prudencia se ocupa de los particulares y no de los universales" (Nausbaun, 2006:474). y la narración atiende muy bien lo particular. En filosofía se explica clásicamente el concepto *particular contingente* que tiene aplicación definitiva en la relación médico-paciente. Paciente que está en una situación particular y contingente (vulnerable). En este escenario la narración compartida es una revelación ya que "frente a la tendencia de reducir lo cualitativo a cantidad medible y homogénea, las emociones comportan juicios valorativos de aspectos cualitativos y la percepción de la heterogeneidad cualitativa, compleja y diversa" (Nausbaun, 2006:489, 515). De este modo la narración nos revela la contingencia particular y contextual de nuestro paciente y nos conduce a la acción compasiva como donación de tarea eficaz y facilitadora de sentido. Y aquí descubrimos la maravillosa potencialidad de la narración médica.

En la quinta era de la Medicina se puede comprobar fehacientemente la realidad de lo que afirma el filósofo de Oxford Owen Barfield: “¿Cómo explicar que cuanto más capaz es el hombre de manipular el mundo en su beneficio, menos sentido puede percibir en él?” (Barfield, 2019:11).

Lo dice de otra manera más concreta J. M. Esquirol: “El sentido de la juntura humana es el ayuntamiento: ayuntamiento como amparo de la vulnerabilidad y ayuntamiento como intención-esfuerzo-por comprender” (Esquirol, 2015:173). ¿O es que además de comprender la intimidad de las enfermedades mediante la Biología Molecular para tratarlas con más éxito, no debemos de comprender mejor a nuestros pacientes? De hecho, se ha demostrado que, aplicando el mismo tratamiento, comprender mejor al paciente permite mejorar los cuidados clínicos y mejorar los cuidados aumenta la tasa de curación.

Esquirol nos advierte de que “inesperadamente, la reflexión metafísica resulta ser hoy liberadora. Estamos tan atrapados por explicaciones científicas sobre el ser humano, que conviene más que nunca buscar otro tipo de exploración, no necesariamente incompatible con la anterior, pero sí distinta y, sobre todo, más radical. Misión de la filosofía es evitar el reduccionismo” (Esquirol, 2015:167). Y la Medicina Narrativa puede conseguir también este objetivo.

4. La narración y el sentido moral de la enfermedad. El gigante cojo

En la Medicina disruptiva y tecnificada de la quinta era podemos considerar al enfermo como un objeto, al hacer prioritarios los parámetros objetivos y cuantificables y olvidarnos de los aspectos subjetivos y emocionales y del entorno social, comportándonos como ingenieros biomédicos. Y ahí empiezan a complicarse las cosas porque el enfermo tiene un nombre, una biografía además de una biología. El sistema sanitario como organización y el médico como pieza de esta, suele conocer bien la historia biológica y mucho menos la historia biográfica y de valores del paciente (en todo caso esta se drena a trabajadores sociales y psicólogos). Y ello supone el fracaso existencial de la Medicina al no considerarlos, frecuentemente, como sujetos morales (Kleinman y Benson, 2004: 17-26), cuando en realidad “se trata de reconocer cómo el enfermo vive e interpreta la enfermedad que le afecta y también la perspectiva que el médico adopta desde los intereses de sí mismo como profesional y como persona. La vida moral forma parte de un relato y de las historias personales que se gestan en el mundo vivido por su tradición cultural. La decisión que se tome al respecto es parte de aquella historia. Sobre tales supuestos es posible construir una ética narrativa.” (Gómez, 2012:94).

Y esta responsabilidad moral de la salud trasciende los sistemas sanitarios, como nos recuerda el editor de la revista *Lancet*, Richard Horton: “Pero recuerde: nuestras necesidades (de salud) dependen de las acciones de los demás. Somos mutuamente dependientes. Debemos tener una preocupación compartida por la vida de los demás, ya que nuestras propias vidas dependen de esa preocupación compartida. La lucha por los principios morales que sustentan un sistema de salud es una lucha por los principios morales que subyacen a la sociedad en general. Es hora de un nuevo

La medicina narrativa se comprende en el espacio intersubjetivo y es importante para la reconstrucción moral de la salud.

compromiso y reconstrucción moral, por parte de cada uno de nosotros” (Horton, 2019:1790). La Medicina narrativa nos ayudará en esa reconstrucción moral.

Creo que no reflexionar profundamente en el aspecto moral de la relación clínica y del papel que la Medicina Narrativa puede jugar en tal dimensión puede llevarnos a ser gigantes cojos. El filósofo Rafael Argulló reflexiona de esta manera “El desconcierto que se constata en la cultura contemporánea no es sino el reflejo del declive del viejo humanismo en la sociedad. La cultura es como un gigante cojo, con la pierna científica y tecnológica muy alargada, y con la pierna espiritual y moral mucho más corta”. El filósofo propone a continuación una renovada cultura humanística que “debe apoyarse en la exploración del conocimiento, la libertad crítica y la compasión” (Argulló 2021). De nuevo reivindico el papel de la Medicina Narrativa en esta dimensión.

5. El espacio Intersubjetivo

Los espacios de realidad que se nos presentan en la actividad clínica son tres: el espacio objetivo, el espacio subjetivo y el espacio intersubjetivo resumidos en la tabla I (Barón, 2021:79-98).

Tabla 1. Los espacios de la clínica

	E. objetivo	E. subjetivo	E. intersubjetivo
Carácter	Medible, verificable y cuantificable	Ostenta un modo de espacio-temporalidad superior al empírico y por ello no puede ser medible y verificado	Comunicación entre muchas personas, cuando estas «entretienen conjuntamente una red común de historias»
Dimensión	Biológica	Dialógico/relacional. Biográfica	Dialógico/relacional. Biográfica
Ejemplo	Tamaño del tumor y porcentaje de respuesta al tratamiento. Porcentaje de un biomarcador.	Valores, emociones, sentimientos.	-Amistad Profesional, la verdad soportable, la compasión. -Medicina Narrativa.
Utilidad en la clínica	-Medicina basada en datos -Plataformas y Algoritmos de toma de decisiones *Proporciona capacidades verticales.Técnicas Valor instrumental	-Medicina basada en la confianza y afecto. -Bioética *Proporciona capacidades transversales ético-relacionales Valor intrínseco e instrumental	-Adaptación y sentido -Actividad creadora. Teoría de las capacidades. -Bioética *Proporciona capacidades transversales ético-relacionales Valor intrínseco e instrumental

La medicina narrativa solo se comprende en el seno del espacio intersubjetivo.

Además la confianza, base de la relación clínica, se sustenta en el espacio intersubjetivo mediante la evolución compartida de la enfermedad. Equivaldría a la tercera verdad concepto que desarrolla Javier Cercas. Cercas nos recuerda que la novela es un género único que posee unas reglas, y que rehúye las respuestas claras y unívocas (prefiere la respuestas ambiguas, complejas, plurales). Al explicar la estructura de su novela Anatomía de un instante, que refleja la entrada de Tejero en el Congreso el 23 de febrero, el autor afirma que “Quizá también es eso: un libro donde, idealmente, la verdad histórica ilumina a la verdad literaria y donde la verdad literaria ilumina a la verdad histórica, y donde el resultado no es ni la primera verdad ni la segunda, sino una tercera verdad que participa de ambas y que de algún modo las abarca” (Cercas, 2016:31).

El espacio intersubjetivo construye una tercera verdad homeostática en la relación clínica a partir de datos duros, datos objetivos o variables cuantitativas, y datos blandos, los valores y emociones del paciente y sanitario, ambos agentes morales que comparten en una auténtica relación, una biografía, y los valores que esta aporta, la tercera verdad en un tercer espacio. Y esta verdad solo puede ser narrada.

La Medicina Narrativa pretende fortalecer al sanitario con la capacidad de recibir hábilmente la información de la persona para reconocer, absorber, interpretar y ser movido a la acción por las historias de los otros.

La palabra fluye en el espacio intersubjetivo como fundamento de la relación clínica. La palabra metafórica tiene un poder especulativo para el filósofo Grassi y se podría añadir que para un clínico poder terapéutico. Recordemos que el pensamiento apodíctico - analítico basado en datos objetivos- busca la exactitud, perdiendo de este modo el sentido de la vida (Grassi, 2019: XXXIX). Grassi cree que el origen del pensamiento no está en la razón sino en la fantasía, en el ingenio, esto es, en la palabra metafórica que nos permite expresar un pensamiento en circunstancias concretas. Y es que las circunstancias concretas de las enfermedades graves necesitan expresarse y esta expresión solo puede desarrollarse en el espacio intersubjetivo. Y ¿por qué la palabra metafórica es útil para el clínico? Porque metáfora viene del griego *metaphorá* que significa llevar de un sitio a otro, es decir establecer un puente entre dos cosas aparentemente alejadas.

La forma como un paciente habla sobre su enfermedad es semejante a como la literatura ofrece una trama (serie de eventos interconectados), con personajes (paciente y otros), llena de metáforas (formas pintorescas, emocionales y simbólicas de hablar). Familiarizarse con los elementos de la literatura facilita la comprensión de las historias de los pacientes (Sigal, 2020).

En Medicina Narrativa utilizamos el método no apodíctico. En el cuadro adjunto (adaptado del texto del profesor Gracia) comparamos la lógica apodíctica con la lógica no apodíctica y los conceptos relacionados con ambas (Gracia, 2019: 154).

Tabla 2. Racionalidad teórica y racionalidad práctica

	RACIONALIDAD TEORICA	RACIONALIDAD PRÁCTICA
Lógica	Apodíctica	No Apodíctica
Método	Científico (Verificación y falsación).	Silogismo práctico o razonamiento deliberativo y moral

Elemento clave/herramienta	Datos “duros” (B. Molecular). Técnica (Hard Skill).	Datos “blandos” (valores). Comunicación empática, M. Narrativa (Soft Skill).
Resultado	Proposición verdadera o falsa	Decisión prudente o imprudente
Ámbito	Ciencia aplicada.	Bioética

El profesor Moratalla (Moratalla, 2010: 36-37) desarrolla el concepto de racionalidad narrativa afirmando que “la mayor aportación que puede hacer el mundo narrativo es la posibilidad de ensanchar la comprensión de nuestra facultad racional y salir de los estrechos márgenes en los que la modernidad ha pensado la razón “. Moratalla distingue dos modalidades de pensamiento o funcionamiento cognitivo: el modelo narrativo y el modelo paradigmático o “lógico-científico” que son modelos complementarios pero irreductibles ya que “lo propio de la argumentación es la verificación, lo propio del relato o narración es la verisimilitud”. A nuestros pacientes en el intercambio narrativo de la entrevista clínica no les podemos pedir la verdad como dato verificable sino la verdad como experiencia sensible verosímil.

6. Aspectos prácticos de la Medicina Narrativa

La *Medicina Narrativa* es “una disciplina intelectual rigurosa que pretende fortalecer al sanitario con la capacidad de recibir hábilmente la información de la persona, dada por la misma persona, para reconocer, absorber, interpretar y ser movido a la acción por las historias de los otros” (Charon, 216:1). Así “la naturaleza del trabajo clínico mismo puede ser transformada si los métodos y habilidades narrativas pudieran convertirse en parte del pensamiento clínico y de la praxis profesional” (Charon, 216: 3).

El papel de la Medicina Narrativa se agrupa en cuatro apartados (Urday-Fernández, 2019: 109-13).

Tabla 3. Papel de la Medicina Narrativa en la práctica de la Medicina

Proceso diagnóstico	-Permite explorar la forma en que los pacientes experimentan la salud y la enfermedad. -Fomenta la empatía y promueve el entendimiento entre clínico y paciente -Permite la construcción del significado de la experiencia.
Proceso terapéutico	-Fomenta un enfoque holístico -Puede sugerir o precipitar opciones terapéuticas adicionales -Efecto intrínsecamente terapéutico
Educación del paciente y profesionales	-Se basan en experiencias de la vida real. -Experiencias a menudo memorables. -Conduce a la reflexión
Investigación	-Desafía los conocimientos adquiridos -Favorece una agenda centrada en el paciente -Genera nuevas hipótesis

7. El método poético

Podemos leer en la revista *The Lancet* que “una línea de poesía dura unos 3 segundos”, según el poeta Don Paterson. Él llama a esto “la duración del momento humano”. Me encanta esta idea: el papel y las palabras equivalen a tiempo y conciencia. Y pienso en ello ahora escribiendo las líneas de un soneto que abrió el primer evento de *Medicine Unboxed*: “¿Cuál es tu sustancia, de qué estás hecho, / Que millones de sombras extrañas moran sobre ti?”. Estas líneas de William Shakespeare me dejan todavía con su belleza y ternura, su urgencia, y tal vez también porque me preguntan una cuestión central de la medicina. Y me sorprende de nuevo cómo la literatura y la medicina, la ciencia y el arte, preguntan lo mismo: quiénes somos, qué es nuestra materia y qué significa vivir y morir (Guglani, 2023: 850).

El filósofo J. Conill reflexiona sobre diversos pensadores que no dejaron que la razón suplantara la experiencia de la vida y de la historia, recordando esta frase de las *Prosas completas* de Antonio Machado: “el pensamiento poético, que quiere ser creador, no realiza ecuaciones sino diferencias esenciales, irreductibles; solo el contacto con el otro, real o aparente, puede ser fecundo”. Al pensamiento lógico o matemático, que es pensamiento homogeneizador, se opone el pensamiento poético, especialmente heterogeneizador (Conill, 2019: 244).

La Dra. Iona Heart publicó el libro *Ayudar a morir*. En el capítulo Ciencia y Poesía afirma que los poetas “hacen el mismo trabajo de unir lo personal y lo universal, y pueden mostrar a los médicos cómo se hace este trabajo” (Heart, 2008:118). También recoge la afirmación de Seamus Heaney: “una poesía donde las coordenadas de lo imaginado corresponden a la compleja carga de nuestra propia experiencia y nos permite completarla” (Heart, 2008:119). Heart resalta que “La definición de Heaney refleja con precisión el don del poeta: aclarar sin simplificar. Es casi exactamente lo opuesto al don de la ciencia que es buscar comprender mediante la simplificación. La complementariedad de la ciencia y la poesía es asombrosa. Ambas tienen la capacidad de enriquecer a la otra” (Heart, 2008:119).

Porque la narración intenta captar la complejidad de los hechos sin simplificarlos, tal como se presentan, a veces abruptamente y llenos de matices. Conviene recordar que los que sufren no son los cuerpos sino las personas y que cada persona tiene una biografía única e irrepetible fruto de espacios intersubjetivos diferentes en distintos momentos de su desarrollo personal. Por eso ante la incertidumbre y sufrimiento de la enfermedad, la metodología de la ciencia (entender mediante la simplificación). es insuficiente. Tenemos que añadir el método poético (entender sin simplificar). y de esto trata la Medicina Narrativa.

8. El médico fraterno

Cuando finalizaba el siglo XX la profesión médica se preparaba para afrontar el nuevo milenio. Daniel Callahan filósofo y cofundador del prestigioso *Hastings Center*, se preguntaba por “Los fines de la medicina” en un informe del mismo nombre. En la introducción afirma: “La respuesta más común a los problemas de la medicina ha sido de naturaleza esencialmente técnica o mecánica” (Callahan, 2004:17) y en contraposición “El paciente se pregunta: ¿Por qué estoy enfermo? ¿Por qué he de morir? ¿Qué sentido tiene mi sufrimiento? La medicina, como tal, no tiene respuestas a

estas preguntas, que no pertenecen a su esfera. Y sin embargo, los pacientes recurren a médicos y enfermeros, en su calidad de seres humanos, en busca de algún tipo de respuesta. En estos casos, sugerimos que el profesional de la salud recurra a su propia experiencia y visión del mundo, haciendo uso no sólo de sus conocimientos médicos, sino también de los sentimientos de compasión y confraternidad entre seres humanos” (Callahan, 2004:42-43).

Mucho antes de este informe el pensador John Berger acompaña a un médico rural del Sistema Británico de salud, el Dr. John Sassall. Berger afirma que “cuando hablo de una relación fraternal, o más bien de la profunda, aunque tácita expectativa de fraternidad del paciente, no me refiero, claro está, a que el medico puede o debe comportarse como hermano real. Lo que se le exige es que reconozca a su paciente con la certeza del hermano ideal. La función de la fraternidad es el reconocimiento” (Berger, 2008:79).

Sin embargo, el modelo social que sustenta la quinta era de la Medicina no favorece la fraternidad. Por eso Amor Pan afirma que “la cosa va mucho más allá: crear un estilo de vida y de convivencia basado en la fraternidad, el ingrediente olvidado de la tríada revolucionaria” (Amor Pan, 2021).

9. Maquinas no triviales

Aunque lo expuesto hasta ahora tiene aplicación en la práctica clínica todos los médicos somos investigadores desde el momento en que nos hacemos preguntas. Uno de los métodos para responderlas (no el único) es el método científico equiparado al método analítico.

El profesor Polo explica la insuficiencia del método analítico apoyándose en el concepto de algoritmo no reducible. Expone que “no debe pensarse que el análisis es el único método para solucionar problemas” (Polo, 2021: 49), y que el método analítico resume o reduce. En medicina los criterios de exclusión para introducir a un paciente en un ensayo clínico también reducen. Polo recuerda que “un modo de designar los sistemas que están estrechamente interrelacionados por ser un conjunto de variables no susceptibles de ser consideradas en parte, es el algoritmo no resumible o no reducible” (Polo, 2021: 49). Nos pone un ejemplo matemático de algoritmo reducido; $5+2=7$ y a continuación nos recuerda que el número π no se puede reducir; es un algoritmo no reducible. En medicina, donde atendemos a personas, “todas las variables juegan sin perder su independencia, entonces no es posible reducir”.

Encuentro relación entre el concepto algoritmo no reducible y el de maquina no trivial que nos explica el psiquiatra Luis Ferrer Balsebre “Una máquina trivial es aquella en la que conociendo todas sus entradas, conocemos todas sus salidas siendo, por tanto, predecibles. El ser humano es una «máquina no trivial», cuya respuesta no es previsible porque depende de su estado interno que siempre es variable física y psíquicamente, dotándonos de la capacidad de crear, innovar y responder de forma imprevisible ante cualquier acontecimiento, cosa que jamás podrá hacer una máquina trivial, un autómeta” (Ferrer, 2022).

Utilizar el método científico-analítico no significa reducir el avance de la Medicina sino integrarlo con otras formas de conocimiento, razonamiento y sabiduría.

Es decir, actuamos como maquinas no triviales, algoritmos no reducibles, imprevisibles y únicos con historia y biografía: somos seres analógicos narrados y narradores. Esto

no quiere decir que el método científico-analítico no juegue un importante papel en el progreso de la Medicina sino que no debemos reducir el avance de nuestra profesión al método científico sino integrarlo con otras formas de conocimiento, razonamiento y sabiduría de la Medicina.

El filósofo Alasdair McIntyre reivindica la dimensión narrativa de toda tradición investigadora. “Quienes se embarcan en una indagación no son nunca individuos aislados, inefablemente exentos de un contexto histórico y social. Son personas que se adhieren a una determinada narrativa, la cual-en su dialogo con las tradiciones-articula el acervo de logros conseguidos en el ejercicio de las correspondientes prácticas y manifiesta el sentido teleológico que inspira la investigación. La razón humana es, radicalmente, razón narrativa” (McIntyre 2022: 20).

10. Identidad y justicia narrativa

Según Walter Benjamin, es posible la transformación de los modos en que se plasma la experiencia humana (Benjamin, 2009:11). Benjamin plantea la apropiación de contenidos de la realidad frente a la pérdida de la facultad de cambiar experiencias y de pertenencia e identidad (que el filósofo vinculaba al imperio de la técnica). lo que Ricoeur denominaba *identidad narrativa* en su correlación con las experiencias temporales (Ricoeur, 2001:75). El filósofo plantea formas inéditas de la vulnerabilidad del humano en relación con los tres dominios previos del poder hablar, poder obrar y poder narrar (Ricoeur, 2001:25).

Porque la experiencia de la enfermedad y fragilidad, únicas y singulares, no son reducibles a algoritmos. Frente a la singularidad tecnológica que pretende superar las capacidades humanas generando asimetría respecto a la propia condición humana, la narración como herramienta dialógica aporta simetría desde el sufrimiento del paciente en el encuentro con un médico preparado y compasivo. Y ello produce dignidad y justicia porque, como nos recuerda Ricoeur, “la enfermedad genera valores” pues “lo patológico es digno de estima y de respeto en su diferencia en relación con lo normal y sobre la base de los valores vinculados a esa diferencia” (Ricoeur, 2001: 37). Debemos hablar de *trascendencia narrativa* porque atender los valores y la singularidad del paciente asegura esa dignidad y justicia que planteaba. Esta misma idea trasmite el autor cuando afirma que “la narración da cuenta de un cuidado de la naturaleza en la pluralidad de sus expresiones y manifestaciones. El carácter justiciero de la narración consiste en que ella da cuenta del acaecer de lo singular” (Ricoeur, 2001: 41).

Por otra parte, podríamos entender la narración como una forma de emancipación de una profesión liberal en la quinta era de la medicina que tiende a subordinar al médico a las inercias de la organización / sistema / complejo tecno-industrial apartándolo de su fin y vocación original. El médico como digno artesano¹ que aprovecha la ciencia y tecnología pero no se subordina a ellas sino al bien superior del paciente. El medico apasionado por su profesión de gran contenido social. Un profesional cívico cuya *autoritas* emana de su

La esencia original de la profesión médica es la vocación de servicio basada en el modelo de ética "*beneficence in trust*", requiriendo al médico ser una persona virtuosa y saber escuchar las narraciones.

¹ Para W. Benjamin, la narración es una forma artesanal de comunicación (Walter Benjamin. *El narrador*. 6).

actividad en un contexto social y político determinado donde se desarrolla vinculando la ética y la deontología con el ejercicio de una ciudadanía responsable y justa en un proyecto profesional y personal de excelencia. El profesional cívico es un profesional reflexivo que no solo tiene capacidad técnica contrastada, sino que además delibera sobre su práctica y defiende sus decisiones a la luz de las circunstancias particulares en que se encuentra. La narración es una de las mejores herramientas para conseguir este noble objetivo.

11. La sanación por la palabra

Los algoritmos biomédicos diseñados por ingenieros desde el “Big Data” detectan la realidad a partir de patrones. El médico clínico ve además otra realidad, la realidad narrada de una persona a otra persona. Esta realidad “encontrada” y “encarnada” en la narración en forma de gestos, palabras y silencios tiene efecto sanador. Como nos recuerda Remedios Zafra “los matices y la complejidad no son fácilmente cuantificables” (Zafra, 2022: 64) y por ello se escapan a la Medicina de Precisión. Al hablar de la estandarización de los sistemas maquinales la filósofa añade que “se puede pasar por alto el daño colateral del error; el perjudicar a quienes son leídos velozmente como masas, sin poder ser leídos «despacio», como humanos por otros humanos” (Zafra, 2022: 64).

En Medicina *curing* se refiere a la *restitutio ad integrum* mantenida o curación. La sanación, *healing*, es otra cosa. La historia clínica y la propia relación humana entre el médico y paciente es una narración, un relato de síntomas y emociones con proyección diagnóstica, terapéutica y antropológica. No solo identificamos mejor el tipo de dolor o de fiebre con preguntas y respuestas bien “relatadas” sino que con la narración y la adecuada escucha de la misma atendemos la vertiente antropológica de la enfermedad (el sentido personal y social de la enfermedad), el miedo, la emoción y la esperanza de nuestros pacientes. La escucha cuidadosa del relato de nuestros enfermos y la atención a su coherencia interna nos enriquece en todos los planos. Incluso en los casos con mala evolución pese a la adecuada implementación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos la palabra, la narración compartida entre el médico y su paciente, es sanadora.

La esencia original de nuestra hermosa profesión es la vocación de servicio como profesionales cívicos y no solo como técnicos biomédicos, empoderando al paciente mediante el diálogo fraternal para tomar decisiones compartidas y proporcionadas de acuerdo con su sistema de valores.

Esta orientación se basa en un modelo de ética médica denominada «*beneficence in trust*» (beneficencia fiducial o basada en la confianza), un modelo que exige al médico ser una persona virtuosa, digno de la confianza del enfermo, y dispuesto a poner sus conocimientos científico-técnicos y sentido personal al servicio de cada paciente. Un modelo que requiere del médico saber escuchar las narraciones y ser un buen narrador.

Bibliografía

Algullol, R. (2021). “El rearme del humanismo”. *El País*. Disponible en <https://elpais.com/ideas/2021-12-19/el-rearme-del-humanismo.html>

Amor Pan, J.R. (2021). Ciudades que cuidan, ciudades compasivas. Disponible en

<https://www.fpablovi.org/analisis-actualidad/1407-ciudades-que-cuidan-ciudades-compasivas>

- Barfield, O. (2019). *El arpa y la cámara*. Girona. Atalanta.
- Barón Duarte, F.J. (2021). La quinta era de la Medicina. *Eidon* 56, 79-98.
- Benjamin, W. *El narrador*. Santiago de Chile. Ed. metales pesados.
- Berger J., Mohr J. (2008). *Un hombre afortunado*. Madrid. Alfaguara.
- Bátiz Cantera, J. (2021) *Bioética en Cuidados Paliativos*. Madrid. San Pablo
- Callahan, D. Los fines de la medicina. *Cuadernos de bioética*. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas.
- Cañas Rello, E. (2016) Hannah Arendt sobre Isak Dinesen: narración, contingencia y destino. En *Hannah Arendt y la literatura*. Barcelona. Bellaterra.
- Cercas, J. (2016) *La tercera verdad*. Barcelona. Flash Ensayo Penguin Random.
- Charon, R. (2001) Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession, and trust. *Internal Medical Association*, 2001, 286: 1897-1902.
- Charon, R., Das Gupta, S., Hermann, N., Irvine, C. (2016). *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. New York. Oxford University Press. New York.
- Chon-Seehy Brendan, I. *et al.* (2021). The hippocampus constructs narrative memories across distant events. *Current Biology*: 4935-4945.
- Conill, J. (2019) *Intimidad corporal y persona humana*. Madrid. Tecnos.
- Emmanuel, E.J. Emanuel, L.L. (1992). Four Models of the Physician/Patient Relationship. *JAMA*, 267: 2221-6.
- Esquirol, J.M. (2015). *La resistencia íntima: ensayo de una filosofía de la proximidad*. Barcelona: Acantilado.
- Ferrer i Balsebre, L. (2022). *Autómata*. Disponible en https://www.lavozdegalicia.es/noticia/opinion/2022/07/03/automatas/0003_202207G3P13993.htm
- Gracia, D. (2004). Éticas narrativas y hermenéutica. En *Como arqueros al Blanco*. Estudios de Bioética. Madrid: Triacastela.
- Gracia, D. (2004). Bioética en la enfermedad renal crónica. En *Como arqueros al Blanco*. Estudios de Bioética. Madrid: Triacastela.
- Gracia, D. (2019) *Bioética mínima*. Madrid. Triacastela.
- Grasssi, E. (2019). *La preeminencia de la palabra metafórica*. Barcelona Anthropos.
- Gómez, J.M. (2012). *Debates en Bioética. Identidad del paciente y práctica médica*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Guglani, S. (2023) Medicine Unboxed 2023: Matter—what is your substance, whereof are you made? *The Lancet*, 401:850.
- Haruf, K. (2018). *Bendición*. Madrid: Randon House.
- Heart, I. (2008). *Ayudar a morir*. Buenos Aires. Katz.

- Hojat, M. (2017). *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. New York: Springer.
- Horton, R. (2029). "A moral health system demands a moral society". *The Lancet* 2019: 1790
- Huston, N. (2018) *La especie fabuladora*. Barcelona: Galaxia Gutenberg.
- Kleinman, A. y Benson, P. (2004). La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina, *Humanitas* 2004:17-26.
- McIntyre, A. (2022). *Tres versiones rivales de la Ética*. Madrid. Rialp.
- Moratalla, T.D. (2010). *Bioética y cine. De la narración a la deliberación*. Madrid San Pablo
- Nussbaun M. (2006) *El conocimiento del amor: Ensayos sobre filosofía y literatura*. Madrid. Machado Libros.
- Paz, O. (2017). *La nueva analogía*. México: El Colegio Nacional.
- Pellegrino, E.D. y Thomasma, D.C. (2019). *Las virtudes en la práctica médica*. Madrid. Universidad Francisco de Vitoria.
- Polo, L. (2021). *Quién es el hombre. Un espíritu en el tiempo*. Madrid. Rialp.
- Ricoeur, P. (2001). *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid. Trotta.
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27: 169-192.
- Sigal, S. "This doctor is taking aim at our broken medical system, on story at a time. <https://www.vox.com/the-highlight/2020/2/27/21152916/rita-charon-narrative-medicine-health-care>
- Urday-Fernández, D y Cuba-Fuentes, M.S. (2019). Medicina narrativa. *An Fac Med.*, 80:109-13.
- Villarrolla, O. (2019). *Somos lo que contamos*. Barcelona: Ariel.
- Zafra, R. *El bucle invisible*. Oviedo: Nobel.