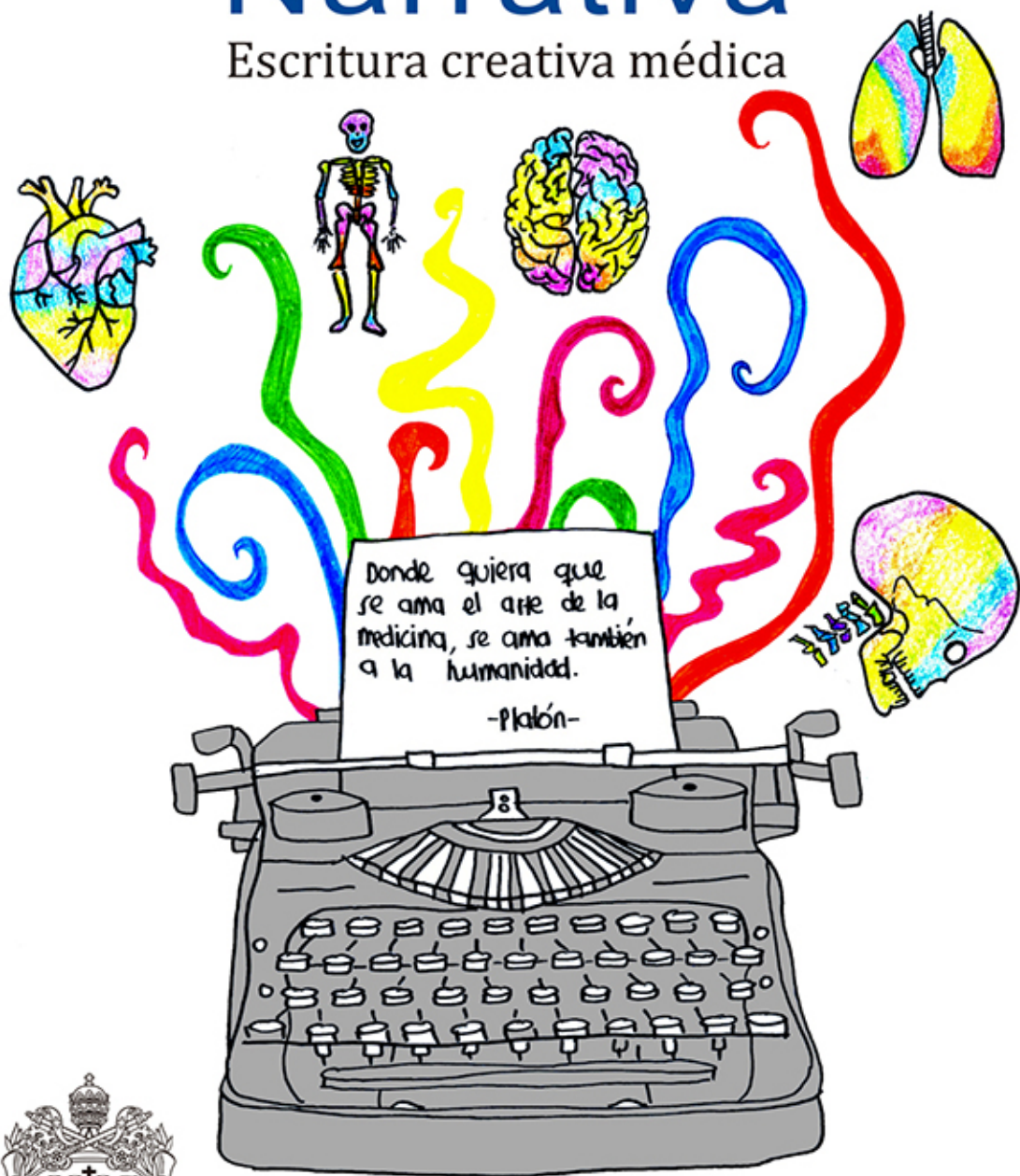


Medicina Narrativa

Escritura creativa médica



Medicina Narrativa

Escritura creativa médica



Medicina Narrativa	Cali Colombia	Volumen 6 Número 2	pp. 290	Diciembre 2016 marzo 2017	ISSN 2027-7636
-----------------------	------------------	-----------------------	---------	------------------------------	----------------



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Cali

Rector: P. Luis Felipe Gómez Restrepo, S.J.
Vicerrectora Académica: Ana Milena Yoshioka Vargas
Vicerrector del Medio Universitario: P. Luis Fernando Granados Ospina, S. J.

Facultad de Ciencias de la Salud
Decano: Pedro José Villamizar Beltrán, MD.

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Decana: Alba Luz Rojas Martínez

Título: Medicina Narrativa

Comité editorial:
Florencia Mora Anto; Pedro Alejandro Rovetto Villalobos, MD.;
Gloria Inés Flórez Villafañe.

Lectura final de textos: Florencia Mora Anto

ISSN: 2027-7636

Coordinador Editorial: Iris Cabra Dusán
icabra@javerianacali.edu.co

© Derechos Reservados
© Sello Editorial Javeriano

Correspondencia, suscripciones y solicitudes de canje:
Calle 18 # 118-250

Santiago de Cali, Valle del Cauca
Pontificia Universidad Javeriana Cali
Facultad de Ciencias de la Salud
Teléfono 3218200 ext. 8801 - 8955
e-mail: secfacsalud@javerianacali.edu.co

Formato: 16 x 24 cms

Dibujo de portada: María Alejandra Uribe Mora
Dibujo interiores: Daniela Londoño Restrepo, Kevin David Vargas, Valeria Hernández Aguirre, Daniela Saa, Sandra Lorena Agudelo Garcés, Jairo Vargas, Ana María Valencia, Betsabé Puentes Huertas, Marcela Sánchez Romero, Laura Arenas O., María Carolina Juvineo Quintero, Natalia Benavides, María Alejandra Uribe Mora.

Concepto Gráfico:
Centro de Multimedia P.U.J. Cali - Edith Valencia Figueroa

Edición: diciembre /16 - marzo /17

DOAJ DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS

Licencia Creative Commons. La Revista de Medicina Narrativa usa la licencia Creative Commons de Atribución –No comercial– Sin Derivar; los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.



Índice

5. Narrativas y existencia. Narrar la vida como mediación metodológica para reconstruir la existencia herida
P. Luis Fernando Granados Ospina S.J.
19. Medicina narrativa para médicos
Pedro Alejandro Rovetto Villalobos, MD.
25. Gracias a las letras
Luz Adriana Soto Díaz M.D.
29. Medicina narrativa: una mirada diferente para la formación integral de estudiantes de Medicina en la Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia
Gloria Inés Flórez V., Florencia Mora A., Pedro Rovetto V.
- I Coloquio Iberoamericano de Medicina Narrativa
35. Introducción
Florencia Mora A.
- Medicina y literatura: una relación debida
41. Luces en la noche del cerebro. Una hipótesis sobre la creación artística
Cristina Eugenia Valcke Valbuena
65. La salvación de dos (¿o tres?) mujeres mediante el dolor narrado y la literatura médica hace dos mil años: una visión inédita del proceso vital de Julia, la hija del Augusto, siguiendo la novela la romana indómita
Ana Cristina Rossi
89. La literatura en el programa de docencia de medicina interna: treinta años de experiencia
Dr. Francisco Javier Barbado Hernández, MD.
101. La conciencia de sí como otro. Una interpretación temporal del Abklangsphänomene. la pesadilla de Iván Fiodorovich Karamázov
Jeison Andrés Suárez
111. De la medicina a la narrativa: sobre la enfermedad del amor en el caballero andante
Lucila Lobato Osorio, PhD
- Danza y Medicina
117. La danza contemporánea en la Universidad Javeriana Cali
Wendy Betancourt y Andrea Bonilla
- La escritura en el ejercicio médico
125. Los médicos en la torre de babel
Dr. Carlos Presman, MD.

135. La memoria autobiográfica desde la neuropsicología y su vinculación con la escritura autobiográfica
Prof. Mag. Anahí Barboza Borges

141. La experiencia de narrar: estrategia evaluativa innovadora en Salud Pública
Sheila Andrea Gómez Peñaloza, Elba María Bermúdez Quintana

La Medicina Narrativa: una herramienta que humaniza

145. La magia de las palabras o la maldición de los silencios
Dr. Laureano Quintero Barrera, MD.

149. Las humanidades médicas y la medicina narrativa al rescate de las dimensiones estéticas del currículo en la educación médica
Jairo Gabriel Sánchez Carrasco

161. Humanismo médico y medicina narrativa: un universo conceptual
Adolfo Vera-Delgado, MD. FACP.

La enfermedad en las obras literarias

173. Rastros de enfermedad en algunos poetas colombianos
VJ Romero

La escritura como proceso terapéutico, experiencias y avances

189. Narrativas de situación de enfermería: 20 años construyendo disciplina
Olga Lucia Gaitán Gómez

195. Narracion situacion de enfermería: “una mirada del mas alla”
Rosa Nury Zambrano Bermeo

201. Narrativa de enfermería “el héroe que brotó entre las ollas”
Cándida Rosa Castañeda Valencia

La ciencia y las humanidades: una historia común

209. Arte y Ciencia: un relato común de las infecciones
Francisco Javier Barbado Hernández

La historia clínica: una narrativa integral

231. La experiencia de transformación corporal en pacientes sometidos a cirugía bariátrica
Leni María Vidal Sandoval

257. El valor de la escucha y el poder de la palabra para comprender el significado de la enfermedad, por una atención sanitaria más humana y un mejor cuidado
Julio Nicolás Torres Ospina

263. La historia clínica desde la perspectiva del cuento literario
Carlos Alberto Velásquez Córdoba MD

Narrativas y existencia. Narrar la vida como mediación metodológica para reconstruir la existencia herida

P. Luis Fernando Granados Ospina S.J.

*De siempre ha sido conocido y se ha dicho
que la vida tiene que ver con la narración;
hablamos de la historia de una vida para caracterizar
el intervalo entre nacimiento y muerte.
Y, con todo, esta asimilación de la vida a la historia no es automática;
se trata, incluso,
de una idea trivial que es necesario someter,
antes de nada, a una duda crítica.
Esta duda es el resultado de todo el conocimiento adquirido
en las décadas pasadas
en relación al relato y a la actividad narrativa,
un saber que parece alejar el relato
de la vida en tanto que vivida
y que confina al relato en el campo de la ficción.*

Paul Ricoeur

La vida, un relato en búsqueda de narrador.

Introducción

La vida tiene que ver con contar historias, con la manera como los sujetos narran historias a partir de experiencias vitales que los constituyen. El ascenso a la humanidad como construcción subjetiva pasa por esa capacidad para relatar la propia vida,

atravesada por experiencias en las que se configuran tramas densas, inmersas en contextos sociales, económicos y culturales complejos en su diversidad y pluralidad. Vivir es relatar. No es posible una vida auténtica sin relato.

El relato es una forma de inteligibilidad de la vida que pasa por una forma en que el sujeto se comprende a sí mismo y en el mundo social en el que habita (Delory-Momberger, 2015). La vida tiene que ver con las narraciones, con contar historias, con construir tramas y relatos. Existe sin duda una relación estrecha entre vivir y narrar (Ricoeur, 2006).

Los seres humanos dan sentido a su mundo cotidiano contando historias sobre sí mismos (Bruner, 1997). Ese contar historias va configurando su identidad, precisamente en el trabajo de relatar lo que les pasa y lo que los sujetos hacen con lo que les pasa. El sujeto se constituye cuando está relatando su propia vida. Allí se auto-interpreta buscando ordenar y dar significado a la propia existencia (Bruner, 2003).

La vida está reclamando una lectura narrativa que dé cuenta de los tránsitos de un sujeto que en situaciones de adversidad, de lucha y de tensión, tiene la capacidad para narrar su historia. Al contar historias, los sujetos se adentran en escenarios evocativos y creativos donde recrean y reinventan lo que han vivido en clave de posibilidad y de proyecto.

Los sujetos desde las narrativas, tienen la capacidad para trabajar y aprender de su propia auto-percepción, ayudados por los intercambios intersubjetivos que establecen con otros y que les permiten fortalecerse para afrontar la adversidad. El trabajo narrativo entiende al ser humano no como un dato determinado o acabado, sino como un proceso de vida, un proyecto que se

hace, que se va expresando, desplegando y significando, cuando los sujetos son capaces de contar lo vivido como acontecimiento significativo y transformador.

Las narrativas que en este escenario transitaran, se inscriben en un horizonte hermenéutico que busca comprender la significación que las experiencias tienen para los sujetos, reconociendo las formas en que transitan por ellas, en búsqueda de significaciones que permitan nombrar un sentido.

1. Las narrativas en el ámbito autobiográfico

Es un hecho que las Ciencias Sociales y por ende la Medicina como Ciencia de lo humano, se inclinan hoy con mayor recurrencia a escuchar la voz y el testimonio de los sujetos, reconociéndolos como auténticos protagonistas o actores sociales (Arfuch, 2010). Se trata de lo que se ha llamado una “vuelta al sujeto” como lugar epistémico de donde surge la reconfiguración de la subjetividad. Las narrativas del yo se están haciendo presentes: biografía, autobiografía, diarios personales, cartas, rostros, voces y cuerpos que están hablando de lo que han vivido, lo que han visto y lo que han padecido (Arfuch, 2010a). La identidad de un sujeto tiene que ver con la capacidad que tiene el mismo sujeto para narrar su historia desde su experiencia autobiográfica (Gergen, 1996).

Esa “vuelta al sujeto” no es solamente un retorno al individuo en su capacidad de saber, sentir y actuar, sino al sujeto como realidad social, como constructor de cultura (Loureiro, 1991). La narrativa como acción del sujeto sobre su propia construcción identitaria tiene que ver con su temporalidad e historicidad, con su existir en el mundo y con la manera como trabaja la comprensión de sí mismo. La narración, como hermenéutica, es un acto de la

consciencia reflexiva donde el sujeto se hace un intérprete de sí mismo (Ricoeur, 2003, 2006).

El asunto de las narrativas se ha posicionado en la filosofía, la lingüística, la teoría literaria y el psicoanálisis como una mediación para hablar del sujeto y de sus procesos de subjetivación (Arfuch, 2008). La fuerza la tiene aquí el reconocimiento de lo experiencial, el testimonio de lo vivido y la narración de primera mano contada por el protagonista de la historia.

El giro subjetivo de esta época está hablando de la cercanía, proximidad y la veracidad del testimonio como fuentes para comprender al sujeto que, por el trabajo narrativo, ha podido dialogar con ese otro que se encuentra inmerso en su intimidad, que emerge gracias al lenguaje y a la experiencia de la otredad que es el reconocimiento de la intersubjetividad que lo constituye. Las narrativas son en últimas una extensión de los enfoques interpretativos en Ciencias Sociales (Escalante, 2013).

Estamos, sin duda, frente a una presencia acentuada de las narrativas que ha tenido su asiento en la literatura y que ha pasado de manera vigorosa a las Ciencias Sociales donde sus usos han sido de particular densidad para ampliar el ámbito de lo biográfico y lo autobiográfico (Rodríguez, 2009)

Las narrativas están situadas en una matriz de investigación cualitativa más cercana al paradigma de la comprensión. El interés de indagación propio de lo cualitativo tiene que ver con la captación y reconstrucción de significados que se van configurando en el mismo proceso narrativo a partir de la experiencia de los mismos actores.

Las personas van viviendo en la medida en que construyen historias sobre la experiencia de la vida. Esta manera de organizar e integrar los hechos para contarlos tiene que ver con las estrategias que las personas utilizan para construir relatos autobiográficos. Tales estrategias, de alguna manera, condicionan la manera como los narradores, protagonistas, piensan sobre sí mismos, el mundo y sus propias acciones (Duero & Limón, 2010). Las narrativas son construcciones complejas, configuradas a partir de tramas densas en un ámbito sociohistórico donde se negocia con otros. Cuando se cuentan historias, los sujetos se hacen protagonistas y pueden entender de una mejor manera su propia existencia, siempre en diálogo, en conversación e interacción con otros (Mangnabosco, 2014).

Connelly y Clandinin (1995), al trabajar los relatos de la experiencia y la investigación narrativa, entienden que el estudio con narrativas tiene que ver con la manera como los sujetos comprenden el mundo: “El estudio de las narrativas, es el estudio de la forma en que los seres humanos experimentamos el mundo” (Connelly y Clandinin, 1995, p. 11). La narrativa es entendida como el fenómeno mismo que se investiga, pero también como el método utilizado en la investigación. Desde esa lógica, se traza la distinción entre historia, relato y narrativa, llamando historia o relato al fenómeno que se estudia y narrativa a la investigación propiamente dicha. La distinción sutil la plantean en estos términos:

Narrativa es el nombre de la cualidad que estructura la experiencia que va a ser estudiada, y es también el nombre de los patrones de investigación que van a ser utilizados para su estudio (Connelly y Clandinin, 1995, p. 12).

La investigación narrativa se va tejiendo en un diálogo entre el sujeto que cuenta la historia y el investigador que la escucha atentamente. Entre los dos se va creando una “unidad narrativa compartida” (Connelly y Clandinin, 1995, p. 18). La investigación con narrativas va configurando una relación colaborativa. Esta experiencia de entrar en contacto con la vida de otro para contarla y relatarla invita a configurar una relación análoga a la amistad, centrada en el respeto y la confianza. De esta manera, la entrevista conversacional, más allá que la respuesta a un cuestionario, se asemeja a una conversación entre amigos dispuestos a escucharse, en búsqueda de la comprensión de la propia vida como relato, de un relato que, como lo expresa bellamente Paul Ricoeur (2006), está en búsqueda de un narrador.

Desde ese horizonte de comprensión, la interpretación desde el trabajo con narrativas pasa también por la interpretación de la propia vida del que está investigando. Comprender e interpretar se encuentran en un solo momento narrativo. Lo que se va mostrando es una convivencia entre el que narra la historia y el que la escucha. La búsqueda del sentido de la historia es un diálogo entre subjetividades que se encuentran para buscar el sentido y los significados de la propia vida.

Las narrativas son construcciones que se dan no tanto en el mundo íntimo de las personas, como fruto de su inteligibilidad privada sobre lo vivido, sino como formas sociales de significación, fruto de procesos intersubjetivos y conversacionales (Gergen, 1996). Esta comprensión dialógica de las prácticas narrativas, como las entiende Gergen (1996), permite reconocerlas en su configuración sociohistórica, como un proceso social dialógico.

Las formas en que los sujetos atribuyen significados a lo que les pasa, afectará, no solo la forma como construyen su identidad,

sino las maneras como estos sujetos actúan en diferentes contextos y cómo se relacionan con los otros. Las narrativas son construcciones sociohistóricas. Por eso, al hacerlas parte del lenguaje, lo que buscan es anunciar nuevas formas de vida, instaurando la esperanza y la consciencia de que otro mundo es posible.

Las narrativas serían formas colectivas que permiten comprender el mundo e inscribir a los sujetos en la historia y en la cultura. Al contar historias, los sujetos están narrando también la época que les ha tocado vivir. Al narrar se hacen partícipes de una historia común, de donde pueden sacar sentidos y significaciones (Delory-Momberger, 2015).

2. El uso de las narrativas para la reconstrucción de la existencia herida

El trabajo con las narrativas desde las historias o relatos de vida es hoy una mediación metodológica potente para comprender procesos de subjetivación, ya que permite reconocer las maneras como los sujetos reconstruyen su vida desde el mismo trabajo narrativo. La construcción del relato posibilita que los sujetos se reinventen en el presente. Esto hace coherencia con la mirada de la vida, que le apuesta a la posibilidad y capacidad de tránsitos en el sujeto del padecimiento, el dolor y el sufrimiento, hacia el reencuentro con una nueva vida pasada por la memoria y la imaginación:

La desgracia nunca es algo puro, tampoco la felicidad. Pero apenas la convertimos en relato, damos un sentido al sufrimiento y comprendemos, mucho tiempo después, cómo pudimos transformar una desgracia en maravilla, ya que todo hombre

herido se ve forzado a la metamorfosis: aprendí a transformar la desgracia en una prueba. Si una te baja la cabeza, la otra te la levanta (Cyrulnik, 2001, p. 10).

Gracias al poder evocador y creativo de las narrativas, el sujeto no se queda anclado en “lo que pasó”, en el horror de la herida, en el hecho duro y doloroso de la adversidad que ha hecho daño y que sigue doliendo, sino que transita hacia algo nuevo, haciendo de su sufrimiento un relato, es decir, una elaboración de la propia vida como posibilidad de ser en medio del caos, del hecho adverso, de la situación límite (Cyrulnik, 2001). La vida tiene su sabiduría para ser vivida y tiene que ver con la capacidad de los sujetos para sobreponerse y salir adelante fortalecidos. El anclaje ahora es con “lo que hace el sujeto con lo que le pasó”. Se refiere esto a la búsqueda de sentido y significación que hace de la historia presente una oportunidad para reinventar el futuro con esperanza.

La propia naturaleza de la vida se define como respuesta dinámica, no estática, a la vez que creativa, en la que adquiere especial importancia la capacidad de construir nuevas interpretaciones de los contextos adversos y de las respuestas posibles que todos podemos encontrar ante ellos. Tenemos en cuenta que en definitiva un proceso que podríamos llamar resiliente, representa, entre otras cosas, la elaboración de una nueva interpretación de los acontecimientos y de los contextos y, por ende, una nueva mirada de las personas (Mandariaga, Palmas, Surjo, Villalba, Arribillaga, 2014, p 12).

No es posible hablar de vida si no existe una narrativa de afrontamiento y transformación. No es posible hablar de vida si no existe un relato que permita la reconfiguración de la vida y la afectación de las condiciones sociales, económicas, culturales y

políticas que empobrecen, explotan y marginan a los sujetos y a las comunidades.

La vida se da cuenta de que la vida está tocada por el “poder” evocador del relato, por su fuerza transformadora y constructora de nuevas realidades. El acontecer en el mundo no se puede separar de un inicio “pre-narrativo” que lo constituye. Toda existencia humana, en medio de la precariedad del existir, reclama un nuevo comienzo desde un relato evocador.

El tercer anclaje del relato en la vida consiste en lo que se podría llamar la cualidad pre-narrativa de la experiencia humana. Es gracias ella que tenemos el derecho a hablar de la vida como una historia en estado naciente y, por lo tanto, de la vida como una actividad y una pasión en busca de relato (Ricoeur, 2006, p. 18).

Los sujetos se configuran desde una estructura pre-narrativa de la experiencia (Ricoeur, 2006). Esta estructura está jalonando el ser inacabado del sujeto. Nada queda escrito para siempre. Así como la felicidad no es algo permanente, tampoco lo es la desgracia ni la desdicha. La vida ha demostrado su capacidad para el crecimiento, de esto dan testimonio los relatos. La comprensión narrativa del sujeto se logra en el desplazamiento de lo vivido a lo narrado. Narrar significa en medio del caos y las complejidades del vivir, ir buscando cierto orden a partir del trabajo narrativo, un orden que arma la trama para contar lo vivido e interpretarlo (Escalante, 2013).

El tener la capacidad de generar nueva historia, que es lo propio de la vida como proceso de humanización, pone en la mesa de discusión la necesidad de seguir profundizando la relación entre narrativa y vida, potenciando un diálogo desde la perspectiva ontológica y fenomenológica. El relato permite transitar del

padecimiento y del dolor profundo al reconocimiento de entender que la vida es una promesa, donde es posible un nuevo nacimiento (Rodríguez, 2006). Las historias que se cuentan no son solo fruto de un recuerdo o de una memoria del pasado, son en sí mismas un acto configurativo, una creación nueva que acontece cuando el sujeto es capaz de re-interpretarse al contar la experiencia como acontecimiento vital que ha golpeado la vida, pero que no ha mutilado el sentido.

En este punto, sería iluminador acoger la perspectiva de Paul Ricoeur y su comprensión de la “identidad narrativa”, que ha sido trabajada fundamentalmente en dos de sus obras clásicas: *Tiempo y Narración III. Tiempo narrado* (2009) y *En Sí mismo como otro* (2008). En estos textos, Ricoeur, centrado en la analítica de la temporalidad, el tiempo narrativo y la función configurativa de la trama en el relato de una vida, entiende la identidad como una categoría de la vida práctica, reconociendo al autor como alguien que es capaz de construir su identidad precisamente al narrar la historia de su propia vida:

Identidad está tomada aquí en el sentido de una categoría de la práctica. Declarar la identidad de un individuo o de una comunidad es responder a la pregunta: ¿Quién ha hecho tal acción? ¿Quién es el agente, el autor? Hemos respondido a esta pregunta nombrando a alguien, designándole por su nombre propio... responder a la pregunta ¿quién?, como lo ha hecho Hannah Arendt, es contar la historia de una vida. La historia narrativa dice el quién de la acción, por lo tanto la propia identidad del quién no es más que una identidad narrativa (Ricoeur, 2009, p. 997).

El sujeto que narra y que se narra en el relato es ante todo agente, sujeto de experiencia, que se hace sujeto en el acto de narrar y contar historias. El sujeto desde la mirada de Ricoeur (2009) se

va configurando desde las diversas formas de asunción del yo, posibilitando a su vez la escucha de otras voces, que abren nuevos espacios para las interacciones sociales, la búsqueda de valores compartidos y de nuevos sentidos, que favorecen la configuración de la comunidad y la democracia (Arfuch, 2010).

Si para la vida el sujeto es un ser que se hace humano al narrar su historia, desde la perspectiva de Ricoeur el sujeto es un agente, un hablante y un sujeto responsable que deja entrever la dimensión ética y política de su ser histórico precisamente en ese mismo acto de narrarse (Ricoeur, 2006).

Si bien Ricoeur (2008) se centró más en las formas literarias de la narración, propias del ámbito de la cultura, no se puede desconocer la significación de la noción de configuración narrativa aplicable a los sujetos y a las maneras como se cuentan las historias en el seno de la acción cotidiana. Es en este horizonte de una identidad construida desde las narrativas donde los sujetos se interpretan a sí mismos, siendo ya no autores de la existencia vivida, sino coautores en la búsqueda del sentido (Escalante, 2013).

El poder evocador de la narrativa, su capacidad para rehacer el mundo humano de la acción, su capacidad para prefigurar, configurar y refigurar la propia historia contada harían muy interesante un acercamiento dialógico con la vida y la manera como esta entiende los procesos de construcción de subjetividad desde el trabajo narrativo.

Dejemos pues que este simposio ilumine nuestro caminar y que nos permita volver a la memoria agradecida con un relato que signifique algo profundamente innovador para la vida de la Facultad. Gracias a la Facultad de Ciencias de la Salud por ponernos a hablar en estos lenguajes.

Quisiera para finalizar hacer una mención del grupo danzados del Centro de Expresión cultural de la Vicerrectorías del Medio Universitario. Su aporte en este simposio es muy especial. El cuerpo que danza interpreta lenguajes que expresan lo que un cuerpo siente y espera en un territorio. El cuerpo comunica y si esa comunicación se hace desde cuerpos jóvenes, los mensajes potencian lo que nos promete la juventud, un mejor futuro y una mayor esperanza.

Bibliografía

- Arfuch, L. (2010). El espacio biográfico: dilemas de la subjetividad contemporánea. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Arfuch, L. (2008). El espacio teórico de las narrativas: un desafío ético y político. *Revista internacional de filosofía Iberoamericana y teoría social*. Año 13, No. 42. Universidad de Zulia, Maracaibo, pp. 131-140.
- Bruner, J. (1997). *La educación, puerta de la cultura*. Madrid: Visor Dis.
- Bruner, J. (2003). *La fábrica de historias: derecho, literatura, vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cyrułnik, B. (2001). *La Maravilla del dolor. El sentido de la vida*. Barcelona: Granica.
- Delory-Momberger, C. (2015). *La condición biográfica: ensayos sobre el relato en sí en la modernidad avanzada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Duero, D. & Limón, G. (2007). Relato autobiográfico e identidad personal. Un modelo de análisis narrativo. *Revista de Antropología Iberoamericana*. Vol. 2, No. 2, pp. 232-275.
- Escalante, E. (2013). La perspectiva ricoeuriana y el análisis de las narrativas. En *Revista Fundamentos de Humanidades*. Año XIV, Número 1, (27). pp. 175-192.

- Gerges, K. (1996). Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social. México: Editorial Paidós.
- Loureiro, A. (1991). Problemas teóricos de la autobiografía. Revista Anthropos. No. Extra, 29, pp. 2-9.
- Magnabosco, M. (2014). El construccionismo social como abordaje teórico para comprender el abuso sexual. Revista de Psicología. Vol. 32 (2), pp. 220-242.
- Ricoeur, P. (2003). Teoría de la interpretación. Discurso y excedente de sentido. México: Siglo XXI editores.
- Ricoeur, P. (2006) La vida un relato en busca de narrador. En Revista AGORA, papeles de filosofía, Vol. 25. No 2., pp. 9-22. Medellín: Universidad San Buenaventura.
- Ricoeur, P. (2009). Tiempo y Narración III. Tiempo narrado. México: Siglo XXI Editores.
- Rodríguez, J. (2009). Asedio a las narrativas contemporáneas. Mapa de posibles investigaciones. Bogotá. Cuadernos de Literatura. Vol. 14. No 26. pp 14-51.

Medicina narrativa para médicos

Pedro Alejandro Rovetto Villalobos, MD.

Profesor

Departamento de Clínicas Médicas

Facultad de Ciencias de la Salud

Este texto podría llevar como título “*Medicina Narrativa para Dummies*”, recordando aquellos pequeños libros tan populares para la auto-enseñanza de diversas materias pues debemos reconocer que nuestros colegas parecen no entender del todo el propósito de la Medicina Narrativa en el currículo médico.

Hace unas pocas semanas celebré con mis compañeros de curso 40 años de nuestro grado profesional. Se me solicitó dar “una de esas conferencias tuyas tan sabrosas” en nuestro encuentro en Cartagena. La verdad es que entre historias, chistes y traguitos en la playa nunca nos pusimos en modo conferencia académica. Pero hicimos, no me cabe la menor duda, medicina narrativa. Sin saberlo, como buenos *Dummies*. Pues los médicos ejercemos nuestro oficio entre narraciones e historias. De todas maneras, en las conversaciones intenté transmitirles los objetivos en la educación médica de esto que llamamos Medicina Narrativa. Y se me ocurren tres propósitos pedagógicos principales de ella.

Primero, con la Medicina Narrativa intentamos proponer a los estudiantes y practicar con ellos una perspectiva distinta de la experiencia humana de enfermar. En medicina estamos en crisis

en estos momentos por muchas razones, pero una fundamental es que pacientes y profesionales de la salud tenemos un lenguaje distinto para ese sufrimiento humano que llamamos enfermedad. Nos enfrentamos los médicos a ese “misterio” que es el paciente, como diría la doctora Rita Charon, y sólo vemos como en un espejo nuestras palabras y expresiones científicas. Hay que romper ese espejo que nos separa y atravesarlo como la Alicia de Lewis Carroll.

El paciente va al médico porque tiene dificultades, *troubles* como se dice en inglés. Y nosotros, profesionales de las ciencias de la salud, convertimos esas dificultades-*troubles* en *problems*-problemas a través de nuestra semiología y pruebas diagnósticas. Y nuestro trabajo lo vemos usualmente como un solucionar esos problemas mas que comprender aquellas dificultades que trajeron el paciente a nosotros. Por algo se quejan los pacientes que no los comprendemos. Escuchar con atención, no sólo con intención diagnóstica, la narración del paciente puede ayudarnos a cruzar la frontera, el espejo, para ver la situación desde la perspectiva de la persona que ha acudido a nosotros. Y la Medicina Narrativa puede ayudarnos en este empeño.

Además, nos enfrentamos al paciente con otras palabras claves de distinto significado. Vuelvo a usar los términos en inglés pues en ese idioma es más precisa la diferencia. El paciente llega al acto médico con un *illness*, un malestar. Y el médico busca en esta situación una enfermedad, *disease*. Los que hemos estudiado este oficio sabemos que muchos malestares no son enfermedades (por ejemplo, algunas situaciones sicosomáticas) y muchas enfermedades cursan por años ningún malestar (por ejemplo, la hipertensión arterial sistémica). Sorprende siempre cómo los pacientes se concentran en su malestar y los médicos en la posible enfermedad convirtiéndose el acto médico en un

diálogo de sordos. Llevo años exagerando esa situación en mis clases señalando a los estudiantes cómo muchos pacientes tienen como prioridad sentirse bien, sin malestares, y no estar sanos, sin enfermedades. Entrenarse en Medicina Narrativa para escuchar la historia personal del paciente, con otra perspectiva del sufrimiento humano que llamamos enfermedad, debe ayudarnos a romper esa barrera que tantos problemas nos está causando en la práctica actual de la medicina.

Segundo, con la Medicina Narrativa intentamos rescatar la historia clínica, un elemento fundamental del acto médico clásico. Porque la estamos perdiendo en este dominio universal del *Big Data*, esa información fragmentada casi siempre cuantitativa que procesan con rapidez y supuesta eficacia nuestros ordenadores (dan orden a nuestro mundo y nos dan órdenes casi obligatorias a nosotros) Quisiera repetir aquí unos versos premonitorios de T. S. Eliot en *The Rock* (1934)

Invenções sin fin, experimentos sin fin...

¿Dónde está la Vida que hemos perdido viviendo?

¿Dónde está la sabiduría que hemos perdido en el conocimiento?

¿Dónde está el conocimiento que hemos perdido en la información?

Un biógrafo del presidente actual de los EEUU. afirma que “a Donald poco le interesa la información” En medicina no hemos llegado a ese extremo casi autista, pero a veces sólo nos interesa la información de nuestros pacientes, no su historia. Así hemos perdido mucho conocimiento, sabiduría y vamos perdiendo la vida de nuestro oficio milenario.

Y ha sido un proceso paulatino casi inconsciente. Nos hemos acostumbrado a transcribir la información del paciente en formatos electrónicos, no escribimos ya nuestras historias clínicas. Esto

puede ser más conveniente para administradores, auditores y expertos en calidad institucional. Pero ¿para quién escribíamos nuestras viejas historias clínicas en papel?

Para los mismos pacientes quienes a fin de cuentas eran los dueños de su historia. Para nuestros colegas que debían entender en unos pocos párrafos o páginas lo que había sucedido al paciente. Y para nosotros mismos que al escribirlas aclarábamos de manera casi milagrosa el proceso patológico en nuestra mente. Como ya no escribimos ni en papel ni pantalla esos relatos hemos perdido esas ventajas invaluable. Nos quejamos los médicos mayores (que en realidad pasamos la vida quejándonos de muchas cosas) de los jóvenes colegas que no saben escribir una nota de remisión o interconsulta. Menos aún una epicrisis final integral y coherente. Es que debemos recordar que los computadores no saben escribir ni pensar. Esperamos que la Medicina Narrativa libere en la mente de nuestros estudiantes las historias clínicas de los esclavizantes ordenadores y formularios electrónicos. Hoy debemos casi todos volver a aprender a escribir como lo hacemos semana tras semana en el curso de Medicina Narrativa.

Por último, las actividades de Medicina Narrativa deben despertar y entrenar en el estudiante la capacidad de establecer con el paciente una relación de confianza, más aún de intimidad. Uno de los trabajos que realizamos al final del semestre es entrevistar a un paciente sobre los eventos de su enfermedad grave y convertir esta información personal en una crónica que pueda contarse, relatarse al curso. Esto conlleva enfrentar dificultades de confidencialidad de la historia, que se narra con el paciente en anonimato o solicitando los permisos correspondientes. La mayoría de las personas entrevistadas para esta actividad agradecen la oportunidad de contar su historia. Y aún en casos de mala relación médico-paciente se nota en la crónica final

una actitud de aceptación y perdón de las peculiaridades del profesional de salud. En muchos casos en el relato el paciente se encuentra con un médico que con su buen trato hace olvidar aquellas primeras irritaciones y desencuentros con un primer profesional de la salud. El trabajo en Medicina Narrativa despierta en el médico joven la necesidad de conversar amablemente con el paciente para borrar algunas amarguras del acto médico. Esto por supuesto será terapéutico y eficaz para su práctica clínica.

En resumen, la Medicina Narrativa permite tener una perspectiva distinta y más humana de la enfermedad, rescata la habilidad de escribir buenas historias clínicas y ayuda al estudiante a establecer relaciones de confianza e intimidad con el paciente.

Gracias a las letras

Luz Adriana Soto Díaz M.D.

Especialista en Medicina Familiar
Directora del Departamento de Clínicas Médicas

Quienes gozamos un poco de la letra de las canciones a veces hacemos propia o damos por sabias ciertas frases en ellas; una que me gusta y muchos conocen bien es la de: “La vida te da sorpresas, sorpresas te da la vida”. Como directora de Departamento de Clínicas Médicas, descubrí la asignatura Medicina Narrativa y eso fue para mí, una gran, hermosa y novedosa sorpresa. Una asignatura que nació como una necesidad académica para la completitud de créditos del énfasis clínico y de manera casi orquestada por el universo mismo, como si supiera lo trascendental de su creación justo en la Facultad de Ciencias de la Salud, que suponemos en un ambiente de solo ciencia y gobernado por el rigor académico. Pero nada más alejado de tal apreciación, cuando en realidad en este ambiente se combina una de las artes más bonitas que tenemos, que es *hacer medicina*.

¿Cómo integrar esa ciencia del saber, con ese saber hacer tan estricto y a veces tan mediático por las circunstancias que invitan a tocar tu esencia, tu conciencia, tu moral...TU SER? ... ¿Que te transporta y sumerge en mares de emociones, vivencias y realidades fuera de la ficción y fantasía de un escritor con mucha imaginación? ... ¿Que te enseña, te salpica, te toca, te conmueve, que reta tu resiliencia? ... ¿Que no te deja olvidar quién eres y de

que estás hecho... que te conserva abierto, sensible, afortunado, en una sola palabra: humano?

No hay realidad más conectada con el SER que vivir el dolor o la alegría del otro. Esas primeras impresiones con esas realidades alternas que por primera vez te hacen consciente de la tuya, de tus bendiciones, pero que también pone a prueba ese llamado a servir, esa decisión de estudiar medicina, llamado vocación.

Esas experiencias que podrían quedarse en una camilla, en un salón de clase, en una sala de operaciones, en un consultorio, en el pasillo del hospital o en tu habitación, hoy se plasman en esta asignatura dándole rienda suelta al arte donde prima la escritura, pero donde no hay límite para el mismo. Una manera de hacer visible lo que hacer medicina te provoca y te genera...de cómo te dejas transformar por ella.

Así es como nace la revista de Medicina Narrativa, la versión escrita de los aconteceres de nuestros estudiantes en sus primeros intentos de servir a otros, de ser conscientes de sí mismos, de sus amores y sus odios, de sus vidas, de impulsarlos a sentir la ciencia y de ser “seres” en la ciencia. Esa revista nacida en las entrañas de nuestra universidad, que hoy es referente para el mundo, es nuestra.

No satisfechos aún con lo logrado desde lo institucional con nuestra intencionalidad formativa y académica de la asignatura, presentamos nuestra versión para el mundo creando el **I Coloquio Iberoamericano de Medicina Narrativa**. Un escenario que nos cautivó sabiéndonos pioneros en esa versión, dándole importancia a lo que trasciende; y es que medicina narrativa tiene también un segundo objetivo, que bien podría abstraerse de su nombre... *sanar a través de la palabra*.

Miles de historias, cada una con su debida enseñanza, nos rectificaron el camino a continuar otorgándole a la palabra el don de aliviar y sanar, esa palabra algunas veces de gramática ausente pero que es mejor dar a tiempo, si se imprime el sentimiento correcto.

Tres días de contacto con el arte de la medicina narrativa desde varios rincones del mundo iberoamericano fueron la plataforma para mostrarnos que pocos se sabían practicantes de la misma. Fue el pretexto para abrirnos, conocernos, reconocernos y al mismo tiempo a no perdernos. Nuevos lazos en la búsqueda de fortalecer este arte ¡Éxito rotundo!

Satisfacción del ser y reconocimiento internacional al equipo de docentes líderes de la asignatura por el esfuerzo desde el aula de incorporarla como una cátedra viva, fue lo que nos dejó este trasegar atrevido y a veces solitario de darle a la ciencia una connotación de arte, no por ello menos importante en la visión y contexto de servir a otro:

La medicina narrativa se convierte en un polo a tierra de los estudiantes en la práctica clínica, quienes desde un ámbito reflexivo y auto-conocedor, obtienen las herramientas para fortalecer su integralidad –sin olvidar su esencia–, dejándose llevar a través de un proceso transformador y consciente que no termina, sino que te desafía para llegar a ser la mejor versión de sí mismos con la esperanza de ser el lema vivo de “ser más, para servir mejor”... ¡Gracias a las letras!

Medicina Narrativa: una mirada diferente para la formación integral de estudiantes de Medicina en la Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia*

Gloria Inés Flórez V.¹

Florencia Mora A.²

Pedro Rovetto V.³

El proyecto de Medicina Narrativa, inicia en el año 2010 con la primera cohorte de médicos y médicas en formación de la Facultad de Ciencias de la Salud. A partir de asignatura Humanidades I, se trabajó con una perspectiva de confluencia de las artes, las humanidades y la medicina; los estudiantes fueron motivados

* International Conference on Narratives of Health and Illness. Campus de Guajara, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España. “Prize for the best oral communication”- “premio a la mejor comunicación oral” <http://www.javerianacali.edu.co/noticias/ponencia-de-javeriana-cali-reconocida-como-mejor-comunicacion-oral-en-congreso-de#sthash.Bdn9baYD.dpuf>

¹ Trabajadora Social, miembro del comité editorial de la Revista Maestro, editora de la Revista Medicina Narrativa, docente y secretaria académica de la Facultad de Ciencias de la Salud.

² Literata, docente, investigadora de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, miembro del comité editorial de Medicina Narrativa.

³ Médico patólogo, líder programa cita con la salud, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud. Columnista las2orillas, miembro del comité editorial de Medicina Narrativa.

e inspirados para la producción de textos que se denominaron: “escritura creativa médica”. La respuesta de los estudiantes fue muy positiva, al punto de motivar el encuentro de saberes e intereses interdisciplinarios de tres docentes que le dieron cuerpo a la “Medicina Narrativa” en Javeriana.

En enero del año 2011, surge la Revista Medicina Narrativa⁴ logrando la creación de la asignatura con el mismo nombre, ofertándose en sus inicios como electiva y posteriormente como propia del énfasis de clínicas médicas de la Carrera de Medicina, cambio que ha sido muy positivo y que ha afianzado el proyecto en la formación médica (aproximadamente entre el 90 al 95% de los estudiantes de medicina eligen el énfasis de clínicas médicas como primera opción)⁵.

Con la experiencia de más de cinco años de impartir la asignatura y con más de 11 publicaciones de la revista en los seis últimos años, hemos identificado un gran potencial pedagógico para la formación de profesionales de la salud; muchos de ellos se hacen evidentes en la interacción del profesional con sus pacientes y sus familias, dado que observamos que se incrementa la sensibilidad de manera profunda, haciendo su intervención clínica y/o terapéutica humana, logrando enfatizar en la construcción de relaciones con perspectiva empática; y a la vez y éste es un punto que queremos destacar, le permite al estudiante (y por supuesto al profesional titulado⁶) reflexionar, comprender e interiorizar aspectos de su propia vida, sus concepciones y sus formas de relación frente a los procesos de salud y enfermedad, el dolor y la muerte, facilitándole su proceso de adaptación al mundo médico

⁴ ISSN 2027-7636, versión online en ISSUU y en el en el OJS de la Javeriana Cali: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/medicinanarrativa>

⁵ La Carrera de Medicina tiene además énfasis en Salud Pública y en Ciencias Básicas.

⁶ Hacemos referencia a profesionales de las áreas de la salud.

y aportándole al fortalecimiento de la resiliencia necesaria para poder afrontar, por razón de su vocación, la vulnerabilidad y el dolor humano.

“...el ejercicio de narrar la propia enfermedad, el duelo y la pérdida, facilita que el joven médico vuelva sobre sí mismo, como ser humano interactuante; incluso, las realidades humanas, propias de la clínica, hacen innegable la expresión de la Dra. Charon, cuando al respecto, señala: “La transformación que sufrimos es tan profunda al estar cuidando a gente enferma y moribunda, que no podemos pasarla por alto”... ¿Qué hacer con todo eso que se “acumula” en el interior de los médicos y el personal de salud en general? ¿Qué hacer con la frustración ante el primer paciente que fallece, en ocasiones, literalmente en “las manos del médico”? ¿Qué hacer con el dolor de la familia que perdió a su ser querido, y aún, con el recuerdo de su propia pérdida? Pues bien, la narrativa médica tiene componentes catárticos y abre infinitas posibilidades de trabajo terapéutico con los médicos y los pacientes”⁷.

Trabajar desde la perspectiva narrativa ayuda a interpretar y en algunos casos a resignificar todos aquellos momentos y situaciones que impactan al profesional de la salud, frente a todas las experiencias y circunstancias que rodean el ambiente clínico, la “catarsis narrativa” aporta grandemente a la salud mental del profesional de la salud, de sus pacientes y familias. “Dado que no podemos conocer la realidad objetiva, todo conocimiento requiere un acto de interpretación” (White, M. Eptson, D. 1980 siguiendo a Bateson 1972)⁸

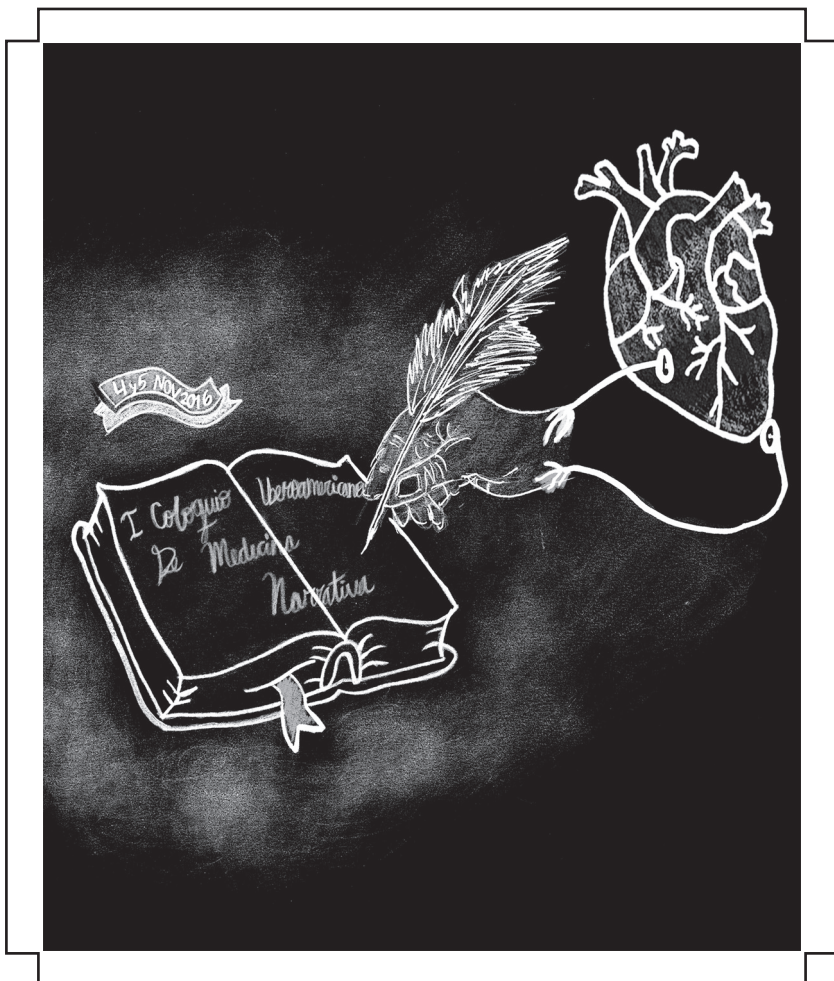
⁷ Mora, Flórez, Rovetto. Revista Estudios, (31), II 2015, 1-14. La narrativa médica, una herramienta que humaniza. San José: Universidad de Costa Rica:

⁸ White, M. Eptson, D. (1993) Medios Narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Editorial Paidós

Cómo interpreta el personal de salud las realidades humanas de la clínica y cómo éstas interpretaciones movilizan las interacciones humanas, necesariamente influyen en la manera en que los pacientes y sus familias viven su paso por la institución, y es aquí donde la interacción clínica puede ser transformada para nuevas concepciones de intervención desde una perspectiva de la dignidad humana y de resignificación del dolor y la pérdida; aquí viene a bien la expresión de la doctora Charon, reforzándose la medicina narrativa como uno de esos caminos.

Entre los distintos tópicos que hemos abordado en la asignatura para nutrir la experiencia y aportar los textos de la revista tenemos: la vocación médica, relatos de enfermedad y de muerte, cine y narrativas, prosa diversa, de la A la Z, la escritura por vocales, escena por escena (construir el diálogo), narrar la imagen, el tachón (la importancia de la tachadura), narrativas a partir de una inmersión (Fordham y San Francisco), la escritura a dos y tres manos, entre otros.

Estamos convencidos que son múltiples las posibilidades de la medicina narrativa en procesos de formación médica, desde la persona que se forma para servir a una sociedad cada vez más enferma y medicalizada, hasta la redefinición de la manera en que se da la interacción médico-paciente, lo que nos señala nuevos caminos para formar médicos y médicas que respondan a lo que esperan los pacientes: un trato humano y cordial, mediado por un acertado criterio clínico.



I Coloquio Iberoamericano de Medicina Narrativa

*“De una orilla a la otra
–de la existencia a la escritura, del pasado al presente,
de lo vivido al relato de la vida–,
el escritor traza el camino que une los dos puntos,
dos instantes, dos lugares, dos seres,
dos universos, dos manifestaciones de la presencia en el mundo”*

Miraux, Jean-Philippe
La autobiografía. Las escrituras del yo.

Introducción

La Pontificia Universidad Javeriana-Cali convocó el I Coloquio Iberoamericano de Medicina Narrativa, que se realizó en Cali (Colombia), los días 4 y 5 de noviembre de 2016.

El I Coloquio Iberoamericano de Medicina Narrativa tuvo como propósito esencial destacar la importancia de la narrativa en el ejercicio médico y fomentar el diálogo entre profesionales de distintos campos de la salud, sobre las diversas relaciones entre la literatura y la medicina. Los invitados internacionales, el Dr. Carlos Presman (Argentina), la escritora Ana Cristina Rossi (Costa Rica), el Dr. Francisco Javier Barbado (España), el Dr. Laureano Quintero (Colombia), y diversos ponentes nacionales e internacionales, presentaron sus aportes sobre la narrativa y su incidencia en la práctica de la medicina.

El I Coloquio Iberoamericano de Medicina Narrativa contó con la participación de 600 personas, aproximadamente, entre estas un gran número de estudiantes y profesores universitarios de la región y del país, vinculados a programas de Medicina, Literatura,

Psicología, Sociología, Trabajo Social, Historia, Ciencias políticas, Artes y Filosofía, entre otras disciplinas.

El comité organizador del Coloquio propuso los siguientes ejes temáticos:

La historia clínica: una narrativa integral;

La medicina y la literatura: una relación debida;

La enfermedad en las obras literarias; la medicina narrativa: una herramienta que humaniza;

La ciencia y las humanidades: una historia común;

La escritura en el ejercicio médico y la escritura como proceso terapéutico, experiencias y avances.

Esta experiencia de diálogo entre universidades, centros de investigación, clínicas, hospitales y espacios de formación de los médicos y personal de la salud, permite conformar una red de investigadores de alcance nacional e internacional ya que la medicina narrativa es un formidable campo de investigación que posibilita conocer a profundidad, aspectos esenciales del cuidado de la salud y la enfermedad: especialmente porque estos procesos suponen diálogos de narrativas y a su vez, conforman la delicada red de las relaciones médico-paciente. Como bien señala el Dr. Presman en el prólogo de su libro *Letra de Médico*¹ “el eje es la preocupación por la salud, sostenida en un elemento esencial: la equidad entre los individuos”; después de todo, en palabras de Sontag “A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar”².

¹ Presman, Carlos. *Letra de Médico*. Historias de salud. Raiz de Dos Editorial. Córdoba. Argentina. 2013.

² Sontag, Susan. *La enfermedad y sus metáforas*. De Bolsillo. Barcelona. 2013.

En consecuencia, la narrativa aquí expuesta representa el deseo de investigación de un grandioso grupo de profesionales procedentes de distintas disciplinas, en actitud de escucha, atentos a la estrecha relación entre el acto de curar y narrar tanto en la vida como en los procesos de enfermedad. Sobre la escucha, el filósofo Joan-Carles Mèlich se pregunta ¿por qué en lugar de pasarnos la vida pensando cómo definir no nos dedicamos a escuchar lo que el otro nos pide?

Vale agregar que la escucha es parte esencial de la medicina narrativa, al igual que la empatía o facultad de “ponerse en los zapatos del otro”, como reza la expresión popular. La anamnesis o primera conversación con el enfermo es la puerta que se abre hacia el conocimiento del enfermo y su enfermedad. Así, *antes que el médico empiece a percibir, antes de que explore, percuta y ausculte, escucha una historia*³, es decir, un relato que va configurando la historia clínica en ese paciente, único y singular.

Para Mèlich, la empatía proviene del contagio emocional que consiste en ponerse en el lugar del otro, y pensar que su alegría o sufrimiento, podrían ser los nuestros. Sin embargo, agrega, no es suficiente la empatía si no va acompañada de la compasión que implica ponerse del lado del que sufre para acompañarlo en su dolor. Quien tiene compasión, le duele ver al otro sufriendo y acude entonces para ayudarlo, curar o sanar el sufrimiento.

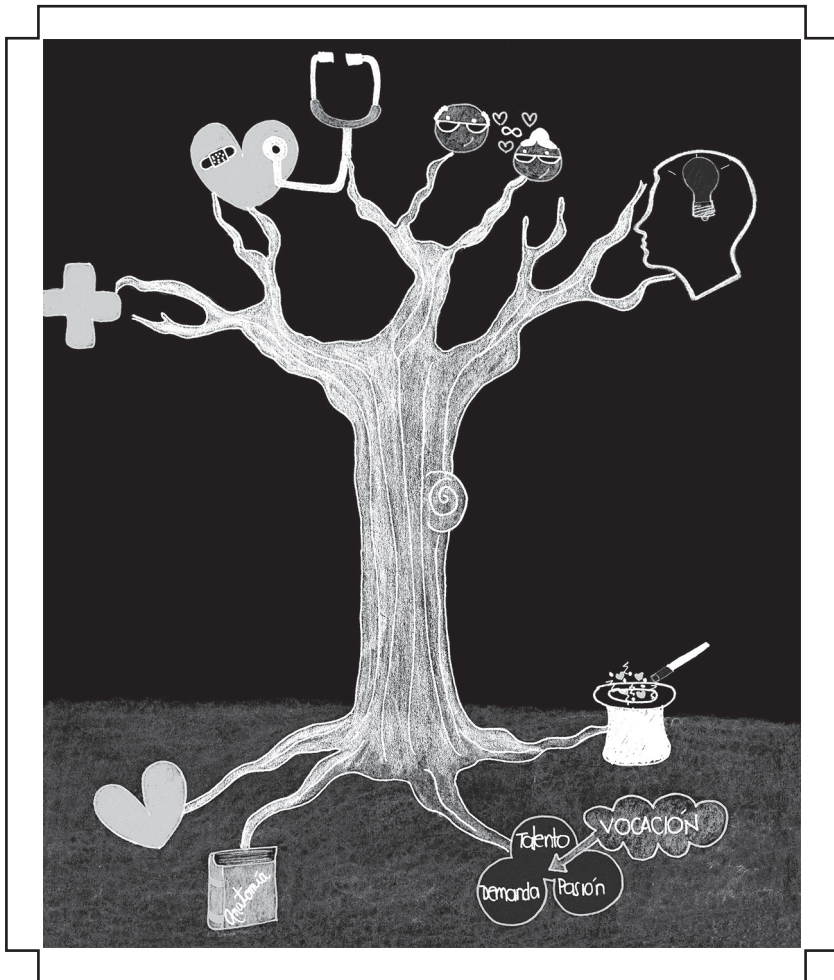
Los textos reunidos en esta doceava edición de la revista Medicina Narrativa, dan cuenta de la preocupación de todos por provocar y asegurar una relación médico-paciente, empática, plena de humanidad. Nuestra gratitud inmensa para aquellos que han escrito con dedicación las ponencias de este Coloquio esperanzador que

³ Szczeklik, Andrzej. *Catarsis*. Acentilado. Barcelona. 2010.

crea la ocasión para el florecimiento de la medicina narrativa en los programas de formación de médicos y personal de la salud. Porque narrar hace parte de lo humano y narrar en medicina es ejercitar esa peculiar condición de humanidad que nos impele a buscar en el relato, la empatía y la compasión, y el ejercicio de la reconciliación.

Hay cosas que no pueden decirse -dice María Zambrano. Y lo que no puede decirse, se tiene que escribir: las palabras van así cayendo, precisas, en un proceso de reconciliación de quien las suelta reteniéndolas, de quien las dice en comedia generosidad.

Florencia Mora Anto



Medicina y literatura: una relación debida

Luces en la noche del cerebro¹

Una hipótesis sobre la creación artística

Cristina Eugenia Valcke Valbuena

Profesora Asociada
Escuela de Estudios Literarios
Universidad del Valle

Dos luces se colaron en la misma semana para ayudarme a iniciar la andadura de esta reflexión. Ambas fueron traídas por mi hija de nueve años, ambas llegaron antes de iniciar el ritual cotidiano de apagar lámparas. La primera fue un cuento que insistió en leer a pesar de que me encontraba ocupada con los últimos asuntos del día. Al ceder ante su obstinada determinación, por la voz de mi hija cobró vida la historia de un señor atemporal, un hombre de la tierra que aborrecía la noche por sustraer con su presencia la luz y los colores, por eso el hombrecillo decidió subir la montaña y enfrentar a la usurpadora cuando ella iniciaba la ronda. La noche honesta y humilde reveló tener conciencia de que la luz se ocultaba tras ella pero también declaró su impotencia para remediarlo. Al llegar la nueva oscuridad, el inconforme señor escaló de nuevo la montaña y cuando estaba en la cima, abrió con sus dedos uno

¹ El presente ensayo corresponde a un avance de mi investigación titulada *¿Quién dijo cerebro, género y creación artística?*, registrada en la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Valle.

y otro y muchos orificios en el toldo sombrío... *La noche de las estrellas* es el título del hermoso cuento de Douglas Gutiérrez y Verónica Uribe que, esa vez, mi hija me regaló antes de irnos a dormir.

Pocos días después, más o menos a la misma hora, desde el cuarto contiguo me lanzó un desafío, preguntó si entre todo lo que he leído sobre el cerebro, no aprendí algo acerca de lo que sucede con la memoria en la noche... Quise saber sobre su interés y dije estar casi segura de que nuestra memoria disminuye al anochecer, no pudo o no quiso explicarme de dónde viene tal idea, yo solo hice la promesa de investigar, pero su pregunta extrañamente se juntó con la historia de la otra noche, y fueron dos luces que se unieron para señalar un destino, una ruta de pensamiento, confusa, sinuosa pero potente. Desde entonces se apoderó de mí la sensación inquietante de acercarme a un misterio quizás irresoluble pero al que ya no podía darle la espalda, la cuestión de la que debía ocuparme cristaliza en la siguiente hipótesis:

El acto de creación artística semeja la expansión de un toldo oscuro sobre el cableado neuronal de la memoria, una extraña interrupción en la respuesta de varios circuitos de neuronas espejo y el artista, como el hombrecillo de la historia, lo que hace es rasgar la noche para afianzar el yo en el cuerpo y otorgarle coherencia al caos del mundo, el artista revela para el foro la metáfora de un orden que construye en la intersección entre el mundo interior y la realidad externa.

Durante la Primera Guerra Mundial, fueron ejecutados 306 soldados ingleses bajo el cargo de “cobardía”, muchos de ellos en un primer momento acudieron de manera voluntaria a defender su país, pero luego de participar en las siniestras escenas de los enfrentamientos, todos, al ser requeridos por sus superiores,

rehusaron volver al Frente. Transcurrido casi un siglo, en el año 2006, el gobierno británico decidió anunciar el perdón para estas víctimas de la guerra², a quienes reconoció como personas afectadas con síndrome de estrés postraumático (EPT). El desconocimiento de esta patología impidió a los miembros del Consejo de guerra de ese momento, distinguir entre un acto voluntario y una respuesta instintiva, un simple acto reflejo de retirada. Los soldados implicados eran seres incapaces de olvidar o quizás sería más ajustado señalar que no tenían la capacidad de recordar. La actividad de la amígdala impulsada por la noradrenalina impedía el establecimiento de coordenadas espacio-temporales para disociar las imágenes impresas en la memoria de las imágenes en acto. Estos soldados no salieron nunca del campo de batalla, su negativa a “volver” era el impulso innato de esquivar la muerte, el amague indispensable para evitar las descargas enemigas, tal vez no se dieron cuenta de que los abatía su propio ejército, quizá, después de todo, murieron en combate convencidos de que ofrecían su vida por la patria.

La capacidad de tener acceso a nuestro pasado de forma consciente, de establecer el límite entre lo vivido y la experiencia actual, entre recuerdo y acción es tan activa y, vaya paradoja, tan inconsciente que nos parece inevitable, la percibimos como un rasgo de ordenamiento natural. No obstante, existen muchas situaciones que pueden alterar tanto ese límite como la capacidad misma de recordar, algunas pueden ser naturales como el sueño, otras accidentales o genéticas como las lesiones cerebrales o la exposición a experiencias límites, como las batallas de la Primera Guerra Mundial que provocaron traumas en los soldados. Tales situaciones de alteración de la memoria también pueden ser

² Sería más justo en virtud de un ejercicio de responsabilidad histórica, pedir perdón a la sociedad en memoria de los soldados ejecutados y de las familias afectadas, bajo las cuales recayó el estigma de cobardes.

provocadas de modo intencional por el consumo de enteógenos, o por estimulación magnética transcraneal como la realizada en varios experimentos científicos³, o a través de prácticas de meditación.

Hubo un tiempo en el cual los poetas fueron considerados entidades *mediúmnicas*, seres capaces de transcribir el dictado divino, por eso no figuraban entre los artistas liberales, menos entre los artistas mecánicos, su condición no era la de hombres que practicaban una *tejne* sino la de iniciados.

Largo fue el proceso de desencantamiento que sufrieron a través de los siglos y larga también la caída de sus obras, de ser portadoras de la palabra sagrada a reproducir la voz de seres marginales, de la revelación a la rebeldía muchos metros, tonos y ritmos recorrieron los poetas. A pesar de la pérdida del paraíso –no obstante la aceptación gozosa de ellos mismos de pertenecer al mundo de los placeres y de las pasiones terrenales, pese a la celebración de lo vano, lo transitorio, lo superfluo–, nunca logró borrarse totalmente de la memoria la huella de un pasado noble, de un ascendente celestial. Mientras el poeta descendía de las esferas supra-lunares hasta ingresar en la categoría de artista –me temo que el declive continuó–, el halo místico de su antigua dignidad alcanzó las mentes de los demás hombres dedicados a las *Bellas Artes*, así por una especie de contagio, todo acto de creación artística quedó envuelto en un ámbito misterioso, instalado en una zona liminal entre lo divino y lo humano, o mejor entre la razón y la locura.

³ La aplicación de la EMT para la investigación neurológica han sido descritos por Marco Iacobini en su libro *Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, o de como entendemos a los otros*, Madrid, Katz, (2009) 2012.

Inspiración, trance, éxtasis, automatismo psíquico... Sin importar el nombre que se lo otorgue al estado mental propiciatorio de la creación artística, la idea que subyace es que ese instante demiúrgico activa zonas del cerebro que en la cotidianidad parecen bloqueadas. Pero lejos de convertirse en una etiología del arte, esta antigua creencia extiende un abanico de interrogantes; quizás resulten los más evidentes: ¿cuáles son esas zonas que se activan?, ¿cómo logra el artista acceder a las zonas prohibidas?, ¿existe alguna condición genética que otorgue a los artistas esa llave mágica a la cuarta dimensión?

Me figuro el cerebro semejante al panel central del Tríptico del *Jardín de las delicias* del Bosco, un enjambre de relaciones las cuales desde lejos aparentan el gran caos, la orgia perpetua. Sin embargo, desde los lóbulos frontales que supondría el plano inferior hasta la región azul en la que se pierde el último plano, antójase el cerebelo, el Bosco disemina miles de detalles como neuronas que tienden sus largos axones y crean circuitos, los cuales se activan con los disparos sinápticos provocados por cada potencial simbólico. Pero una pintura, como cualquier obra de arte, se anima según la capacidad de lectura del espectador y sucede que el artista flamenco prefiguró mapas de referentes culturales tan vastos y complejos a los que, además, se sumaron siglos de re-significaciones, que de un modo emblemático en su obra, pese a la exposición continua a la crítica erudita, para que alguien logre encender un circuito simbólico, muchos otros en ese enorme *jardín* deben continuar en estado de potencia, incluso, en ese preciso momento interpretativo, parecerán desarmarse o desaparecer en la oscuridad.

Del mismo modo, el artista en el instante de su creación deberá inhabilitar algunos circuitos neuronales que presentan mucha actividad durante la vigilia cotidiana mientras una nueva

constelación de circuitos se ilumina. Cuando, a propósito del descubrimiento de la participación de las neuronas espejo en las relaciones empáticas, leo sobre varios experimentos realizados con personas autistas, tengo la sensación de que durante el acto creador, artistas y autistas tienen un funcionamiento cerebral semejante. El neurólogo e investigador Vilayanur S. Ramachandran dice:

Cuando una persona normal mira a otra que lleva a cabo una acción –pongamos apretar una pelota de tenis con la mano–, los músculos de su propia mano registran un pequeño aumento en la “cháchara” eléctrica (...) El sistema motor del individuo simula automáticamente la acción percibida, pero elimina al mismo tiempo la señal motora espinal para que no sea llevada a cabo –y aun así un minúsculo hilillo de la orden motora suprimida consigue escaparse y llegar a los músculos–. Esto es lo que pasa en los individuos normales. Sin embargo, los autistas no mostraban señal alguna de aumento de potenciales musculares mientras miraban la ejecución de acciones. Sus neuronas espejo habían desaparecido en combate. (2012:207)

Quizás parezca un oxímoron pensar el arte –que tantos autores, desde Aristóteles y Platón hasta Auerbach, han inscrito en “el estadio del espejo”⁴–, como producto de una falla en la capacidad reflexiva de la neuronas de nuestro cerebro especializadas en la simulación y sin embargo, la descripción que los mismos artistas hacen de ese momento me induce a pensar que el acto demiúrgico atraviesa varios estadios, los cuales van y vienen y se solapan como olas en la alta mar del cerebro pero, que, invariablemente, el instante inicial es esa suspensión temporal de las neuronas espejo.

⁴ Concepto acuñado por el historiador y crítico de arte rumano, Victor I. Stoichita en su libro *Breve historia de la sombra*

En varias de sus cartas a Felice, Franz Kafka fusiona escritura y muerte:

Para escribir necesito apartarme, “no como un ermitaño”, eso no sería suficiente, sino como un muerto. En este sentido escribir es un sueño más profundo, es decir: muerte, y de igual modo que a un muerto no se le saca ni se le puede sacar de la tumba, tampoco a mí de mi escritorio durante la noche (Carta del 27, VI, 1913)

La distinción entre ermitaño y muerto remarca la intensidad del aislamiento, pero va más allá, mientras el primero aún conserva la percepción sensorial, el segundo vive la nulidad de su entorno y de sí mismo. Desde luego las palabras de Kafka contienen una dimensión metafórica y sabemos que no refieren el fin de la homeostasis, su esfuerzo es describir la experiencia de clausura de los sentidos, la interrupción necesaria del sistema de retroalimentación entre el individuo y su mundo.

La disfunción de las neuronas espejo en los autistas ha sido probada por varios científicos, el equipo de San Diego, encabezado por Ramachandran dio la primicia en la reunión anual de la Sociedad de Neurociencia en el año 2000, en el 2001 el equipo de Justin Williams en Escocia lo corroboró y en 2005 también el grupo de Hugo Théoret en Montreal; desde el primer momento hasta ahora se han hecho muchos experimentos para conocer más sobre la naturaleza de este trastorno y otorgar nuevos elementos, útiles a la orientación terapéutica. Entre los rasgos más inquietantes del comportamiento de las personas autistas figuran el balanceo y la autoestimulación somática, ésta última en ocasiones se convierte en una dolorosa cascada de golpes infligidos sobre sí mismos. Acerca de la relación de los rasgos mencionados con el trastorno de las neuronas espejo, los científicos investigan y logran importantes desarrollos.

Cuenta Ramachandran que junto a su grupo de San Diego, en el marco del estudio realizado sobre la visión, fue probada la “teoría del paisaje prominente”, la cual consiste en el reconocimiento de que la amígdala, “puerta de entrada al núcleo emocional del cerebro” (2012: 214), realiza una estricta vigilancia para determinar si lo que vemos es algo por lo que vale la pena emocionarse y si este es el caso, entonces envía la señal al hipotálamo para que active el sistema nervioso autónomo en proporción al nivel de excitación que el estímulo visual merece. Así pues, esta pequeña centinela cerebral crea un paisaje de prominencias de nuestro mundo, un mapa lleno de picos y depresiones que nos permite esquivar el peligro, reconocer el refugio o continuar sin sobresaltos la aventura de estar vivos.

A partir de esta teoría, el equipo de investigación se preguntó si en los pacientes autistas el “paisaje prominente” estaría distorsionado, de modo que objetos y asuntos triviales formaran picos mientras estímulos destacados como el rostro de los padres quedarán excluidos del paisaje. La prueba realizada con la medición de la resistencia eléctrica de la piel, llamada respuesta galvánica de la piel, corroboró la sospecha y abrió nuevos caminos de interpretación.

El proceso de la visión humana es muy complejo, los neurocientíficos hablan de flujos de estímulos que corren en distintas vías y explican las funciones o significados de las rutas en nuestra percepción del entorno. El flujo que corresponde a la respuesta emocional sobre los objetos, denominado por Ramachandran como vía visual 3, al llegar a la amígdala también pasa por el surco temporal y éste, al igual que la zona vecina, la ínsula, tiene muchas neuronas espejo. Ya varios experimentos realizados por distintos investigadores, habían mostrado que en la ínsula las neuronas espejo están implicadas en las emociones

empáticas, de modo que los datos obtenidos en la prueba arrojan indicios positivos sobre la relación de la disfunción de las neuronas espejo con el “paisaje prominente” distorsionado en los autistas y con las dificultades de estas personas para establecer vínculos sociales.

El resultado genera otras sospechas y da luces para la formulación de nuevas hipótesis. Desde la perspectiva de la relación entre autistas y artistas, la que me resulta más sugestiva es aquella que plantea la distorsión del paisaje prominente y la dificultad empática como origen de las autoestimulaciones vestibulares y somáticas:

...nuestra sensación de ser un yo integrado y encarnado parece depender decisivamente de la “reverberación” de acá para allá, tipo eco, entre el cerebro y el resto del cuerpo –y de hecho, gracias a la empatía, entre el yo y los demás–. Ciertas mezclas indiscriminadas de las conexiones entre áreas sensoriales de alto nivel y la amígdala, y las distorsiones del paisaje prominente de uno, pueden, como parte del mismo proceso, causar una pérdida de este sentido de personificación –de ser un yo distinto, afianzado en un cuerpo e incrustado en una sociedad–. Quizás la autoestimulación somática es el intento de ciertos niños de recuperar su personificación restableciendo e intensificando las interacciones cuerpo-cerebro y atenuando al mismo tiempo señales falsamente amplificadas (Ramachandran, 2012:218).

En abril de 2015, con apenas siete años, mi hija fue sometida a una craneotomía para researle una masa localizada en el lóbulo frontal derecho. Del primer síntoma al momento de la intervención transcurrió una semana, antes de esto Martina había presentado cambios en el comportamiento que advertí como una oleada de desobediencia y frenesí propios de la infancia,

luego vino el dolor de cabeza junto con un dramático cambio de ritmo, sus respuestas se volvieron tardías, cada palabra antes de ser pronunciada era dibujada en el aire por el dedo índice de su mano derecha, la niña presentaba notorio ausentismo, una suerte de indiferencia pasmosa. De ahí al instante de la cirugía el deterioro fue veloz, al entrar al quirófano solo un milagro podría salvarla, así me lo hizo saber la anesthesióloga, quien además me advirtió que de sobrevivir quedaría en vida vegetativa pues según mostraban las imágenes de la última tomografía, buena parte del cerebro estaba necrótico y había una importante hemorragia. Pero el milagro ocurrió, terminada la cirugía, antes de ser trasladada a la unidad de cuidados intensivos, la niña abrió los ojos y cuando una enfermera le preguntó si sabía que Dios la amaba, ella asintió. Los cinco días en la UCI pediátrica estuvieron rodeados de un silencio infranqueable, Martina tenía la mirada dura, inexpresiva, nada lograba sacarla de esa burbuja de horror.

El sábado 11 de abril, en las horas de la noche regresamos a casa, al día siguiente, todavía silenciosa, mi hija pidió que le diera papel y lápiz y que la llevara a la mesa del comedor, entonces empezó a dibujar, dibujaba historias extrañas, cargadas de símbolos, en sus dibujos se libraba la batalla entre la vida y la muerte. Esta compulsión duró alrededor de dos semanas pero poco a poco mientras avanzaban sus líneas, se reconstruía la niña, volvía al hogar la hija que parecía haberse perdido en un pasaje oscuro de esa Semana Santa. Desde luego reconozco que Martina es una niña y que sus dibujos, aunque reflejen aptitudes artísticas, no son obras de arte, pero el recurso espontáneo de la expresión, ahora sí, artística, como forma de autosanación y de recomposición del yo, luego de regresar de la muerte todavía con ella pegada al cuerpo, me resulta elocuente sobre lo que ocurre en el momento de la creación artística y mucho más a la luz de las palabras de Ramachandran.

Aunque varios artistas tienen en sus historias clínicas registros de enfermedades cerebrales, como la epilepsia de Edgar Allan Poe o de Fiodor Dostoievski, o el trastorno bipolar de Virginia Woolf, de Sylvia Plath y de Vincet Van Gogh, o la enfermedad de Pick que sufrió Maurice Ravel, no es posible afirmar que el padecimiento de una enfermedad neurológica sea condición del creador de arte. Si bien algunos investigadores realizan estudios valiosos en los cuales relacionan diagnósticos clínicos de grandes artistas con características muy particulares de sus obras, como el publicado por la Universidad Nacional de Colombia en el año 2011, titulado *Neurociencias en el arte*, también es cierto que existen muchos artistas sin ningún antecedente de enfermedad cerebral en su biografía. No obstante, mi hipótesis sí plantea el evento de una disfunción, de un trastorno del funcionamiento de varios circuitos de neuronas espejo en el momento preciso de la creación, una alteración que los mismos artistas parecen intuir cuando recrean esos episodios.

El poeta francés Rene Char dice en su poema *Tenemos*:

Nuestra palabra, en archipiélago os ofrece –tras el dolor y el desastre– fresas que trae de las landas de la muerte, así como sus dedos calientes por haberlas buscado.

Tiranías sin delta, nunca iluminadas por el mediodía, para vosotras somos el día envejecido; pero ignoráis que también somos el ojo voraz –aunque velado– del origen.

Crear un poema es tomar posesión de un más allá nupcial que se encuentra muy dentro de esta vida, muy ligado a ella, y sin embargo próximo a las urnas de la muerte. (Char, 2007: 166-167)⁵

⁵ Nous Avons

Notre parole, en archipel, vous offre, après la douleur et le désastre, des fraises qu'elle rapporte des landes de la mort, ainsi que ses doigts chauds de les avoir cherchées.

En medio de poderosas imágenes el poeta menciona la entrada en la muerte, ecos del mito de Orfeo parecen aletear en el archipiélago de sus palabras, la voz poética señala el descenso a las landas del inframundo pero esta vez Eurídice resucita, el cantor trae las fresas silvestres y los dedos calientes, ha rozado el misterio, ha traído vida de la muerte. Sin embargo, el regreso no está exento de castigo, otro mito susurra la sentencia, es la historia de Perséfone, la bella joven igual que el poeta logra salir del reino de Hades pero al haber probado de sus frutos, queda condenada a un eterno retorno, así también el artista mientras sea, no tendrá más remedio que ir de la luz a la sombra una y otra vez para recoger la cosecha prohibida.

El mito de Perséfone contiene dos versiones sobre la naturaleza del pecado cometido por la hija de Deméter. La primera señala la inocencia de la joven, quien engañada por Hades habría probado la granada, la segunda versión que la inculpa proviene de Ascálafo: en el preciso momento en que Perséfone iba a salir del inframundo, él denunció haber visto a la bella cautiva cuando libremente llevaba a su boca un gajo de la fruta.

Si Perséfone representa en esta propuesta de lectura al artista, éste debe ser ubicado en la segunda situación, su descenso al reino oscuro lleva el propósito de hurtar los frutos, pues una vez en presencia de esa otra realidad, el artista no desea renunciar al privilegio de habitar dos mundos.

Tyrannies sans delta. que midi jamais n'illumine, pour vous nous sommes le jour vieilli; mais vous ignorez que nous sommes aussi l'œil vorace, bien que voilé, de l'origine.

Faire un poème, c'est prendre possession d'un au-delà nuptial qui se trouve bien dans cette vie, très rattaché à elle, et cependant à proximité des urnes de la mort. (Fragmento del poema en el libro *La palabra en archipiélago/ La Parole en archipel*)

Antes, al hablar de la realidad en la que estaban atrapados los soldados ingleses que fueron condenados por cobardes, mencioné que existen formas intencionales de perder la capacidad de recordar y también el límite entre lo vívido y la experiencia en acto. Pues todavía es posible ir más allá en nuestras búsquedas y disolvernó, perder adrede ese eco en que reverbera el yo, para entrar en la no conciencia. El profesor Francisco José Rubia, en su libro *La Conexión Divina* se ocupa de la base neurobiológica de la experiencia mística, su estudio revisa las técnicas empleadas para conseguir el éxtasis por parte de chamanes, iniciados o místicos, sujetos especializados en la disolución de los contornos del ser:

... existen dos tipos de realidad, a saber, la realidad a la que estamos acostumbrados y otro plano distinto al que se accede con determinadas técnicas o, en casos aislados, de forma espontánea pero que por esa razón es mucho menos frecuente. (Rubia, 2003:45)

Esta segunda realidad que es la del éxtasis, tiene una base neurológica y es tan real como la otra, pues como aquélla responde a la activación de estructuras cerebrales, aunque desde luego no son las mismas con las que percibimos la primera, la cotidiana.

Las técnicas para alcanzar la experiencia mística son pasivas, activas y por consumo de sustancias enteógenas, el uso de drogas en rituales religiosos acompaña a la humanidad desde tiempos primigenios. Estas sustancias modifican la química cerebral y aumentan la intensidad de las percepciones, provocan alucinaciones de tipo auditivo, olfativo o síntomas de despersonalización, modifican la imagen corporal y pueden llevar a experimentar profundo bienestar pero también visiones aterradoras.

Las técnicas pasivas o negativas consisten en la privación bien sea de alimentos, o del sueño, o la privación sensorial; también incluyen el manejo voluntario de la respiración. Todas estas técnicas, explica el profesor Rubia, tratan de apartar de la mente los pensamientos para que la atención no tenga ningún objeto de concentración. Esa limpieza de la mente bloquea las aferencias sensoriales al sistema límbico o emocional y cuando este bloqueo llega al máximo se produce un desbordamiento que deriva en una excitación de la amígdala, la cual activa el sistema de hiper-alerta y confiere así carácter emocional a los estímulos externos en lo que sería el trance extático.

Las técnicas activas del éxtasis utilizan la focalización en una figura, un objeto, un sonido; emplean la danza, los movimientos iterativos, la estimulación visual repetida, el sonido rítmico de tambores, de instrumentos de percusión. Por la vía de la activación del sistema nervioso simpático se llega al mismo efecto:

Los estímulos serían activadores y no inhibidores (...) entre el hipocampo, la amígdala y el área de asociación dedicada a la orientación se establecería un circuito excitatorio que se reforzaría a medida que aumenta la concentración del individuo sobre el objeto. Llegado un momento de gran excitación, las regiones encargadas de la alerta en el hipotálamo llegarían a desbordarse y se produciría un estado de tranquilidad profunda con la experiencia extática (Rubia, 2003:180)

Según pues la explicación de Francisco José Rubia, la puerta de entrada a la segunda realidad es siempre la desafrentación sensorial, en las técnicas pasivas a través de la supresión directa de los estímulos y en las activas, a causa del desbordamiento que produciría, de modo indirecto, el mismo estado de bloqueo.

Ahora bien, si en nuestra interacción con los otros y con el entorno los circuitos de neuronas espejo cumplen la decisiva función de dotarnos de un completo sistema de simulación, si en la ínsula –que según demostraron experimentos como los realizados por Marco Iacobini y su equipo de la UCLA⁶– se conectan las neuronas espejo al sistema límbico, y si es el sistema límbico el promotor de la experiencia extática, me aventuro a formular que la acción cardinal del bloqueo sucede justamente sobre el sistema de neuronas espejo y que este evento disfuncional es la llave que provoca la pérdida temporal de un mundo y el acceso a otro.

El hombre místico, a través de distintos recursos alcanza la modificación transitoria de varias estructuras cerebrales para cruzar la frontera hacia la otra dimensión, en este trance accede a condiciones arcanas, como la “paradoxicidad, es decir la superación de las dualidades, entre ellas la que separa el “yo” del mundo.” (Rubia, 2003:179)

Al volver al poema de René Char, encontramos que el acceso a la segunda realidad tiene como condición la muerte, la cual aparece además como principio de vida, no hay contradicción en la experiencia, sólo surge al nombrarla para la mente del lector, pero el poeta no la padece, él vive y celebra las nupcias de los contrarios.

Vincent Van Gogh en una carta a su hermano Théo le dice:

Al pintor su trabajo le cuesta el desvanecimiento de su personalidad (1998:235. Carta 514).

⁶ En Espejos empáticos, un apartado del capítulo IV, del libro Las neuronas espejo (pp.118-122), Iacobini cuenta los experimentos que probaron la hipótesis de que la ínsula es la vía anatómica que conecta las áreas donde están las neuronas espejo con el sistema límbico.

Y un poco después en la misma carta:

...más me vuelvo disipado, enfermo, cántaro quebrado, más artista me vuelvo yo también. (Van Gogh, 1998:235, Carta 514).

Las semejanzas que hay en las descripciones del acceso a la vivencia extática y en la percepción de los artistas del instante demiúrgico, muestran que ambas parten del mismo principio que podríamos llamar neurológico y también metafísico, en un sentido etimológico, pues esta realidad no puede ser tocada con los sentidos. La cercanía en los modos de operar del místico y el poeta quizás fuera la causa de que en la antigüedad se le percibiera como mensajero de los dioses.

Rubia explica que en determinadas circunstancias históricas el ser humano ha vivido más en esa realidad, es el caso de los llamados pueblos ágrafos, los cuales, según especialistas, como el antropólogo Lévy-Bruhl, poseen mentalidad mística.

Al mirar desde una perspectiva neurofisiológica la existencia de una mentalidad distinta a la moderna, capaz de permanecer situada en aquella dimensión que en nuestro tiempo sólo parece alcanzarse en momentos excepcionales y a través del ejercicio de técnicas muy precisas, el estudioso de *La conexión divina* revisa los planteamientos de autores que abordan este binomio mental desde distintos enfoques disciplinarios, el mismo Lévy-Bruhl o el filósofo e historiador de religiones Mircea Eliade, o Freud y Jung desde el psicoanálisis, o el filósofo Georges Gusdorf, o los sociólogos Émile Durkheim y Remo Cantoni, entre otros, quienes a pesar de reconocer profundas diferencias entre las dos mentalidades y de coincidir en la idea de que una enfatiza el pensamiento emocional y participacionista y la otra, el pensamiento lógico-experiencial, comprenden que la mente

moderna convive con la denominada arcaica, primitiva, o de los pueblos ágrafos⁷, que no se trata de la superación de la primera en la segunda sino de una connivencia, aunque sea evidente que el peso de la acción en la mente del hombre moderno fue desplazado hacia su capacidad analítica. En la misma línea, Rubia asevera que la mentalidad primitiva procede de una parte del cerebro que sigue activa y que “forma parte de estructuras que han dado origen a experiencias y conductas humanas sin las cuales difícilmente podríamos identificarnos como seres humanos” (Rubia, 2003:55).

Si el cerebro del artista como el del místico logran bloquear una dimensión de lo real para entrar en otra, es posible pensar que esta nueva dimensión proviene de aquella parte del cerebro que continua activa, que su naturaleza se afianza en estructuras arcaicas que provienen del sistema límbico, un sistema que se desarrolló mucho antes que la corteza cerebral, en esa región de nuestra cabeza que el neurólogo norteamericano Paul MacLean denominará como “cerebro paleomamífero”, un cerebro de afectos y emociones primigenias cuyas estructuras evolucionaron a lo largo de millones de años y fueron determinantes en la civilización de la humanidad. Así el artista en el instante demiúrgico realiza un viaje al lugar de la mentalidad arcaica o ágrafa para alcanzar las visiones iniciales, para decirlo con el poeta René Char, la obra es “el ojo voraz, aunque velado del origen”.

Las palabras del poeta llevan una advertencia, el acto creador es un portal al origen pero la obra es un ojo velado. Para seguir

⁷ Rubia indica que las diferencias entre estos términos sólo obedecen al intento de superar una lectura que provoque la idea de progreso, de etapas pero que al final las tres designaciones se corresponden, operan como sinónimos. Aunque en el texto las empleo de forma indistinta, considero el término arcaico el más pertinente, pues si bien connota la pertenencia a un tiempo antiguo, tiene un sentido más profundo respecto de los otros términos, su raíz etimológica *arque* significa “elemento fundamental, principio, origen.”

extendiendo mi hipótesis sobre el acto creativo es necesario detenerse, pensar ¿cuál es ese velo que permite al arte la condición de ojo voraz pero que, así mismo, lo modera?

Tres movimientos fundamentales según mis cavilaciones dan lugar a la obra de arte: el “bloqueo”, el viaje o “visión” y el “retorno”; por supuesto en la creación de una obra estos momentos o estadios pueden repetirse. El “bloqueo” es la desconexión de los circuitos neuronales que prefiguran el espacio y el tiempo social y la conciencia del yo; la “visión” constituye el éxtasis producido por la activación del sistema límbico en la carencia de esa prefiguración, representa la entrada a una suerte de *aleph* borgesiano, aquel lugar donde confluyen todas las imágenes sin espacio ni tiempo, donde todo es potencia, donde el ser humano se conecta con el *arqué*, con la memoria de la especie, por eso es posible llamarlo origen. El “retorno” corresponde a la obra misma, su acontecimiento semeja la sacudida somática, la auto-estimulación del autista, ese balanceo necesario para tomar los frutos y crear las ilusiones del yo, del espacio y del tiempo. Los dos primeros momentos creo que ya han adquirido forma en el desovillarse de mi argumentación. El “retorno” es ahora el asunto y es precisamente en este movimiento donde se tensa el velo que refiere el poeta.

La inefabilidad constituye una de las características de la experiencia mística. En el prólogo de su *Cántico Espiritual*, San Juan de la Cruz lo advierte: “¿quién podría decir lo que a las almas amorosas, dónde Él mora, hace entender?” Los místicos encuentran que la finitud del lenguaje no se aviene con la experiencia de infinito que es el encuentro con lo divino. Emilio Orozco, uno de los grandes estudiosos de la obra del santo poeta español y, en general del Siglo de Oro, interpreta el paso del éxtasis al poema así:

“En el caso, pues, del místico poeta, el trance místico puede llevar muchas veces al trance poético, y en un tránsito inmediato que hace que el alma de su estado de interiorización extrema de la unión pase a otro grado de interiorización del que sale o termina teniendo como punto de reencuentro con el mundo de la realidad la objetivación en la palabra... Como fenómeno expresivo su valor estético dependerá de la capacidad artística del sujeto, de sus dones estéticos y no de sus dones místicos” (Orozco, 1959: 68-69).

El planteamiento de Orozco resulta importante para reconocer que la experiencia mística sola no produce la obra de arte, que para llegar a la creación artística son necesarios otros dones, sobre esta idea me extenderé un poco pero antes debo discordar con el historiador respecto del carácter de realidad que parece conferirle al mundo externo en detrimento de lo experimentado durante el éxtasis. Los místicos aseguran que al entrar en trance logran vivir por fin la experiencia de lo real que la vida cotidiana les hurta, esta misma idea la sostiene el filósofo Gusdorf –referido por Rubia–, para él cuando la mente capta de forma espontánea, mística el mundo, se encuentra en contacto directo con la realidad. Virginia Woolf piensa algo semejante del escritor:

La realidad parece ser algo muy caprichoso, muy indigno de confianza (...) Pero da a cuanto toca firmeza y permanencia. Esto es lo que queda cuando se ha echado en el seto la piel del día; es lo que queda del pasado y de nuestros amores y odios. Ahora bien, el escritor, creo yo, tiene más oportunidad que la demás gente de vivir en presencia de esta realidad. A él le corresponde encontrarla, recogerla y comunicárnosla al resto de la Humanidad. (Woolf, 1999:182)

Desde la perspectiva fisiológica, la realidad es una captación de la mente y la calidad de la misma depende de las estructuras cerebrales que se activan para percibirla. El mundo de la realidad que menciona el historiador Emilio Orozco es siempre una interpretación, existe solo porque el pensamiento construye los mapas en el cerebro para sostenerla. Así pues la condición de realidad de una y de otra experiencia se sustentan en la actividad fisiológica y en tanto tal poseen la misma naturaleza y validez, sin embargo quienes logran entrar en ese universo cerebral donde todo es potencia, donde las ficciones de tiempo y espacio se desvanecen, creen por fin haber alcanzado la dimensión de lo real y en cierta forma es así, disuelto el yo, estos iniciados penetran la inmaterialidad del pensamiento y logran vérselas de frente con la vacuidad espacio-temporal, como en la novela *Momo* de Michael Ende, una vez dentro de la casa de Ninguna parte, donde habita el maestro Segundo Minuto Hora, pueden echar a andar de nuevo el reloj.

Al artista le corresponde cargar de realidad para el mundo social la experiencia de la otra dimensión, en eso consiste pasar del trance místico al trance poético, este movimiento es precisamente el que he denominado “retorno”. Para comprender la “fijeza y permanencia” que es capaz de otorgar la creación artística recurro a la sugestiva reflexión que hace el filósofo romano Giorgio Agamben, sobre un pasaje del tratado *De la arte di ballare et danzare* del más célebre maestro de danza del siglo XV, Domenico de Piacenza.

El bailarín expone seis elementos indispensables al arte: medida, memoria, agilidad, manera, cálculo del espacio y fantasmata. El elemento final es el que articula los demás y los hace útiles al arte, sin éste aquéllos serían sólo cualidades que la creación artística comparte con muchas otras realizaciones humanas pero

es por fantasmata que la obra nace al arte. Dominico explica que fantasmata es “una presteza corporal, determinada por el sentido de la medida...”, que se produce cuando el bailarín es capaz de detenerse, de hacerse piedra en un momento preciso, como si viera la cabeza de Medusa, para de inmediato, alzar el vuelo, semejante ahora a un halcón que ha vislumbrado su presa y se lanza entonces con la confianza puesta en “el sentido de la medida, la memoria, con el cálculo del espacio y el aire...” Esta cualidad de fantasmata es útil a Agamben para pensar el modo en que una imagen se carga de tiempo:

“La danza es, pues, para Domenichino, esencialmente una operación que se rige por la memoria, una articulación de los fantasmas en una serie temporal y espacialmente ordenada. El verdadero lugar del bailarín no está en el cuerpo y en su movimiento, sino en la imagen como “cabeza de Medusa”, como pausa no inmóvil, sino cargada, al mismo tiempo, de memoria y de energía dinámica. Pero esto significa que la esencia de la danza no es ya el movimiento, es el tiempo”. (Agamben, 2010,15)

La pausa no inmóvil en mi propuesta de los estadios del instante creador, equivale a la “visión”. El “retorno”, la articulación de los fantasmas en una serie temporal y espacialmente ordenada, solo es posible porque el artista es capaz de re-encontrar en medio de su trance esos elementos de que habla el bailarín de la corte, ellos constituyen el conocimiento de su oficio y sólo puede alcanzarlos si pone en comunicación las dos realidades, la extática y la cotidiana. De esta forma el arte entero, no sólo la danza, dan fijeza y permanencia, otorgan tiempo y espacio a sus imágenes, pero el precio que pagan los artistas por traer los frutos de su trance es expresar una realidad con los elementos propios de la otra, así que en su creación no tienen más remedio que aceptar el velo sobre el ojo voraz del origen.

Al llegar al final de la exposición de mi hipótesis quiero regresar a las dos luces que la motivaron, el cuento *La noche de las estrellas* leído por mi hija y la pregunta que ella misma me hiciera sobre la intensidad de la memoria en la noche, sé que en mi estudio no me apliqué a pensar de modo directo este interrogante, sin embargo puedo repetir junto autores como Nietzsche en *Humano, demasiado humano*, o como Freud, en *Interpretación de los sueños*, que el sueño nocturno es la puerta de entrada natural a esa otra realidad, pues las imágenes de la memoria al vagar sin estar inscritas en las coordenadas de espacio-tiempo provocan la fantasmagoría onírica. La memoria no cambia de intensidad en el sueño de la noche sino que, de modo semejante al trance extático, durante la noche nuestra memoria muda de realidad. No obstante, reconozco la deuda, mi hija no se refería de modo preciso al sueño, hablaba de la noche, del tiempo de la oscuridad en el que caben todos los fantasmas que la imaginación es capaz de recrear.

En cuanto a la historia del hombre que rasga el toldo oscuro y que al dejar entrar la luz por los orificios crea las estrellas, con éstas las constelaciones y la luna, afirmo que es una hermosa metáfora de ese instante demiúrgico del arte, la instalación del toldo representa el movimiento privativo, el “bloqueo” intencional de los sentidos; el ascenso a la montaña y las heridas infligidas a la oscuridad constituyen la “visión” y la noche estrellada es el “retorno”, la obra misma convertida en armonía, henchida de tiempo y de espacio.

Bibliografía

- Agamben, Giorgio (2010). *Ninfas*, Valencia: Pre-textos.
- Bartra, Roger (2012). *Antropología del cerebro*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Damasio, Antonio (2015). *Y el cerebro creó al hombre*, Barcelona: Booket.
- Char, René, (2007). *La palabra en archipiélago (La parole en archipel)*. Texto bilingüe. Madrid: Hiperión.
- Ende, Michael (2015). *Momo*, Madrid: Alfaguara.
- Gutiérrez, Douglass, Uribe Verónica (1987), Caracas: Ekaré.
- Iacobini, Marco, (2012). *Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, o de como entendemos a los otros*, Madrid: Katz.
- Freud, S., (1981), *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva.
- Jung, Carl G, (2001) *Obra Completa, Vol 10.*, Madrid: Trotta.
- Montañés, Patricia (ed.) (2013). *Neurociencias en el arte*, Bogotá: Universidad Nacional.
- Nietzsche, Friedrich (2007), *Humano, demasiado humano*, Madrid: Akal.
- Orozco, Emilio (1959). *Poesía y mística: Introducción a la lírica de San Juan de la Cruz*, Madrid, Guadarrama.
- Ramachandran, V.S., (2012). *Lo que nos dice el cerebro*, Barcelona: Paidós.
- Rubia, Francisco José, 2003). *La conexión divina*, Barcelona: Crítica.
- Stoichita, Víctor I., (1999). *Breve historia de la sombra*, Madrid: Siruela.
- Kafka, (2014). *Kafka enamorado: Cartas a Felice*, Madrid: Nordica.
- Van Gogh, Vincent, (1998). *Cartas a Théo*, Barcelona, Ideas Books.
- Woolf, Virginia, (1999). *Una habitación propia*, Barcelona: Seix B

La salvación de dos (¿o tres?)
mujeres mediante el dolor narrado
y la literatura médica hace dos
mil años: una visión inédita del
proceso vital de Julia, la hija del
Augusto, siguiendo la novela la
romana indómita

Ana Cristina Rossi

Profesora

Universidad de Costa Rica

Introducción:

¿Desde dónde lee las cosas esta ponencia y qué se propone?

Esta ponencia se propone, a través de la novela *La romana indómita*, indagar e interpretar lo que significó el paso de la República romana a la monarquía militar dinástica en términos de enfermedad, muerte, duelos. Esto se hará principalmente a través de Julia, el personaje principal, pero también de otros personajes que la rodean. La ponencia lee desde el psicoanálisis, a veces desde la teoría, freudiana o lacaniana, pero sobre todo desde la experiencia de la autora como analizante de una kleiniana primero y después de un lacaniano.

Aquí la autora se desenmascara y pasa a la primera persona: por ocho años investigué la historia de esta transición y el hilo que me atrapó al principio fue el dolor, la tristeza, la depresión que encontré en los aristócratas patricios sin deseos de vivir, porque la dictadura de Julio César les había quitado el sentido de sus vidas: la libertad. Mi principal referencia para esta etapa fue el libro de Tom Holland: *Rubicon, the triumph and tragedy of the Roman Republic*, (2003). Siguiendo ese hilo y adentrándome en la tiranía ya firmemente establecida por el heredero de Julio César: el Augusto, encontré a Julia y encontré la muerte rondando sin cesar, pero también maneras de salvarse. Porque Julia, y con ella otra mujer, o quizás dos mujeres, atraviesan el sufrimiento y se liberan narrando y curando.

La romana indómita: la realidad, es decir, las fuentes “reales”.

Se trata de una novela histórica y por lo tanto debo hacer alusión a las fuentes “reales”. El problema es que en realidad no hay fuentes reales, o sea, no hay realidad referencial más o menos confiable. Esto ha sido por mucho tiempo un debate peliagudo porque todos sabemos que las fuentes escritas nunca son totalmente confiables porque la historiografía es literatura, pero en esta ponencia no nos detendremos en eso ya que ni siquiera hay, de esa época, fuentes historiográficas. Esto es así porque el Augusto instaure definitivamente una monarquía militar dinástica pero para evitar las guerras civiles debe hacer creer que su régimen es una continuación de la República constitucional de sus antecesores. Para lograrlo, es decir, para engañar, prohíbe que se registren los hechos de su reino. Hasta las actas del Senado dejan de publicarse. Tendrían que pasar casi 65 años para que Séneca mencionara la época del Augusto (*De los Beneficios*); más de 100 para que

Tácito (Anales), Suetonio (Vidas de los Césares), y Aulo Gelio (Noches Áticas) hablaran de su reinado. Más de 200 para que Dion Casio (El Reino del Augusto) lo mencionara con mayor detalle y más de 400 para que Macrobio se atreviera a hablar con detenimiento de Julia (Saturnales). Por eso Sir Ronald Syme, el más grande especialista en esa época, dijo que nunca se sabría lo que en verdad ocurrió durante el reino del Augusto (Syme, *The Roman Revolution*, 1939). Hermosas y productivas palabras de Syme.

Porque el que no haya fuentes “reales” y el que nunca podamos saber lo que realmente ocurrió nos incita a indagar, a interrogar con pasión las pocas, inexactas y tardías fuentes que tenemos, porque esas fuentes hablan, a veces claramente, a veces entre líneas, sobre dolor y enfermedad. Además, aunque haya prohibido que se escribiera sobre él, Augusto existió, lo corroboran las piedras y el bronce, y Julia también, aunque no tengamos ni una sola imagen de ella.

La “verdad” sobre Julia

El Augusto, el primer emperador romano aunque él no se llamara a sí mismo así, solamente tuvo un vástago biológico: Julia. Cuando ella tenía 38 años y habiendo parido 5 hijos, el Augusto, que la quería mucho, súbitamente la acusa de prostituirse con cientos de amantes de todas las clases sociales y efectuar con ellos frecuentes francachelas. Afirma Séneca en *De los Beneficios* que las calles de la ciudad, en la noche, eran el teatro de las orgías de Julia: “el Foro mismo y los Rostra: la tribuna donde su padre anunció las leyes contra el adulterio”, es decir, el centro cívico, político, neurálgico de la ciudad. Y agrega que “todas las noches se dedicaba a la prostitución junto a la estatua de Marsias” (libro

VI, XXXII) Pensemos: ¿eran posibles esos escándalos todas las noches en los lugares cívicos más importantes de una ciudad que el Augusto tenía perfectamente vigilada?

Como veremos estas acusaciones son absolutamente inverosímiles. Primero, porque el Augusto dice que se habían realizado por mucho tiempo y él no se había enterado. ¿Cómo no enterarse si el Foro estaba estrictamente vigilado por su guardia pretoriana y sus cohortes urbanas y vigiles? Dice Suetonio en *Vidas de los Césares* (Augusto, 49): “De los efectivos militares, distribuyó las legiones y las tropas auxiliares por las provincias, apostó una flota en el Miseno y otra en Rávena para la defensa del Adriático y dedicó una parte de los restantes efectivos a la guarda de la ciudad”. La nota 375 de la edición de Cátedra explica que a la guarda de la ciudad dedicó: “las 3 cohortes urbanas y las 9 pretorias”. Y la nota 378 explica que de esas 9 pretorias dedicó 6 a su guardia personal. Por lo tanto, si hacemos el cálculo, había 3 cohortes urbanas para vigilar la ciudad y 6 pretorias para cuidarlo a él.

¿Cuántos soldados eran? Una cohorte tiene 600 hombres. Por lo tanto, vigilando la ciudad habría unos 1800 efectivos de las cohortes urbanas. Podemos suponer que de las 6 destinadas a su guardia personal que serían en total unos 3.600 efectivos, buena parte estaría cerca de su casa en el Palatino, es decir, contiguo al Foro. Por lo tanto es lógico preguntarse: ¿cómo y por qué esos miles de soldados, que estaban tan cerca de los lugares donde Julia se comportaba como prostituta y hacía sus orgías todas las noches, nunca la vieron ni la oyeron ni les llegó noticia de lo que pasaba? ¿Por qué tampoco se dieron cuenta de ello las demás cohortes encargadas de la ciudad, ni supieron nada los vigilantes (vigiles) destinados a evitar los incendios? Resumiendo, habría unos 5.400 hombres vigilando Roma, de los cuales al menos unos 500 estarían cerca del Foro, los Rostra, la estatua de Marsias y

unos 3600 cerca de su casa en el Palatino, contiguo al Foro. Eso sin contar que había circunscripciones menores llamadas vici, que tenían 48 vicomagistri por cada región. Entonces, con una ciudad así de vigilada, ¿es plausible que Julia se diera a escandalosas orgías de prostituta todas las noches y que el Augusto “ignorara esos escándalos”, como dice Séneca, “durante tanto tiempo”? (libro VI, XXXII).

Nos parece que no es en absoluto plausible.

Y sin embargo, siglo tras siglo las y los académicos en su inmensa mayoría han aceptado como verdaderos estos cargos de prostitución en el Foro con cientos de amantes. El único erudito –y afortunadamente el de mayor peso en este tema, Sir Ronald Syme– nunca los aceptó, afirmando que Julia fue desterrada –y sus amigos asesinados o desterrados– por razones políticas: eran republicanos.

Yo decidí reconstruir pacientemente esta historia por las siguientes razones:

- a) porque existió una Julia hija del Augusto que sobrevivió a su destierro,
- b) por lo inverosímil de los cargos que se le achacan
- c) por las razones políticas esgrimidas por Syme en su libro *The Roman Revolution* (1939) donde argumenta que si los amigos de Julia eran todos republicanos y fueron desterrados unos, asesinados otros, lo que se esconde detrás de los cargos de putería es una conspiración;
- d) y porque, como lo demuestra magistralmente Elaine Fanthom en su libro *Julia Augusti*,(2002) todas las imágenes de Julia a lo largo del orbe romano fueron destruidas y sólo nos quedan en los plintos las inscripciones con su nombre. Nunca sabremos

cómo era físicamente Julia, y la destrucción de TODAS sus estatuas denota un odio extremo, enfermizo, patológico que a nuestro buen saber y entender ningún político había tenido antes en la historia romana. Y reconstruí su historia ante nada para saber cómo Julia soportó ese odio, y sus dolores, sus duelos.

Los sucesores del Augusto y la medicina narrativa

Para situar la persona de Julia hay que hablar de los varones que la rodeaban. En efecto, a quien se propone establecer una monarquía dinástica en el mundo patriarcal romano se le plantea enseguida el problema de la sucesión mediante otros varones, pues aquí no estamos en el mundo de las reinas, llámense Cleopatra, Zenobia o Glafira. El problema de la sucesión obsesionaba al Augusto pues no había podido engendrar más que a Julia y ningún varón. El Augusto empieza a través de Julia su búsqueda de sucesores. Primero la casa con su sobrino Marcelo. Aquí empieza para mí el meollo de la medicina narrativa tal y como se puede interpretar en las fuentes clásicas, por más inexactas, incompletas y tardías que sean, y como se puede ver en los incuestionables hechos: sus sucesores designados van muriendo uno por uno.

Empecemos por su sobrino, Marcelo, casado con una Julia de 15 años y a quien a sus escasos 18 años se le obliga a entrenarse como futuro dueño del orbe. A través de mi visión psicoanalítica y apoyada en las pp. 1838 a 1849 de “Totem y Tabú” de Freud (Obras completas, Biblioteca Nueva, Madrid, 1998) interpreto que es la figura omnipotente y omnipresente del Augusto, este padre real y simbólico amado y todopoderoso, la que no deja espacio para que Marcelo se desarrolle. En efecto, Marcelo enferma y al poco tiempo muere.

Al morir Marcelo y quedar Julia viuda, el Augusto la casa con su almirante, su mano derecha, Agripa. En un momento de enfermedad el Augusto le pasa su anillo de sello a Agripa, confirmándolo así de cierto modo como su sucesor. Pero luego de nueve años Agripa empieza a padecer y muere. Al enviudar Julia de nuevo el Augusto la casa con Tiberio, su hijastro mayor. Es un golpe para Tiberio, que ama a su esposa Vipsania y no ama a Julia. Parece que Tiberio odiaba ya al Augusto pero si no hubiese sido así, aquí están los motivos para empezar a odiarlo. Según mi teoría psicoanalítica –esta vez extraída de mi vivencia como analizante– es ese odio el que le permite a Tiberio no morir. El odio es la fuerza y la barrera que a modo de dique se interpone entre el Padre omnipotente y omnífago y el hijastro para impedir que el padre lo devore. De hecho, es el odio lo que definirá la relación entre ambos hasta la muerte del Augusto y la sucesión exitosa de Tiberio.

El Augusto casa a Tiberio con Julia pero Tiberio no es aún el sucesor designado. Tendrá que correr la muerte bajo los puentes antes de que lo sea. Los sucesores designados son los dos hijos de Julia y Agripa que el Augusto adoptó: Cayo y Lucio Césares. El escándalo estalla en el año 6 antes de Nuestra Era cuando, dizque por presiones del pueblo, se designa a Cayo César, que tiene 14 años, para que sea Cónsul cuando cumpla 15. El consulado era una institución venerable y venerada en la República y si bien simbolizaban el antiguo poder del rey, al ser dos también se establecía que nunca más habría un poder ejecutivo único. En esa época para llegar a ser cónsul había que tener al menos 33 años. Para los republicanos fue un insulto que este cargo, uno de los más importantes del *cursum honorum*, –la carrera política republicana– se le otorgara a un niño que aún no había tomado su toga viril (se tomaba a los 15 años).

Poco a poco y buscando en fuentes tan delgadas como hilachas, leyendo entre líneas, vemos la angustia de ambos niños ante el peso de la responsabilidad que se les viene encima. Son proclamados Príncipes de la Juventud, y a Lucio, que tiene solamente 11 años, le asignan la responsabilidad futura de comandar los ejércitos de Hispania, para lo que tiene que empezar a entrenarse. Aquí, aunque las fuentes no lo digan claramente, yo leo algo del orden de lo real lacaniano, aquello que aterra porque no puede expresarse con palabras. Por eso no nos extraña que cinco años después Lucio muera, a sus 16 años, en Marsella, camino a los ejércitos, es decir, camino al horror de lo que ni siquiera se puede nombrar. El que cuenta las tribulaciones de estos niños es Dion Cassio (pp 202-203, *The Reign of Augustus*) y por ese mismo autor sabemos de las constantes cartas que se intercambiaban. Por eso leeré ahora la carta que cuando cumple 64 años el Augusto le escribe a Cayo César, y que recoge Aulo Gelio en su libro *Noches Áticas*. p.: 269:

Que tengas salud, Cayo mío. Mi adorado burrito, a quien el cielo sabe cuánto echo de menos... Como ves, he logrado sobrepasar el peligroso climaterio masculino de los sesenta y tres años, y en este día ruego a los dioses que me permitan pasar el resto del tiempo que me queda de vida a tu lado, contigo seguro y en buena salud y Roma floreciente gracias a tus cualidades y a las de tu hermano Lucio. Me hace mucha ilusión pensar que pronto Lucio y tú asumirán su papel como varones adultos a la cabeza de la República restaurada, tomando el relevo de mis ya cansadas manos.

Esta carta demuestra cómo el Augusto hacía caer el peso tremendo de su poder en forma de amor sobre esos dos niños.

Ahora contaré yo en forma de carta a su madre y siguiendo las fuentes clásicas lo más posible, las reacciones de esos niños ante

tanta responsabilidad y ante un amor que no los dejaba desarrollar sus personalidades, como le sucedió aparentemente a Marcelo. El mismo Dion Casio abunda en el sentido de que el Augusto les confiere autoridad demasiado pronto. Leeré la de Lucio, (p. 226) pues es quien muere primero, y enseguida la de Cayo (p. 238).

De Lucio César a su madre Julia:

Madre, no sé en qué año ni en qué mes estamos. Voy a Marsella contra mi voluntad. Todo a mi alrededor está confuso. Me he enfermado. Apenas puedo discernir quién soy. Tú eres mi único consuelo. Excusarás mi mala letra, no logro sostener la pluma. Tengo una fiebre muy alta y me parece que voy a morir.

Morir está bien. Así me libraré de las legiones. No soporto el prospecto de ser un general. No soporto ni una sola de las órdenes de Padre. Pero no puedo negarme a obedecer. Has de saber que el trance de morir no me asusta. Si hay una vida post mortem tiene que ser mejor que ésta. Y si no hay nada ¿de qué me preocupo?

Tu hijo que te ama, Lucio.

Ahora la de Cayo:

De Cayo César a su madre Julia:

*En los idus de febrero en el puerto de Limira, en Licia.
Salve madre querida.*

Mi herida se había cerrado, me sentía sano y bien. Estaba en Tarso abordando mi nave cuando la herida se abrió y empezó a supurar. Eso no me impidió embarcarme. Pero cuando llegamos a

Limira, donde debía bajar Timogeo, yo tenía una fiebre altísima, la herida supuraba con gran hediondez y la pierna estaba hinchada. Timogeo llamó a un médico llamado Xenócrates. Xenócrates dijo que dentro había una infección enquistada que habría podido curarse pero no se curó, el humor pestilente no se reabsorbió y el absceso se había reventado intentando salir.

Hizo un tajo en mi pierna, llegó al centro del absceso, lavó, desinfectó. Pero me siento muy débil. Esta carta no la escribo, la dicto a Timogeo. Estoy en la nave, el mar se ha puesto tormentoso. Es la hora décima y ya empieza a llegarme el olor resinado de la leña encendida. La nave se balancea sin cesar. Xenócrates me ha dicho que vaya a su casa, pero yo no quiero. Quiero quedarme en la nave. No tengo apetito.

Madre, ahora estoy seguro de que voy a morir. Le he enviado una nota a mi esposa Livila. Nuestro matrimonio fue una idea de Padre y un asunto dinástico, sin ningún amor.

*Madre, a ti te agradezco lo que me diste: todo.
Sé que por fin tendré paz.*

Tu hijo que te ama, Cayo César.

Julia y la medicina narrativa

Desterrada ella de por vida por cargos infames e inverosímiles, muertos sus hijos varones mayores, asesinados y/o desterrados sus amigos, ¿qué le queda a Julia para no sucumbir a la depresión y al dolor? Las fuentes clásicas solamente nos dicen que Julia, siempre acompañada de su madre Escribonia, aguanta bien el destierro en Pandataria donde pasa cuatro años, y luego en Regium, donde la sorprende la muerte del Augusto en el año 14

de Nuestra Era. O sea, serán en total 16 años de exilio. Según las fuentes clásicas al terminar ese período, o sea, al morir el Augusto y asumir Tiberio el poder, Tiberio su ex marido la mata de hambre o ella se suicida. Sucede aquí lo mismo que con los cargos de putería, los 400 amantes en el Foro noche tras noche: que simplemente no son datos creíbles. ¿Va una mujer de 38 años a aguantar un exilio de 16 para, en el momento en que muere su carcelero, dejarse morir?

Sin embargo, volvamos a la evolución que puede haber vivido Julia durante ese exilio donde lo que la alcanza año tras año son las noticias de las muertes y tribulaciones de sus hijos y amigos, perseguidos o torturados por el Padre Omnipotente. Como todos los médicos saben o deberían saber, los duelos pueden provocar enfermedades, según como se vivan. Por eso lo que me interesó narrar en la novela fue la forma aproximada en la que Julia pudo haber vivido sus duelos sin que la aniquilaran pues al llegar el año 14 ella estaba viva. Vital, como diría un dentista de una pieza. ¿Cómo reconstruí sus estrategias? Utilizando los mismos medios que se utilizaban en la antigüedad: las cartas, los diarios y las comunidades filosóficas solidarias (había pitagóricos viviendo en el sur de Italia según Kingsley, 1995).

Primero, ¿cómo darle a Julia una herramienta de la antigüedad para que saliera de esa depresión en la que sin duda la habían sumido su propio destierro, la muerte de su amante Iulo, la de sus otros amigos, su destierro, la muerte de sus hijos Lucio y Cayo, el destierro de su otro hijo Agripa Póstumo? Empecé con los métodos pitagóricos más simples: la danza y el canto, pero no funcionaron. Lo que funcionó fue el silencio. Julia se acoge al silencio pitagórico obligatorio durante un año y allí empieza su diario, donde anota lo que el silencio la lleva a descubrir sobre sí misma. Esa es su medicina narrativa. Ante un padre que quiere

despojarla de todo ella se pregunta: ¿qué hay en esta relación? Leeré un fragmento de su diario (p. 274):

En esta agua quietísima de la memoria los recuerdos se suceden innumerables y me hacen ver lo que no debo. Gracias al silencio soy un río que se remansa. Y en el fondo aparece lo que no debía ver pero vi: entre mi padre y yo hubo un enamoramiento. Entre mi padre y yo hubo un enamoramiento. Estuvimos ciertamente muy enamorados. Yo veía sus ojos, su boca perfecta, la armonía de su rostro y las esculturas que reproducían su belleza a lo largo de Roma –y del orbe, pero aún no lo sabía–. Era el hombre más apuesto e importante del mundo. Y me amaba. ¿Cuánto tiempo duró? Empezó a terminar cuando yo me enamoré de Agripa. Agripa era como mi padre, era casi mi padre pero no era mi padre y eso introducía una gran diferencia. Ayudó mucho también la sexualidad fogosa que había entre Agripa y yo. El idilio terminó al casarme con Tiberio. Me inculpó ante el Senado sin tener ninguna prueba. Además de acusarme de furor uterino y de prostituirme con cientos de hombres me culpó de conspirar, de quererlo asesinar para apoderarme del poder.

Lo último que escribí le abre la puerta al dolor. Yo, quererlo matar. Yo, que siempre defendí su vida. ¿Por qué no confiaba en mí? ¿Por qué se volvió en mi contra como serpiente amenazada? Fui enseguida a hablar con él. No me quiso recibir. Eso provocó el dolor. Al principio no lo pude reconocer. Cuando pude reconocer el odio también reconocí el dolor. El odio me curó el dolor.

Y en este remanso quieto y claro veo que el amor –el suyo, el mío– es enredado, revuelto, turbio, confuso, ambiguo, doble, céntuple e hipócrita. Odio a mi padre todavía. ¿Quiere decir que aún lo amo? Ya no estoy enamorada de él, no, eso ya no, pero, ¿aún lo amo? Supongamos que lo odio porque lo amo. O a la inversa: que

lo amo porque lo odio. Pero si lo amo, ¿lo amo yo, Julia, la mujer de cuarenta y cinco años que conoce su maldad y la ha sufrido? ¿O lo ama la niña de siete que aún vive en mí y lo consideraba un dios? En la vida, todo cambia, nada permanece. ¿Será él siempre mi padre y seré yo siempre su hija?

Como vemos, para Julia el silencio pitagórico es un arma tan potente que le permite por fin aceptar que ama y odia a su padre. Ese odio la ayuda a separarse de él, a no ser más su víctima. Curarse para ella es dejar de ser la hija del Augusto, es decir, dejar de ser la víctima, la perseguida, y ponerse en otra posición. Para eso, ayudada por los pitagóricos que le están enseñando medicina, decide desprenderse de todo lo que ha sido hasta el momento y convertirse en varón para poder viajar. El haber perdido las reglas se lo facilita. Va a Alejandría como varón a estudiar medicina porque, siguiendo el precepto de Homero, “un hombre que es médico vale por muchos otros”.

En Alejandría Julia se convierte en Samias y Samias –y yo como narradora e investigadora de la novela– descubrimos potentes sustancias curativas y un remedio para el estreñimiento que agradeceré toda mi vida: la sábila, *áloe* en latín. Samias va a las escuelas de medicina de Alejandría, yo me estudio los 8 libros de Medicina de Aulo Cornelio Celso, el recopilador médico más importante del tiempo del Augusto. Leeré de la reconstrucción del alma de Julia mediante la medicina en Alejandría (p. 307):

–Gracias, Cleóbulo– le dice Julia y se amarra los cabellos, cómo me han crecido, piensa, debo buscar quién me los corte. Toma un nuevo rollo. Moja el cálamo en la tinta que le regaló Zoas y escribe: “Detergentes para las úlceras y las heridas: mohos, vitriolo verde, sandáraca –es la resina amarilla del enebro, tiene

las mismas propiedades que el arsénico pero menos fuertes—, raíz fragante de lirio, rojo de arsénico, amoníaco, rábanos.”

Deja un espacio grande. Saca otro rollo. Escribe: “Sustancias corrosivas para las heridas putrefactas: natrón...”

Después de escribir “natrón”, levanta la cabeza. Mira los árboles del jardín sin mirarlos, reflexiona en esos simples potentes. Han sido sus grandes descubrimientos, o mejor, los de Samias. El natrón, el nitro, la afronita, la natronita. Eran usados por los faraones antiguos, los que vivieron miles de años antes de los Tolomeos, para convertir muertos en momias. Eso tendrá por dentro la momia de Alejandro, piensa. Son simples que absorben líquidos con avidez. Se encuentran en la naturaleza, en los terrenos húmedos y salados. Recuerda la primera vez que el tutor se los mostró: un polvillo blanquecino en forma de agujas. Algunos, como el nitro, cristalizan en prismas casi transparentes. Ella lo había tocado con el dedo, se lo había chupado: tenía un sabor fresco y amargo. El tutor lo echó al fuego y deflagró. Y la afronita. También la llamaban “espuma de nitro”. Cuánto se alegraba de las lecciones de geometría pitagórica: ahora podía discernir que los cristales de afronita eran romboedros casi cúbicos. La afronita era mucho más ávida de agua que el nitro y por lo tanto mejor para embalsamar, pero había que aplicarla a las heridas con sumo cuidado pues podía comerse también la carne sana...

Conclusión

El resultado es magnífico. Porque Julia, amando la medicina y amando curar, se va desprendiendo capa tras capa de todo lo que había constituido su personalidad, para quedar sola y vibrante ante la nuda vida. Voy a leerles dos últimos fragmentos. Primero el de su amor por su oficio al regresar a Rhegium (pp 386-87):

Julia

¡Qué temprano empieza en Regium la primavera! ¡Qué hermoso y qué tupido está mi jardín! ¡Qué agraciadas son mis plantas! Las miro y casi diría que me sonrien, las flores se vuelven a mí como bocas entreabiertas, las hojas son manos aliadas. Me encanta esta villa de jardines grandes. Madre: muchísimo me das. ¿Cuántos años vas dejando en este exilio? Dieciséis. Debes amarme mucho, madre. Madre nunca se metió en mi vida. Consejos sí, innumerables, que nunca atendí. “Por no atenderlos te encuentras en éstas”, me dice pero sin enojo, sin resentimiento y sin ninguna compasión. Madre no me tiene lástima.

Aquí la tierra es buena, fértil. Estrabón, que viene a vernos, dice que es por los volcanes. ¡Todo lo que siembro crece!

Tengo abejas hibleas.

Un apicultor de Regium me ayudó a instalar colmenas. Me enseñó a sacar propóleos, cera y miel, tres medicinas. Las abejas están al servicio de Esculapio. Me gusta oír su ordenado hervor. Comparten los hijos y en común disfrutan su ciudad. Unas trabajan en los campos, otras dentro de la colmena, otras sacan al aire las crías, otras llenan de miel las celdillas, otras cuidan la seguridad de las puertas o apartan de la miel a los zánganos. Hay que limpiar los panales, curarles sus pestes, fijarse que no haya demasiados pájaros que se las coman.

Camino entre mis plantas. Todas sirven a Esculapio.

Sembré con cuidado y devoción el gálbano, es ya un bello arbusto que ha empezado a dar resina.

La acacia arábiga es un árbol espinoso. Da una resina vítrea, amarillenta y astringente que detiene hemorragias.

Sembré cambrónero, también llamado licio, del griego lycion. Camino entre sus flores púrpura. Lo uso para las recién paridas. Áloes ya había en el jardín pero sembré más. Curan el estreñimiento, eterno mal de los carnívoros.

Sembré enebro para recoger la sandáraca. Sembré lirios, su raíz fragante es prodigiosa.

Ahora camino entre las estafisarias, sirven contra los parásitos externos.

La escamonea egipcia prosperó. Tiene múltiples flores claras en forma de trompeta. De ella tomo una resina quebradiza, de color gris subido y sabor y aroma agrios, que elimina los parásitos intestinales.

Sembré helenio. Después de la caparrosa y las sustancias corrosivas que traje de Egipto, es lo mejor que tengo para desinfectar. Son plantas de hojas grandes y flores amarillas. Su raíz es la potencia, no debe tener más de tres años.

Sembré bedolach, un árbol judío. Y en eso estoy, hablándole al bedolach que no sirve a Esculapio sino a los dioses de esas gentes, los elohim, cuando oigo la voz de Hipólita que me llama. –¿Qué hacías? –pregunta después de abrazarme. La conocí hace veinte años y la madurez y la vida refulgen cada vez más en su rostro enmarcado por rizos dorados y largos.

–¿Estás hermosa, Hipólita! ¿Pero no viste lo que hacía? Acariciaba el bedolach.

Y para cerrar esta ponencia, quiero leerles el final. Hay que recordar que en mi versión Julia decide escapar cuando muere su padre y Tiberio sube al poder, porque sabe que Tiberio la persigue para matarla: (pp 401 a 405).

No pude seguir oyendo porque huí. Dejé al guía intentando distraerlos junto al soldado que les mostraba su herida cicatrizada y huí veloz, galopé, galopé. Se dieron cuenta de mi fuga, le quitaron el caballo al guía y el centurión montó y empezó a perseguirme. Pero le sacaba ya una buena ventaja y mi caballo era más rápido y yo mejor jinete.

Ante mí se abre de nuevo la libertad. Cruzaré el ponto inmenso, llegaré al África, a Arabia y de allí me iré a la India como quería Cayo César. Cayo, mi precioso hijo, yo viviré tu sueño, yo buscaré por ti a Apolonio de Tiana y seguiré viajando, me perderé en la India, aprenderé su lengua, no quiero morir y volver a nacer y volver a morir, dedicaré el resto de mi vida a liberarme de Ananké.

Echaré de menos a Julila, sí, cómo la echaré de menos, no tendré ya jamás otra carta suya. Teoclea no pudo venir a verme, pobre vieja amada, está con Leofonte y sus piernas rotas, qué terrible es la vejez; no, la vejez no es terrible, es terrible la desgracia, la vejez toca poco a gente como mi madre. Zoas cumplió ochenta y cinco años, ¡oh, ver de nuevo Alejandría! ¡respirar el aroma de sus flores, de su lago y de su mar! ¿Y Póstumo? ¿Tratará alguien de reivindicarlo o lo matarán? ¿Y Agripina? ¿Y qué será de Germánico bajo Tiberio?

Estas preocupaciones me dejan porque ya nada puedo hacer. Me parece ver a Iulo, ¡Iulo, mi amor! Tu padre no estaba loco, lo había hechizado Alejandría.

Sentía un calor líquido. Mis pantorrillas apretaban fuerte los flancos de la bestia. ¿A cuántos días de galope estaría el puerto de Scolacium? Tenía dinero, podría comprar otro para no reventar a éste en el galope. Mi madre también me había dado todas sus joyas pero no las podría usar sin despertar sospechas. Serían para más adelante.

Porque lo iba a lograr, sabía que lo iba a lograr.

Y entonces me acordé de la Hermana flautista. Y pensé que yo había podido huir porque amaba los caballos, porque desde muy niña había aprendido a montarlos y a cuidarlos gracias a Escribonia y

a tío Libón y así había empezado sin saber a construir mi huida de Tiberio. La había seguido construyendo año a año porque salvo el tiempo en Pandataria nunca dejé de montar, mis músculos eran fuertes y estaban entrenados, se apretaban a la bestia como sanguijuelas. Sí, había construido esta huida sin saber, ladrillo por ladrillo, al escoger ser un médico, al empeñarme en ser Simias, al curar al soldado que me agradecía y distrajo a los demás. También le debía la huida a Hipólita, al guía al que seguramente ejecutarían por mí, se la debía a mi madre, se la debía a todos los Hermanos, a Cleóbulo.

Tuve de nuevo la certeza de que llegaría a un puerto y me embarcaría y alcanzaría por fin Oriente. ¡Alejandría! Pero no, Alejandría no, Tiberio podía encontrarme, Egipto pertenece a Roma. Judea ahora también. Me gustaría vivir en Antioquía, en Tarso, pero lo mejor será llegar a la India. Viajaré oculta, refugiándome en los templos, conoceré el Ganges. Y nadie, nadie en el orbe volverá a saber de mí.

Voy cabalgando, voy huyendo. Quiero llegar a la India, como mi hijo. Este caballo ha resultado muy veloz, muy fuerte, de patas seguras. Es agosto, no hace frío, ahora galopamos por la playa en dirección a un puerto que no he encontrado aún. No hay mares ventosos ni mares agitados ni nubes recogidas ni gemidos en las costas ni olas que se hinchan. Todo está en suma calma. Oh sí, qué vida más maravillosa me espera, mi verdadera vida, la libertad.

Julia se salva gracias a que puede narrar sus dolores en un diario, descubrir el odio que le permite separarse de su padre y abandonar su posición de víctima. Como en mi novela es Julila la que escribe, ella se salva también gracias a este relato porque escribirlo le da la fuerza para aguantar su propio destierro. Y yo me salvo en el

sentido de que al escribir sobre Julia y construir su destino ya no quiero, como ella, más que mi nuda vida: la libertad.
Gracias.

Bibliografía

Algunos artículos básicos

- Babcock, Charles L. "The Early Career of Fulvia". *The American Journal of Philology*, Vol 86 (enero 1965).
- Balson, J.P.V.D. "Auctoritas, Dignitas, Otium". *The Classical Quarterly*, New series, Vol 10 (mayo 1960).
- Berent, Moshe. "Anthropology and the Classics: War, Violencia and the Stateless Polis". *The Classical Quarterly*, New Series, Vol 50 (2000).
- Best, Edward E. Jr. "Cicero, Livy and Educated Roman Women". *The Classical Journal*, Vol 65 (febrero 1970).
- Booth, Alan D. "The Schooling of Slaves in First Century Rome", *TAPA*, Vol 109 (1979).
- Bosworth, A.B. "Vespasian and the Slave Trade". *The Classical Quarterly*, New Series, Vol 52 (2002).
- Bauman, R. A. 1992. *Women and Politics in Ancient Rome*, London, Routledge.
- Cantarella, Eva. "Fathers and Sons in Rome". *The Classical World*, Vol 96 (2003).
- Casson, Lionel. "Speed under Sail of Ancient Ships". *TAPA*, Vol 82 (1951).
- Chilton, C.W. "The Roman law of Treason under the Early Principate". *The Journal of Roman Studies*, Vol 45 (1955).
- Cicerón, En defensa de Celio, introducción y notas de Amparo Gaos Schmidt, México, UNAM, 1976.
- Cohen, Sarah T. "Augustus, Julia and the Development of Exile ad Insulam". *Classical Quarterly*, Vol 58 (2008).

- De la Pienda, Jesús Avelino, y Guisasola, Graciela. "Mitos del Gran Tiempo de los estoicos". *Revista de Filosofía de la Universidad de Costa Rica*, Vol XL (102) (diciembre 2002).
- Ferril, Arthur. "Augustus and his Daughter: a Modern Myth". *Latomus* no.168 (1980).
- Fallas, Luis. "La analogía pitagórica". *Revista de Filosofía de la Universidad de Costa Rica*, No. extraordinario (1992).
- Gant Murphy, Mabel. "Virgil as propagandist". *The Classical Weekly*, Vol 19 (abril 1926).
- Haggerly Krappe, Alexander. "Tiberius and Thrasyllus". *The American Journal of Philology*, Vol 48 (1972).
- Hallet, Judith P. "Fulvia, Mother of Iullus Antonius: New Approaches to the Sources on Julia's Adultery at Rome". *Helios*, Vol 33 (2006).
- Hayes, Walter M. "Tiberius and the Future". *The Classical Journal*, Vol 55 (octubre 1959).
- Huskey, Samuel J. "Ovid's (mis)Guided Tour of Rome: Some Purposeful Omissions in Tr. 3.1". *The Classical Journal*, Vol 102 (octubre-noviembre 2006).
- Jameson, Shelagh. "Augustus and Agrippa Postumus". *Historia*, Vol 24 (1975).
- Jones, A. H.M. "The Elections under Augustus". *The Journal of Roman Studies*, Vol 45 (1955).
- Keith Dix, T. "Public Libraries in Ancient Rome: Ideology and reality". *Libraries and Culture*, Vol 29 (1994).
- Lacey, W.K. "2B.C. and Julia's Adultery". *Antichthon*, Vol 14 (1980).
- Leon, Ernestine F. "Scribonia and her Daughters". *TPAPhA*, Vol 82 (1951).
- Levick, Barbara. "Morals, Politics and the Fall of the Roman Republic". *Greece & Rome*, Vol 29 (abril 1982).

- Levick, Barbara. "The Fall of Julia the Younger". *Latomus* t. XXXV (1976).
- Levick, Barbara. "Tiberius' Retirement to Rhodes in 6 B.C.". *Latomus* t. XXXI (1972).
- Levick, Barbara. "Julians and Claudians". *Greece & Rome*, Second Series, Vol 22 (1975).
- Linderski, J. "Julia in Regium". *Zeitschrift für Papyrologie und Epigraphik*, Bd 72 (1988).
- McDonough, Christopher M. "The Swallows on Cleopatra's Ship". *The Classical World*, Vol 96 (2003).
- Norwood, Frances. "The Riddle of Ovid's "Relegatio". *Classical Philology*, Vol 58 (julio 1983).
- Olson, Kelly. "Roman Underwear Revisited". *The Classical World*, Vol 96 (2003).
- Pappano, Albert Earl. "Agrippa Postumus". *Classical Philology*, Vol 36 (enero 1941).
- Pollit, Jerome J. "The Impact of Greek Art on Rome". *TAPA*, Vol 108 (1978).
- Ramsey, John T. "Did Julius Caesar Temporarily Banish Mark Anthony from his Inner Circle?" *The Classical Quarterly*, New series, Vol 54 (mayo 2004).
- Romer F.E. "Caius Caesar Military Diplomacy in the East". *TAPA*, Vol 109 (1979).
- Saller, Richard p. "Familia, Domus and the Roman Conception of the Family". *Phoenix*, Vol 38 (1984).
- Tarn, W. w. "Anthony's Legions". *The Classical Quarterly*, Vol 26 (abril 1932).
- Tarn, W.W. "The Battle of Actium". *The Journal of Roman Studies*, Vol 21 (1931).
- Tarn, W.W. "Actium: a Note". *The Journal of Roman Studies*, Vol 28 (1938).

Bibliografía clásica básica

- Augusto (63 antes de Nuestra Era-14 de Nuestra Era), *Res Gestae*
Aulo Cornelio Celso (25 antes de Nuestra Era- 50 después de Nuestra Era), *Los ocho libros sobre medicina*
Aulo Gelio (126 de Nuestra Era- ?), *Noches Áticas*
Catulo (84- 54 antes de Nuestra Era), *Canciones*
Cicerón (106-43 antes de Nuestra Era), *De la Amistad; De la Vejez; De la naturaleza de los dioses; Cartas a Ático; De la República; El sueño de Escipión; De los oficios.*
Claudio Tolomeo (100-170 de Nuestra Era), *Tetrabiblos*
Dion Casio (190-250 de Nuestra Era), *History of Rome- The reign of Augustus*
Macrobio (circa 360-450 de Nuestra Era), *Saturnalia*
Ovidio (43 antes de Nuestra Era– 17 de Nuestra Era), *Metamorfosis; Tristia; Pónticas; El Arte de Amar*
Séneca (4 antes de Nuestra Era- 65 de Nuestra Era), *De la brevedad de la vida; De los beneficios*
Suetonio (69-122 de Nuestra Era) *Vidas de los Césares; Sobre los gramáticos*
Tácito (56-117 de Nuestra Era), *Anales*
Tito Livio (59-17 antes de Nuestra Era), *Historia de Roma*

Bibliografía contemporánea seleccionada

- Barret, A. *Livia, First Lady of Imperial Rome*. New Haven, Yale University Press, 2002.
Bowersok, T. *Augustus and the Greek World*. Oxford, Clarendon Press, 1965.
Cantarella, Eva, *Dammi mille baci. Veri uomini e vere donne nell' Antica Roma*. Feltrinelli, Milano, 2009.
Carcopino, J. *La Basilique Pythagoricienne*. Paris, L'Artisan, 1943.

- Anthony Everitt -The First Emperor; Caesar Augustus and the Triumph of Rome. John Murray, London, 2007.
- Fantham, Elaine. Julia Augusti. London: Routledge, 2006.
- Freud, S. Obras completas, Madrid: Biblioteca Nueva, 1998
- Gruen, Erich. The Last Generation of the Roman Republic. Los Angeles: University of California Press, 1995.
- Kingsley, P. Ancient Philosophy, Mystery and Magic. Oxford, Clarendon Paperbacks, 1995.
- Lacan, J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966.
- Lane Fox, Robin, El mundo clásico. Barcelona: Crítica, 2007.
- Holland, Tom. Rubicon; The triumph and Tragedy of the Roman republic. London: Abacus, 2004.
- Homo, Léon. Augusto. Barcelona: Ediciones Destino, 1949.
- Paolli Ugo Enrico. Urbs. Barcelona: Editorial Iberia, 2000.
- Pomeroy, Sarah. Goddesses, whores, wives and slaves. 1975. Kindle Edition.
- Syme, Ronald. The Roman Revolution,. London: Oxford University Press, 1939.
- Syme, Ronald. The Augustan Aristocracy. Oxford: Clarendon Press, 1989

La literatura en el programa de docencia de medicina interna: treinta años de experiencia

Dr. Francisco Javier Barbado Hernández, MD.

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario “La Paz”,
Madrid, España

Agradecimientos

Agradezco profundamente a la Universidad Pontificia Javeriana y al Comité Organizador del I Coloquio Iberoamericano de Medicina Narrativa, su amable invitación, que es para mí un honor, para participar en este Congreso, en esta sugestiva ciudad de Santiago de Cali.

Introducción

En la civilización del espectáculo, tan detestada por Vargas Llosa¹, las humanidades médicas se consideran saberes blandos, imprecisos, divertimentos para médicos ociosos. Pero existe un argumento aún más perverso:

- ¿Qué preparas? (me pregunta un médico, amigo mío).
- Una comunicación para un Coloquio sobre Medicina Narrativa.

¹ Vargas Llosa, Mario, *La civilización del espectáculo*, Madrid, Ed. Alfaguara, 2012.

- ¡Ah!, me dijo. Yo no leo literatura. No leo novelas, porque me debo a mi enfermo: no le beneficia.

Y para la relación entre literatura y estudiantes de medicina, he aquí una sátira mordaz:

“La enseñanza de la literatura en una Facultad de Medicina no tiene justificación, porque la literatura no es más que un conjunto de historias escritas generalmente por varones, muertos, la mayoría alcohólicos, drogadictos o locos y probablemente rusos.”²

Esta apología de la *iliteratura* desconoce el aforismo número 59 de nuestro retórico Letamendi:

“Del médico que no sabe más que medicina, ten por cierto que ni medicina sabe.”³

El ser humano, sano y enfermo, no es una mera cuestión de hecho, sino un sujeto de valores.⁴ Sin duda, la asignatura pendiente de la medicina actual es la formación en humanidades médicas, que para el médico que “ve enfermos” se expresa, ante todo, en la medicina basada en narrativas y valores. La actual pulsión diagnóstica de la medicina de imagen, a modo de “autopsia imaginológica” en vida del enfermo, no puede orillar la “disección psíquica” del doctor Krovovski, tan sugestiva en *La montaña mágica* de Thomas Mann.⁵ Ahora bien, ¿qué nos espera? No lo sabemos. Quizás la paradoja apocalíptica de Fredric Brow: “El último hombre

² Vid. Lázaro, José, “Las humanidades en la Europa actual”, en *Medicina y humanidades*, Diego Gracia Guillén, Madrid, Ed. Arán, 2011, pp 30-44.

³ Letamendi, José, *Curso de Clínica General o Canon perpetuo de la práctica médica*, Madrid, Imprenta de los Sucesores de Cuesta, 1894.

⁴ Lázaro, José, *Op.cit.*, p 42.

⁵ Mann, Thomas, *La montaña mágica*, Barcelona, Ed. Plaza y Janés, 1995.

sobre la tierra está sentado a solas en una habitación. Llaman a la puerta.”⁶

Objetivo y teleología de esta ponencia

En la enseñanza clínica, a pie de cama, la mirada del Médico Residente de primer año es brillante, llena de ilusión e inquietud, pero solo conoce, en el concepto de Laín Entralgo⁷, los saberes médicos (enfermedades) e ignora la realidad del enfermo o de la conducta.

El objetivo de esta comunicación reside en conocer la presencia, contenido y valor de las narrativas en el programa de docencia de medicina interna de un hospital universitario.

Breve metódica

Hemos llevado a cabo un análisis retrospectivo del programa de docencia de medicina interna entre los años 1985 y 2013, en el Hospital Universitario “La Paz”, de la Comunidad Autónoma de Madrid. Se ha dividido el programa de docencia en dos períodos: el primero entre 1985 y 1998 y, el segundo, entre 1999 y 2013. Las sesiones clínicas que se realizan son, en general, de cinco tipos: bibliográficas, caso clínico “abierto”, sesión anatomopatológica o “cerrada” (un caso con autopsia que debe discutir el ponente que no conoce el diagnóstico final), seminarios generales y de humanidades médicas. Además, desde hace ocho años se realizan, una o dos veces al año, Jornadas de Medicina Interna y Humanidades.

⁶ Cf. Costa, Jordi, “Una profecía completa y portátil”, *El País*, 19/10/2011.

⁷ Laín Entralgo, Pedro, *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1950.

Otras actividades docentes inseparables de la actividad asistencial son: los pases de visita en las salas (venidos a menos: de la cama del enfermo a la mesa del ordenador o “el pasar visita a las historias en vez de hacerlo a los enfermos”⁸), las rotaciones internas por los diversos servicios y unidades del hospital, las rotaciones externas o viajes científicos, y las guardias de hospitalización y de urgencias.

En los dos períodos considerados se han formado 89 médicos especialistas de medicina interna. Además, han rotado por este Servicio entre 80-85 residentes al año, de 19 especialidades médicas (desde Medicina de Familia, las troncales Digestivo, Cardiología, Neurología, hasta Psiquiatría, Medicina Intensiva, Anestesiología, Farmacia, etc.). En los últimos 30 años han pasado por la tutela de medicina interna 2303 Médicos Residentes (89 propios y 2214 rotantes de otras especialidades). Un detalle: debemos incluir a los alumnos de 6º curso de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, dado que se integran durante sus prácticas en el programa de docencia.

Síntesis de los resultados

Durante el intervalo 1985-2013 se han desarrollado 1509 sesiones clínicas (tabla 1), con predominio (30%) de bibliográficas, y el mismo porcentaje de seminarios y casos clínicos (26%). Las humanidades médicas estuvieron presentes (3%) de forma institucionalizada en el programa científico. Esta es la realidad y “la realidad es inteligible: en el bosque no puede haber más árboles que ramas”⁹ En la tabla 2 se advierten las diferencias entre los dos períodos docentes: una disminución general del

⁸ Vid. Pérez Peña, Fernando, *Los últimos clínicos de San Carlos. Estampas y vivencias de la Facultad de Medicina de San Carlos*, Madrid, Ed. Visión Net, 2005.

⁹ Vid. Wagensberg, Jorge, *Más árboles que ramas*, Barcelona, Ed. Tusquets, 2012.

número de sesiones en el segundo período. Sin embargo, lo más notable, lo que más no interesa ahora, es el *hiatus* de las humanidades médicas: en el siglo XX se programaron solo cinco seminarios frente a cuarenta en el siglo XXI. En cuanto al tipo de seminarios humanísticos (tabla 3) sobresalen las narrativas, con representación de la ética médica, historiografía médica y lenguaje médico. Los seminarios sobre literatura se centraron en diversos aspectos, como la enseñanza clínica basada en narrativas, la enfermedad en la novela, repercusiones biográficas de la enfermedad, la visión de las enfermedades surgidas de la literatura y nuevos mundos (precursores y presagios). Los médicos residentes escribieron relatos sobre sus viajes científicos¹⁰ o de cooperación al desarrollo, con títulos tan sugestivos como un o una internista en Kenya, Etiopía, Manaus, Nueva York o sus viajes al Museo Nacional del Prado de Madrid¹¹.

En los seminarios de bioética impartidos en el programa de docencia se plantearon cuestiones prácticas: el nuevo enfermo *digital* e involucrado, la planificación anticipada de la asistencia médica (o testamento vital), los cuidados paliativos y la atención al final de la vida. En los seminarios de historia y lenguaje médico hubo dos tendencias: historiografía médica, con más atención a las enfermedades infecciosas y a las técnicas de diagnóstico por la imagen (imagenología), e historia de las bibliotecas tanto tradicionales, con diversos soportes (*Cyperus papyrus*, pergamino, papel), como la biblioteca virtual en las ciencias de la salud, comunicación y documentación.

¹⁰ Cf. Barbado Hernández, Francisco Javier, “Los viajes científicos de los médicos residentes de medicina interna”, *Rev Clin Esp*, 210 (2010), pp 315-316.

¹¹ Vid. Ríos Blanco, Juan José; Barbado Hernández, Francisco Javier; Arnalich Fernández, Francisco, *Seminarios de Medicina Interna. Un modelo para la formación del Médico Residente*, Madrid, Ed. Ergon, 2012.

Ruiz Seco, Pilar, “Una internista en el museo del Prado. Las facies en la pintura: ¿espejo del alma?”, *Rev Clin Esp*, 2011, 211: 591-595.

Otros aspectos del programa de docencia relacionados con la literatura se han desarrollado en los pases de visita a los enfermos, sesiones clínicas paralelas sobre textos literarios¹² y jornadas de medicina interna y humanidades.

En la evaluación continuada formativa y sumativa (fichas u hojas de evaluación de cada rotación, libro del médico residente, memoria de actividades) se constata que la enseñanza basada en valores complementa la adquisición de habilidades clínicas, sobre todo la realización de la historia clínica, habilidades comunicativas, la visión de la enfermedad desde otras miradas y la transmisión de esperanza y compasión¹³.

Comentarios. Elogio de la literatura: beneficia al enfermo

En la Comunidad de Madrid hemos sido pioneros en la inclusión de las humanidades médicas en el programa oficial de docencia de medicina interna en un hospital universitario y de referencia¹⁴.

¿Realmente sirve para algo la literatura en la formación del médico residente? Sirve para comprender al enfermo, y para tener una relación de deliberación, no de negociación. Para Diego Gracia deliberar es intentar dar razón de los hechos y de los valores en orden a tomar la decisión óptima, el médico y el enfermo conjuntamente¹⁵.

¹² Vid. Barbado Hernández, Francisco Javier, "Medicina y literatura en la formación del médico residente de medicina interna, *An Med Interna* (Madrid), 24 (2007), pp 195-200.

¹³ *Op.cit.* Ríos Blanco, Juan José; Barbado Hernández, Francisco Javier; Arnalich Fernández, Francisco, 2012, pp 13-16.

¹⁴ Miguel Yebra Bango, Jefe de Estudios del Hospital Universitario "Puerta de Hierro-Majadahonda", de Madrid, incluye en las sesiones de medicina interna cuadros de pintura. "Pintura y medicina: explorando otras formas de docencia", *Cuadernos de investigación*, 10 (2010), pp 98-100.

¹⁵ Vid. Pérez-Oliva, Milagros, "El maestro deliberador", *El País*, 29/1/2006.

La literatura en la enseñanza clínica constituye un recurso eficaz para algunos aspectos ignorados en las facultades: el enfermo con sus miserias, inquietudes, miedos, angustias y temores acerca de la enfermedad y la muerte. Para Castilla del Pino “la literatura es una forma de conocimiento de la vida superior a la de la vida propia. Conocemos más de los personajes literarios que de aquellos con los que vivimos”¹⁶. Según este médico psiquiatra podríamos llegar a conocer a Madame Bovary mejor que a nuestra propia mujer.

William Osler (1849-1919), padre de la medicina interna, para algunos el médico más grande de la humanidad, en su libro *Aequanimitas* sostiene la teleología de la comunicación: “para comprender los temores, las preocupaciones de los enfermos, a veces no hay mejor fuente de información que la literatura”¹⁷.

La literatura nos ayuda a conocer las enfermedades desde otras miradas. Por ejemplo, la inquietante novela *El enfermo*, de Azorín¹⁸, nos muestra a un enfermo hipocondríaco, heredero de la miastenia de Janet y de la neurastenia de Charcot. Los enfermos del alma, que tratan de huir del *ennui*, o del *spleen*¹⁹ (fastidio, tedio o melancolía de la vida), se comprenden mejor en la novela de este literato español.

¿Por qué y para qué la literatura en el programa de docencia de medicina interna? Sin duda, la literatura es un coadyuvante para adquirir habilidades clínicas, entre las que destaca la capacidad para obtener una historia clínica²⁰. En mi opinión, después de haber realizado, visto y corregido miles de biografías –o

¹⁶ Vid. Caballé, Anne, *Carlos Castilla del Pino*, Barcelona, Ed. Península, 2005.

¹⁷ Osler, William, *Aequanimitas*, Barcelona, Ed. Fundación Uriach, 2004.

¹⁸ Azorín, *El enfermo*, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 2006.

¹⁹ Vid. Huxley, Aldous, *A lo largo del camino*, Barcelona, Ed. Luis de Caralt, 1955.

²⁰ Vid. *supra* Barbado Hernández, Francisco Javier, nota ¹².

patobiografías– durante más de cuarenta años, la historia clínica constituye un verdadero género literario. Para el escritor Millas²¹ son verdaderas novelas.

Además, la literatura facilita la capacidad para el análisis crítico. La enfermedad infantil del médico residente es el dogma científico. Es interesante la reflexión del físico Wagensberg que considera la verdad científica como la verdad vigente provisional y la normalidad como una curiosidad estadística, no siempre justa²².

Las enfermedades infecciosas se han utilizado como metáfora literaria²³, y su mejor ejemplo es *La peste*, de Camus²⁴. Podemos adentrarnos en *La montaña mágica* (1924) de Mann²⁵, pero, en mi opinión, la mejor descripción del enfermo con tuberculosis es la de Cela²⁶ en el lento y desesperanzador *Pabellón de reposo* (1943). Cela escribe con inquietante lirismo: “la siniestra carretilla que transportaba entre dos luces del crepúsculo, su dulce carga de adolescentes muertos”²⁷, como un guiño a las palabras de Mann: “en invierno tienen que bajar sus cadáveres en trineo porque los caminos no son practicables”²⁸.

Los relatos de los médicos enfermos tienen vivencias con luz didáctica propia²⁹: el período de pérdidas, la realización

²¹ Millas, Juan José, *Tres miradas*, Madrid, Ed. Punto de Lectura, 2005.

²² Wagensberg, Jorge, *Si la naturaleza es la respuesta ¿cuál es la pregunta?*, Barcelona, Ed. Tusquets, 2003.

²³ Vid. Sontag, Susan, *La enfermedad y sus metáforas*, Madrid, Ed. Punto de Lectura, 2003.

²⁴ Camus, Albert, *La peste*, Barcelona, Ed. Edhasa, 1996.

²⁵ *Op.cit.*, Mann, Thomas (1995).

²⁶ Cela, Camilo José, *Pabellón de reposo*, Barcelona, Ed. Destino, 1989.

²⁷ Cela, Camilo José, “La experiencia personal en *Pabellón de reposo*”, *Papeles de Son Armadans*, 71 (1962), pp. 131-135.

²⁸ *Op.cit.*, Mann, Thomas (1995), p 18.

²⁹ Vid. Martínez L.de Letona, Juan, “Aortic aneurysm: the physician as patient”, *Lancet*, 365 (2005), p 1590.

de un “curso práctico de oncología”, las esperas inundadas de incertidumbre, la “mirada envolvente” de médicos y enfermeras, el insomnio desesperanzador o en forma de “sueño creativo” (quizás efecto de los opioides), la “mordedura psicológica” de la enfermedad, y ante todo, “el frío contacto metálico” de las pruebas de imagen, la consideración de la tomografía axial computarizada como ¡la antesala del nicho!

En la enseñanza clínica del médico residente se debe mencionar que existen, de forma sorprendente, enfermedades surgidas de la literatura. Por ejemplo, el síndrome de Münchhausen, el síndrome de Stendhal, la enfermedad de Tomás, el síndrome de Picwick, el síndrome del cautiverio o el inefable *Alicia en el País de la Maravillas*³⁰.

Precursores y presagios. El penetrante novelista Aldous Huxley, en su obra *Un mundo feliz* (1930) predijo la aparición de técnicas reproductivas, dentro de una visión de la humanidad robotizada por la tecnología y la genética³¹. La novela gótica, nada trivial, *Frankenstein o el moderno Prometeo* (1818), de Mary Shelley³², es precursora de los trasplantes de varios órganos a la vez e, incluso, de los trasplantes de cara (¡cuidado!: la cara no es igual que el rostro³³). El científico suizo Víctor Frankenstein tuvo la aspiración moderna de traspasar los límites de la ciencia. Por cierto, la ternura del repudiado monstruo innominado (desconocida en las versiones cinematográficas), ¿no es el preludio del insecto Gregor Samsa en la *Metamorfosis* de Kafka?

Vid. también Sendino Revuelta, África, “El doctor como paciente”, *Med Clin*, 133 (2009), pp 154-155; y Pablo D’Ors, *Sendino se muere*, Barcelona, Ed. Fragmenta, 2012.

³⁰ *Op.cit.* Barbado Hernández, Francisco Javier (2007).

³¹ Huxley, Aldous, *Un mundo feliz*, Barcelona, Ed. Edhasa, 2007.

³² Vid. Mary Wollstonecraft y Percy B.Shelley, *Frankenstein. El manuscrito original descubierto en la biblioteca bodleriana*, Madrid, Ed. Espasa-Calpe, 2009.

³³ Vid. Castilla del Pino, Carlos, *Aflorismos. Pensamientos póstumos*, Barcelona, Ed. Tusquets, 2011.

Aforística para el médico residente. El aforismo es “una elegante conserva de ideas, no para creer, sino para pensar”³⁴.

Y, como ejemplo para la práctica médica, son los aforismos de Wagensberg³⁵, y los llamados *Aforismos* por Castilla del Pino³⁶.

Las memorias y relatos autobiográficos (sobre todo de médicos) pueden mostrarnos vivencias muy instructivas. Sus vidas son también nuestras vidas. Los más sugestivos son: *La historia de San Michele*, de Axel Munthe³⁷; *Pretérito imperfecto*, de Castilla del Pino³⁸; *Elogio de la imperfección*, de Rita Levi-Montalcini³⁹; *Memorias de un cirujano*, de Moisés Broggi⁴⁰; y *Desde la última vuelta del camino*, de Pío Baroja⁴¹.

Existen dos libros cautivadores para el médico residente: *Morfina*, de Mijail Bulgakov⁴², y *Escenas de la vida de un médico*, de Fernando Namora⁴³. En mi opinión, la mejor medicina desnuda, a campo abierto, desprovista de hospitales y tecnologías⁴⁴. Y tres libros que valen más que un *master* en Medicina: *La muerte de Iván Ilich*, de León Tolstoi⁴⁵, es una patobiografía conmovedora e insuperable para adquirir habilidades y actitudes ante el enfermo con una enfermedad mortal. *El pabellón número 6*, de Antón Chejov⁴⁶, un relato magistral de “fractura biográfica”. Y

³⁴ *Op.cit.* Wagensberg, Jorge (2003).

³⁵ *Ibidem.*

³⁶ *Op.cit.* Castilla del Pino, Carlos (2011).

³⁷ Munthe, Axel, *La historia de San Michele*, Barcelona, Ed. Juventud, 1935.

³⁸ Castilla del Pino, Carlos, *Pretérito imperfecto*, Barcelona, Ed. Tusquets, 1997.

³⁹ Levi-Montalcini, Rita, *Elogio de la imperfección*, Barcelona, Ed. Tusquets, 2011.

⁴⁰ Broggi, Moisés, *Memorias de un cirujano*, Barcelona, Ed. Península, 2001.

⁴¹ Baroja, Pío, *Desde la última vuelta del camino*, Barcelona, Ed. Tusquets, 2006.

⁴² Bulgakov, Mijail, *Morfina*, Barcelona, Ed. Anagrama, 2002.

⁴³ Namora, Fernando, *Escenas de la vida de un médico*, Barcelona, Ed. Noguli, 1976.

⁴⁴ *Op.cit.* Barbado Hernández, Francisco Javier (2007).

⁴⁵ Tolstoi, León, *La muerte de Iván Ilich*, Madrid, Ed. Alianza, 2005.

⁴⁶ Chejov, Antón, *El pabellón número 6 y otros relatos*, Madrid, Ed. Alianza, 2001.

La enfermedad de Sachs, de Martin Winckler⁴⁷, pseudónimo del médico francés Marc Zaffran, es una valiosa información docente por sus escenas de un sorprendente realismo barrojano en la relación clínica.

Epicrisis

En nuestra experiencia docente actual, la práctica clínica basada en pruebas científicas y la medicina humanística basada en narrativas han ido eficazmente juntas.

Queridos amigos: lo cierto es que, como decía Josep Pla, “la vida se empieza a amar, cuando se empieza a perder”⁴⁸. Pero, a lo último, ante nuestro humilde “ver enfermos”, debemos compartir las hermosas palabras de Leonardo de Vinci: “Antes muerte que cansancio. No me sacio de servir. No me canso de gozar”⁴⁹.

⁴⁷ Winckler, Martin, *La enfermedad de Sachs*, Madrid, Ed. Akal, 1999.

⁴⁸ Pla, Josep, *Sentencias e impresiones*, Barcelona, Ed. Edhasa, 2006.

⁴⁹ Da Vinci, Leonardo, *Alegorías, pensamientos, profecías*, Madrid, Ed. Gadir, 2010.

La conciencia de sí como otro.
Una interpretación temporal del
Abklangsphänomene.
la pesadilla de Iván Fiodorovich
Karamázov¹

Jeison Andrés Suárez

Profesor

Departamento de Humanidades
Pontificia Universidad Javeriana Cali

Resumen

El siguiente texto pretende hacer una revisión general de la vivencia del tiempo a la luz del concepto de “fenómeno de apagamiento” (*Abklangsphänomene*) tal y como tiene lugar en lo que denominamos conciencia de sí como otro. Este modo de conciencia alienada lo encontramos descrito particularmente por Dostoievski en *Los hermanos Karamázov* bajo la figura de Iván. En definitiva, lo que buscamos, desde una perspectiva fenomenológica, es destacar la importancia de la filosofía para las ciencias humanas, especialmente en el dialogo que a propósito de ciertas patologías tiene lugar con el psicoanálisis y la psiquiatría y, por qué no, con la terapéutica de la medicina paliativa. Creemos que una reflexión seria, en punto a un análisis de la conciencia

¹ Texto presentado en el marco del I Coloquio Iberoamericano de Medicina Narrativa. Pontificia Universidad Javeriana, Cali Nov 4 de 2016.

del tiempo, ofrece innegablemente un punto de partida para la comprensión del enigma de la subjetividad y sus malestares afectivos.

La estructura del tiempo

Toda experiencia de la vida cotidiana se somete a una estructura temporal que podemos resumir de la siguiente manera: una fase de impresión (*Urimpression*) que es siempre presente como un ahora momentáneo y a la que le es correlativa, en continuidad, una fase retencional de lo ya vivido y una fase protencional como una anticipación hacia lo por-venir. Más precisamente, la impresión es la conciencia inmediata del ahora (*Jetzt*), mientras que la retención es la conciencia inmediata del pasado y la protención una apertura del yo a la novedad incesante de lo que aún no es, lo futuro. El flujo en que consiste la estructura temporal de una experiencia cotidiana es doble: por una parte, es un retomar incesante y sin pérdida de lo ya vivido y una proyección anticipativa de un contenido no dado efectivamente en el “presente” (*Gegenwärtigung*).

Hay, entonces, en toda vivencia continuidad y duración. Una experiencia de mundo implica por tanto la constancia de la estructura temporal descrita anteriormente. Sin embargo, ¿Cuál es la estructura temporal manifiesta en Iván Karamázov al momento de experimentar la conciencia de sí como otro? Nuestra respuesta es que hay en Iván patológicamente una falla que ocasiona en él un trastorno de la conciencia del tiempo, lo que implica la pérdida de la unidad en la que consiste el yo, y esto por mor de un estado de ánimo (*Stimmung*) que al irrumpir en el presente impide la reproducción simbólica del pasado, debido justamente a la intensidad con la que aparece la *Stimmung* ya que resquebraja y escinde tal identidad. La imposibilidad de

reproducir simbólicamente lo ya vivido, se debe a la ruptura de la continuidad de los momentos temporales; en esta ruptura el yo se diluye “porque encuentra alterada y amenazada su unidad”², dando lugar al des-ajuste señalado, como una conciencia alienada vivida por Iván con respecto a sí mismo: “Eres una mentira, la enfermedad mía, un fantasma. Solo que no sé con qué aniquilarte y veo que por cierto tiempo tendré que sufrir. Eres mi alucinación. Eres la encarnación de mí mismo, solo que, por otro lado, de un costado mío..., de mis ideas y sentimientos, solo que los más rastreros y estúpidos”³.

Esta interpretación fenomenológica de la estructura temporal que vive Iván en su propio delirio, permite mostrar cómo en la normalidad de la vida consciente una impresión, en la fase de presente, debe avanzar continuamente en un hundimiento temporal hacia la esfera retencional y en una pro-yección anticipativa hacia lo porvenir; ello requiere implícitamente la asistencia de una síntesis mediadora a partir de la cual lo retenido, lo “ya vivido”, se dilata y se extiende hacia lo pasado, por un lado, en un distanciamiento con respecto a la pura impresionalidad y, por el otro, en un distanciamiento del sujeto con respecto a sí mismo, donde, con arreglo a lo que hace posible esta espontaneidad de la síntesis, el sujeto logra disminuir o adelgazar (*Abklingen*) la tensión e intensidad de las afecciones y pulsiones dadas en presente, llevándolas a la conciencia sorda, al trasfondo de lo retencional-vacío, sin que le afecte y sin que se produzca por tanto la paradoja que resulta de suponer dos yoes, o un ego con su respectivo alter. Con respecto a la proyección anticipativa cuando emerge con un estado de ánimo negativo, el modo “como se está y como le va”⁴ se altera radicalmente, logrando que las

² (Freud, Bd. XIII, p. 388).

³ (Dostoievski, p. 881).

⁴ “wie einem ist und wird”. (Heidegger, GA 2, §29, p. 179).

protenciones desde lo presente hacia lo porvenir se anulen, e impidiendo que un horizonte de posibilidades pueda ofrecérsele al sujeto al menos como posibilidades reales. Tiene lugar aquí una anulación de la experiencia cotidiana que consiste en un sin-sentido del mundo y una experiencia alucinada de sí mismo, una fantasía de sí que se expresa como conciencia fantaseada de otro yo: “No, tú no eres por ti mismo, tu eres *yo*, ¡tú soy *yo* y nada más! ¡Eres una porquería, eres una fantasía mía!”⁵.

Disposición afectiva (*Stimmung*) y el fenómeno de apagamiento (*Abklingsphänomene*)

Lo que vemos en el sujeto psicótico son posibilidades de mundo que están aniquiladas antes de que puedan efectuarse y esto porque, atravesado siempre por la *Stimmung*, el yo ha previsto él mismo todas las ocasiones y todos los lugares posibles para la efectuación de los sucesos que de antemano han quedado revestidos de una manera anormal con el peso y la carga tormentosa de un presente acontecido y de un pasado retenido que adviene en la reproducción simbólica mediante el tedio, la angustia, el aburrimiento o incluso la ira. ¿Pero por qué Iván no logra distanciarse con respecto a lo ya vivido y “desprenderse” afectivamente de los fantasmas y del objeto que causa su malestar patológico, la encarnación del diablo en su propio espíritu como una suerte de delirio psicótico?

Lo más obvio por decir es que en Iván ésta imposibilidad se debe principalmente a la tonalidad fundamental que asiste al delirio, que quizá se la pueda describir como una melancolía (*Schwermut*) bastante particular, propia y exclusiva de un Karamázov. Ahora bien, la conciencia del tiempo que tiene lugar en Iván por medio de

⁵ (Dostoievski, p. 889).

esta tonalidad fundamental se manifiesta como una fase lánguida de presencia⁶. No hay lugar para el *Abklingsphänomene*⁷ y no hay, por tanto, un distanciamiento del sujeto con respecto a sí mismo, de su conciencia *como otro*, ni tampoco un distanciamiento de la fase del presente con respecto a la fase de retención. Todo es homogenizado, aunque Iván se empeñe en decir que se trata de un sueño: “¡Y tu aquí eres este sueño! ¡Tú eres un sueño, y no existes!”⁸. Pero esta homogenización en la que no hay distinción hace de la experiencia cotidiana una fase lánguida sin principio ni fin, y cuando es atravesada por la *Stimmung*, permite que en la reproducción simbólica de lo pasado tenga lugar el des-ajuste (*Spaltung*), esto es, la dilución del yo en un trasvase infinito entre el delirio y la realidad, la fantasía y la percepción “real” del mundo, donde los límites entre uno y otro son borrosos y no *transpasibles*⁹.

El fenómeno de acabamiento (*Abklingen*) es un empobrecimiento y un adelgazamiento constante de la abundancia de lo dado siempre en el presente viviente de manera impresional.¹⁰ La explicación de este paulatino apagamiento, desvanecimiento o extinción del continuo conllevan una serie de dificultades, pero solo vamos a decir que este fenómeno consiste en el

⁶ Heidegger sostiene que la languidez del tiempo en la fase de presencia ocurre en el tedio profundo: “das Langwerden der Weile in der tiefen Langgeweile” (GA 29/30, §33, p. 228). No por ello descartamos otras tonalidades posibles como la angustia, la alegría, el encantamiento, la felicidad, etc.

⁷ Arbitrariamente hablamos de “fenómeno de acabamiento” como una traducción aproximativa del término husserliano “*Abklingsphänomene*”. Cfr., (Hua XXXIII, N°4, §1, p. 65). También decidimos traducir *Abklingen* como “disminución o adelgazamiento” simplemente por la temática del texto, sabiendo que hay otros términos en castellano más aproximados al concepto alemán: decrecer, disminución, etc.

⁸ (Dostoievski, p. 892).

⁹ Este es un concepto que expone ampliamente el psiquiatra francés Henry Maldiney en su libro *Penser l’homme et la folie*, (Maldiney 2007).

¹⁰ “Das Abklingen ist eine stetige Verarmung, eine stetige Abnahme in der «Fülle», der entsprechen wir von «Anschaulichkeit»” (Hua XXXIII, N°4, §1, p. 66).

inevitable hundimiento de lo dado en presente impresional, en su desplazamiento propio, en continuidad y sucesión, a la claroscuridad de la esfera retencional. Este desplazamiento no afecta la primacía de lo vivido en presente, de la experiencia que el yo tiene de sí mismo, la cual nunca se deja aprehender en su totalidad porque nunca una intuición podrá contenerla totalmente; cuando mucho del presente se tendrá noticia como un momento de la duración que en la sucesión del ritmo se adelgaza en un vaciamiento (*Entleerung*) de todo contenido intuitivo, latentemente dado en presente, como una pérdida inevitable de la vivacidad del punto cero del ahora impresional, con respecto al cual siempre vamos a la zaga. El presente sería un punto o mejor “el momento de la articulación de la crisis y de la temporalidad” (MALDINEY, p. 87) en el que debe darse paulatinamente este vaciamiento de los contenidos intuitivos concomitantemente con la experiencia o la conciencia originaria de acabamiento de la continuidad del presente. Pero en Iván esta fase de presencia del presente impresional está siempre en apertura por la disposición afectiva, la *Stimmung* melancólica, por lo que es imposible que la re-presentación (*Vergegewärtigen*) de lo ya vivido, de lo retenido como pasado, surja sin esa opacidad de la *Stimmung*, es decir, sin la posibilidad de un auto-distanciamiento temporal originario. Aun cuando Iván pueda tener experiencia de su pasado como lo *no-mas-presente* y aunque sea consciente de cómo su presente se amplía y se ensancha mediante la escucha de su propia voz, por ejemplo cuando vive él mismo su propio delirio como si fuera plenamente consciente de él. Además, hay siempre la posibilidad de la emergencia de la pulsión de muerte lo que debilitaría aún más la unidad de su persona, la del yo que, capturado entre lo retenido y lo presente, entre el delirio y la realidad, no logra establecer el puente y emprender el retorno desde aquella distancia inmemorial y definitiva de lo pasado, en que ya no se escucha ni se puede asir

nada, hacia lo posible respecto de un presente inagotable y un futuro aun por efectuarse.

Todo deriva para Iván en que lo posible se retrae patológicamente a lo vivido en el delirio, o incluso a un pasado que ni siquiera le pertenece pues es el pasado de su otro yo, su sueño, que es él mismo. De este modo las protenciones hacia lo por-venir, vacías, están despojadas de todo tema o contenido posibles; es como si las protenciones se trasladaran indebidamente a las retenciones y como si el presente no fuera más que el borde de un tiempo ya cumplido o a punto de cumplirse; borde siempre con respecto al cual lo por venir, que debe estar allí haciendo parte de la esfera de ese borde borroso, se aprehende irreductiblemente como lo perdido (*Verlust*), como la monótona repetición de aquello que Iván cree ya tuvo lugar en el pasado. Por este motivo todas las protenciones estarán cargadas con el peso de la *Stimmung* melancólica de vivencias pasadas. Al vincular las protenciones con las retenciones mediante el peso y la carga no se logra la experiencia de un apagamiento indefinido de los contenidos retenidos, de lo *no-mas-presente*, haciendo imposible a la vez la renovación de los pulsos vitales del sujeto, lo cual requeriría del vaciamiento progresivo o la extinción completa de la presencia retencional de contenidos ya vividos que, aprehendidos luego, son re-presentificables. Es entonces, en este ir y venir, donde se produce el des-ajuste, la luxación del yo con respecto a si mismo en función de una *Stimmung* que impide la continuidad de la estructura temporal.

Llegados a este punto solo resta por decir que la conciencia de sí como otro se pone en juego en estas virazones de la conciencia que va desde lo irreal, imaginado o fantaseado, hacia lo aparentemente real. Hay pues que reconocer en el delirio psicótico

una espacialización originaria del yo real, de la percepción en presente, y el yo delirado o fantaseado; algo similar a lo que ocurre en un acto de reflexión, o cuando promovemos una *inspectio sui*. Un análisis más profundo nos ayudará a comprender un aspecto de las enfermedades psíquicas en general, pues en ellas el yo pareciera no poder escindirse (*sich spalten*) normalmente en *yo de la percepción*, *yo de la fantasía* y *yo del recuerdo*, ni transitar libremente del mundo de la fantasía al mundo de la percepción y del recuerdo. Creemos que el concepto de *transpasibilidad* puede venir aliviar esta delicada paradoja que parece adosarse sobre la idea compleja de un desajuste arcaico del yo con respecto a sí mismo actuando en los estratos más fundamentales de la subjetividad; desajuste que se debe en parte al anonimato y el trasfondo insondable y salvaje en que consiste la naturaleza humana.

La conciencia de sí como otro supone la alienación del mundo, es una suerte de conciencia esquizofrénica, de delirio o psicótica (esto queda aún por definir) en la que: 1) el sujeto por causa de un des-ajuste originario no se aprehende como la fuente causal de las acciones, el yo no es consciente de sus propias acciones en presente; 2) el sujeto aprehende un elemento exterior, ajeno a su propio cuerpo y afectividad, como la fuente causal de las acciones; 3) el sujeto aprehende sus acciones de manera inconsciente, como si fueran involuntarias, esto es, como efectuadas por un agente externo que encarnado en su espíritu le obliga hacer lo que él quiere que haga. Estas aproximaciones son nuestro nuevo punto de partida. Desde ellas iniciaremos una investigación más profunda.

Bibliografía

Dostoievski. “*Los hermanos Karamázov*”, Editorial Colihue, Omar Lobos, Trad. 2006.

Freud

(1967) “Neurose und psychose”. *Jenseits des Lustprinzips / Massen Psychologie und ich-Analyse / das ich und das es*. Bd, XIII, Fischer Verlag, p. 387-391.

(1975) *Trauer und Melancholie*, en *Freud-Studienausgabe*, vol. 3, *Psychologie des Unbewussten*, S. Fischer, Fráncfort del Meno.

(2009) *Abriß der Psychoanalyse. Einführende Darstellungen*, introd. F.W. Eickhoff, Fischer Taschenbuch, Fráncfort del Meno.

Heidegger

(1977) GA 2, *Sein und Zeit*, Vittorio Klostermann, Frankfurt.

(1983) GA 29/30, *Die grundbegriffe der Metaphysik*, Vittorio Klostermann, Frankfurt.

Husserl, Edmund

(1966) *Zur Phänomenologie des inneren Zeitbewusstseins* (1893-1917), Hua X, ed. R. Boehm, Martinus Nijhoff, La Haya.

(2001) Hua XXXIII, *Die Berneuer manuskripte über das Zeitbewusstsein*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.

(2008) *Die Lebenswelt. Auslegungen der vorgegebenen Welt und ihrer Konstitution. Texte aus dem Nachlass* (1916-1937), Hua XXXIX, ed. R. Sowa, Springer, Dordrecht.

Maldiney, Henry

(2007) “Crise et temporalité dans l’existence et la psychose”. *Penser l’homme et la folie*. Jérôme Million, Grenoble.

Richir, Marc

(2004) *Phantasia, imagination, affectivité. Phénoménologie et anthropologie phénoménologique*, Éditions Jérôme Millon, Grenoble.

Suarez, Jeison

(2013) “Las dos caras de la ira en la Ilida”. *Leguin*, N°16. Unidad de artes gráficas, Facultad de Humanidades, Universidad del Valle, p. 7-26.

(2015) “Cómo es eso de ser DT”, *El hombre de las tres cervezas, caso clínico DT*. Editorial, Universidad Libre, Facultad de Medicina, Cali noviembre 2015. p. 95-102

Schnell, Alexander

(2004) *Temps et phénomène. La phénoménologie husserlienne du temps (1893-1918)*, Georg Olms, Hildesheim.

Tengelyi, László

(2008) “L’Impression originaire et le remplissement des protentions chez Husserl”, en J. Benoist (comp.), *La Conscience du temps. Autour des Leçons sur le temps de Husserl*, Vrin, París.

Waldenfels, Bernhard

(2002) *Bruchlinien der Erfahrung. Phänomenologie. Psychoanalyse. Phänomenotechnik*, Suhrkamp, Fráncfort del Meno.

De la medicina a la narrativa: sobre la enfermedad del amor en el caballero andante

Lucila Lobato Osorio, PhD

Universidad ICESI

*Estoy enfermo y no sé qué mal es el que me gobierna ni sé cuándo me ha
sobrevenido el dolor. ¿No lo sé? Sí, creo saberlo. Este mal me lo produce
Amor. (Chrétien de Troyes, 1986, 71)*

¿Quién no reconoce la evocación del caballero de la reluciente armadura dispuesto a salvar a la princesa en peligro? Incluso en los tiempos que corren, la imagen de este héroe medieval nos emociona y atrae. Ese guerrero, que es sanguinario y feroz contra sus enemigos en la batalla, al mismo tiempo, se comporta como tímido enamorado ante una doncella inalcanzable. Tan atrayente dicotomía se logró gracias, precisamente, a la medicina. Más concretamente a una enfermedad descrita desde muchos siglos antes y que en la actualidad suena muy lejana: la enfermedad del amor. Esta comunicación trata de dicho padecimiento en el caballero andante medieval.

Desde la época griega clásica hasta la Edad Media, tanto los médicos como los literatos, reconocieron este mal considerándolo una enfermedad ya física ya anímica, según las autoridades médicas en que se basaban los intérpretes o en la terapia de

curación que esperaban ofrecer. De manera particular nos interesa la época medieval porque, gracias a la cultura cortés del siglo XII, la enfermedad del amor influyó en la creación de ese personaje emblemático: el caballero andante.

En los inicios del género caballeresco, la enfermedad del amor fue utilizada para introducir una nueva disposición sensible –el enamoramiento– en un personaje que hasta entonces sólo era un guerrero leal y valiente al servicio de un señor feudal. La presencia del amor se convirtió en un rasgo determinante en la modificación de sus características, funciones y relaciones en todo el relato. Los autores de la época presentaron esta pasión como un padecimiento físico, ajeno a la voluntad de los personajes, a fin de justificar su presencia en el contexto bélico y masculino de las historias.

El médico valenciano Arnaldo de Vilanova, en su *Tratado de amor heroico* de 1260, ofrece una visión específica y concreta sobre lo que la ciencia médica consideraba de esta particularísima enfermedad. Desde su nombre, se encuentran conexiones entre la medicina y la literatura: para Vilanova el amor heroico se llama así porque sólo puede darse entre gente de la alta nobleza, y una de las características más importantes del caballero novelesco medieval es su linaje noble.

Vilanova describe el amor heroico como “una vehemente y asidua cogitación sobre la cosa deseada, acompañada de la confianza en obtener el deleite que a partir de ella se percibe”. Esto implica un proceso: primero, la percepción de algo agradable; luego, el recuerdo constante de ello y, finalmente, el deseo de obtenerlo. El médico valenciano aclara que el impulso de hacer algo para obtener eso que se desea, puede tener una razón orgánica que causa un “furor continuado”.

Los caballeros literarios medievales padecen esta enfermedad luego de ver por primera vez a una doncella o señora en particular, por lo cual manifiestan los síntomas del amor heroico que Vilanova enumera: insomnio, debilidad, desnutrición, llanto constante, alteración en el pulso, palidez y exceso de suspiros. Podría decirse que este “furor continuado” y la causa que lo anima es el principal motor de las acciones del caballero. El deseo más importante inculcado al personaje es conseguir sus objetivos bélicos para obtener a la mujer de la que está enamorado. De tal suerte que el sentimiento amoroso y las damas que lo ocasionan aportan las diferencias necesarias para que el héroe épico se convierta en un caballero propiamente novelesco.

Además de la influencia de la enfermedad y sus síntomas en la configuración del caballero literario medieval es muy importante la manera en que los autores buscan sanarla. Puesto que, a decir de nuestro médico, el mal puede complicarse al máximo: “muchos de los enamorados languidecen, incurriendo enseguida en peligro de muerte”. El tratamiento que debe recibir alguien con este padecimiento parece claro a los ojos de Vilanova: “la presencia de la cosa deseada”.

Así, la terapia más eficaz para recuperar la salud, es que el caballero logre el amor y compañía de la doncella que le ha causado dicha enfermedad. Para lo cual, esta misma es un aliado, según continúa diciendo Vilanova: “El impulso de su cogitativa piensa de qué modo y con qué astucias se halla provisto para obtener la cosa que le place”. Por lo general, el premio del caballero por sus hazañas guerreras será la mano en matrimonio de la doncella de la que está enamorado. Entonces, se cubren dos necesidades: la primera, a causa de la enfermedad del amor el caballero se hace más esforzado y se perfecciona en todos los ámbitos de su acción; y la

segunda, se restablece de la enfermedad amorosa porque obtiene lo que desea al haber demostrado que es el mejor caballero del mundo. Así, la inclusión del amor en tanto enfermedad que requiere ser sanada otorga a la configuración del personaje un tono particular, una motivación extra que lo hace más complejo y más atractivo para un público formado tanto por caballeros como por damas.

Como hemos podido observar, la medicina no sólo puede verse beneficiada por la narrativa sino que ha influido en ésta de muy diversas maneras. Esta comunicación ha buscado ofrecer un ejemplo claro y llamativo de dicha relación. El caballero andante medieval está diseñado con características que lo capacitan para concretar proezas bélicas, aventuras peligrosas y acciones peculiares con el propósito de obtener lo que desea: la salud otorgada por su amada. Buena parte de lo que realiza es para ganar, convencer o salvar a la mujer que lo cautivó desde la primera mirada; es decir que le causó un mal físico y mental provocando insomnio, sufrimiento, suspiros y postración, pero que también lo movió a actuar siguiendo un impulso para sanar. Así, no podemos más que concluir que el caballero medieval es, además de todo, un enfermo de amor.

Bibliografía

- Chrétien de Troyes (1993), *Cligés* [a1174], Madrid: Alianza [trad., pról. y notas de Joaquín Rubio Tovar].
- Vilanova, A. (1527), *Opera Arnaldi de Villa Nova medici acutissimi nuper recognita et emmendata etc*, Venecia: Octaviano Scoto herederos, fols 240v-241v [traducción inédita de Daniel González García].



Danza y Medicina

La danza contemporánea en la Universidad Javeriana Cali

Grupo Representativo Danzados
Wendy Betancourt y Andrea Bonilla

El taller de danza contemporánea en la Universidad Javeriana tuvo sus inicios en el año 2000, como un espacio formativo liderado por la maestra Jennifer Ocampo. Al poco tiempo y gracias al interés de los universitarios, surgió la necesidad de crear un segundo espacio formativo y la oferta se consolidó con un taller básico “Danza I”, dirigido por Irene García Orozco y otro intermedio “Danza II”, que dio origen en el 2004 al Grupo Representativo Danzados. A lo largo de su historia, este colectivo ha sido dirigido por grandes maestros como Jairo Lastre, Consuelo Giraldo, José Jaime Vanegas y en la actualidad por Andrea Bonilla.

Danzados

Los grupos representativos artísticos del Centro de Expresión Cultural de la Pontificia Universidad Javeriana están conformados por estudiantes, docentes, egresados y colaboradores, quienes participan en intercambios culturales locales y nacionales y, al mismo tiempo, se integran en experiencias académicas aportando a la reflexión estética de los proyectos.

Una de las iniciativas a resaltar de este grupo representativo fue el Encuentro Quera Chikara, que reunió, por seis años, a diferentes grupos universitarios de la ciudad en la Pontificia Universidad

Javeriana, hasta el 2010. Este encuentro es el detonador del actual Festival “Gente que Danza”, que hoy se ha convertido en una importante fiesta universitaria apreciada por la comunidad caleña.

El compromiso y la calidad del proceso han permitido que Danzados represente a la Universidad en diferentes festivales locales y nacionales, –como el Festival Universitario de Danza Contemporánea de la Universidad Jorge Tadeo Lozano y el Festival de Video Danza en Bogotá–.

Actualmente participa en diálogo interdisciplinar con el Proyecto de Medicina Narrativa de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Javeriana Cali.

<http://www.javerianacali.edu.co/vicerrectoria-del-medio-universitario/centro-de-expresion-cultural/gente-que-danza>

Entropía: Montaje escénico, resultado de la investigación-creación.

Entropía, procede del griego (ἐντροπία) y significa evolución o transformación: “es el grado de desorden y de caos que existe en la naturaleza. Es el segundo principio de la termodinámica que puede definirse esquemáticamente como el *progreso para la destrucción o desorden inherente a un sistema*, este principio establece que a cada instante el universo se hace más desordenado. Hay un deterioro inexorable hacia el caos”

Entropía, es el proceso que el grupo representativo Danzados emprendió seis meses atrás, gracias a la invitación por parte del equipo de Medicina Narrativa, quienes nos compartieron su maravilloso proyecto formativo con los estudiantes de medicina y sus relatos en las Revistas. En este primer encuentro se descubrieron todas las posibilidades de trabajo que podría tener

el Grupo junto con los objetivos pedagógicos del proyecto de Medicina, encontrando en la *narrativa* un punto de convergencia entre la literatura y la danza.

Desde el equipo de docentes de Medicina Narrativa se escogieron ocho textos que serían la base para dar orientación a nuestro proceso narrativo corporal. El objetivo del trabajo interdisciplinar era crear un montaje escénico de danza en el que se evidenciara el diálogo entre los elementos poéticos presentes en los textos de los estudiantes de medicina y la indagación escénica a través de la imagen, los personajes, el movimiento y la danza.

Textos:

Volviendo a mi Refugio (Alejandra Ortiz)
Una tradición japonesa (Akemi Arango)
Una Noche en Atenas (Alejandra Balmaceda)
Una Cita en la Antesala De La Muerte (Tania Duque)
Sanador herido (Edwin Garcés)
Primer latido (Paola Andrea Figueroa)
Hasta pronto Mó (Camila Delgado)
Experiencia de vida (Paola Andrea Vélez)

Video-Danza:

El proceso de investigación- creación de Entropía ha superado las expectativas del trabajo inicial. Como primer resultado, el grupo inició un proyecto de Video Danza, titulado con el mismo nombre; este material audiovisual también fue inspirado desde los textos sugeridos en la Revista de Medicina Narrativa de la Universidad. Entropía (video-danza) participó en el I Festival Universitario de Video Danza en Bogotá, llevándose una mención especial por el tema seleccionado y su exploración.

Del proceso narrativo al movimiento

Nuestro primer desafío fue tal vez intentar capturar la humanidad que atraviesa las narraciones de los diferentes estudiantes de medicina, por ello, después de leer detenidamente cada uno de los textos base nos adentramos a poner en el cuerpo y en movimiento lo que entendíamos con la razón; nos dimos entonces a la tarea de unir mente, espíritu y cuerpo.

Entropía está estructurada por cuadros independientes, los cuales tienen como eje narrativo la historia de un personaje principal; en este caso, es el Médico quien protagoniza las emociones, situaciones y relaciones que se cuentan en escena a través de la danza.

Cuadro 1: Lab-Dap (El primer latido del corazón)

Cuadro 2: La caminata del Angel

Cuadro 3: Cuerpo que convulsiona - la lucha interna

Cuadro 4: La esperanza

Otro hilo conductor de la obra es la Mesa (camilla), como un elemento que nos posibilita narrar los diferentes estados por los cuales transitan los narradores, que en ocasiones han sido pacientes sistema de salud: enfermos, dolientes, médicos y practicantes.

En cada cuadro hay una propuesta de movimiento y relación corporal que se inspira y dialoga con los elementos narrativos hallados en los relatos de los estudiantes; de esta forma se identificaron palabras comunes, puntos de encuentro e hilos conductores:

Pulso - corazón

Primer latido

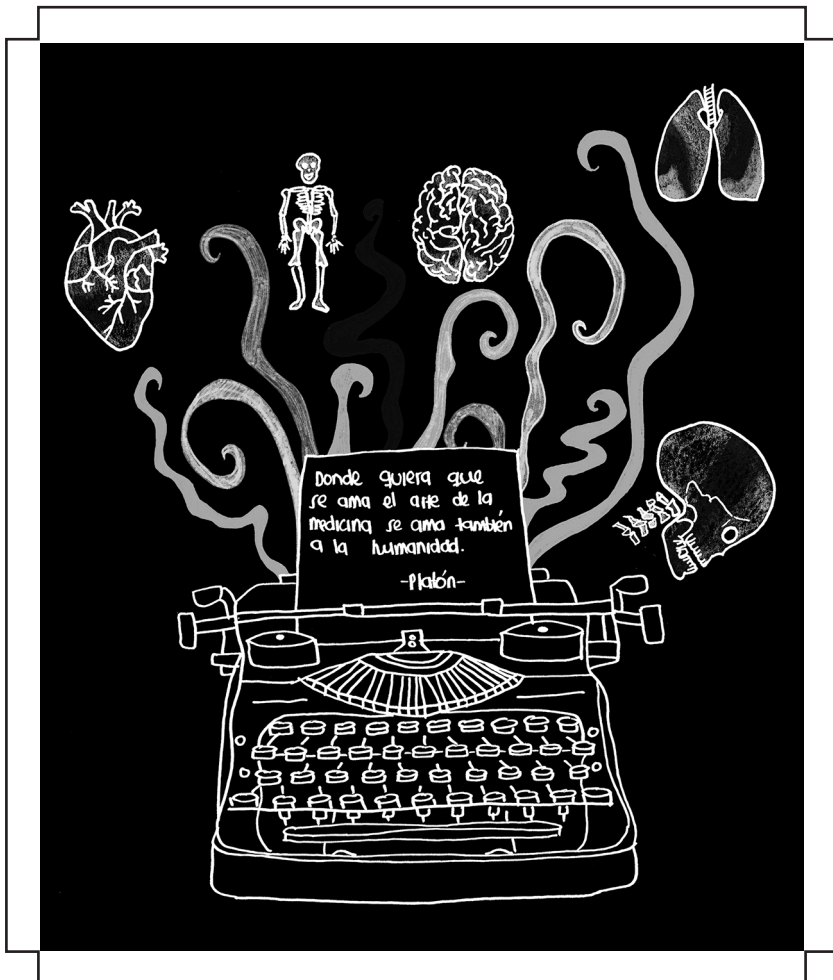
Luz al final

Tradicción - conocimiento

Sentidos
Visceral
Tangible
Efímero
Humano
Fluido
Muerte
Espera
Ser observado
Efímero
Cortar
Miedo
Enfermedad
Cura
Nacimiento
Transformación
Pedir auxilio
Confiar en ser rescatado
Caer

Desde allí nos adentramos en un trabajo continuo de laboratorio corporal, un espacio que nos permitió trascender y comprender desde otros lugares a nuestros narradores: los bailarines fueron sangre, palpito, respiro, miedo, muerte, vida, llanto, esperanza.

El trabajo con los participantes de Danzados, y el acercamiento a los temas que nos comparten los estudiantes desde sus relatos, han permitido que los integrantes de Danzados, que vienen de diferentes carreras y profesiones, reflexionen de manera más profunda sobre los aspectos humanos que aparecen en el proceso pedagógico de un profesional en la Medicina. Este aspecto evidencia la apuesta de Formación Integral que tiene la Universidad, desafiando al estudiante a reconocerse como un ser humano al servicio de los otros.



La escritura en el ejercicio médico

Los médicos en la Torre de Babel

Dr. Carlos Presman, MD.

*“Es difícil seguir siendo emperador ante un médico,
y también es difícil guardar la calidad de hombre”.*

Memorias de Adriano, Marguerite Yourcenar:

*“La competencia narrativa brinda al médico
no sólo los medios para comprender al paciente
sino también permite comprender a la enfermedad misma”.*

Dra. Rita Charon

Según la leyenda, en tiempos inmemoriales, los hombres hablaban un mismo idioma y decidieron construir una torre que llegaría hasta el cielo. Dios condenó este acto de soberbia creando distintos idiomas y dispersando a los hombres sobre la faz de la tierra. La Torre de Babel representa la difusión de miles de lenguas en el mundo: ¿castigo o bendición? ¿condena de desencuentro o celebración de la diversidad?

Desde hace unas décadas, la tecnología aplicada a las ciencias de la salud, puso a la medicina en una Torre de Babel que alcanzaría la inmortalidad. Los médicos de Babel creímos en la científica posibilidad de resolver los problemas de la enfermedad y la muerte. ¿Qué diferencia hay entre Dios y los médicos? La diferencia es que Dios no necesita creerse médico.

La humanidad protagoniza una transición demográfica que se caracteriza por una situación de baja fecundidad y baja mortalidad.

La gente vive más tiempo, llegando hasta los ochenta, noventa y cien años. Sin embargo, en una sociedad donde los seres humanos viven cada vez más, las consultas médicas duran cada vez menos. Los médicos no tenemos tiempo para atender a nuestros pacientes y los pacientes no tienen tiempo para ir al médico. Este desencuentro, hace del tiempo una enfermedad de nuestro tiempo: palpítamos en consultas taquicárdicas de *taquidiagnóstico* y *taquitratamiento*. La primera víctima es la historia clínica: la anamnesis y el examen físico resultan dos especies en extinción.

La otra pérdida es la narración de la enfermedad en el lenguaje del paciente: no hay tiempo para contar el padecimiento ni para ser escuchado. Sin tiempo en la consulta, el paciente es mudo y el médico es sordo. Sin tiempo, no hay acto médico. Estamos inundados de relojes y carentes de brújulas. ¿A dónde va la medicina tan apurada? ¿Quién nos empuja a un vértigo irreflexivo? ¿Por qué tanta prisa?

El enorme cambio de la población mundial se produjo además por una transición epidemiológica: las patologías infecciosas y agudas –que eran los patrones de enfermedad predominantes–, fueron reemplazadas por las de carácter crónico y degenerativo. El ejemplo del VIH-Sida es más que elocuente: de ser un diagnóstico ominoso, pasó a ser una enfermedad crónica más que se suma a la diabetes, la hipertensión, la esclerosis múltiple, la insuficiencia renal o el cáncer. Esa transición epidemiológica generó un desafío asistencial. Los médicos debimos cambiar el paradigma del arte de curar por el arte de cuidar. Acompañar pacientes por décadas en un vínculo atravesado por historias familiares y cambios sociales.

Pero además, mientras habíamos sido educados para buscar una causa fisiopatológica única que explicara la enfermedad aislada, debimos adaptarnos a la complejidad de la causalidad múltiple y

las comorbilidades, casi siempre presentes. ¿Cómo interpretar la complejidad multicausal y pluripatológica de nuestros pacientes? ¿Cómo elaborar en conjunto un seguimiento por años? ¿Cómo hacerlo en consultas cronometradas en minutos?

Hoy, las principales causas de progresión de las enfermedades más prevalentes y los motivos de internación, residen en los hábitos de vida, la relación con el medio ambiente, el abandono de los tratamientos y los errores médicos. La investigación biológica resulta insuficiente para explicar los procesos de salud/enfermedad. Debemos sumar a la biología de nuestros pacientes, la biografía y las características de la sociedad donde viven, se enferman y mueren.

Las ciencias médicas, desde una perspectiva estrictamente biológica, son un campo de estudio tan necesario y eficaz como incompleto. Pareciera que cuanto más expertos y científicos somos, crece nuestro analfabetismo emocional y la incompreensión del contexto socioeconómico: cuanto más profundizamos en los órganos, vamos perdiendo a la persona y a la sociedad donde convive.

Los médicos, mediante la *historia clínica*, nos acercamos al diagnóstico de lo que el paciente tiene, a la enfermedad que lo aqueja. Somos capaces de producir conocimientos que nos permiten clasificarlas y producir series que registran su nivel de ocurrencia y sus perspectivas de curación. Pero no sabemos casi nada de quién es el que sufre la enfermedad y quiénes se ven afectados por su padecimiento. Para ello debemos recurrir a la *historia de vida*: única, distintiva e irreplicable.

La complejidad de la enfermedad trasciende la biología; sus causas y evolución dependen del saber del enfermo, pero los

pacientes ignoran que saben y los médicos no sabemos que ignoramos. Diagnosticar la enfermedad sin saber quién la padece es una práctica hemipléjica de la profesión. ¿Por qué perdimos la ritualidad de escuchar a nuestros pacientes? ¿Cuándo nos olvidamos que toda patología vive en un paciente, en una persona, en un ciudadano?

En las últimas décadas, la revolución científico tecnológica impactó de manera extraordinaria en las prácticas médicas. Los métodos complementarios de diagnóstico hacen visibles lesiones microscópicas, a todo color y de manera tridimensional, como autopsias virtuales en vivos. Se avanza en nanotecnologías, terapias génicas, biología molecular y drogas monoclonales. Hace apenas unos años, los trasplantes y las prótesis pertenecían a la ciencia ficción. El desarrollo tecnocrático, deslumbrante y avasallador, revolucionó las prácticas médicas. Sabemos con gran precisión todo lo que la tecnología nos da, pero desconocemos lo que nos quita. ¿Quién es hoy el “complementario”, el médico o el método diagnóstico? ¿Hacemos un uso racional y equitativo de la tecnología? ¿Cuántas veces se utiliza para responder preguntas, cuántas para cumplir un protocolo y cuántas para el beneficio económico? ¿Por qué no se ha inventado aún el aparato que cuantifique el sufrimiento, la angustia, la esperanza o la fe?

En la enorme mayoría de las consultas médicas, la dolencia del enfermo no se acompaña de alteraciones en las pruebas de laboratorio ni en los métodos complementarios de imágenes. La vida del paciente se ve interrumpida por la enfermedad por eso consulta al médico; el paciente sufre, tiene síntomas, está enfermo y el profesional le dice: “todos sus estudios están normales, usted no tiene nada”. ¿Lo que no se visualiza por métodos complementarios, no existe? ¿Estamos entrenados solamente

para leer cifras, signos que cuentan, computan, pero no narran? ¿Los médicos nos estamos volviendo ciegos ante los síntomas, lo esencial de la consulta?

La deslumbrante explosión de las nuevas tecnologías y de los fármacos de última generación no ha logrado torcer la evolución de las patologías más prevalentes. A pesar de los enormes recursos diagnóstico-terapéuticos para las enfermedades cardiovasculares, siguen siendo epidémicas en el mundo. ¿Por qué fracasa en relación con ellas ese modelo médico asistencial? ¿Por qué la mayor cantidad de tecnología no se correlaciona con mejores indicadores de salud?

El formidable desarrollo tecnológico requirió el diseño y funcionamiento de instituciones cada vez más complejas. Así la tradicional relación médico-paciente fue reemplazada por el vínculo tecnología-enfermedad y hospital-enfermedad, en el cual las humanas figuras del enfermo y el médico tienden a ser casi virtuales.

La condición humana conlleva el imperativo ético de preguntarse ¿por qué? La reflexión sobre las prácticas médicas en tiempos de tiranías productivas y tecnológicas generó una corriente de pensamiento que intentó rescatar al médico y al paciente de la esclavitud del mandato por la eternidad, del encarnizamiento diagnóstico y terapéutico: la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). La MBE se define como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre los pacientes. Comienza en la década del sesenta con ensayos clínicos y se universaliza con las publicaciones del Dr. David Sackett en la década del noventa. Sin embargo, esta medicina fue tergiversada, transformándose en un credo estadístico

y dogmático que hoy resulta insuficiente para la complejidad de la relación médico paciente y el cambio epidemiológico en las enfermedades.

¿Por qué? Porque el hombre es un animal que cuenta historias. La enfermedad es muda, el que habla es el paciente. La medicina es la más científica de las humanidades y la más humana de las ciencias. El hombre se diferencia de los animales por el lenguaje, aquel que los hombres tuvieron como único hasta la construcción de la Torre de Babel, según nos cuenta el Antiguo Testamento. La complejidad del lenguaje es la manifestación de la diversidad humana. El Dr. Daniel Flichtentrei expresa: *“El mundo de la medicina está atravesado por un continuo tráfico de historias. Narraciones cotidianas que siembran el suelo como árboles en un bosque de palabras. Si agudiza el oído escuchará voces que gritan o murmuran para contar padecimientos que son únicos, secretos, personales. Sin ellas, la medicina no sería nada. Apenas una técnica discreta y satisfecha. Un páramo de cifras y algoritmos que intentarían alumbrar, como pálidas luces agónicas, el cadáver de su propia grandeza y las sombras de un futuro miserable. No es que la ciencia no sirva, es que no es un dios omnipotente sino un método tan extraordinario como incompleto”**.

Por su parte, el escritor John Berger nos cuenta: *“No hay muchos médicos que sepan diagnosticar bien; ello no se debe a que carezcan de conocimientos, sino a que son incapaces de comprender todos los datos posiblemente relevantes, no sólo los físicos, sino también los emocionales, históricos y medioambientales. Buscan una afición concreta en lugar de buscar la verdad sobre el hombre, lo que podría sugerirles varias”**.

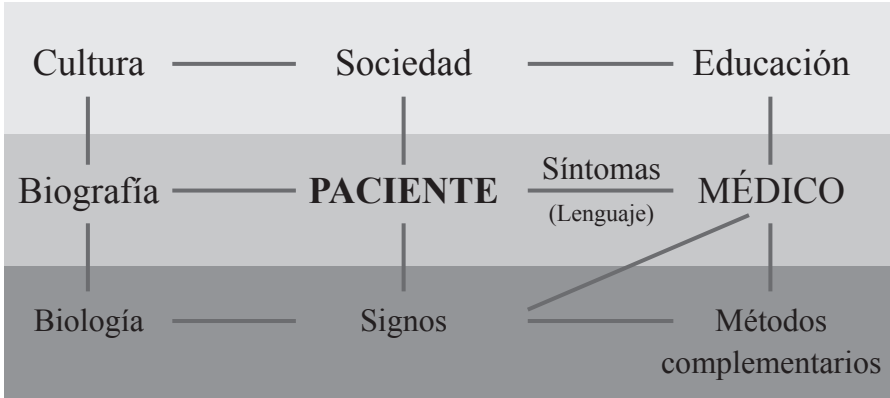
Cuando los médicos adoptamos un lenguaje propio que traduce (¿traiciona?) la narración del paciente, y nos sentimos dioses por

manejar tecnologías salvavidas, nos introducimos otra vez en la Torre de Babel; habitada por la soledad de la soberbia. Los médicos en Babel hablamos el mismo idioma científico-técnico, que sólo entienden los colegas, y desprecia la comprensión por parte de los pacientes; incluso en la escritura, de la mundialmente famosa: *letra de médico*.

La palabra puesta en boca del médico adquiere otra connotación. Los pacientes podrán escuchar recetas, diagnósticos, sentencias, no entender o comprender lo que deseen. Sigmund Freud dijo: “la ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas”. Un paciente, parafraseando a San Lucas en un pasaje bíblico, le respondió a su médico: “una palabra tuya bastará para enfermarme”.

En el año 2000 la Dra. Rita Charon comienza su prédica de la Medicina Narrativa para aportar herramientas conceptuales y habilidades cognitivas en la consulta médica, lo que implica sumar saberes a los estrictamente biológicos; conocimientos fundamentales de psicología, sociología, filosofía, antropología, etnografía, lingüística y literatura. En noviembre del 2016 se edita el libro “*The Principles and Practice of Narrative Medicine*”, un título que remeda al del Dr. William Osler en 1892 y que sentó las bases de la medicina moderna. Surge entonces, en estos tiempos fundacionales, una Medicina Basada en la Narración (MBN) que viene a complementar el conocimiento científico de la MBE. Se suman así ciencia y arte, signo y síntoma, ensayo y novela, biología y biografía, interrogatorio y *escuchatorio*, órganos y palabras, clínica y vida.

Medicina Narrativa



El *gráfico* pretende sintetizar una epistemología de la Medicina Narrativa, que tiene como centro al paciente. Éste, al igual que el médico, está influenciado por la sociedad donde vive, su cultura y su educación. La biografía del enfermo se traducirá en síntomas a través del lenguaje, la narración en la consulta médica. La biología se expresará por los signos que el médico y la tecnología podrán cuantificar. La Medicina Narrativa es una poderosa herramienta diagnóstica y terapéutica, que permite el análisis y la interpretación de la enfermedad en cada paciente, al que estudia de manera holística y empática.

Pensar nuestra práctica profesional es salir del paraíso de las certezas para adentrarnos en el infierno de las dudas, perdernos en el complejo mundo narrativo de cada paciente. Las palabras dichas y escuchadas construyen nuestra identidad. Somos el aire que respiramos, el agua que bebemos, los alimentos que ingerimos y las historias que contamos. Desde hace miles de años, desde que el hombre es hombre, nacemos y morimos. Todos.

Entonces: ¿Por qué nos enfermamos? ¿Por qué se enfermó nuestro paciente? Esa duda nos empuja a salir de la Torre de Babel e ir al

encuentro de un universo de palabras, de narraciones, de historias, que dan significado e interpretación a la enfermedad. Situándonos no sólo *al lado* del paciente, sino *del lado* del paciente. En la necesaria convicción de asistir cuerpo y mente, la unión de MBE con MBN, que al igual que el hidrogeno con el oxígeno se transforman en agua, en salud y vida para nuestro paciente; destinatario de toda nuestra vocación, que implica tiempo, incertidumbre, ciencia y arte.

* Dr. Daniel Flichtentrei; http://www.medicinaycultura.org/41/Articulo_01.htm.

* John Berger. “Un hombre afortunado”. Editorial Alfaguara, Buenos Aires, Argentina; 2011.

Bibliografía

Marguerite Yourcenar. “Memorias de Adriano”. Editorial Plon, Francia; 1951.

Sackett RL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. “Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM”. Londres: Churchill Livingstone; 1997.

Daniel Flichtentrei. “La verdad y otras mentiras. Historias de hospital”. Ediciones Intramed, Buenos Aires, Argentina; 2015.

Rita Charon, Sayantani DasGupta, Nellie Hermann, Craig Irvine, Eric R. Marcus, Edgar Rivera Colón, Danielle Spencer, and Maura Spiegel. “The Principles and Practice of Narrative Medicine”. Oxford University Press, New York, United States of America; 2016.

William Osler. “The Principles and Practice of Medicine”. D. Appleton and Company, London, England; 1893.

La memoria autobiográfica desde la neuropsicología y su vinculación con la escritura autobiográfica

Prof. Mag. Anahí Barboza Borges

La escritura autobiográfica implica un acto de rememoración, implica el acto de plasmar en palabras un pasado que se quiere reflatar, explicitar. Por lo tanto la memoria como función cognitiva es protagonista en la génesis de estos textos. Por ese motivo resulta al menos pertinente, indagar acerca del funcionamiento de lo que se denomina justamente memoria autobiográfica en el campo de la neuropsicología y establecer, si los hay, posibles vínculos con este tipo de escritura en particular.

El Dr. Fontán nos facilita una definición de memoria “[...] es la capacidad del sistema nervioso central de fijar, organizar y actualizar (evocar) o reconocer eventos de nuestro pasado psíquico. Esta evocación permite ubicar a la mayoría de nuestros recuerdos en un contexto espaciotemporal, en tanto que otros son evocados en virtud de sus vinculaciones semánticas o cognitivas” (Fontán, 2004: 177)

En el cerebro hay diferentes “depósitos, almacenes, donde permanece la memoria “a disposición”” (Dalmás, 1993: 27) y la información allí depositada recibe tratamientos distintos. No se puede declarar que la memoria es “una” y funciona homogéneamente ya que se organiza en diferentes niveles; una

primera “dicotomía” (como la denomina Dalmás), aparece entre la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo. En cuanto a la Memoria a Largo Plazo, Dalmás sostiene que “[...] constituye [...] el registro más o menos permanente de nuestras experiencias, conocimientos y habilidades” (Dalmás, 1993: 30).

Las características de esta memoria pueden ser descritas de la siguiente manera:

Dentro de la MLP hay una forma de memoria que puede ser explicitada, declarada, llamada memoria explícita o declarativa, y otra que no puede serlo y que se vincula con el aprendizaje de las habilidades motoras o perceptivas: nos referimos a la memoria procedural.

La Memoria declarativa es la que puede ser verbalizada, comunicada, es el know that. Este tipo de memoria se divide a su vez en Semántica y Episódica o Autobiográfica. La Memoria autobiográfica es narrable e involucra los recuerdos individuales, personales, nuestras vivencias y por eso mismo está relacionada estrechamente a un tiempo y lugar. Este tipo de recuerdos son los que ofician de fuente de identidad personal pues nos construyen como individuos particulares y únicos. Esta memoria puede sufrir cambios al ser reconstruida/interferida por nuevos recuerdos. La Memoria autobiográfica se puede clasificar en retrospectiva (memoria de lo que ya ocurrió) y en prospectiva (lo que debo recordar en un futuro, ligado a un tiempo y un espacio, memoria “de agenda”).

De acuerdo a lo planteado sobre memoria autobiográfica, desde el punto de vista de la neuropsicología se me ocurren tres posibles vínculos entre este tipo específico de memoria y la escritura de textos autobiográficos:

- La condición de narrativos de los textos autobiográficos coincide con lo declarativos y narrables de los recuerdos recuperados por este tipo de memoria que implican además la “historia personal”.
- Las técnicas de estudio de este tipo de memoria, tienen similitudes con algún tipo de escritura autobiográfica, y como ejemplos, mencionaremos solamente dos:

a- La técnica de Galton: en 1883, Sir Francis Galton, un investigador inglés experto en varias disciplinas, propuso una técnica para investigar la memoria autobiográfica que consistió en presentar al paciente una palabra estímulo y solicitar que recordara un evento personal que se asociara a ella. Luego el sujeto debía describir el suceso y situarlo en el tiempo (y se valoraría así el grado de detalle y la vividez de lo recordado).

b- La técnica de Linton: en 1975, la Dra. Linton creó un método de investigación de la memoria autobiográfica que involucra la confección de diarios. Ella misma fue sujeto de estudio y la técnica consistió en apuntar diariamente (durante seis años) dos sucesos en forma detallada en tarjetas que más adelante servirían para evaluar su capacidad de recordar esos hechos autobiográficos documentados en las tarjetas. Las conclusiones de Linton fueron que los hechos autobiográficos más desagradables eran olvidados más rápidamente que los agradables y que los recuerdos que se “repanan” al azar (mediante la lectura de las tarjetas) son más recordados que los no repasados. Esto demuestra que la memoria autobiográfica es sensible al reaprendizaje y al repaso.

- Una tercera vinculación se puede establecer desde otro punto de vista: estudios de neuroimagen relacionan el funcionamiento de la memoria con la emoción y el lenguaje (tres aspectos que se pueden considerar fundamentales en la escritura autobiográfica). José Boyano, que es el autor en el cual nos basaremos para establecer esta relación, sigue una postura que está ligada al “[...] marco teórico de los modelos de memoria reconstructiva, que suponen que no existe una ubicación única para la huella de la memoria, sino que el acto de recordar consiste en un patrón de activación que vincula amplias áreas del cerebro (Damasio, 1989; Schacter, Norman, & Koustaal, 1998). Por tanto, cuando un individuo rememora un episodio de su vida reconstruye de forma transitoria el recuerdo uniendo diversos tipos de información, almacenados en distintas regiones cerebrales” (Boyano, 2012).

Los estudios de neuroimagen que exploran los procesos de recuperación de la memoria autobiográfica que siguen un modelo estándar la localizan exclusivamente en el lóbulo temporal medial. En un modelo alternativo, llamado de trazo múltiple, se sugiere que serían permanentemente necesarias las conexiones entre el lóbulo temporal medial con otras zonas cerebrales (como el neo córtex) y con estructuras como el hipocampo y la amígdala.

El hipocampo (estructura cerebral ubicada en el lóbulo temporal medial) actúa como un gran coordinador cerebral que recoge los datos de los recuerdos autobiográficos que se encuentran esparcidos por toda la corteza cerebral. Ligada anatómicamente a esta estructura se encuentra otra, llamada amígdala, que es la estructura en la cual queda registro de nuestras emociones. Algunas investigaciones (Viard, Lebreton, Chételat y otros) comprueban que “[...] la actividad de regiones del cerebro, tradicionalmente consideradas emocionales, generalmente situadas en el lóbulo

temporal medial [...] pueden funcionar también en los procesos de recuperación [...] en suma, el córtex frontal, el hipocampo y la amígdala, participarían de forma conjunta en la recuperación autobiográfica (Detour et al., 2011; Greenberg et al., 2005; Addis et al., 2004; Viard et al., 2001)” (Boyano, 2012). Los estudios de neuroimagen sugieren además que la memoria incrementa la emoción y la emoción mejora la memoria.

Por lo tanto, el proceso de rememoración autobiográfica está ligado a la emoción y también al lenguaje pues estos procesos pueden ser narrados en el proceso de objetivación de la memoria autobiográfica. Podremos aventurar que la forma literaria natural de la expresión de la memoria autobiográfica es la que denominamos escritura autobiográfica.

La experiencia de narrar: estrategia evaluativa innovadora en Salud Pública

Grupo de estudiantes de Salud Pública y Epidemiología
II y III semestre

*Docentes: Sheila Andrea Gómez Peñaloza,
Elba María Bermúdez Quintana.*

El proceso educativo y formativo de los estudiantes, valorado desde sus experiencias de apropiación de conocimiento y de vida, enmarcado en un relato narrativo, se convierte en un estrategia pedagógica innovadora, que docentes del Departamento de Salud Pública y Epidemiología, de la Universidad Javeriana Cali, están integrando al proceso de evaluación con el anhelo de que los estudiantes puedan conversar y tejer colectivamente historias alrededor de temas relevantes para su formación como médicos y como ciudadanos.

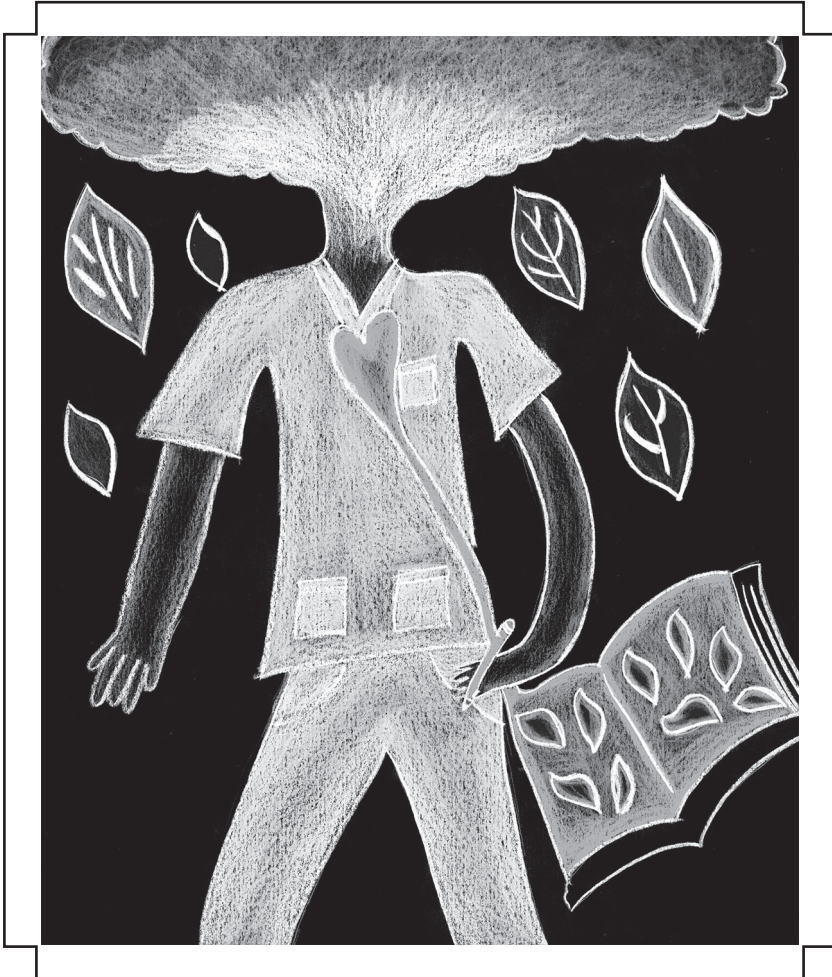
La experiencia del narrar a través de la evaluación permite que los estudiantes de manera reflexiva, expresen los aspectos más críticos e impactantes que han identificado durante el desarrollo de sus cursos. La estrategia que se ha privilegiado para este fin, es la construcción colectiva-grupal de estos textos. A través de ella, los estudiantes se ven abocados a plantear sus propuestas individuales, a argumentarlas y a concertar cuál es la definitiva, o si se construye una tercera propuesta. Estas narrativas, no son

construidas de manera individual, aunque más de uno de los estudiantes así lo preferiría.

La construcción de estos textos se ha permitido en dos vías: Con la libre asociación o con direccionamiento del docente encargado de la asignatura:

Narrativa con libre asociación: Esta modalidad ha sido concebida como un salto hacia la confianza por parte del docente responsable, ya que apela a elementos inspiradores de los jóvenes discentes, como son: la creatividad, la imaginación e ingenio propios. El docente plantea un tema básico visto en clase, y a partir de ahí, los estudiantes se agrupan libremente en un número de integrantes fijo, para que de esta manera, se afiancen habilidades de negociación y concertación, fundamentales para la formación médica. Tanto el guión como el hilo narrativo, son autoría propia del grupo de educandos, y la escogencia de actores y personajes hacen parte de su corolario juvenil. Los resultados en términos de apropiación académica y habilidades discursivas promueven acercamientos inimaginados al mundo de la catarsis y de la liberación emociones.

Narrativa direccionada por el docente: La intención de este ejercicio, es que los estudiantes construyan, al final del curso, un texto argumentativo, crítico y propositivo, articulando los conceptos teóricos claves desarrollados durante las clases magistrales. Esta elaboración tiene como insumo un video escogido previamente que, sin ser explícito, retoma los mismos conceptos teóricos. El estudiante elige el hilo conductor que entreteje los conceptos, construyendo un texto coherente y lógico –como contando una historia– donde estos conceptos, y el aporte del video, muestran la apropiación que ellos han hecho.



La Medicina Narrativa:
una herramienta que
humaniza

La magia de las palabras o la maldición de los silencios

Dr. Laureano Quintero Barrera, MD.

Cirujano de Trauma y Emergencias

Manuela contaba ya con más de 75 años. Había perdido la cuenta de su edad desde aquel mes sombrío de octubre en el que su esposo dejó de respirar en un oscuro hospital de su ciudad.

- Aflójese el vestido –le increpó la enfermera– hay mucha gente que atender y no tenemos tiempo que perder.

Manuela la escrutó con sus ojos de un azul robado del mar y que aún a sus más de 75 años seguían siendo hermosos. Se encontró con una mirada glacial. Con una risa sardónica, sacada de los archivos secretos de no sé qué centro de reclusión. La enfermera abrió sus ropajes con brusquedad, le puso el termómetro allá entre las axilas y llamó.

- Doctor, ya está lista.

Julián entró sin mirar, consultando su IPAD y masticando un chicle duro que le hacía sonar sus encías

- ¿Qué es lo que le pasa? –preguntó él–

- Los riñones, dijo Manuela.

- Otra vez los riñones...

- ¿Vómito?

- Si. Muchas veces en el día

- ¿Diarrea?

- No señor... perdón.... Doctor.

A Manuela le costaba respirar. Miró de reojo a aquel muchacho imberbe. ¿20? ¿Tal vez 21 años? No debe ser médico todavía – se lamentó en silencio– Será un practicante. ¡Dios me guarde! Murmuró

- ¿A usted la dializan? Preguntó Julián, aún sin quitar los ojos de la pantalla de su dispositivo donde registraba los datos. “Registren todos los datos”, les repetía el jefe del servicio. “Anoten todo porque si no, nos glosan la cuenta” “Hay que prevenirse de los auditores que todo lo glosan”, repetía.

- ¿Perdón Doctor?, preguntó ella con timidez

- ¿Que si la dializan?, insistió él endureciendo la voz y con sus ojos inmersos en la pantalla

- ¿La qué?, musitó Manuela, ahora asustada.

- Madre de los Alfajores, bramó Julián. Mientras más enfermas más brutas y mientras más vienen menos entienden, le dijo a la enfermera

- Cachimbis, sonrió la enfermera. Le tocó enredarse.

Estas viejitas ni se acuerdan de su nombre.

- ¿Que si a usted le cambian la sangre? ¿La meten a una máquina para limpiarle el riñón?

Ah sí, descansó Manuela. Eso me lo hacen

¿Cada cuánto? ¿Cuándo fue la última vez?

Hace como diez días, dijo ella.

¿Y por qué tan descuidada? ¿Por qué no había vuelto?, amenazó él.

No tenía para el copago, dijo Manuela. Y como la EPS ya la cerraron, me pasaron a una nueva ... y no me autorizaron hasta ahora.

Julián sacó su estetoscopio de la bata y despectivamente, sin preguntar, lo puso en el pecho de Manuela. Podría ser su abuela. Pero era su paciente. La del momento.

¡Soda!, gritó Manuel. Un frote pericárdico. Y salió corriendo y llamando...Lucía, Alberto, Sonia, gordo.... Vengaaannn

Sus compañeros fueron llegando uno a uno, rápidamente, uno tras otro. Manuela no entendía pero una larga fila se hizo frente a ella. Uno tras otro fueron poniéndole sus estetoscopios en el pecho...
¡Yo no oigo nada!, se quejó Lucía.
Hacéle, insistió Julián. Oí con cuidado
Ay sí... Ya oigo... Es como raspando...
Alberto se tomó más tiempo.
Exquisito, les dijo. Un frote de libro...

Después, Sonia,. El gordo, Patricia, David, Leticia, Rumaldo...
Todos pasaron por allí. Cuando se fue el último, Manuela vio a Julián escribiendo algo en el aparato ese que tenía...
Jefe, dijo Julián sobresaltado. Me cogió la hora. Tengo revisión de tema con Pachón y *ese man* es cuchilla...
- Ahí le dejo la fórmula. Ya metí todo a la historia y añadí los códigos. Llené todos los formatos y puse el código de Ordosgoitia. Ese lo usamos todos para que quede como vista por especialista. O sea que de glosas... nanay.

Se levantó y presto a salir, alcanzó a escuchar a Manuela:
¿Qué tengo Doctor? Por favor dígame...
- Los riñones, dijo él afanado. Usted ya sabe
- ¿Pero lo del pecho? ¿Lo que todos ellos vinieron a oír? ¿Lo que me esculcaron con sus aparatos?
-Ay señora... Ay madre... Usted pida la cita de control... ahí la enfermera le da la fórmula... para el vómito... eso debe bastarle... Igual no entendería...

Manuela miró suplicante a la enfermera.
- Ahí le entrego la fórmula, escuchó que le decía.
- Cíérrese pues ese vestido que ya tiene que salir y hay mucha gente afuera. ¿No le da pena?

Tómese esas cosas y pida la cita. Mire a ver para cuando la autorizan.... Vaya pues...

Manuela no pudo reprimir un suspiro de consternación... Un par de lágrimas le escurrieron desde la cuenca de sus hermosos ojos...

- Ah... Eh Avemaría ¿Y más encima nos sale sentimental?, rugió la enfermera...

Vaya pues que nos coge la noche y hay que entrar otro paciente.

Manuela arrastró lentamente sus pies. Salió a la sala de espera, atestada de gente reclamando por la demora... esculcó entre sus bolsillos las monedas que le quedaban de la venta de los tintos y que apenas alcanzaban para el bus de regreso. No miró la fórmula... no tenía cómo comprar ningún medicamento y la EPS ya no existía... Salió entonces a la calle. Ya era casi noche... llegaría con frío a su casita... pero más frío tenía en el alma.

Tanto júbilo de todos esos muchachos por algo que le oyeron en sus entrañas con ese aparato y nadie le contó... nadie le dijo qué era eso del frote, del raspado... Levantó su cabeza, se limpió los ojos. Ya tendría tiempo mañana de rebuscarse una platica para hacer tintos y para venderlos en la esquina... El vómito tendría que pasar... ojalá... Dios quisiera...

Las humanidades médicas y la medicina narrativa al rescate de las dimensiones estéticas del currículo en la educación médica*

*Jairo Gabriel Sánchez Carrasco*¹

Universidad Católica del Ecuador

Introducción

En el presente ensayo traduzco al español las ideas de Alan Bleakley sobre la distribución de lo sensible en la educación médica, la medicina como profesión intrínsecamente estética, el régimen estético de la educación médica y la opción que él introduce de las Humanidades Médicas (HM) (Bleakley A., 2015). Por mi parte, añado a la Medicina Narrativa (MN) –como movimiento derivado de las HM– que representa otra alternativa para pensar la educación médica desde lo sensible, es decir, desde las dimensiones estéticas. La pregunta base que ha dado paso a esta reflexión es: ¿Qué se entiende por formación médica integral? Si bien otras preguntas importantes son: ¿se puede conocer en medicina sensiblemente, de una forma estética? ¿Las dimensiones

¹ Estudiante egresado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). E-mail: jairo.gabriel73@gmail.com

* Este artículo se basa en el marco teórico de mi tesis de pregrado en medicina, PUCE, 2016: *Contribuciones de las Humanidades Médicas y la Medicina Narrativa a la educación médica: a propósito de los casos de las Facultades de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y la Pontificia Universidad Javeriana de Cali*. Las traducciones del inglés de los autores citados en este trabajo son propias.

sensibles/estéticas se incluyen en la práctica clínica? Asumimos que el conservadurismo de la medicina y de la educación médica, con sus paradigmas dominantes –biomédico y flexneriano–, no concibe que se puedan dar tales interrogaciones o las minimiza.

Para contrarrestar esto, elaboro una meta-teoría clínica y educativa, que en realidad vendría a ser la mayor contribución que ofrezco basándome en las ideas de varios autores, pero sobretodo de Alan Bleakley en tanto uno de los teóricos que mayor profundidad ha regalado a este campo de la educación médica. Mi objetivo es ofrecer una justificación, a través de una reflexión pedagógica y un intento de teorización, de porqué son necesarias las HM y la MN para una formación integral y, por tanto, porqué deben estar presentes en el currículo.

Las HM según Shapiro *et al.* (2009), pueden definirse pedagógicamente como un conjunto de disciplinas que estudian los procesos de salud-enfermedad-discapacidad y que utilizan los métodos y conceptos de las humanidades y las ciencias sociales para enseñar a los estudiantes la reflexión crítica dirigida hacia una práctica más humana, siendo, por naturaleza, interdisciplinarias y colaborativas. Aunque hace falta decir que las artes entran también en este grupo.

La MN o Medicina Basada en Narrativas (MBN), surge de los intercambios entre la Literatura y la Medicina, particularmente de los trabajos de Rita Charon (2006) y de Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz (1998). Charon (2001; 2006) define la MN como la medicina practicada con una “competencia narrativa” (competencia denota ya un enfoque pedagógico), y a ésta última la define como “la capacidad para reconocer, asimilar, interpretar y actuar sobre las historias y situaciones difíciles de los demás” (Charon, 2001, pág. 1897).

Un intento de reflexión pedagógica y de teorización de la praxis educativa de las Humanidades Médicas y la Medicina Narrativa para sugerir sus aportes a la educación médica

Bleakley (2015), basándose en la teoría postmarxista de Jacques Rancière del *partage du sensible*², sostiene que en la educación médica existe una distribución inequitativa de lo sensible (las sensibilidades). Para Bleakley, las sensibilidades de la medicina son al menos dos: *sensibility* (*SB*) que es el modo de percibir que también es el corazón del diagnóstico clínico, y que consiste en el famoso “ojo clínico”, el “oído clínico” u otras maneras de percibir con los sentidos; y *sensitivity* (*SV*) que es cómo los médicos pueden ser afectados y la apertura hacia la experiencia de “los otros”, sensibilidad especial que se requiere en la práctica clínica llena de condicionantes relacionales de colegas, de otros profesionales y de los mismos pacientes, en otras palabras, una

² Traducir lo sensible y su distribución en Rancière es más complejo que sólo considerar la sensibilidad, la sensorialidad, la emocionalidad, la sentimentalidad o la pura perceptividad, a pesar de que hacen parte de lo mismo y de que entran en esta distribución. En sus propias palabras: “Esta distribución y redistribución de los lugares y las identidades, este cortar y recortar de los espacios y los tiempos, de lo visible y de lo invisible, del ruido y de la palabra, constituyen lo que yo llamo la repartición de lo sensible.” (Rancière, 2012, pág. 34). Aclarando la confusión, se precisa que, el capital sensible, la sensibilidad y la emocionalidad humanas estarían social e institucionalmente determinadas por la educación y la cultura popular, y serían distribuidas mediante engranajes y relaciones de poder en tradiciones históricas y locales. Distribución que, además, resultaría inequitativa si se toman en cuenta que existen sensibilidades que se quedarían por fuera de la distribución – creando así insensibilidades – porque no serían contabilizadas. La teoría de Rancière es una estética de la política. Estética porque sobrepasa las discusiones de la estética como lógica discursiva del arte, o como la teoría del arte especulativa, para inscribirse en lo experiencial, en lo que él llama la “estética primera”, es decir, en los modos de inteligibilidad de dicha experiencia sensible, en el pensamiento del “*sensorium* paradójico” (Rancière, 2014, pág. 22). Pero también, la misma estética sería una cuestión política porque estaría prevista como un modo de experimentación, de vivencialidad visible del sentir de la comunidad (Arcos Palma, 2009). Al introducir la política empieza una reconfiguración de esta visibilidad, la subjetivación de la sensibilidad y una cierta participación en lo sensible como asunto primordial.

cierta empatía y una conciencia ética expresada como “inteligencia narrativa”. Es por este motivo que la medicina es una profesión estética según Bleakley. Para enunciar algo así debe considerarse el sentido etimológico de la palabra *aisthitikos* (estética) que significa “percibir sintiendo” o “impresión sensible”. Por ende, la educación médica sería una formación estética en el sentido de que encamina a que los estudiantes obtengan una experticia en la aplicación sensible del conocimiento (Bleakley, Marshall, & Broemer, 2006), y la medicina misma sería efectivamente lo que se conoce como el “arte médico”³.

Retomando la idea y de acuerdo con Bleakley (2015), la SB y la SV están en manos de los especialistas, que son quienes impiden que dichas sensibilidades lleguen a las jerarquías inferiores como los estudiantes. Esto se produce porque la cultura de la medicina es autoritaria, posee una estructura jerárquica y nada democrática; este es el “régimen estético de la medicina y de la educación médica”. Es en la formación de pregrado cuando los profesores clínicos van estableciendo lo que está y no está permitido a los estudiantes, van moldeando su “mirada clínica”, generalmente objetiva y distante; lo que coincide con la crítica trazada por Foucault (1996) en “*El nacimiento de la clínica*”. La consecuencia es que la educación médica produce la “insensibilidad” o el “embotamiento” de la sensibilidad de los estudiantes de medicina (Bleakley A. , 2015).

³ Recogemos las palabras del discurso de recepción del Sr. Dr. D. Vicente López Merino en la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana, leído en 2001: “En los primeros escritos griegos se designa la medicina como “*téchné iatriké*”, una *téchné* especial que pasó al mundo romano a través de la palabra *ars* (*ars medica* o *ars clinica*) que siempre se ha traducido como “arte”, e incluso se atribuye a Dungalo, monje de la escuela palatina de Aquitania, en la alta Edad Media, haber sido el primero que propuso la inclusión de la medicina como la octava entre las Artes liberales y entre ellas se ha encontrado hasta hoy y se ha admitido así como expresión de que no puede reducirse a leyes y a normas generales como ocurriría de ser una ciencia.” (López Merino, 2011, pág. 4).

La crítica que hace Bleakley (2015) se enfoca en demostrar cómo la educación médica, deliberadamente o no, crea condiciones que ahogan la creatividad, la imaginación moral y la sensibilidad emocional –y menos la sensibilidad entendida como perspicacia diagnóstica y terapéutica– de los estudiantes. O por decirlo de otra manera, cómo todo el sistema está diseñado para hacer que los estudiantes canalicen sus sentidos en el diagnóstico –cosa necesaria– pero ignoren otras sensibilidades que también se producen normalmente. Se mantiene el discurso de la relación médico-paciente como distanciamiento profesional y se establecen los límites éticos de la práctica sin dejar espacio a la compasión humana ordinaria, sensibilidad innata que resulta negada (Bleakley A. , 2015).

Vale esclarecer que la insensibilidad no es simple retórica, se ha demostrado inclusive empíricamente en investigaciones en donde se suele medir los niveles de empatía de los estudiantes de medicina mediante cuestionarios o escalas validadas. Sería correcto ligar este embotamiento sensible con lo que se ha venido conociendo como el “declive de la empatía” o la “erosión moral” de los estudiantes durante la formación médica de pregrado. En la actualidad, es ampliamente aceptado que este fenómeno sucede incluso desde el primer año, lo que parece deberse a que se produce un cambio, de una postura idealizada de la profesión, hacia un realismo que es dañino (Hojat, 2012), volviendo a los estudiantes cínicos.

El argumento clave de Bleakley (2015) es que para democratizar la distribución de lo sensible y evitar estos procesos de producción de la insensibilidad en la educación médica se necesita reintroducir la opción rancieriana de la política y adecuarla con propósitos pedagógicos para la formación de sujetos políticos con posibilidades de disenso y resistencia al dominio del régimen

estético de la educación médica. El *Cómo* es a través de las HM y, para mí también, con la MN; son medios concretos de redistribuir el capital sensible y re-educar la SB y SV, recuperando la sensibilidad y previniendo el deterioro de la empatía. Además, Bleakley y su equipo (2006) señalan que sólo es posible esta transformación si se considera al currículo como texto estético⁴ y a la formación de los estudiantes como una estética de la existencia (Builes Correa, 2012), buscando que el sujeto esté presto a asumir la tarea de darse forma a sí mismo (cuidado de sí) a partir de criterios de belleza (de estilo); en definitiva: hacer de la propia vida una obra de arte, postura que recoge del pensamiento del último Foucault. De esta forma, los estudiantes de medicina podrán formarse con una identidad de *connoisseurs*⁵ de su profesión, verdaderos artistas de la medicina.

Análisis de la estética de la Medicina Narrativa en la práctica clínica y la praxis educativa

Una práctica clínica abarrotada de relatos, historias, narraciones (Charon, 2006), y metáforas (Bleakley, en preparación), demanda a los estudiantes de imaginación, creatividad, pensamiento metafórico, narrativo e intuitivo, sin negar el conocimiento

⁴ Este equipo se reconoce como deudor del movimiento norteamericano reconceptualista y adopta la postura de estudiosos como William Pinar (1996) de considerar al currículo como texto, como un *performance* escrito y hablado sujeto a género; para esta ocasión, el currículo como texto estético, pero todavía como capaz de tener múltiples lecturas de variados textos funcionales, a saber: histórico, económico, ético, espiritual, autobiográfico, de género, político e internacional (Bleakley A. , 2012), y que por lo demás incorpora posiciones ideológicas.

⁵ Un *connoisseur* (del Fr. *connoisseur*, de *connoistre*, *connaître* que significa “saber de algo”) es una persona con un gran conocimiento sobre las Bellas Artes o un experto en temas del arte en general. Es conocido en los ambientes artísticos y académicos, aunque allí puede que se le compare con un crítico de arte, que no es lo mismo. Bleakley utiliza este adjetivo para denominar al grado de excelencia máximo al que puede aspirar un médico clínico o un especialista como gran conocedor del arte de la medicina, un profesional que ponga en práctica estética y éticamente su conocimiento excepcional.

científico-técnico que igualmente es indispensable. De acuerdo con Good y Del Vecchio Good (2000) es con el ingreso al entrenamiento clínico durante el tercer año, cuando se comienza a estructurar un conocimiento narrativo, mediante la construcción de un discurso, la experticia en entrevistar a pacientes, la frecuencia en la realización de historias clínicas y la modelación de un lenguaje y un léxico para presentar y comunicar información a otros médicos, por ejemplo, en la presentación de casos; en definitiva, es en este periodo que se hace evidente la “ficción” y la “historicidad” de las historias médicas.

Una vez los estudiantes entran al terreno de la clínica, se dan cuenta de que aquel mundo está lleno no sólo de incertidumbres y ambigüedades, sino que también está configurado de una forma lingüística y narrativa. Es por esta razón que Montgomery (2006) –narratóloga que cimentó teóricamente la narratividad del conocimiento médico y de la práctica clínica– considera el conocimiento médico es un conocimiento moral, un razonamiento narrativo e interpretativo. Por lo que la educación médica debe procurar enseñar el arte de “tomar la historia” del paciente.

Pero más allá de lo meramente clínico, existen distintas ganancias cuando se maneja las narrativas en la educación médica; así lo menciona Rita Charon en la introducción de su obra “*Narrative Medicine*”: “Felizmente, la enseñanza de la narrativa lleva a la reposición de los dividendos de la creatividad, el autoconocimiento, la comprensión de los demás, y profundos placeres estéticos.” (Charon, 2006: x).

La medicina practicada narrativamente puede obtener valuación estética en la medida que se realice a modo de *performance*. Esta es la postura de Langellier (2009) quien, partiendo desde los estudios de performance, empieza a pensar la posibilidad de que

la medicina narrativa sea considerada un *performance* realizado en la cotidianidad de los hospitales y centros asistenciales. Rescata para esto las nociones de Charon (2006) del *self-telling body*, de las historias encarnadas y los cuerpos textualizados en juego con el cuerpo discursivo de la medicina. Lo que hacen los médicos que aplican la medicina narrativa son en realidad “actos performativos”, en donde las experiencias de los pacientes y los médicos se incrustan y se encarnan. Asimismo, Langellier (2009) hace una distinción entre la *poiesis* y la *praxis* de la medicina narrativa. De nuevo, siguiendo a Charon (2006), indica que escribir, escuchar y contar historias son actos de habla constitutivos en sí mismos, son actos generativos que crean realidades corporales.

Asimismo sugiere que la medicina narrativa es en su totalidad una *praxis* textual. Las habilidades narrativas pasarían a ser entonces artes prácticas de aplicación del *embodied knowlegde*, conocimiento que no se aleja de la cognición encarnada, sentida (Lakoff & Johnson, 1999) que aportan las artes y, en especial, las artes narrativas (literatura, cine, series de televisión, etc.) a lo formativo. De esta forma, Langellier (2009) logra redefinir el concepto de competencia narrativa de Charon, en sus propias palabras:

La competencia narrativa se basa en el performance, en los gestos de las manos y la postura, las miradas, los vistazos, las inflexiones de la voz, que son las técnicas corporales de hablar y escuchar para mostrar u ocultar, empatizar o evitar, acercarse o permanecer separado. Estas cuestiones de estilo, los hábitos del cuerpo, y las ‘segundas naturalezas’ de la respuesta rutinaria, salen del repertorio o de la sensibilidad de las personas que intervienen en las relaciones institucionales e interpersonales. La espontaneidad de los participantes, al igual que la del artista en la improvisación, se desprende de la práctica repetida. Son estas rutinas las que la Medicina Narrativa quiere hacer y deshacer como nuevos hábitos corporales de contar y escuchar, leer y escribir. (p.153).

Conclusión

Tal como lo señalaba Bleakley (2011), la formación de las identidades de los estudiantes de medicina es construida a través de la experiencia formativa, al día de hoy, sobresaturada de conocimiento científico. La educación médica moldea ciertas identidades de una forma homogeneizadora, mientras que lo moral y aquello que algunos pedagogos sitúan en el currículo oculto, también es transmitido de manera no planificada. Las HM y la MN representan alternativas saludables para el currículo; el problema es que aun cuando se les de algún espacio, muchas veces es optativo o electivo, es decir, se las suele ubicar en una modalidad de “currículo paralelo” (Conde Caballero , 2012, pág. 135), separado del currículo real (Shapiro, Coulehan, Wear, & Montello, 2009). La solución pasaría por considerar a las HM y a la MN como un *core curriculum* integrado (Bleakley, Marshall, & Broemer, 2006).

Como indica Bleakley (2015), si los estudiantes se identifican fuertemente con la ciencia, gracias también a los profesores de los primeros años con los que comparten, que tengan que cultivarse en las ciencias sociales, las humanidades o las artes, es de por sí incoherente. El problema sería la “concepción empirista ahora *naïf* de la ciencia como puramente objetiva” (Giarelli, 2009, pág. 51), lo que, por el contrario, podría resolverse si se explora, junto con los estudiantes y profesores, la belleza intrínseca, la maravilla y la estética de la ciencia; la creatividad del método científico que requiere también de inspiración y que puede llegar a una “serendipia”, atributos de una ciencia de la complejidad (Bleakley A. , 2015). Se rompe así con los estereotipos de una ciencia carente de creatividad y con la oposición simplista entre ciencias, humanidades y artes.

Hago más las palabras de Bleakley (2015):

Si bien hemos establecido la ética médica como una parte esencial del plan de estudios en la educación médica, la estética médica sigue siendo periférica. Sin embargo, una estética médica puede hacer la diferencia entre el profesional simplemente competente, y el profesional exquisito que es un conocedor de su oficio. Es más, la medicina estética podría ser vista como una interdisciplina paralela que acompañe a la ética médica en el curriculum. (p.105).

Creemos que las HM y la MN, y sus aportes pedagógicos respectivos, son elementos fundamentales para una formación integral y para pensar este campo interdisciplinario de la “Estética Médica⁶”. Hemos ofrecido una justificación en tono de manifiesto, especialmente por recuperar el arte de la medicina, la estética de esta profesión y, en consecuencia, demandando la recuperación de las dimensiones estéticas del currículo en la educación médica.

Bibliografía

- Arcos Palma, R. J. (2009). La estética y su dimensión política según Jacques Rancière. *Nómadas* (31), 139-155.
- Bleakley, A., Bligh, J., & Browne, J. (2011). *Medical Education for the Future. Identity, Power and Location*. Dordrecht: Springer.
- Bleakley, A. (2012). The curriculum is dead! Long live the curriculum! Designing an undergraduate medicine and surgery curriculum for the future. *Medical Teacher*, 34(7), 543-547.
- Bleakley, A. (2015). *Medical Humanities and Medical Education. How the medical humanities can shape better doctors*

⁶ Es importante no confundir la estética médica o medicina estética (*aesthetic medicine* es el término original en inglés que utiliza el autor) con la especialidad de la medicina conocida también como cirugía estética o cirugía plástica y reconstructiva.

- (First ed.). New York: Routledge advances in the medical humanities.
- Bleakley, A. (2015). *Medical Humanities and Medical Education. How the medical humanities can shape better doctors* (First ed.). New York: Routledge .
- Bleakley, A., Marshall, R., & Broemer, R. (2006). Toward an Aesthetic Medicine: Developing a Core Medical Humanities Undergraduate Curriculum. *Journal of Medical Humanities*, 197-213.
- Builes Correa, M. (2012). Un concepto foucaultiano: estética de la existencia. *Uni-pluri/versidad*, 12(1), 64-72.
- Charon, R. (2001). Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*, 286(15), 1897-1902.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press.
- Conde Caballero, D. (2012). De las narrativas y otras historias. Poder y exclusiones formativas en ciencias de la salud. En L. Juarez, & C. Cipriano Crespo, *Medicina y Narrativas. De la teoría a la práctica* (Primera ed., págs. 119-141). Alicante, España - Unión Europea: Círculo Rojo.
- Foucault, M. (1996). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo Veintiuno.
- Giarelli, G. (2009). Evidence based medicine-narrative based medicine: l'integrazione possibile. En G. AE, L. I, R. S, & T. D (Edits.), *Convegno. Medicina narrativa e malattie rare*. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 26 giugno 2009. *Atti. Roma* (págs. 50-60). Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Good, B., & DelVecchio Good, M.-J. (2000). "Fiction" and "Historicity" in Doctors' Stories. *Social and Narrative Dimensions of Learning Medicine*. En C. Mattingly, & L. Garro (Edits.), *Narrative and the Cultural Construction of*

- Illness and Healing (págs. 51-69). London: University of California Press.
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1998). Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books.
- Hojat, M. (2012). Empatía en el cuidado del paciente: antecedentes, desarrollo, medición y resultados. México: El Manual Moderno.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). Philosophy in the Flesh: the Embodied Mind & its Challenge to Western Thought. New York: Basic Books.
- Langellier, K. M. (2009). Performing Narrative Medicine. *Journal of Applied Communication Research*, 37(2), 151-158.
- López Merino, V. (2011). La medicina como ciencia: arte, ciencia y humanismo: discurso de recepción del académico electo Ilmo. Sr. Dr. D. Vicente López Merino, discurso de contestación del académico numerario Ilmo. Sr. Dr. D. Adolfo Benages Martínez. Valencia: Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana.
- Montgomery, K. (2006). How Doctors Think: Clinical Judgment and Medicine. Oxford: Oxford University Press.
- Pinar, W., Reynolds, W. M., Slattery, P., & Taubman, P. M. (1996). Understanding Curriculum: An Introduction to the Study of Historical and Contemporary Curriculum Discourses. New York: Peter Lang.
- Rancière, J. (2012). El malestar en la estética. Madrid: Clave Intelectual.
- Rancière, J. (2014). El reparto de lo sensible: estética y política (Primera ed.). Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Shapiro, J., Coulehan, J., Wear, D., & Montello, M. (2009). Medical Humanities and Their Discontents: Definitions, Critiques, and Implications. *Academic Medicine*, 84(2), 192-198.

Humanismo médico y medicina narrativa: un universo conceptual

Adolfo Vera-Delgado, MD. FACP.

Relievar la importancia y transcendencia de un evento académico, como el que gozosamente nos ocupa el día de hoy, es significar de manera contundente el necesario impacto que debe tener para nuestras generaciones médicas, actuales y futuras, el bien hablar y el bien escribir. Debemos congratularnos con el grupo humano que hizo posible este primer encuentro, rescatando los valores primigenios del HUMANISMO culto y del HUMANISMO humanitario.

No es fácil permear la endurecida piel de los estamentos oficiales que hacen oídos sordos y ojos ciegos ante las falencias evidentes de precarias formaciones en principios y valores. Y mucho más difícil resulta convocar el entusiasmo colectivo para intentar rescatar valores agregados como los que nos ocupan. Bienvenida, entonces, la feliz idea de MEDICINA NARRATIVA como un instrumento de crecimiento individual y colectivo, como una herramienta fecunda para generar auténtica empatía en la difícil relación o ecuación MÉDICO-PACIENTE, como una Arcadia feliz para suavizar y atemperar los diagnósticos nefastos y los ominosos pronósticos.

La Historia de la MEDICINA, en todas sus edades, ha sido cantera perpetua de momentos memorables en investigación,

descubrimientos, invenciones y propuestas. Una historia de la vida humana corre paralela, y está indefectiblemente unida, a la cronología del dolor como sensación y manifestación de enfermedad.

Nadie podría ignorar el enorme impacto que debió tener para ese hombre primitivo, precariamente pensante, pero terriblemente indefenso ante el dolor, esa primigenia intervención terapéutica que pretendió aliviar su síntoma. Ni nadie tampoco subestimaría el invaluable aporte que, desde la más remota antigüedad, han ido consolidando todas las generaciones médicas que ejercieron su misión con enormes generosidad, devoción y altruismo, pero prioritariamente con una gran dosis de HUMANISMO y una profunda convicción de estar incidiendo favorablemente en la historia natural de las enfermedades.

El médico, como ser individual, cerebral y emocionalmente comprometido con el HUMANISMO humanitario, en las generaciones precedentes fue frecuentemente permeado por un HUMANISMO culto que le indujo a incursionar en los más disimiles campos de la inteligencia pensante: dramaturgia, novela, cuento, poesía, cine, filosofía, historia, política, religión, antropología, música, pintura, escultura, gastronomía, danza, amén de su presencia activa en otras disciplinas, no necesariamente artísticas, en las que han liderado papeles protagónicos: periodismo de investigación y de opinión, derecho y ciencias políticas, arquitectura, físico-química, astronomía, paleontología, ecología y biología marina.

No existe Humana disciplina ni oficio conocido de la que algún médico haya estado ausente en una historia de la vida. Todas las diversas expresiones de arte y cultura y las manifestaciones

conocidas del pensamiento universal, se han enriquecido por la presencia actuante de un médico culto. Ignorar esta certeza y no transmitirla a las nuevas generaciones médicas, es perpetuar la infortunada proliferación de médicos incultos o “barbaros ilustrados”.

Nada más doloroso para un médico genuinamente sensible que transmitirle a su aterrorizado paciente una pésima noticia sobre su Salud atropellada. Y nada peor para esa víctima que soportar el informe de su médico en un precario lenguaje, carente de todo vestigio de Humana solidaridad, ausente de reflexiones pertinentes, despojado de una presencia vital que le haga más digerible su incierto futuro y más tolerable el tránsito hacia su destino final.

Con verdadera angustia intentamos leer e interpretar las horrorosas y farragosas colecciones de textos elaborados por médicos de urgencias y de pisos en las instituciones hospitalarias. La absoluta carencia de un lenguaje medianamente inteligible hace imposible un elaborado juicio clínico alrededor del problema del paciente. Nos tardamos un enorme tiempo perdido en interpretar la jeringonza de un texto precariamente conceptualizado y escrito, que nadie critica ni corrige y que, eventualmente, camufla un desconocimiento total de lo que es un enfoque clínico en la búsqueda de la SALUD extraviada.

El médico que elabora ese tipo de historias clínicas está contribuyendo objetivamente al deterioro de la atención en SALUD como derecho fundamental, a la improcedencia de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, a los enfoques clínicos equívocos y, sin duda alguna, al imperativo deterioro del ecosistema por consumo innecesario de papel.

Anecdóticamente, evoco, con algo de nostalgia, mis primeros meses en la Unidad Coronaria del Instituto Nacional de CARDIOLOGIA de México. Su director era, para 1980, el Maestro Manuel Cárdenas Loeza. Su reciedumbre de carácter, sus altísimas calidades académicas y su incuestionable juicio clínico lo hacía indestronable en el escalafón docente del INC. Las revistas del servicio eran casi que una dramaturgia cuidadosamente elaborada, con desfile de semana santa que, obviamente, él encabezaba en la compañía de sus cuatro profesores adjuntos, seguidos por los seis médicos residentes, cuatro monjas, diez y seis enfermeras jefes y su secretaria personal que transportaba, en una bandeja de plata, la jarra de café negro retinto, la caja de cigarrillos Marlboro, encendedor y cenicero.

Las sesiones de 2 horas, 7:00 a 9:00 am, eran una descarga adrenérgica colectiva.

Mientras el Dr. Cárdenas, recientemente fallecido con más de 90 años de edad, se tomaba cuatro jarros de cafeína pura y se fumaba cuatro cigarrillos Marlboro profundamente inhalados, el colectivo de médicos y enfermeras iba presentando uno por uno los pacientes críticamente enfermos de la Unidad Coronaria. En una cama podía estar el indio más pobre de México y en la siguiente el Secretario de Gobernación o el mismísimo Presidente de la República de México. Cárdenas los evaluaba medicamente desde su silla pontifical, sin visitarlos presencialmente en sus cubículos, formulaba un diagnóstico, identificaba un plan terapéutico, cuestionaba todas las conductas médicas previamente adoptadas y, por supuesto, finalizaba su intimidante y agresivo protagonismo, jactándose de su inequívoca vocación de acierto clínico: “Yo me equivoco solamente una vez al año, a propósito, para recordarme a mí mismo que soy un pinche ser humano”.

Todo esto lo traigo a cuento porque Cárdenas era un fervoroso cultor del idioma castellano, repudiaba el manejo inapropiado que los Mexicanos le dan a las palabras, la utilización excesiva de anglicismos por su vecindad fronteriza, la tenebrosa degeneración de los vocablos más elementales en la parla cotidiana, y la infortunada proclividad reduccionista de apocopar la jerga MÉDICA en abreviados volúmenes de letras mayúsculas que ya nos prohibió seguir utilizando creo que la CORTE CONSTITUCIONAL.

Los momentos candentes de la revista médica del servicio ocurrían cuando el Gran Jefe montaba en cólera, palidecía, sudaba profusamente y el rictus despectivo de su parálisis facial, en un rostro absolutamente glacial, exclamaba, de manera enfática y vehemente, su rechazo visceral por el precario texto de una historia clínica deficientemente elaborada por un hispano-parlante o por cualquier otro médico proveniente de cualquier país del mundo. Exigía, no sin razón, que las historias clínicas debían ser pequeñas obras del arte médico. Y cuando eso no ocurría, tomaba su encendedor de cigarrillos y procedía a incinerar la malhadada redacción de un venezolano, español, belga o chipriota, con la vindicta que eso generaba y la obligación perentoria de reconstruir ese documento oficial en el término de la distancia...

No sobra advertir que, a mucho honor, fui el único Residente Médico, en muchos años, a quien no logró incinerarle uno sola de sus historias clínicas noveladas. Yo me solazaba recreando las historias elementales de esos personajes que terminaban enfermos en una cama de hospital por razones que ellos ignoraban y yo me anticipaba a predecir. Solíamos establecer una complicidad evidente en el itinerario de su condición patológica y su progresiva recuperación. Recuerdo, por ejemplo, un paciente de novela, 30 años, miocardiopatía dilatada, candidatizado para

trasplante en 1980, felizmente recuperado después de su cirugía, celebrando con ese grupo vigoroso de colombianitos un enorme cerdo preparado de su hato hipercolesterolémico. Los médicos compartíamos su infortunio y su victoria. Y narrábamos, en las notas de evolución, lo que significaba cada nuevo logro en sus posibilidades de sobrevida física y emocional.

Eso ya no ocurre en nuestra precaria geografía virtual, en este descaecido mundo de médicos ausentes de sus pacientes, en este depauperado continente de médicos sometidos a la ignominia del maltrato institucional y estatal, en este obsecuente protocolo de aceptación de todas las infamias.

Vivimos, en estos momentos, la ignominia de una ominosa CORTE SUPREMA DE JUSTICIA penalizando, de manera injusta y oprobiosa, el diagnóstico, probablemente infortunado, de un colega patólogo. El ejercicio médico más transparente puede ser injustamente juzgado y penalizado si ejercemos la posibilidad de ser falibles. Hablar bien, leer inteligentemente y escribir mejor deben ser propósitos elementales de cualquier ser humano. Los médicos tenemos la obligación ética, legal y PASIONAL de hacerlo siempre. El registro de nuestras historias clínicas debiera ser un bien elaborado referente vital de cada ser humano que nos corresponde evaluar y manejar en sus momentos de angustia.

No puede ser solamente la escueta relación de fríos datos estadísticos, cifras de laboratorio clínico, imágenes diagnósticas computadas sin correlación clínica, ausencia total de la ecuación mente-cuerpo, privación total de esa mano amiga y de ese abrazo solidario ante los momentos del infortunio transitorio o de la debacle final. El verdadero HUMANISTA valora la vida y sus circunstancias en toda su profunda significación y acepta,

con generosa inteligencia y sin resignada derrota, la dimensión trascendente de la muerte. El médico HUMANISTA disfruta del conocimiento científico más actualizado pero, además, asume una actitud combativa y eminentemente ética frente a los fenómenos vitales del ser humano como son el dolor, la enfermedad, la discapacidad orgánica o funcional de su paciente, su progresivo deterioro emocional y afectivo y, finalmente, su muerte. Esto lo diferencia categóricamente del técnico erudito en medicina. Es otra manera de pensar y actuar en beneficio del ser humano, rescatando sus valores fundamentales, sus intereses vitales y su dignidad.

Es esa búsqueda perpetua la que nos permite dimensionar la angustia que acompaña al hombre desde su nacimiento y hasta su muerte, en una sucesión de episodios que involucran la enfermedad de su cuerpo y de su mente, generando el imbalance biológico en el que nos vemos involucrados como médicos o sanadores de ese cuerpo enfermo y de su espíritu o el alma, también sujetos de intervención terapéutica por quienes pueden acceder a los vericuetos de la más profunda intimidad...

Poderosas razones hacen del acto médico una conjunción de arte, sabiduría científica y taumaturgia en un entronque indivisible donde deben primar la compasión y el amor por ese temeroso y debilitado ser humano. No podemos abstraernos del enorme compromiso que nos exige entregar de nosotros lo mejor y de nuestros conocimientos lo más razonable y acertado. Evolucionamos en un aprendizaje continuo que nos impele a la búsqueda de la evidencia para aplicarla en la consulta médica ambulatoria o en la práctica hospitalaria de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Somos artífices de una relación interpersonal en la que deben consolidarse la confianza y el

respeto mutuos, bajo un ordenamiento y unos preceptos éticos que le permitan al paciente el dialogo fluido en la confesión de sus temores y prevenciones.

Esto de permitirle hablar al ser humano que tenemos al frente, de escucharle con genuino interés lo que nos va refiriendo, con infortunada frecuencia se vulnera por médicos arrogantes que silencian a su interlocutor, espetándoles una lapidaria condena:

“Aquí, las preguntas las formulo yo; ¡límitese a contestar cuando le pregunte algo! “Y no me hable de varias dolencias: ¡restrínjase a un solo dolor, a uno solo de todos sus males!””

La incomunicación en la relación médico-paciente es la más condenable de las malas prácticas profesionales porque es la más fácilmente prevenible. Los pacientes se quejan de que sus médicos no les dejan hablar y manifestar con libertad los síntomas que padecen. La muy cuestionable falta de tiempo o el temor de los médicos de otras latitudes para informar diagnósticos, pronósticos o prescripciones terapéuticas, ante la eventualidad de una demanda por cualquier error, no justifican el divorcio aparente que se consolida con los inapelables silencios. El miserable silencio de nosotros, médicos, frente a la tenebrosa angustia de un ser humano que espera respuestas en la mitad de su desesperanza.

La explicación pormenorizada del enfoque clínico de su patología, el razonamiento elaborado sobre sus causas y consecuencias, el consejo oportuno y detallado sobre la importancia de modificar hábitos de vida y adoptar conductas saludables, minimizan la natural aprensión que experimenta el paciente al enfrentar a su médico en la primera consulta. Más aún, si esa consulta es ginecológica, urológica o psiquiátrica...

Comprender y aceptar procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos es otra fuente de razonable incertidumbre para ese paciente que, en no pocas ocasiones, está libre de síntomas. Peor aun cuando dichos procedimientos no están suficientemente justificados y exentos de duda, en virtud de los costos económicos y de eventuales riesgos aceptados en el texto de consentimiento informado.

El médico del siglo XXI es un espécimen diseñado para producir resultados estadísticos con algún sentido epidemiológico, pero sin un claro compromiso con el ser humano como sujeto de su accionar profesional. Poco importa que se establezca una solidaria relación de complementariedad, en la que el médico inicia un proceso de sanación de su paciente desde el momento en que lo saluda con una respetuosa y amable bienvenida que inspire confianza.

Ese médico, defectuosamente moldeado y condicionado para desocupar rápidamente camas hospitalarias y para dar de alta patologías incómodas, difícilmente puede ser permeado por emociones diferentes a las del conocimiento unidimensional de su minúsculo universo conceptual.

Nos correspondió un sitio de honor en la escala zoológica universal. Infortunadamente, muchos de nosotros no correspondieron a ese designio divino y equivocaron el rumbo. Hoy han sido castigados por indignidad.

Los médicos estamos en la obligación de informar a los pacientes sobre las innumerables falacias que se tejen en el contexto de un acto médico responsable, y de ofrecer explicaciones necesarias sobre una probabilidad diagnóstica, una propuesta terapéutica con sus eventuales efectos colaterales, un previsible pronóstico y una relativa certidumbre sobre la pertinencia de lo actuado, sin olvidar

la profunda reflexión del Profesor Trousseau: “El médico algunas veces cura, muchas veces alivia, pero siempre consuela...”

Recordar siempre las palabras del Maestro Ignacio Chávez: “No hay peor forma de mutilación espiritual en un médico, que la falta de cultura humanística. Quien carezca de ella podrá ser un gran técnico en su oficio; pero, en lo demás, no pasara de ser un bárbaro ilustrado, ayuno de lo que da la comprensión humana y de lo que fijan los valores del mundo moral...”

“El HUMANISMO no es un lujo ni un refinamiento de estudiosos que tienen tiempo para gustarlo en frivolidades disfrazadas de satisfacciones espirituales. HUMANISMO quiere decir cultura, comprensión del hombre en sus aspiraciones y miserias, valoración de lo que es bueno, lo que es bello y lo que es justo en la vida, fijación de las normas que rigen nuestro mundo interior, afán de superación que nos lleva, como en la frase del filósofo, a igualar con la vida el pensamiento. Esa es la acción del HUMANISMO al hacernos cultos. La ciencia es otra cosa: nos hace fuertes pero no mejores.

Por eso, EL MÉDICO, MIENTRAS MÁS SABIO DEBE SER MÁS CULTO.”

¡Bienvenidos a un HUMANISMO CULTO PARALELO AL HUMANISMO HUMANITARIO!



La enfermedad en
las obras literarias

Rastros de enfermedad en algunos poetas colombianos

*VJ Romero*¹

Profesor

Departamento de Humanidades
Pontificia Universidad Javeriana Cali

Resumen

La presente ponencia pretende rastrear la enfermedad en algunos poetas colombianos, teniendo como base el hecho de que tanto en las obras poéticas de finales del siglo XIX, como en las del siglo XX y comienzos del XXI es constante la mención de la enfermedad, el dolor y la muerte, no solo la propia, sino la ajena, y no solamente como hecho físico, sino como metáfora, tanto por la ausencia del otro, o de la otra, como por la situación del poeta en el mundo. Aunque, las obras y las vidas de José Asunción Silva y Raúl Gómez Jattin son las más llamativas, como se verá, no son las únicas.

La enfermedad señalada como padecimiento de otros y como dolor propio ha sido una constante de la poesía, en general, y de la colombiana, en particular. Y la enfermedad no es solo señalada como dolor del cuerpo, sino como dolor del alma. De hecho, como puede verse, es más frecuente el dolor espiritual que

¹ VJ Romero es poeta y escritor. Es profesor del Departamento de Humanidades de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

el corporal, aunque, como todos sabemos, las enfermedades del alma, los padecimientos interiores, terminan siendo expresados por el cuerpo en distintas dolencias.

Los poetas, y creo que ese es rasgo característico de la poesía, sienten como suyo el dolor de la patria, de los próceres, como puede verse en el hecho de que uno de los temas más recurrentes de la poesía colombiana es la estatua del libertador Simón Bolívar. Y también de la gente, del padre, de la madre, del hijo e incluso de los animales, como lo muestra, por poner un ejemplo, el poeta Epifanio Mejía, con su poema *La muerte del novillo*, que fue por muchos años un ícono de la poesía colombiana.

Por ello, puede decirse que la poesía colombiana nos ha dejado evidencias profundas del dolor que sentían los poetas por lo que les acontece a los seres humanos.

El poeta y su mundo

Lo primero que uno se pregunta es quién lee poesía en estos años. Y la respuesta es la misma de hace cien o doscientos años. La poesía la leen (y la escriben) personajes solitarios y, la mayor parte de las veces, tristes, llenos de miedos y angustias por el mundo en el que les tocó vivir.

Desde José Asunción Silva, pasando por Julio Flores y Porfirio Barba Jacob, hasta llegar a Raúl Gómez Jattin, por donde se mire la poesía moderna, incluso la de los poetas recientes, tiene tintes de tristeza, de modulación del pensamiento con reflexiones filosóficas. Muchos de ellos, por no decir todos, incluso terminan por acercarse al amor a la enfermedad y a la muerte. La poesía festiva o filosófica es poca comparada con aquella otra que tiene sabor de nostalgia, de bolero.

Así, al buscar poemas que nos acerquen a la enfermedad, el trabajo se nos vuelve de alguna manera, fácil. Y es fácil, porque si buscamos poemas de amor o de enfermedad veremos cómo se van mezclando. Empezaré con Silva y seguiré los poetas más notables de los siglos XIX y XX.

José Asunción Silva

El poeta Silva antes de su suicidio se enfrentó a un sinnúmero de tragedias personales con las que construyó su mundo poético. Está por ejemplo la muerte de su padre, la quiebra de su negocio, que según los historiadores se debió a su mala administración, y la muerte de su hermana, con quien mantenía una relación tan estrecha y afectuosa que muchos han llegado a catalogarla como pecaminosa.

Se ven, entonces, en la poesía de Silva la tristeza y la nostalgia en los más diversos tonos. Y obviamente, retomando todas las influencias de los poetas con quienes pudo compartir durante su estancia en Europa, carga sus versos no solo de tristeza, sino también de un cierto cinismo que, quizás, es otra forma de enfrentarse al dolor de la enfermedad y las ausencias de sus seres queridos.

El poeta Silva dejó varios libros que nos muestran el dolor, la angustia y la melancolía. Su novela, *De sobremesa*, como lo señala Jorge Mario Ochoa, en su texto *El poeta en De sobremesa, de José Asunción Silva*, está minada de referencias a la enfermedad. Y sus libros, en especial *Gotas amargas*, son un canto a los padecimientos, el dolor y la muerte.

Ahora un desfallecimiento interior la embarga; ha sentido una picada ahí, en el punto que el médico le mostró como foco de la

enfermedad que la devora y el punzante dolor vuelve a traerla a la realidad... ¡Ah! sí, la tos, el sudor, el insomnio, los cáusticos, la unturas de yodo, el viaje al Mediodía, el aniquilamiento... la muerte... el fin, todo eso está cerca (Silva, 1996: 323).

Veamos algunos de sus textos:

En su libro *Intimidades* aparecen varios poemas que aluden a la enfermedad. El primero de ellos, *A una enferma*, recoge las recomendaciones que le haría hoy cualquier médico a sus pacientes. Es una invitación a dejar la casa y salir al campo, a contemplar los amaneceres y respirar el aire puro. Quizás así, dice el poeta, “encuentres nueva vida, que devuelva roseo color a tus mejillas pálidas, venturosas sonrisas a tu boca y sueños infantiles a tu alma” (Silva, 1979: 14).

Luego, en el poema *Crisálidas* (Silva, 1979: 41), cuenta la historia de la niña que va al campo y allí, durante su convalecencia, recoge, oculta “entre un ramo de silvestres flores” una crisálida. Y al cabo de unos días, cuando la niña muere, los presentes sienten “leve rumor de alas” y ven cómo escapa por la antigua ventana una pequeña mariposa dorada. El poeta ve la semejanza entre la huida de la mariposa y la huida del alma de la niña y se pregunta: cuando eso pasa, ¿qué encontrarán las almas?

En los poemas *Psicopatía*, *Avant-propos* y *El mal del siglo* se muestra cómo la literatura, la filosofía y el mucho pensar pueden conducir a la enfermedad. En el primero, una niña camina por el parque y de pronto ve a un hombre vestido de negro, “pálido, descuidado, soñoliento, sin tener en la boca una sonrisa”. Cuando le pregunta a su padre por el mal que lo aqueja, la respuesta del padre es: “sufre este mal... pensar... esa es la causa de su grave y sutil melancolía” (Silva, 1979: 74).

En los otros dos también señala el pensar y el leer como causas de enfermedad. El poema *Avant propos* es una reiteración, esta vez desde la ironía, de que el mucho pensar produce enfermedad y dolor. Lo que de alguna manera nos recuerda la enfermedad de don Quijote de la Mancha y de la necesidad que el barbero y su hermana veían de que abandonara las lecturas, pues estas lo iban a llevar a la muerte: “Prescriben los facultativos, cuando el estómago se estraga, al paciente, pobre dispéptico, dietas sin grasas...” (Silva, 1979: 83).

Y en el poema incluso señala qué es lo que no debe seguir haciendo el paciente: “pobre estómago literario que lo trivial fatiga y cansa... no sigas leyendo poemas llenos de lágrimas” (Silva, 1979: 83).

Y en *Psicoterapéutica* y *El mal del siglo*, que es uno de sus más famosos poemas, incluidos los dos en el libro *Gotas amargas*, se burla con ironía de los filósofos y aquellos que se dejan enfermar por el mucho pensar. “Si quieres vivir muchos años y gozar de una salud cabal, ten desde niño desengaños, practica el bien espera el mal” (Silva, 1979: 88), aconseja en el primero de ellos.

Y en el segundo, *El mal del siglo*, que es como una pieza de teatro, los dos personajes conversan. “Doctor, un desaliento de la vida que en lo íntimo de mí se arraiga y nace... Un cansancio de todo, un absoluto desprecio por lo humano... un malestar profundo que se aumenta con todas las torturas del análisis, dice el paciente. A lo cual le replica el doctor: Eso es cuestión de régimen: camine de mañanita, duerma largo, báñese, beba bien, coma bien, cuídese mucho, ¡lo que usted tiene es hambre!” (Silva, 1979: 84).

Y también aparecen poemas como *Enfermedades de la niñez* y *Cápsulas*. En ambos aparece la enfermedad, pero en *Cápsulas*

cuenta la tragedia del pobre Juan de Dios, para señalar cómo ya desde aquella época los doctores y los pacientes iban volviendo recurrente curar todo con cápsulas. Y el paciente se cura de las enfermedades del corazón con cápsulas, pero cuando se trata de enfermedades de la mente, el enfermo se cura con cápsulas de un fusil (Silva, 1979: 87), que fue la misma dosis que uso el poeta para salir de este atolladero de pasiones y desilusiones que a veces es la vida para los filósofos y los soñadores.

Otros poetas

En la poesía de Rafael Pombo y Julio Flórez aparecen el dolor, la enfermedad y la muerte. En especial, en *Elvira Tracy*, de Pombo, y en el extenso poema *Altas ternuras*, de Flórez, que compone como una elegía a la muerte de su madre:

Hoy que el recuerdo de tu amor embarga / mi corazón, resurge tu presencia / de mártir, en la sombra y la inclemencia / de esta noche tan lúgubre y tan larga. // Óigote alzar tus fervorosas preces, / y, poner a mis temores traba, / ocultarme tu angustia: Cuantas veces // por no hacerme sufrir –¡tarde lo entiendo!–/ contuviste la tos que te mataba.../ pues, sin saberlo yo... te ibas muriendo (Flórez, 1943: 57).

Rafael Pombo

El poeta Pombo, al igual que todos los demás poetas, de finales del siglo XIX, estaba preguntándose por las ciencias, por lo que será, por lo que seremos. Ese era el mal del siglo que había señalado Silva. Pombo nos muestra su tragedia como poeta en dos memorables poemas: *Hora de tinieblas* y *Elvira Tracy*. En ambos se ve como una víctima de Dios o del destino. Es un hombre

que no acepta todo ese dolor que lo doblega. No lo acepta, y sin embargo le escribe versos. Esa es su tragedia.

En *Hora de tinieblas* se pregunta sobre el dolor de la vida: “Fuente que de la montaña salió emponzoñada ya, en su claras linfas va ponzoña por la campaña; envenena cuanto baña; corrómpese ella también, ¿quién la depura? ¿Quién la devuelve a su manantial? ¿Quién esa fuente del mal tornará fuente de bien?” (Pombo, 1943: 200).

En el segundo, *Elvira Tracy*, recrea la tragedia de la pequeña Elvira a quien los ángeles enamorados se la han llevado en su temprana juventud: “¡Pobre madre!, ¡del hombre la guardaste, pero esconderla a su ángel no supiste! La vio, se amaron, nada sospechaste y en impensado instante la perdiste. Vio al expirar a su ángel adorado y abrió los ojos al fulgor del cielo y dijo: el sacrificio ha terminado, ¡ven vámonos a casa!, y tendió el vuelo” (Pombo, 1943: 231).

Ya a comienzos del siglo XX aparecen los poemas del poeta Eduardo Carranza, cuyo poema *Soneto con una salvedad* nos muestra todo el dolor y el sufrimiento por el que pasa este país:

Todo está bien: el verde en la pradera,
 el aire con su silbo de diamante...
 Bien está que se viva y que se muera.
 El sol, la luna, la creación entera,
 salvo mi corazón, todo está bien (Carranza, 1983: 97).

Además, el dolor del poeta no es solo el dolor de su propio corazón enfermo, sino el dolor de ver el estado en el que andaba la nación entera.

Y uno de los poetas que marcó la vida poética del siglo XX, por su melodiosa y poderosa voz, fue Porfirio Barba Jacob, cuya *Canción de la vida profunda* marcó un gran hito de la poesía colombiana e hispanoamericana. En su poética pueden encontrarse muchos cantos melodiosos en los que se queja, en los que se duele de este mundo, de esta vida que le ha tocado en suerte. Aquí está por ejemplo, el poema *Oh, noche*:

Mi mal es ir a tuestas. Con alma enardecida,
ciego sin lazarillo bajo el azul de enero;
mi pena, estar a solas errante en el sendero;
y el peor de mis daños, no comprender la vida (Barba Jacob, 20).

Y este otro, *Ánima victa*, en el que se queja del dolor, de la tragedia en que se ha convertido su vida, que no sabe cómo avanza, ni a dónde lo lleva. Esa es la tragedia de los hombres, de los poetas:

Ya ni dolor, ni voluntad, ni ensueño,
Ni gajo de laurel... ¡ya ni siquiera
Mi corona de espinas!
Del cuerpo en flor la vibración postrera
una indolente laxitud apaga (Barba Jacob, 1999: 120).

Luego vendrán los poetas nadaístas, entre ellos, Jota Mario Arbeláez, con su poema *Ronda de la muerte*, en la que muestra todo lo que les pasa no solo a los amigos, sino a la sociedad que se va enfermando de maldad y de opulencia: “No hay día que no traiga como un fatídico cartero noticias acerca de la muerte de algún amigo de infancia. No es que estemos muy viejos ni que ha estallado la guerra, no hay epidemia declarada...” (Echavarría, 1996: 197).

El movimiento nadaísta es, de alguna manera, una voz crítica, que reclama en nombre de los desvalidos. Jaime Jaramillo Escobar,

conocido como X-504, en su poema *Aviso a los moribundos*, crítica sobre todo a los mismos colombianos que se entregan a sus creencias, pero no han hecho nada para que su situación cambie: “A vosotros, los que en este momento estáis agonizando... ahora sí que os podréis jactar de no ser como los demás...” (Holguín, SF: 228).

También está el poeta Arturo Arcángel, un poeta menor del nadaísmo, que narra toda su tragedia como ser humano en sus libros. Basta con ver los nombres de algunos de ellos, para ver la magnitud de su dolor, de su enfermedad: *13 poemas a quemarropa*, *Mientras se oxida Dios*, *Graduado en desventura*, etc.

En su poema *Razones del insomnio*, señala que “el corazón es un país propenso al caos y la guerra. El corazón enferma de poema y no hay doctores que lo entiendan, así como un país enferma de huracanes, llantos, luto...” (Arcángel, 1982: 34). Así muestra el padecimiento de las gentes, que tanto le duelen y se reafirma en su deseo de cambio.

También Giovanni Quessep les tributa varios poemas a las penas, no solo a las de amor, sino a las de su país. En su poema *Cercanía de la muerte*, les muestra a sus lectores que “El hombre solo habita una orilla lejana. Mira la tarde gris cayendo, mira las hojas blancas... rostro perdido del amor apenas canta y mueve la rueda del azar que lo acerca a la muerte” (Quessep, 1978: 52).

Y otro poeta que le canta al dolor, a los padecimientos de la patria, es el poeta Humberto Márquez Castaño, cuya voz recuerda los versos del poeta Roque Dalton. En su poema *XXXV* hace una descripción del cuerpo de un ser humano que se va desfalleciendo. Y la descripción, por lo demás, parece hecha por un médico: “Temprano en la mañana cuando las estrías de la piel son más

visibles y las cicatrices de las heridas del pecho se vuelven duras y palpitan. Cuando el cuerpo de adentro se vuelve musculo encallecido y viejo, cuelgo aquí en mi garganta mi silencio... cierro mis ojos, doblo mi tacto, encarcelo mi gusto” (Márquez, 1987: 69).

Y finalmente aparece la grande voz del poeta Raúl Gómez Jattin, que desde su locura, no solo como poeta, sino desde su esquizofrenia, nos presenta el dolor y la angustia que viven los poetas en estas tierras en las que nadie lee poesía: “en la clínica mental vivo un pedazo de mi vida. Allí me levanto con el sol y entre tanto escribo mi dolor y mi angustia” (Gómez Jattin, 2004: 150).

Y reconoce tanto su enfermedad que hasta llega a quererla, a aceptarla como un don que debe asumirse con aprecio: “¿Quién fuera otro libre pero analfabeto? No y no lo quiero. Prefiero padecer con las palabras, padecer pensando a estar amarrado a un placer sin el cielo del espíritu” (Gómez Jattin, 2004: 152).

Su poesía toda es el reflejo de una sociedad enferma, de guerra y de hipocresía. Una tierra en la que solo los poetas y los enfermos podrán sacarnos adelante, como en una visión de san Lorenzo, que engañó al Diablo diciéndole que le entregaría su mayor riqueza y le llevó los enfermos de su parroquia: La obra de Gómez Jattin es unas veces alegre y festiva y otras lenta y melancólica. Se reconoce tal cual es, en sus alegrías, en su enfermedad y en sus infortunios. En su poema *Anuncios*, por ejemplo, a pesar de que tiene la brevedad de una instantánea, deja pintada su vida trágica que anuncia quizás ese terrible final, que lo hermanará para siempre, por lo menos a nuestros ojos, con José Asunción Silva:

Caigo de mí
Hacia mí
¿Dolor? no
¿Angustia? no
¿Qué pues?
Vacío que me espera
Anuncio de la muerte (Gómez Jattin, 2004: 147).

Puede decirse que en sus muchos libros, Raúl Gómez Jattin se defiende y ataca. Pide a gritos que lo dejen ser como es. Que lo dejen enfermo, loco, triste. Y como un gran profeta, como un gran poeta, al final nos redime a todos los que hemos escrito poesía. En el poema *Me defendiendo* señala cuáles son los motivos de la escritura. Más en este país que nos ha tocado, en el que a la tragedia de la vida, el dolor, la enfermedad y la muerte se le suma el dolor de tantas guerras. Su mensaje, su súplica de que se acepten los poetas es un canto a la vida, pues señala que son ellos, los bardos, los que tienen un asomo de respuesta a todo esto que les pasa a los hombres:

Antes de devorarle su entraña pensativa
Antes de ofenderlo de gesto y de palabra
Antes de derribarlo
Valorad al loco
Su indiscutible propensión a la poesía
Su árbol que le crece por la boca
Con raíces enredadas en el cielo

Él nos representa ante el mundo
Con su sensibilidad dolorosa como un parto
(Gómez Jattin, 2004: 65).

Finalmente, lo que puede decirse es que la poesía es el mejor lugar para depositar nuestras dolencias. Por fuera de la poesía no deben buscarse soluciones a los males del mundo. La enfermedad y la muerte encuentran su mejor remedio en los poetas. Los pacientes a los que se les recomiende leer poesía llegarán más pronto a su cura que aquellos a los que solo se les recomiendan pastillas y operaciones.

Además, como lo demuestra el hecho de que la mayoría de los poetas han sido personas débiles y enfermas, quienes escriben poesía están más cerca de su propio alivio que aquellos que son incapaces de hacerles un canto a sus males. Por todo ello, los médicos deben incluir en sus recetas y tener entre sus remedios más eficaces la lectura de poemas. Sin olvidar, claro, que el más eficaz de todos, eso ya está demostrado, es la escritura. En la escritura los hombres se hacen libres y sanos.

Bibliografía

- Arcángel, Arturo, Graduado en desventura, Artesa, Burgos, 1982
- Barba Jacob, Porfirio, Poesía completa, Planeta Colombiana Editorial, Bogotá, 1999
- Carranza Eduardo, Hablar soñando, Fondo de Cultura Económica, México, 1983
- Charry Lara, Fernando, Antología de la poesía colombiana, Tomo I, Biblioteca Familiar Presidencia de la República, Bogotá, 1996
- Echavarría, Rogelio, Antología de la poesía colombiana, Tomo II, Biblioteca Familiar Presidencia de la República, Bogotá, 1996
- Flórez, Julio, Sus mejores versos, librería editorial la gran Colombia, Bogotá, 1943

- Gómez Jattin, Raúl, Amanecer en el Valle del Sinú, Antología poética, Fondo de Cultura Económica, Bogotá, 2004
- Holguín, Andrés, Antología crítica de la poesía colombiana, Biblioteca de Centenario del Banco de la República, Bogotá, S.F.
- Márquez Castaño, Humberto, Obra poética, Universidad de Nariño - Editorial Oveja Negra, Bogotá, 1987
- Ochoa, Jorge Mario, El poeta en De sobremesa, de José Asunción Silva, Thémata. Revista de Filosofía, N° 47, pp. 205-218, Universidad de Caldas, Manizales, 2013
- Pombo, Rafael, Sus mejores versos, librería editorial la gran Colombia, Bogotá, 1943
- Quessep, Giovanni, El libro del encantado, Instituto colombiano de cultura, Bogotá, 1978
- Silva, José Asunción, Poesía y prosa, Instituto Colombiano de Cultura, Bogotá, 1979
- Silva, José Asunción, Poesía completa / De sobremesa, Editorial Norma, Bogotá, 1996



La escritura como
proceso terapéutico,
experiencias y avances

Narrativas de situación de enfermería: 20 años construyendo disciplina

Olga Lucia Gaitán Gómez
Universidad Nacional de Colombia

Las narrativas de enfermería son expresiones escritas o verbales de experiencias significativas de cuidado, en la cual el profesional o estudiante relata la interacción y describe las circunstancias que la rodean, la necesidad humana que la desencadena, y quienes son los participantes como seres humanos, por otro lado, las situaciones de enfermería incluyen circunstancias amplias del rol asistencial, haciendo énfasis en la reciprocidad entre las personas involucradas durante el momento de cuidado (Boykin & Schoenhoffer, 1993), (Gomez Ramirez & Gutierrez de Reales, 2011).

El termino situación de enfermería fue propuesto por primera vez por Anne Boykin & Savina Schoenoffer en 1993 en su teoría “Enfermería como cuidado”, ellas planteaban que todo el conocimiento y accionar de enfermería surge de estas situaciones de interacción ya que son experiencias significativas que idealmente llevan al crecimiento de los involucrados. Se transmiten en relatos estructurados para dejar ver no solo la realidad y el contexto en el que se cuida, sino también el arte de cuidar a un ser humano (Navarrete Borrero, 2013), (Chinn & Kramer, 1999).

Las situaciones se convierten en narrativas cuando se describe a manera de prosa o poesía lo que el paciente puede interpretar del cuidado y de su proceso de salud y enfermedad, también cuando el enfermero o estudiante detalla la vivencia de cuidado y lo significativo que fue para los participantes. Cabe añadir que la historia puede incluir el proceso de introspección del enfermero o estudiantes sobre sus propios pensamientos, emociones y desempeño. De ahí que se considere como “una experiencia de vida compartida” en la cual cada persona trae consigo un bagaje (pasado, valores, creencias, frustraciones etc.) y termina aportando a la misma, esto reconoce y dignifica al sujeto de cuidado y al cuidador como seres humanos (Gomez Ramirez & Gutierrez de Reales, 2011), (Boykin & Schoenhoffer, 1993).

En la narrativa se debe apreciar con claridad cuatro momentos: la “*llamada del cuidado*” entendida como la necesidad humana que motivó al enfermero a intervenir, “*el momento de cuidado*” definida como la intervención del cuidador formal, y más aún el resultado obtenido, la “*presencia auténtica*” comprendida como la actitud de estar ahí, consciente en tiempo, lugar y persona, con todos los sentidos para y por el paciente, y por último, “*la experiencia significativa*” considerada como ese aprendizaje – reflexión que surge de lo vivido entre ambas personas. En el proceso de dar a conocer estos elementos el escritor termina evidenciando quién es el paciente y el enfermero, cómo influyó el ambiente, el equipo multidisciplinar de salud y la familia en la historia y finalmente, como creció el enfermero como persona y profesional (Boykin & Schoenhoffer, 1993), (Associates, 1993), (Patient, 2016).

Durante los años esta expresión escrita se ha vuelto extremadamente versátil e ingeniosa, introduciéndose en todos los rincones de la disciplina, entre ellas: la enseñanza del componente

ontológico y epistemológico de la profesión en todos los niveles de formación, se considera la huella digital y la mejor manera de evidenciar el cuidado humanizado, permite demostrar la aplicación del proceso e intervenciones de enfermería, de ahí que algunos la consideren como un indicador empírico, permite al enfermero realizar un ejercicio reflexivo de su que hacer, permite mantener una tradición oral y escrita de la práctica profesional, ofrece una oportunidad para llevar a la práctica la teoría de enfermería, ofrece al estudiante y docente un instrumento de análisis y discusión que va más allá de un caso clínico o aprendizaje basado en problemas, algunos investigadores fenomenológicos-hermenéuticos la han usado como fuente de conocimiento, y por último, admite contemplar la experiencia de cuidado desde la perspectiva del paciente para dar sentido a lo que viven y comprender la relación terapéutica enfermero-paciente.

Por consiguiente, es considerada fuente del conocimiento práctico y teórico de la profesión, facilitando un efecto cíclico de retroalimentación positiva que continuamente construye la disciplina (Buckley, 2016), (Phillips, Maw, Mee, Buckley, & Corless, 2016), (Gunther & Thomas, 2006).

Los años le han otorgado a la narrativa múltiples maneras de análisis, enriqueciendo al estudiante o profesional que lo lleva a cabo, al tiempo que a la ciencia disciplinar porque articula el conocimiento enfermero existente. Principalmente, incluye la identificación de los conceptos metaparadigmáticos (persona, cuidado, ambiente y salud), se transmite las cinco etapas del proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación), se puede distinguir la visión del mundo con la cual el enfermero ve al paciente (reacción, interacción recíproca y acción simultánea), de igual manera posibilita detallar los patrones del conocimiento enfermero (empírico, estético,

ético, personal, socio político y emancipatorio) y por último y no menos importante, proporciona una oportunidad de aplicación del sistema conceptual-teórico-empírico propuesto por Fawcett (modelo conceptual, teoría de rango medio e indicador empírico) que sean coherentes y congruentes con la situación de enfermería.

Todos los anteriores abordajes ayudan al surgimiento de ideas de investigación relacionadas a vacíos del conocimiento identificados en la practica gracias a esta expresión escrita (Astrom, Norberg, Hallberg, & Jansson, 1993), (Norman, Rutledge, Keefer-Lynch, & Albeg, 2008), (Fawcett & De Santo-Madeya, 2013), (Hall & Powell, 2011), (Devik, Enmarker, & Hellzen, 2013), (Arias, 2014).

Desde su emersión en la disciplina han existido múltiples esfuerzo por dar a conocer las narrativas; la mayoría de los programas de pregrado y postgrado a nivel mundial, incluyen asignaturas que la enseñan y la ponen en práctica, las revistas disciplinares poseen apartados para ellas en sus contenidos y, los eventos académicos permiten su divulgación como poster y ponencias. Los retos que le quedan a las narrativas por enfrentar no son pocos, a continuación dejo algunas preguntas para su reflexión y espero compartan sus opiniones vía email.

¿Que pasa si la experiencia significativa ocurre con un paciente comatoso, vegetal, inconsciente, agonizando, posterior a la muerte o inclusive con un paciente “poco colaborador”? ¿Sigue siendo una situación de enfermería? ¿Cómo se evidencian los cuatro momentos?

Es común que nuestros estudiantes se sientan atraídos por el dinamismo, la tecnología y la operacionalidad de ciertas áreas (UCI, urgencias), pero después de que el profesional haya

superado estas habilidades técnicas, sus turnos sean cada vez mas monótonos y predecibles. ¿Qué le sigue a la persona?... ¿Que puede ofrecer la narrativa a esta nueva etapa formativa?, ¿Es el acercamiento humanista del profesional al paciente el nuevo camino?

Bibliografía

- Arias, E. M. R. (2014). El valor de la presencia de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 9(9), 118-123. Retrieved from http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen9/014-articulo12.pdf
- Associates, B. (1993). Clinical narrative accounts that illustrate nursing practice. Retrieved from <http://home.earthlink.net/~bennerassoc/instructions.html>
- Astrom, G., Norberg, A., Hallberg, I., & Jansson, L. (1993). Experienced and skilled nurses' narratives of situations where caring action made a difference to the patient. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 7(3), 183-193. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8272678>
- Boykin, A., & Schoenhoffer, S. (1993). *Nursing as caring: a model for transforming practice*. Natrional League for Nursing Press. New York, NY.
- Buckley, A. (2016). Patient narratives 1: Using patient stories to reflect on care. *Nursing Times*, pp. 22-25. London.
- Chinn, P., & Kramer, M. (1999). Desarrollo del conocimiento estetico. In *Theory and nursing integrated knowledge development* (5th Editio, p. 196). Mosby.
- Devik, S. A., Enmarker, I., & Hellzen, O. (2013). When expressions make impressions-nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing

- care: a phenomenological-hermeneutic approach to understanding. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8(7800), 21880. <http://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21880>
- Fawcett, J., & De Santo-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge, Analysis and Evaluation of nursing models and theories*. (J. Elfrank, Ed.) (Third Edit). Philadelphia.
- Gomez Ramirez, O. J., & Gutierrez de Reales, E. (2011). *La situacion de Enfermeria: fuente y contexto del conocimiento de Enfermeria. La narrativa como medio para comunicarla* (1a Edicion). Bogota, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, sede Bogota, Facultad de Enfermeria.
- Gunther, M., & Thomas, S. P. (2006). Nurses' narratives of unforgettable patient care events. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(4), 370-376. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00129.x>
- Hall, J. M., & Powell, J. (2011). Understanding the Person through Narrative. *Nursing Research and Practice*, 2011, 1–10. <http://doi.org/10.1155/2011/293837>
- Navarrete Borrero, A. A. (2013). Evidenciando el patron de conocimiento estetico a partir de la narrativa de Enfermeria. *Horizontes de Enfermeria*, 24(1), 9-16.
- Norman, V., Rutledge, D. N., Keefer-Lynch, A. M., & Albeg, G. (2008). Uncovering and Recognizing Nurse Caring From Clinical Narratives. *Holistic Nursing Practice*, 22(6), 324-335.
- Patient, I. for. (2016). Describing practice through clinical narratives. Retrieved October 2, 2016, from <http://www.mghpcs.org/ipc/Programs/Recognition/Describing.asp>
- Phillips, H., Maw, H., Mee, S., Buckley, A., & Corless, L. (2016). Patient narratives 7: how narratives can change nursing practice. *Nursing Times*, pp. 18-20. London. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27337789>

Narración de una situación de enfermería: “una mirada del más allá”

Rosa Nury Zambrano Bermeo

En enfermería existen referentes teóricos que basan su conceptualización en una perspectiva originada en las ciencias humanas, la cual exhorta a que se utilicen métodos nuevos para la investigación en enfermería; uno de estos métodos es la narrativa de enfermería, que se sitúa en una situación de enfermería que narra la experiencia vivida por el individuo como centro de la práctica y la investigación. Para Silva y Trentini (2002), las narraciones crean un campo de acción colectiva y permiten a los profesionales de la salud una construcción de conocimiento próximo a las experiencias de las personas, donde las relaciones recíprocas generadas a partir de una situación de enfermería redundan en un aprendizaje y crecimiento tanto para el paciente como para la enfermera. (Gómez y Gutiérrez 2011).

Narrativa de enfermería

Eva María, era casada, tenía tres hijas de 10, 8 y 7 años; se encontraba hospitalizada en la unidad de trasplante de médula, por un trasplante de medula autólogo. Cada día su condición de salud empeoraba, no había respondido en la forma esperada. Por protocolo de la unidad, los pacientes podían ser visitados por una

persona adulta fija, la cual acompañaba al paciente desde el inicio del trasplante hasta el egreso y permanecía con ella durante el día. Este protocolo fue adoptado para disminuir riesgo de infecciones en pacientes inmunosuprimidos.

En este momento hacía parte del equipo multidisciplinario, el cual se encargaba del cuidado de los pacientes de la unidad de trasplante de médula. Estos pacientes sólo eran atendidos por profesionales de la salud, no había participación de auxiliares y la relación Enfermero-Paciente era muy cercana, porque pasábamos mucho tiempo juntos compartiendo experiencias.

La condición de salud de Eva empeoraba cada día; yo sabía que era muy difícil que pudiera salir con vida después de este trasplante; no era la misma, su rostro cada día más pálido, su mirada pérdida en el horizonte, sus pocas palabras, indicaban que los días que le quedaban eran pocos; por las conversaciones que habíamos tenido, me había contado que tenía tres hijas a las que extrañaba mucho y lo que más deseaba era poder tenerlas entre sus brazos.

El día de la situación, yo estaba de turno en la unidad de trasplante de médula; la señora Eva María, se encontraba como todos los días, en su habitación desolada, fría, sólo había en aquella habitación una cama un sofá cama, una silla reclinable y la mesa de comer, ah y también un televisor, el cual permanecía apagado, porque en nada ayudaba a Eva María, a ella nada la animaba, además, el ambiente lúgubre de esa habitación no ayudaba mucho.

Ese día, Eva María se sintió peor a los otros días, se le veía agotada, sin ganas de seguir luchando contra aquella terrible enfermedad, su mirada triste reflejaba cansancio, dolor, parecía darse cuenta que esto era el final. Su mirada más perdida en el horizonte, parecía ausente de este mundo; pero también pude

interpretar en su mirada esa necesidad de cuidado, pero no de ese cuidado físico que comúnmente damos a nuestros pacientes, la necesidad de cuidado que tenía Eva María, iba más allá de ese cuidado; lo que podía percibir en su mirada, era necesidad de cuidado emocional, el deseo de ver a sus hijas para abrazarlas, como me lo había manifestado en otras ocasiones, pero esta vez era distinto, ese deseo de verlas era para despedirse; en ese momento, interpretando el deseo de la paciente y rompiendo las reglas del protocolo, llamé a su esposo para que trajera sus hijas; estaba segura que este encuentro sería de gran ayuda, que en ese instante más que nunca necesitaba de un beso, un abrazo; recordé que yo era madre y que lo que más desearía en ese momento sería estar con mis hijos, ese encuentro le podía servir de mucho tanto a la paciente como a sus hijas.

Rompiendo las reglas descritas anteriormente, permití la entrada de las niñas a la habitación de su madre; ellas, cubren a su madre de abrazos, besos, lágrimas, gemidos y gritos al ver el lamentable estado de su madre, quien parece no reaccionar ante aquella escena tan conmovedora, pero aun estando en el más allá, era imposible no reaccionar ante aquella demostración de amor, Eva María, en un momento fugaz vuelve su mirada del más allá, para dirigirla a sus hijas, fue una mirada indescriptible de amor, de tristeza y de adiós. Yo permanecí inmóvil a un lado de aquella desgarradora escena, sin emitir palabra, permitiendo que mis lágrimas corrieran libremente por mis mejillas, con la satisfacción del deber cumplido, de haber sido partícipe de aquel último adiós...

Conclusión

Desde la disciplina de enfermería, es necesaria la elaboración y el análisis de narrativas por quienes brindan el cuidado, por el

indudable valor que ésta representa como elemento transformador de la práctica de la disciplina y el aporte a los procesos de investigación en enfermería, especialmente como técnica de recolección y análisis de datos, destacando sus aspectos teóricos y prácticos.

En la narrativa de una situación de enfermería se evidencia la esencia de la profesión de enfermería y los fenómenos de enfermería son identificables mediante las situaciones que se pueden presentar de forma organizada (Gómez y Gutiérrez 2011); se muestra la experiencia de vida entre una enfermera y un paciente, donde se fortalece la condición humana para ambas partes (Según Boykin y Schoenhoffer, 2001).

La narrativa, es producto de interacciones, donde se entiende el significado de cuidar a las personas como seres integrales y facilita el comprender los patrones de conocimiento de enfermería, que enriquecen los resultados y evidencian la práctica de la disciplina; presenta una experiencia vivida, en la que se identifica el sujeto de cuidado, se responde a una necesidad de cuidado y la interacción dada entre paciente-enfermera, repercute en la condición humana de cada una de las partes, proporcionando un cambio que genera aprendizaje y crecimiento mutuo.

Bibliografía

- Boykin A y Schoenhofer S. Nursing as caring: a model for transforming practice. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers; 2001.
- Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in nursing Sciences*. 1978; 1 (1): 13-24.

- Fawcett J. The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image Journal of Nursing Scholarship*. 1984; 16 (3): 84-7.
- Fawcett, Jacqueline (2005). *Analysis and evaluation of Contemporary Nursing Knowledge*. Second edition. F.A. Davis.
- Gómez O y Gutiérrez E. La “situación de enfermería”: fuente y contexto del conocimiento de enfermería. La narrativa como medio para comunicarla. Bogotá: Graficas Ducal Ltda; 2011.
- Meleis A. *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott Company; 2005. p. 11.
- Newman, MA. Et al. (1991), the focus of discipline of nursing, *Advances in nursing science*, 14,1,1-6.
- Silva DGV da, Trentini M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002 Jun; 10(3):423-32.

Narrativa de enfermería

“el héroe que brotó entre las ollas”

Análisis de una situación de enfermería
según la estructura conceptual teórico-empírica
T-CE Jackeline Fawcett, 2013.

Cándida Rosa Castañeda Valencia
Universidad Nacional de Colombia

Don Fernando llegó a la unidad con un SCA-CEST; derrotado en su hombría y con un corazón herido, lo acompañaban como escuderos: una tímida mujer y... tomada de su mano, ella ¡la amenazante presencia álgida! Su palidez contrastaba con el sucio vestido con olor a jabón de tierra; bastaría tan sólo abrir la ventana de sus tristes ojos para ver el redundante paisaje de un sórdido dolor. Su mirada extenuada, exponían a su niño interior indefenso... pero, “su honor de macho” le exigía contener sus lágrimas, con voz recia le decía a la mujer ¡deje de llorar que yo no me he muerto!... hablaba con su sí mismo.

Puse mi mejor intención en cada palabra: “Hola, soy su Enfermera, aquí estamos para cuidarlo, toda molestia, por pequeña que sea debe decirme”, algo desconfiado en voz baja musitó: “Dios le pague... porque yo no tengo cómo”. Sentí su dolor; sus amenazas como mías...unos fríos y húmedos puños retiré de su pecho, los puse entre mis manos y allí hice su primera valoración hemodinámica. Su mundo lo conocí a través de su mujer.

Inicié el protocolo de fibrinólisis, pero su rostro desencajado y su taquicardia, me advertía que el dolor lo acosaba de nuevo. Le dije: ¿dígame, tiene dolor; usted tiene derecho a decirlo” y contestó: ¿será que no salgo de ésta? “doctora, yo no puedo morirme porque la mujer y los hijos, especialmente el mayor me necesita” (Emanuel era su gran preocupación, un niño de 14 años que parecía de cinco, encarcelado en la prisión de la poliomyelitis). Me dejó clara la razón de su batalla contra el infarto, le recordé su lucha por regresar a casa y el color de la tranquilidad volvió a su Ser.

Días después, lo encontré invadido por la ira, su mutismo plagaba sus horas de vida, rechazaba toda intervención y yo no le hallaba lógica a esto. Mientras, la Auxiliar de Enfermería asignada construía su teoría: “está bravo, porque los pobres sólo saben vivir en la mugre”. Ella encontró en su mesa de noche varios trozos de comida repletos de hormigas y los botó!

Me acerqué a él, pero su autismo machista era una mezcla extraña: no me quería ofender, mas contenía un intenso reclamo. “Hablemos, cuénteme que está pasando”. Con voz entrecortada respondió: “llevo tres días acostado y ellos no tienen nada que comer ¡esa mujer me botó todo lo que había conseguido para darle a mi familia, yo soy el único que trabaja, la mujer está enferma claro como a ustedes les sobra de todo!”. Observé su hipertensión y su entrecortada respiración; pero algo llamó mi atención: sus grandes, agrietadas y negras manos. Cogí una y le pregunté ¿por qué tiene las manos tan negras, veo que usted es un gran trabajador? Pero giró su Ser de mí.

Era todo un baile de evitaciones y confrontaciones, de un lado a otro yo iba, pero su rostro me rechazaba...de repente, rompió en un llanto tan honesto que se hicieron eternos esos minutos.

Sequé sus lágrimas y mirándole a los ojos le dije: “Yo soy una tigresa enfermera y de aquí no me voy hasta no saber qué le pasa... ¡no conoce usted mi terca tenacidad! Hablar hace parte del tratamiento, su angustia puede complicar su infarto” Con profunda pena dijo: “yo doctora brillo ollas, sí, trabajo en un oficio de mujeres”.

“Me pagan \$300 por brillar una olla pequeña, \$500 por una olla mediana y \$800 por un indio para la bienestarina, yo me gano \$ 3.500 pesos diarios con eso vivimos todos, pero por estar aquí amarrao voy a perder los ocho años que llevo trabajando”.

*“Gracias por contarme su verdad, usted es un león hecho hombre, ha defendido a sus cachorros como el mejor, no sabe cuánto lo admiro. **Solo un verdadero hombre puede brillar ollas por su familia**”. Lo comprendí todo y busqué la ayuda necesaria: apoyo por trabajo social, una campaña relámpago en la unidad, me permitió entregarle lo que él se ganaba en dos meses. “¡Esta es la plata de sus vacaciones, la dueña del restaurante le manda saludes y lo necesita de vuelta!*

Su abrazo me comunicó su bienestar; su sonrisa calmó como un bálsamo mi dolor social, valoré tanto ser ¡Enfermera! Este “brilla ollas” es un héroe anónimo que plasmó en mi memoria, lo que es un verdadero padre y aunque a los seis meses de su egreso fue derrotado por la muerte, su historia es un triunfo definido por su coherencia y amor por la vida.

Análisis

El análisis crítico y pensamiento teórico desde la práctica de Enfermería evidenciada en la narrativa se basa en la Estructura Conceptual Teórico-Empírica (C-TE) “un servicio a la sociedad

guiado por el conocimiento y específico para la disciplina”¹, que permite comprender lo que es o no importante para enfermería, el uso de habilidades psicomotoras efectivas y la sensibilidad en la relación Enfermero-Persona. Los componentes del C-TE, van del mayor al menor nivel de abstracción, así:

- 1. El Metaparadigma de Enfermería (núcleo disciplinar):** “El Cuidado en la experiencia de la salud humana”², sucedido bajo condiciones de estigmatización, privación social y desadaptación en el nuevo rol de paciente.
- 2. La Filosofía de Cuidado:** De las tres visiones de enfermería, se documenta la visión de interacción recíproca.
- 3. Los 4 Conceptos Metaparadigmáticos:** **a. Los Seres Humanos (SH):** son participantes activos en su cuidado, pero dependientes de su contexto, **b. Las condiciones ambientales:** son un continuum de condiciones internas y externas relevantes para enfermería, **c. El estado de Salud:** estado de bienestar y de enfermar en el proceso humano de vivir y morir, **d. Enfermería:** Disciplina profesional que fomenta la participación activa de las personas en el Cuidado.
- 4. El Modelo Conceptual:** Modelo de Adaptación de Callista Roy, cuya meta es alcanzar el máximo nivel de adaptación en los seres humanos controlando las condiciones ambientales que afectan los comportamientos adaptativos.

¹ Fawcett Jackeline and Desanto-Madeya S. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. Third Edition. FA Davis Company Philadelphia. 2013. 447p.

² Newman, MA., Sime, AM, Corcoran-Perry, SA. The Focus of Discipline of Nursing. Advances in Nursing Science. 1991. 14(1):1-6. Traducción de M.M Villalobos.

5. **La Teoría de Mediano Rango:** Teoría Modo Función del Rol, permite que la persona se adapte al nuevo “rol de paciente”.
6. **Los indicadores Empíricos:** Se derivaron dos poesías y una encuesta que explora las disfunciones en el modo del rol para una mejor adaptación hospitalaria.



La ciencia y las
humanidades:
una historia común

Arte y Ciencia: un relato común de las infecciones

Francisco Javier Barbado Hernández, MD.

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario La Paz
Madrid, España

Exordio

En mis visitas recurrentes al Museo Nacional del Prado, a veces con humor melancólico en las tardes crepusculares, nuestra mirada clínica se enciende como una mecha ante los enfermos de pintura. Veo en algunos retratos el rostro de mis enfermos ¡el museo como inquietante vitrina de la enfermedad en la historia!

Yo no soy un erudito, ni un historiador del arte, pero sí un clínico observador, seducido por la narrativa de la historia clínica y la exploración física, hoy casi desaparecida en las salas de los hospitales.

Sin duda, las obras de arte son un testigo y documento de la historiografía médica, pero también una ventana para leer el relato de las miserias humanas, las enfermedades y la muerte, el amor y la esperanza. Arte y ciencia son dos maneras de comprender el mundo ¿pueden colaborar para hacer comprensible una misma realidad? Sí, y esta la fusión que el físico y museólogo Jorge Wagensberg quiere hacer en el proyecto Hermitage de Barcelona.

Teleología de esta ponencia

Mi intención es hablar de vidas pintadas, de enfermos con infecciones y huir de cronologías y cánones académicos ¡la vida sin instrucciones! Me interesa el arte como reflejo de la vida. El objetivo es inocular curiosidad y perplejidad, ser un agujijón en el páramo cultural que nos anega, porque “*la felicidad constante es la curiosidad*”, dice Alice Munro, Premio Nobel de literatura, y para don José Ortega y Gasset “*sorprenderse, extrañarse es comenzar a entender*”.

Un método heteróclito

Confieso que comparto la pasión del cirujano cardiovascular Alejandro Aris: “en esta época de Medicina protocolizada y altamente tecnológica resulta un desafío y un ejercicio apasionado para un médico aventurar un diagnóstico a partir de la inspección de un cuadro”. Esta es nuestra metódica: la observación penetrante, escuchar con los ojos –la pintura no es obra de las manos, sino de los ojos, decía Miguel Ángel– una mirada clínica con un pensamiento crítico y a la búsqueda de la exactitud de Stendhal en su “*ver en lo que es*”.

La selección de obras de arte está basada en apuntes al natural, en notas a pie de cuadro e itinerarios didácticos como miembro de la Fundación de Amigos del Prado. Pero déjenme hacer una aclaración, a veces he interrogado al dintorno o perístasis, es decir a cronistas e historiadores del arte y sobre todo a médicos de enfermos pintados (Bausá, Schüller, Castillo Ojugas, Aris, Martí i Vilalta, Santos Bueso, Fernández Jacob, los hermanos Monje Gil, etc.)

Permanezcan atentos. Les invito a pasar visita médica en las salas de los museos. Nos esperan sorprendentes obras de arte.

Un enfermo bíblico con lepra

En un fresco románico del siglo XII, anónimo, advertimos un enfermo de aspecto compungido, con lesiones cutáneas, atrofia muscular de extremidades inferiores y con pie izquierdo caído por probable neuropatía periférica. Sabemos que en la lepra, la piel y los troncos nerviosos son dianas preferentes. Además el perro que le lame las heridas es un indicador del enfermo con lepra. Como señala Martí i Vilalta se trata del enfermo curado por Jesús como relata el Evangelio de san Marcos (Marcos, 1, 40-45) 40: Viene a Él un leproso, que suplicante y de rodillas dice: si quieres puedes limpiarme 41. Enternecido, extendió la mano y dijo: Quiero, sé limpio 42 Y al instante desapareció la lepra y quedó limpio. Por cierto, en el Levítico se encuentra la descripción más antigua de la lepra (Ley acerca de la lepra, Lepra de los vestidos, Ley acerca de la purificación del leproso, La lepra de las cosas)

Los lisiados

Los grupos de lisiados y de mendigos sedujeron al pintor flamenco Peter Brueghel el Viejo (1525/30-1569), quien pintó su miseria grotesca con un realismo sorprendente. En el óleo sobre tabla *Los mendigos o Los inválidos* nos presenta a un grupo de lisiados y una mujer que se aleja –¿su cuidadora que los ha traído?– y están irritados aunque no sabemos por qué ¿quizás van a mendigar para pedir ayuda? ¡Atención! Brueghel los pinta con colas de zorro adheridas a su vestimenta para indicar que se trata de leproso. Durante el medioevo a los leproso se les obligaba a llevar una señal distintiva o un instrumento que emitiera un ruido especial

(carraca, castañuela, cascabeles o campanillas) para avisar de su presencia.

No debemos rasgarnos las vestiduras, en algún hospital de Madrid a finales del siglo pasado los enfermos con infección por VIH o virus de la hepatitis B llevaban en sus camas una etiqueta de colores con el diagnóstico. Y las actuales Unidades de Aislamiento de Alto Nivel, para virus Ébola, fiebre hemorrágica, etc. ¿qué son sino lazaretos modernos?

La peste

En textos bíblicos del Antiguo y Nuevo Testamento (Éxodo, Apocalipsis) existen relatos de epidemias probablemente bubónicas. Pero ahora nos interesa el libro de Samuel (1, 5-6) en el que se narra la enfermedad que tuvieron los filisteos al vencer a los israelitas y apoderarse del Arca de la Alianza. Al trasladar el Arca a la ciudad de Asdod les asoló una epidemia que coincidió con una plaga de ratones. La enfermedad remitió cuando devolvieron a Israel el Arca con unas barras de oro en forma de júbubas y ratones! Pues bien, Nicolás Poussin (1594- 1665), pintor normando, paradigma del clasicismo en la pintura barroca, reflejó este episodio en *La peste de Asdod o Los filisteos atacados por la peste*. Esta obra pictórica en una evocación casi arqueológica representa a los cadáveres con su hedor y su podredumbre, y a los supervivientes en medio del espanto. En el centro, un grupo de personajes pide misericordia por los pecados y el cese del castigo. Un detalle sobrecogedor: grandes ratas blancas deambulan cerca de las escalinatas, como símbolo de su protagonismo en la epidemia. Escenas con ratas insidiosas han sido descritas por Albert Camus en su novela *La peste*. Hoy sabemos que el principal reservorio de la enfermedad es la rata negra (*Rattus rattus*) y que

está originada por la *Yersinia pestis* que se transmite al hombre por la picadura de la pulga *Xenopsylla cheopis*.

Debemos volver a Brueghel el Viejo quien en su obra *El triunfo de la muerte*, que impresiona por su minuciosidad y perfección según el penetrante novelista inglés Aldous Huxley, narra de forma desgarradora el triunfo de la muerte sobre la vida, con un sentido moralizante y apocalíptico. En mi opinión, es probable que esta prolija y cinematográfica escena represente una epidemia de peste o plaga pestífera, con el guiño de la bahía de Nápoles al fondo. En un mundo de muerte y desolación, solo una pareja de amantes en el ángulo inferior derecho están ajenos al horror ¿el amor es el único refugio y rayo de esperanza que nos queda?

Una enfermedad romántica

El pintor español Juan Antonio Benlliure y Gil (1860-1930) es un excelente representante de la pintura de historia del siglo XIX en España. En su obra *Muerte de don Alfonso XII o Él último beso* mostró el aspecto más íntimo y humano del dolor de la familia real. Don Alfonso XII, rey de España tras la caída de la primera República y la llegada de la Restauración, falleció por tuberculosis en la madrugada del 25 de noviembre de 1885, a los 28 años de edad. En una sencilla cama yace el cadáver del rey, junto a la cabecera permanece su viuda, embarazada de don Alfonso XIII, la reina María Cristina de Habsburgo-Lorena, segunda esposa de Alfonso XII, enjugándose el llanto con un pañuelo.

Sin duda, la composición es un documento plástico de la tisis en los rasgos del rostro del rey muerto. El doctor Hernández Izquierdo ha escrito un detallado y riguroso relato de la tuberculosis de don Alfonso XII (Historia clínica de la Restauración, 1946).

En la infancia tuvo un “chancro primitivo”, complejo primario con adenopatía, y desde entonces episodios de fiebre con catarros bronquiales; a los 17 años tuvo la primera hemoptisis y en noviembre de 1883 con un cuadro de fiebre, tos bronquial, pleuresía y artritis se le diagnosticó de tuberculosis. Llevaba un pañuelo rojo para ocultar sus frecuentes hemoptisis en los accesos de tos. La agonía fue dramática, con fiebre alta, disnea extrema, tos incoercible, sus médicos—doctores Camisón, Santero y Alonso Rubio—, le suministraron morfina y tuvo “un sueño reparador” ¿hubo una sedación terminal? Falleció a la luz de una vela que ardía en palmatoria plata.

En mi opinión, dos hechos aparentemente menores destacan en esta escena. La presencia, algo angustiada, de las infantas María de las Mercedes, y la más pequeña María Teresa, de tres años de edad, que contemplan con asombro e inocencia el rostro de su padre muerto. María Teresa, se incorpora de forma conmovedora al lecho mortuario para dar el último beso a su augusto padre y alzada por su ama mira con extrañeza a su compungida madre. En la realidad histórica la pequeña infanta sólo llegó a besar la mano yerta de su padre. Hoy, en un mundo civilizado occidental que oculta la muerte ¿sería posible esta despedida?

Visita médica en las salas del hospital

Luis Jiménez Aranda (1845-1928) nos presenta en su obra *La visita al hospital* (1897) una escena de pase de visita médica clásico, hoy casi desaparecido. La enferma es una joven semiinconsciente, vestida con camisón y gorro blanco, en la que destaca su palidez, adelgazamiento y debilidad general, incapaz de levantarse por sí sola, quizás con el diagnóstico fin de siglo de clorosis, probablemente una tuberculosis pulmonar. El viejo profesor explora a la enferma con la auscultación directa o mediata

¿podría estar auscultando un soplo cavernario? Un detalle. Entre los estudiantes de medicina destaca la presencia de una mujer, casi inverosímil para la época.

Venus y Mercurio

La sífilis originó una gran epidemia que asoló Europa a finales del siglo XV. Conocida como *morbus italicus, hispanus, germanicus* o gallicum, según quien fuera el que emitiera el nombre ¿La sífilis llegó a Europa desde América? Es una creencia que difundió el médico sevillano Rui Díaz de la Isla al tratar de sífilis a marineros de la expedición colombiana de 1493. Sin embargo, como afirma el profesor Gargantilla está bien documentado que la lúes existía en Europa (ruinas de Pompeya, Rusia) antes del descubrimiento de América.

Ramón Casas y Carbó, pintor español (1866-1932) célebre por sus retratos y caricaturas, realizó en el año 1900 un artístico cartel de propaganda de un sanatorio para sifilíticos. La modelo es una mujer con aspecto enfermizo, casi caquética, con el dorso torácico y brazo izquierdo con atrofia muscular. Vestida solo con un mantón de Manila, deja el pecho izquierdo al descubierto, lo que según Alejandro Aris, acentúa el carácter carnal de la composición. La serpiente en su mantón y la flor en la mano quizás sean una alegoría al veneno que conlleva el placer.

Este cartel induce perplejidad porque asegura la “curación completa y radical” de la sífilis por el doctor Abreu ¿publicidad engañosa? Desde luego porque los preparados mercuriales eran poco efectivos (“una noche con Venus y toda la vida con Mercurio”) y Ehrlich hasta el año 1910 no desarrolló su “bala mágica”, el preparado 606 o Salvarsán. Curiosamente el primer libro que publicó don Gregorio Marañón, seducido por este

descubrimiento, fue “Quimioterapia moderna. Tratamiento de la sífilis por el 606” en el año 1910.

Paludismo, quina y jesuitas

El paludismo es tan antiguo como la humanidad. Extendido por todo el mundo hasta el último tercio del siglo XX, todavía es un problema endémico de salud pública en zonas tropicales, sobre todo africanas.

El doctor Verdes Montenegro realizó a principios del siglo XX un sugestivo cartel sobre la prevención del paludismo en España, que podemos admirar en una bella litografía coloreada “*Las calenturas aniquilan al hombre y a la raza*” y que valen más que un capítulo de historia. En el centro una pareja de labradores ataviados de forma vistosa irradian serenidad y alegría, rodeados de hermosas viñetas con admoniciones para sanear las comarcas palúdicas. Es llamativo que la morbilidad por paludismo excedía cada año la cifra de 800.000 personas, con 6.000 muertos con pérdidas de 16 millones de días de trabajo y 32 millones de pesetas.

En el siglo XVII un criollo residente en Perú, Antonio de Calancha, dio noticia escrita de la utilidad del tratamiento del paludismo con corteza del árbol de la quina. Fueron los misioneros jesuitas los primeros que utilizaron la quina para suprimir el temblor del escalofrío que precede al acceso palúdico a imitación de los indios que la usaban para suprimir el temblor del frío en la profundidad de las minas. Los jesuitas pronto monopolizaron la exportación de la quina desde El Callao hasta Sevilla. Por mediación del cardenal Juan de Lugo, jesuita sevillano y protagonista notable de la exportación de la quina, sanó de sus fiebres a Luis XIV (polvos del cardenal, *pulvis iesusuitarum*) La quina tuvo dos enemigos,

los galenistas que ejercieron de misoneístas y los protestantes recelosos del papel preponderante de los jesuitas.

Lain Entralgo afirma que las versiones legendarias de la curación del Corregidor de Loja (Perú) en 1630 por un cacique indio y luego de la condesa de Chinchón –de ahí el nombre latino cinchona dado al árbol de la quina– esposa del virrey de Perú, han sido deshechas por la investigación historiográfica.

En el año 1820, dos farmacéuticos franceses, Pierre Josep Pelletier y Josep Bienaime Caventou, lograron aislar dos de los alcaloides de la quina: la quinina y la cinchonina. Su éxito fue representado por Ernest Borrad en un magnífico óleo sobre lienzo conservado en la Librería Wellcome de Londres.

Goya: niños con tiña en los cartones para tapices

Francisco de Goya (1746-1828) realizó cartones para tapices con destino a la Real Fábrica de Tapices de santa Bárbara, que todavía existe en Madrid en la calle Fuenterrabía. En realidad se trata de pinturas al óleo sobre tela, el nombre “cartones” hace referencia a su destino, servir de patrón o modelo para tapices con los que decorar los sitios reales.

La colección de cartones de Goya en el Prado está en la segunda planta, curiosamente casi siempre desértica. En *Muchachos cogiendo fruta*, un chiquillo sube a un árbol apoyándose en la espalda de otro y sacude la rama cargada de frutas para que la recojan sus amigos. El muchacho que está a gatas tiene una placa de alopecia. En *Muchachos trepando a un árbol* tres niños pobres se ayudan unos a otros para coger los frutos rojos. También el niño que está a gatas vestido con harapos y descalzo tiene una calva universal con una zona cicatrizal. Y en *Niños con perros*

de presa, dos muchachos sujetan dos perros del Servicio Real, a pesar de tener un aspecto más acomodado también tienen placas de alopecia. Sin duda, son niños con una dermatoficosis del cuero cabelludo, con favus, una forma de tiña infantil originada por el hongo *Tricophyton Schoenlenii*. Son escenas costumbristas que asocian picaresca, pobreza y enfermedad.

Sin embargo, el cartón más narrativo, una verdadera novela corta, es *La boda*. Esta composición se ha considerado por la profesora Manuela Mena Marqués como una metáfora de la vida, desde el anciano Corregidor a la derecha, los jóvenes en el centro y los niños a la izquierda. El cartón es un retrato de la vida en un mísero pueblo español. Un cortejo nupcial marcado por la desigualdad pasa por un resaca albañal con ruinosas piedras, quizás de un pasado grandioso como señala la monumental arquitectura de un gran arco o puente de piedra. Veamos los personajes de esta narración, con sus sentimientos y aún sus pensamientos. La novia va a casarse con paso tranquilo y decidido, y sin rastro de humillación atraviesa el lodazal, orgullosa de su belleza y exhibiendo un caro vestido de seda azul bordado en oro y con grandes pendientes de brillantes. El novio es un hombre casi repulsivo, robusto, gordo y feo pero rico, quizás un criollo enriquecido en las colonias del Nuevo Mundo, su vestimenta de terciopelo rojo tiene un aire triunfal. El padre de la novia inspira compasión, con una casaca raída camina tras los novios con los brazos abiertos, como si fuera a ser abandonado. Dirige una mirada al cura con el rostro anhelante y angustioso por el devenir de su hija. El cura se ríe, socarrón, del padre de la novia que ha cedido a los deseos de su hija. Los pretendientes del pueblo, desnutridos y con atuendos pobres, expresan su rabia por la pérdida de la moza. Las amigas de la novia tienen una sonrisa, falsa, llena de malicia y envidia. Los niños entrometidos se divierten. Al lado de un siniestro tuerto con sonrisa sardónica, un niño casi de espaldas tiene una llamativa

lesión en el cuero cabelludo, de bordes irregulares, tonsurante, con aspecto cicatrizal y que también es un favus, una tiña capitis infantil.

Goya presenta un matrimonio de conveniencia denunciado por los ilustrados y en la literatura por Leandro Fernández Moratín en la deliciosa comedia *El sí de las niñas*. En mi opinión la escena de *La boda* es casi una epicrisis de *Los Caracteres* de Teofrasto.

Job y su mujer

En una reciente exposición sobre el emergente pintor francés Georges La Tour (1593-1652) en el Museo del Prado se reunieron casi todas sus obras. Dentro de sus pinturas con luz artificial me llamó la atención la inquietante *Job y su mujer*. Se trata de una composición llena de lirismo, quietud y soledad. Es una escena nocturna iluminada con la luz de una vela, en la que Job sentado en un taburete tiene aspecto de caquexia, pero con sorprendente tumefacción e hinchazón de las rodillas y de la mano izquierda, con lesiones cutáneas en forma de ampollas en carpo y metacarpo. En el panel explicativo consta: “La mujer de Job le reconviene por mantener su fe después de Dios le despojara de todo cuanto poseía. A los pies de Job se vislumbra una vasija de barro rota, con la que trata las heridas producidas por la sarna que le atormenta”.

La sarna producida por el sácaro *sarcoptes scabiei* induce un prurito irresistible y las lesiones de rascado inducen excoriaciones y piodermitis que enmascaran las vesículas y surcos acarinos característicos. En el libro de Job (2,3-10) leemos: “salió Satán de la presencia de Yavé e hirió a Job con una úlcera maligna desde la planta de los pies hasta la coronilla de la cabeza”

¿Tuvo sarna el santo Job? No lo sabemos.

Las huellas del virus de la poliomielitis

Joaquín Sorolla (1863-1923), símbolo de la alegría de la luz y el color del mediterráneo, pintó una tremenda escena de niños enfermos bañándose en la playa del Cabañal de Valencia. Su título inicial fue *Los hijos del placer* cambiado después por *Triste herencia*, pero ninguno de los dos se adapta a la mirada médica ¿Qué es lo que vemos? Varios niños al cuidado de los hermanos de san Juan de Dios afectados por severas alteraciones. En el centro de la escena, un niño con una muleta y ayudado por un fraile tiene una parálisis con atrofia muscular de la extremidad inferior derecha; a la izquierda otro niño, más pequeño, anda con dos muletas, junto a un niño con ceguera y el brazo derecho extendido. Curiosamente existen tres interpretaciones de este relato de gran contenido social. Se ha atribuido la invalidez de estos niños a la sífilis de sus padres, y de ahí el primer título, sin embargo para el neurólogo Martí i Vilalta tienen parálisis cerebral infantil. Nosotros estamos de acuerdo con el pediatra Arana de Amurrio al considerar al menos que dos de los niños tienen secuelas seguramente de una poliomielitis.

Esta obra representa de forma magistral el naturalismo e impresionismo pictórico de Sorolla, con una pretensión moralista y revulsiva de la conciencia social del fin del siglo XIX.

En el Nuevo Mundo y en el siglo XX Andrew Wyet (1917-1989) pintor de gran realismo retrató una turbadora escena de la vida cotidiana norteamericana. *El mundo de Cristina* (1948) podría ser el inicio de un relato: en el verano de 1948 Cristina Olson tenía poliomielitis y no podía caminar. En lo alto de la colina, Cristina tendida en un prado expresa de forma vibrante su fuerza de voluntad para arrastrarse por la hierba, para llegar a casa, alejada en el horizonte. Tenía una atrofia muscular con delgadez extrema

de las extremidades con imposibilidad para andar. Cristina era una joven americana, que vivía en Cushing, Maine. Andrew Wyet era amigo de los padres de Cristina e iba a pintar y veranear a su casa. El pintor quedó conmovido por el coraje y la voluntad de Cristina frente a su enfermedad. ¡Es una historia clínica escrita en una obra pictórica! Y no es solo la narración de una vida, es el retrato de un tiempo: hasta la década de los 50 no llegarían las vacunas de Salk y Sabin.

Pero la huella más antigua de un enfermo con poliomielitis se encuentra en un relieve egipcio, de la XVIII dinastía, 1400 a. C. Es una estela funeraria con un varón egipcio, reconocido como el clérigo Ruma, con una severa atrofia con parálisis y acortamiento de la extremidad inferior derecha con intenso equinismo, atribuido a una poliomielitis aguda anterior en la infancia o adolescencia. El enfermo tiene en el rostro expresión de placidez y aceptación y lleva una vara o bastón para apoyarse al andar. En esta cautivadora escena el ciudadano egipcio va acompañado de su mujer y de su hija, que llevan obsequios a la diosa Istar, protectora de la fecundidad de la tierra.

La asfixia del lazarillo de Tormes

El garrotillo o *El Lazarillo de Tormes* es un óleo sobre lienzo de Francisco de Goya (1746-1828) en el que con unas pinceladas rotundas en un claroscuro acentúa el dramatismo de un niño con asfixia. Un adulto, interpretado como un médico, el padre del niño o el avaro ciego del relato anónimo *El Lazarillo de Tormes* (1554), introduce sus dedos en la garganta del niño para intentar mantener expedita la vía respiratoria. Arana de Amurrio sostiene que el insigne doctor don Gregorio Marañón cometió un curioso error de interpretación. Marañón creyó que Goya había querido representar a un niño afectado de difteria laríngea o crup. En

España la difteria recibe el nombre de garrotillo, por la forma de ejecución de los reos de muerte por garrote vil o estrangulamiento por atornillamiento del cuello. Arana afirma que el rostro del niño pintado por Goya no acusa en sus rasgos la angustiada sensación de ahogo unida a la gravísima enfermedad infecciosa de la difteria laríngea. Y que el hombre que le acompaña es en realidad el ciego del Lazarillo y no expresa ansiedad ante una asfixia casi siempre mortal, y además por un lado le abre la boca y por otro le comprime el cuello con su mano izquierda ¿difteria o episodio de obstrucción por cuerpo extraño?

Un niño con paperas en el Calvario

La influencia de Italia en la pintura española renacentista del siglo XVI es máxima en el pintor Pedro Machuca (1490-1550). En su obra *El Descendimiento de la Cruz* (1547) incluye recuerdos de Miguel Angel, Rafael y Leonardo de Vinci. En la planta baja, sala 52A, del Museo del Prado destaca el marco de este cuadro, un original retablo, ornamentado con “dos columnas monstruosas”, según la terminología de la época. La obra pictórica trata de un episodio de la Pasión de Cristo, tiene ambiente de monumentalidad, carácter manierista con luz nocturna y claroscuros que nos da una sugestión de misterio. En el ángulo inferior derecho, a los lados de un soldado de negra y bruñida armadura, vemos dos niños que mantienen una conversación gestual llena de ternura e inocencia. El niño que está más a la derecha tiene la cara envuelta en un pañuelo que rodeándole la barbilla se anuda a la cabeza. A pie de cuadro se observa tumefacción y enrojecimiento de la región malar izquierda, con el pabellón auricular prominente –¡se transparenta tras la venda!– y desplazado hacia delante, semiología clínica compatible con una parotiditis aguda. El niño con paperas, tiene ojos grandes y avispados, una sonrisa alegre, socarrona. Es un detalle manierista y conmovedor en una estampa tan dramática.

Refugiados en Nínive, Asiria

Bernardo Strozzi (1581-1644) con vibrante pincelada y cautivadores tonos tostados y dorados, narra *La curación de Tobías*. Tobías, cumpliendo las indicaciones del arcángel san Rafael unta con la hiel del pez los ojos de su padre para curar la ceguera. En el cuadro vemos a un joven y decidido Tobías, a sus padres ancianos, Ana y Tobit, y detrás al arcángel san Rafael con sus alas desplegadas. En los dos ángulos inferiores destacan un gran pez con una incisión que abre sus carnes y un perro fiel, atento y sumiso. El Libro de Tobías del Antiguo Testamento contiene un relato médico de la enfermedad ocular que tuvo Tobit durante el exilio en la ciudad asiria de Nínive, en Mesopotamia. Veamos su historia clínica.

<Tobías (2, 9-10) ⁹, Aquella misma noche cuando acabé de darle sepultura, aún antes de purificarme, me dormí en el atrio junto al muro, quedando con el rostro descubierto. ¹⁰ No sabía yo que había pájaros en el muro; y teniendo los ojos abiertos, los pájaros dejaron caer en mis ojos su estiércol caliente, que me produjo en ellos unas manchas blancas que los médicos no fueron capaces de curar>

<Tobías (10, 7-15) ⁷, Rafael dijo a Tobías: Estoy seguro de que tu padre recobrará la vista. ⁸ Úntale los ojos con la hiel; al escocerle se frotará, se desprenderá las cataratas y verá ¹⁰ Salió Tobit a la puerta, y tropezó, pero el hijo corrió a él ¹¹ y, tomándole, derramó la hiel sobre sus ojos diciendo: Ánimo padre, ¹² En cuanto le escocieron los ojos, se frotó, ¹³ y se desprendieron las escamas. Al ver a su hijo se arrojó a su cuello ¹⁴ llorando dijo: ¡Bendito tú oh Dios! Y bendito sea tu nombre por los siglos, y benditos todos los santos ángeles, ¹⁵ porque después de azotarme has tenido misericordia de mí y veo a Tobías, mi hijo> escamas blancas de

ambos ojos cuando Tobías los frota con la hiel del gran pez que acaba de pescar.

El oftalmólogo Santos Bueso, sugiere de forma perspicaz, que las pseudomembranas junto con la secreción biliar de la hiel que posee efecto bactericida, podría haber constituido el tratamiento de elección del posible proceso que presenta Tobit: queratoconjuntivitis epidémica complicada con pseudomembranas y sobreinfección bacteriana.

Tobit y sus compatriotas estaban deportados en Nínive y quizás el hacinamiento, la falta de higiene y los excrementos de los pájaros fueron los factores inductores de la infección ocular.

Las vacunas

Vicente Borrás (1873-1903), un joven y malogrado pintor valenciano nos dejó una composición llena de cautivador lirismo sobre *La vacunación* de niños en el siglo XIX. Un entrañable médico de cabecera vacuna en su sala de curas a una hilera de niños, algunos desnudos como querubines. El médico, anciano y con escaso pelo cano, pone toda su atención en una probable escarificación para inocular la vacuna de la viruela. En la sala de espera se mezclan la dama rica del niño que atiende el médico, con tocado, chal y joyas exuberantes, con otras mujeres más humildes. En mi opinión en este relato pictórico, que es un reconocimiento a la prevención de las enfermedades infecciosas, hay dos detalles magistrales. El niño del centro del cuadro está aterrorizado y se agarra a su madre, y el caballo recostado en el ángulo inferior derecho es un verdadero homenaje al portador del suero del que se obtenían las vacunas de la época.

Llegan los antibióticos

Norman Rockwell en su óleo sobre lienzo *Antes del pinchazo* pintado en el año 1958 retrata una escena médica cotidiana llena de gracia, ternura e ironía que no hiera. El doctor Donald Campbell, médico de un pueblo (Stockbridge, Massachussets) prepara una inyección intramuscular, probablemente de penicilina como evoca el pequeño y típico frasquito, para ponérsela a un avisnado chiquillo. Éste, con una postura divertida, aire desenvuelto y pícaro, mira el título del médico, como si desconfiara de la competencia del que le va a poner enseguida la inyección. El chico tiene probablemente una amigdalitis purulenta, y el pinchazo de penicilina es el tratamiento de elección y además cumple la prevención primaria de la fiebre reumática.

Epicrisis

Una visita médica a los museos y galerías de arte nos puede dar:

1. Un mejor conocimiento de las enfermedades infecciosas a través del arte
2. Adiestramiento para el diagnóstico *de visu*
3. Comprender mejor las miserias del ser humano y encontrar la esperanza
4. Los museos te permiten comprender el mundo.

Queridos amigos: ya desde la última vuelta del camino quiero despedirme de vosotros con estos seductores versos de Borges:

Eres nube/ eres mar/ eres olvido/ eres lo que has perdido.

Bibliografía

- Fusi J.P., Calvo Serraller F. El espejo del tiempo. La historia y el arte de España, editorial Taurus, Madrid, 2012
- Aris A. La Medicina en la pintura, Lundweg editores, Barcelona, 2002
- Martí i Vilalta J.L. Neurología en el arte, Lundweg editores, Barcelona, 2007
- González F. Las enfermedades infecciosas en el arte. Ars Médica, Barcelona, 2004
- Bausá Arroyo J.M^a. La Medicina en el Museo del Prado, Javier Morata editor, Madrid, 1933
- Arana de Amurrio I. El Arte en Pediatría, editores You & Us, Madrid 1999
- Schüller Pérez A. La patología en la pintura de Velázquez, Tf editores, Madrid, 2002
- Castillo Ojugas A. Una visita médica al Museo del Prado, You & Us, Madrid, 1998
- Santos Bueso E. Oftalmología en el Museo del Prado, editorial Gerograf, Madrid, 2015
- Monje Gil I., Monje Gil F, El rostro enfermo, Art Duomo Global, Madrid, 2016
- La Guía del Prado. Museo Nacional del Prado, Madrid, 2012
- Nacar Fuster E., Colunga Cueto A. Sagrada Biblia, versión directa de las lenguas originales. Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1959
- Martínez Novillo A., Triadó J.R. La luz en la pintura, editorial Carroggio, Barcelona, 1998
- Baroja P. Obras maestras en la pintura. Escuelas italianas. Retratos medias figuras. Rafael Caro Raggio editor, Madrid, 1921
- González Núñez J. La historia oculta de la humanidad: un recorrido histórico a través de las enfermedades infecciosas, Ars Médica, Madrid, 2006

- Wagensberg J. Fusionar arte y ciencia. *Ahora*, 2016; 42:19
- Díez J.L. La pintura de historia del siglo XIX en España. Museo del Prado, Madrid, 1993
- Navarro Carballo J.R. La Medicina en la Biblia, Catalina Seco editora, León, 2010
- Laín Entralgo P. Historia de la Medicina, Salvat editores, Barcelona, 1978
- Gargantilla Madera P. Manual de Historia de la Medicina, Grupo Editorial 33, Málaga, 2008
- Matilla V. Tratado de epidemiología, editorial Estades, Madrid, 1947
- Barbado Hernández F.J. El arte del diagnóstico. *Salud Revista* 2012; 9:28-29
- Barbado Hernández F.J. Otra mirada médica a la Gioconda. *Rev Clín Esp* 2012; 212: 549-550
- Barbado Hernández F.J. Una visita médica a Las Meninas, El dentista del siglo XXI, 2015; 55; 30-34
- Ruiz Seco M^a.P. Una internista en el Museo del Prado. El reto del diagnóstico “de visu”. *Rev Clín Esp* 2011; 211:527-531
- Ruiz Seco M^a.P. Una internista en el Museo Nacional del Prado. La facies en la pintura: ¿espejo del alma? *Rev Clín Esp* 2011; 211: 591-595
- Fernández Jacob C. La relación médico paciente en la práctica médica. Claude Monet y su oftalmólogo. En Discursos de ingreso y conferencias de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas, Grupo Editorial 33, Málaga, 2015
- Izquierdo Hernández M. Historia clínica de la Restauración, Editorial Plus Ultra, Madrid, 1946
- Alvarez Sierra J. La vida como la ven los médicos. Librería Médica R. Chena, Madrid, 1929
- Marañón G. Veinticinco años de labor. Espasa Calpe, Madrid, 1935

- Mena Marqués M.B. Goya en Madrid. Cartones para tapices 1775-1794. Museo Nacional del Prado, Madrid, 2014
- Bozal V. Goya. Alianza Editorial, Madrid, 1994
- Úbeda A., Salmon D. Georges La Tour, Catálogo Exposición. Museo Nacional del Prado, Madrid, 2016
- García-Bermejo F. Sorolla, ediciones Polígrafa, Barcelona, 2006
- Hagen R., Hagen R.M. Brueghel, editorial Taschen, Madrid, 2005
- Huxley A. Brueghel el Viejo, editorial Casimiro, Madrid, 2011
- Nájera J.A., González Bueno A. Malaria, Biblioteca Nacional de España, Madrid, 2009
- Contreras F. Lepra, Dirección General de Sanidad, Madrid, 1946
- Tomé Bona J.M. La lepra, ediciones Morata, Madrid, 1942
- Teofrasto. Caracteres, editorial Gredos, Madrid, 1982



La historia clínica:
una narrativa integral

La experiencia de transformación corporal en pacientes sometidos a cirugía bariátrica

Leni María Vidal Sandoval

Universidad de Bahía

Presentación

Tengo el gusto de compartir este texto como parte del ejercicio de investigación y como forma de socializar un proceso de aprendizaje profesional y personal. Investigar desde las ciencias sociales en salud es un ejercicio del día a día en que aprendemos del ambiente, las personas y las dinámicas del entorno. A veces podremos tener ciertos conflictos al asumir que el conocimiento biomédico no es tan universal, sin embargo las ciencias humanas nos permiten una comprensión real de los fenómenos sociales que ignorábamos por reducir la práctica médica a un proceso mecánico y conductual.

Agradecimientos

A mi abuelo Marino (In memorial). Me siento muy afortunada y grata por mis orígenes.

A mis amigos de siempre en Colombia

A mis orientadores Jorge, Ligia Amparo, Marcelo y Nair.

A la familia Sales Noronha por hacerme parte de su familia también y a muchos amigos que fueron mi familia durante mi estancia en Brasil.

A los participantes en esta investigación, sin ellos no podría haber sido posible por ende esta comprensión.

Al programa Convenio PEC PG e al CNPq de Brasil por la oportunidad y disposición de medios durante esta búsqueda de conocimiento.

Resumen

Este texto tiene como objetivo comprender, a partir de una perspectiva antropológica, los sentidos que pacientes que se sometieron a cirugía bariátrica atribuyen al cuerpo, a la obesidad y a su transformación corporal. Se buscó comprender las motivaciones principales para la realización de la CB, la experiencia de reconstrucción del cuerpo y los sentidos de la consecuente transformación del *Self* en este proceso. Se utilizó metodología cualitativa con perspectiva antropológica mediante 12 (doce) entrevistas semiestructuradas en personas adultas que pasaron por el quirófano en un período de dos a cinco años antes de la fecha de la entrevista, provenientes de la ciudad de Salvador de Bahia-Brasil.

Los datos fueron agrupados por categorías emergentes y comparados entre sí, haciendo inferencias concordantes a su correspondencia semántica. Los resultados apuntan a que a pesar de las restricciones alimentarias y de las limitaciones en el posoperatorio inmediato, la cirugía fue vista como una intervención positiva para casi la totalidad de los entrevistados. En las narrativas de los interlocutores la cirugía asume múltiples sentidos representando por un lado la “cura” de las enfermedades asociadas a obesidad y por otra parte, un renacimiento a partir de la construcción de un cuerpo nuevo (un cuerpo “normal”) y de una nueva identidad con impacto en la auto-estima y las interacciones sociales. El nuevo “yo” se caracteriza por la implementación de una serie de nuevos hábitos, basados en un *self* auto controlado,

restrictivo e monitoreado. La modificación corporal representó un incremento del capital simbólico asociado al cuerpo con repercusión en las identidades de género (masculinidad y femineidad) y un aumento de los cuidados aplicados a la apariencia corporal a partir de la adecuación del nuevo cuerpo al consumo apropiado de los artefactos disponibles en el mercado de la vida saludable.

Palabras Clave: Obesidad, cirugía bariátrica, experiencia, self, cuerpo.

Introducción

La obesidad ha sido concebida en la perspectiva biomédica como una enfermedad creciente tanto en países desarrollados como en los de economía emergente y en países de baja renta (SCHMIDT, 2011). Paralelamente, se disemina en la sociedad un rechazo a la grasa en los cuerpos, alimentos y las personas obesas, tratándose de una especie de epidemia contagiosa (CAMPOS et al, 2006) que debe ser prevenida. Estudios críticos en ciencias humanas cuestionan la movilización social alrededor de la obesidad e al conjunto de estrategias de prevención que la encajan dentro de teorías de pánico moral, nominándola como “el gran mal de la humanidad” y “la pandemia del siglo XXI” (WRIGHT, 2009; COOPER, 2011; SCHMIDT, 2011; MONAGHAN, 2011).

La patologización de la obesidad favorece la sensación de culpa en el individuo, especialmente respecto a la etiología de la enfermedad, donde los estilos de vida de los sujetos se encuentran en tela de juicio. Generalmente el cuerpo “gordo” ha sido asociado a improductividad y a una carga social y económica para los servicios de salud por causa de su asociación con otras enfermedades.

De esta forma, la obesidad pasa a ser vista como un problema social, tanto por la preocupación con la estética del cuerpo, como por su asociación con la enfermedad. Se observa entonces una verdadera declaración de guerra contra la obesidad (GARD & WRIGHT, 2005), la cual ha generado una movilización hacia la prevención del exceso de peso, el control sobre la grasa contenida en los alimentos y de las enfermedades cardiovasculares que son generalmente asociadas a éste. Igualmente, existe un interés creciente por encontrar una cura o tratamiento rápido, definitivo y eficaz para cambiar esta condición corporal.

En este contexto, la cirugía bariátrica (CB) aparece como una alternativa terapéutica para enfrentar la obesidad y los riesgos que proyecta. La cirugía bariátrica CB es una intervención que altera el funcionamiento del estómago y que tiene por finalidad disminuir la entrada de alimento en el estómago, disminuir el hambre a nivel cerebral mediante la saciedad gástrica y/o dificultar la absorción de macronutrientes (proteínas, grasas e carbohidratos).

Dentro de las políticas de salud pública, existen estrategias de prevención y tratamiento tales como la dieta, la práctica regular de actividad física, consumo de medicamentos e intervenciones quirúrgicas. El Índice de Massa Corporal (IMC) es la principal forma de diagnóstico y ha sido interpretado como indicador para la gobernabilidad de los cuerpos según estudios de ciencias sociales en salud (EVANS e COLLS 2009). La CB desde la biomedicina es una estrategia cuya eficacia terapéutica, requiere tiempo, regularidad, disciplina en los cuidados con la alimentación y la actividad física, no siendo únicamente una panacea contemporánea.

Estudios socio antropológicos, cuestionan los conceptos utilizados por la biomedicina y apuntan a la necesidad de relativizar el saber

biomédico sobre obesidad. Los sujetos clasificados como obesos o con sobrepeso, no siempre se reconocen en estas categorías. El hecho de considerar la obesidad como una patología convierte la persona en un ser “enfermo” a partir de su peso corporal. Las diferentes intervenciones para controlar el exceso de grasa serían entonces definidas a partir del grado de exceso de peso como afirma la medicina biomédica.

Para los pacientes, la CB podría significar posiblemente una alternativa correctiva que implica una profunda transformación en la experiencia corporal y en la identidad de los sujetos. La CB representaría también una transformación de una condición corporal denominada anteriormente como “enfermedad” en un proceso de reconstrucción de salud de un individuo sano. No se trata apenas de un cambio del sistema digestivo, pues exige una adaptación y re acomodación general del cuerpo. Igualmente convivir con la restricción, la organización y el entrenamiento corporal son parte de los cambios que implican una reorganización sistémica.

Para Giddens (2002), una de las características de la modernidad tardía es el hecho que el “self” se torna un proyecto reflexivo que supone el mantenimiento de narrativas biográficas coherentes, a pesar de estar en un proceso frecuente de revisión y en un contexto de variedades amplias de elecciones. Esas narrativas construidas pueden ser filtradas por sistemas abstractos, por ejemplo, el saber biomédico. Así, la CB puede ser entendida como una técnica de transformación de los cuerpos enmarcada en un proyecto reflexivo. En la construcción de una narrativa coherente, la CB puede representar para los pacientes una ruptura biográfica en el proceso de construcción de un cuerpo saludable y, de ésta forma, una reconstrucción de la identidad. Este concepto fue creado por Bury (1982) para referirse a un acontecimiento dentro de la vida

de la persona que transforma y altera los sistemas en que se apoyan la vida cotidiana y su funcionamiento, afectando las diferentes dimensiones como el orden de la experiencia, las relaciones, la identidad, la temporalidad, las percepciones sobre el cuerpo y el acceso a los recursos.

Frente a estas consideraciones, este texto tuvo como objetivo comprender a partir de una perspectiva antropológica los sentidos que los pacientes que se sometieron a cirugía bariátrica atribuyen al cuerpo, a la obesidad y a su transformación corporal. En otras palabras, se buscó comprender las motivaciones para la realización de la CB, la experiencia de reconstrucción del cuerpo y los sentidos de la consecuente transformación del “Self” en este proceso.

Metodología

Fue realizado un estudio cualitativo con perspectiva antropológica teniendo como sujetos hombres y mujeres que se sometieron a cirugía bariátrica en la ciudad de Salvador de Bahía. Los criterios de inclusión en el estudio fueron: tener más de 18 años e menos que 60, residir en la ciudad de Salvador, haberse realizado cirugía bariátrica en el período de dos a cinco años anterior a la fecha de la entrevista y manifestar disponibilidad para participar de la pesquisa.

Como técnica de producción de los datos, se utilizaron entrevistas semiestructuradas. Fue elaborado un esquema de entrevista compuesta de preguntas que buscó permitir a los interlocutores hablar sobre el tema de la forma más libre posible. El esquema de entrevista abordó los siguientes temas: significados de la obesidad, motivaciones para la realización de la CB, las transformaciones

corporales después de la CB, las transformaciones en la vida de los pacientes después de la CB.

En total, fueron entrevistadas 12 (doce) personas, siendo 7 (siete) de sexo masculino e 5 (cinco) de sexo femenino. Los sujetos que participaron en el estudio fueron seleccionados a partir de la indicación de personas conocidas. Cada interlocutor fue contactado previamente por teléfono siendo explicado a todos los objetivos de la investigación y agendando un encuentro presencial para la realización de la entrevista. En este primer contacto, la primera autora se identificaba como investigadora extranjera (colombiana).

Las entrevistas fueron realizadas en lugares de conveniencia para los interlocutores: en sus casas, cafés, oficina de trabajo y un salón comunal. El tiempo promedio de duración fue aproximadamente de una hora y veinte minutos (1hr 20 min). Posteriormente, las entrevistas fueron todas, transcritas, analizadas y agrupadas en categorías sobre los significados sobre ser gordo/obeso, la cirugía en la vida de las personas, los sentidos del proceso de cambio corporal para los sujetos y los elementos de la experiencia de haber pasado por una cirugía bariátrica. Los datos fueron agrupados por categorías y comparados entre sí, haciendo inferencias concordantes a su correspondencia semántica (ROSSMAN 1998).

Descripción de los interlocutores

Los interlocutores se encontraban en un rango entre los 21 y 53 años de edad, siendo 7 (siete) de sexo masculino y 5 (cinco) de sexo femenino. De ellos, 4 (cuatro) se declararon negros, 5 (cinco) mulatos, 3 (tres) blancos y 1 (un) mestizo. El estado civil de los entrevistados fue soltero para 5 (cinco) participantes, casado para 3 (tres) participantes, unión libre para 1 (una) persona, 1 (un)

separado, 1(una) divorciada e 1(una) viuda. El nivel de escolaridad de los entrevistados fue educación media incompleta para 2 (dos) entrevistadas, 3 (tres) de nivel medio completo, 5 (cinco) universitarios y 2 (dos) con pos graduación. La ocupación junto con la escolaridad de los participantes es heterogénea: 3 (tres) jóvenes son estudiantes, 3 (tres) son administradores actuando como gerente, coordinador de finanzas y empresario, 1 (una) abogada, 1 (una) enfermera, 2 (dos) son auxiliares administrativos, 1 (una) ama de casa y 1 (una) trabajadora en estética y manicure. Sobre las creencias religiosas de los entrevistados, 2 (dos) personas eran adeptas al candomblé, 4 (cuatro) del espiritismo, 4 (cuatro) del cristianismo, 1 (una) del espiritualismo e 1(una) del catolicismo.

La información sobre la intervención quirúrgica incluyó el Índice de Massa Corporal y el diagnóstico de comorbilidades, en caso de existir. Primeramente, para el diagnóstico de la obesidad se preguntó acerca del Índice de Massa Corporal previo a la cirugía. Se encontró obesidad grado III (obesidad mórbida) en 4 (cuatro) personas, Obesidad grado II (obesidad moderada) en 6 (seis) personas. Entretanto, 1 (una) mujer no declaró su IMC, pero informó la presencia de diabetes. Otro hombre (1) no declaró su IMC, pero relató hipertensión arterial e hiperglicemia.

Con relación a las comorbilidades, fueron referidos por lo menos un diagnóstico confirmado por los entrevistados, a excepción de una participante que afirmó no presentar comorbilidad alguna. Las enfermedades citadas por los interlocutores fueron: Hipertensión arterial (9), Diabetes Mellitus (3) hiperinsulinemia o hiperglicemia (3) personas, problemas osteoarticulares (4) apnea del sueño (3), problemas cardíacos (2), hiperlipidemias (3), depresión (2) e hipotiroidismo (1). Se encuentra por lo menos un diagnóstico médico presente en todos los interlocutores, lo anterior

relacionado al concepto de riesgo cardiovascular elaborado por la biomedicina.

Se observó que todos los entrevistados pasaron por la cirugía a través de sistema de salud privado compuesto pelas operadoras dos planos de salud privados. Ninguno de los interlocutores realizó la CB por el sector público del Sistema Único de Salud - SUS, alegando existir limitaciones relacionadas al tiempo para la aprobación del procedimiento e a las tecnologías en las cuales el procedimiento era hecho (la mayoría tenía preferencia por la cirugía laparoscópica que no deja cicatrices tan visibles).

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Salud Colectiva, Proceso 08317712.8.0000.503 y fue realizado respetando todas las recomendaciones de la Resolución número 196/96 do CNS. Todos los interlocutores firmaron un consentimiento informado previamente a la realización de las entrevistas y todos los nombres de los interlocutores citados en el presente trabajo son ficticios. La candidata a maestría recibió una beca por el programa PEC - PG del CNPQ Conselho Nacional de Pesquisa.

Resultados y discusión

La experiencia de transformar un cuerpo y la reconstrucción del “self” con la CB

La participación personal en una situación en el mundo se encuentra mediada por simbolismos implícitos lo cual es conocido como experiencia (RABELO, 2004). Una vez transcurrida la experiencia de construcción de un cuerpo nuevo, el pasado revisado se revela como preparativo para la plena realización de un sentido que antes era vago e incierto.

Cambiar el cuerpo por medio de una cirugía hace parte de un proyecto de reflexividad del yo (GIDDENS, 2002), que implica diferentes niveles de ruptura: corporal, biográfico e identitario. Así, la cirugía trae consigo un conjunto de situaciones en las cuales en las cuales la persona tiene que vivir y aprender a adaptarse con los cambios de su cuerpo. A pesar de las restricciones alimentarias y de las limitaciones en el posoperatorio, relatadas por la literatura, la cirugía fue vista como una intervención positiva para casi la totalidad de los entrevistados. En las narrativas de los interlocutores, ella asume múltiples sentidos representando de un lado la “cura” de las enfermedades asociadas a la obesidad y por otro lado, un renacimiento a partir de la construcción de un nuevo cuerpo (un cuerpo “normal”) y de una nueva identidad con impacto en la auto-estima y en las interacciones sociales.

La normalidad es referida en diferentes dimensiones: una de ellas es la normalidad social que corresponde a los usos sociales del cuerpo e incluyen el desarrollo de actividades cotidianas que eran dificultadas por el exceso de grasa, tales como, caminar y dormir sin dificultad; pero también la posibilidad de usar “ropas para flacos” y mejorar su “performance” corporal. Por otro lado, se menciona que la “normalidad” en el cuerpo pertenece a encajar en los rangos construidos como normales por la medicina, tanto en lo que se refiere en el Índice de Masa Corporal como a los indicadores bioquímicos, tales como glicemia, niveles de colesterol, entre otros.

La cirugía como cura y la última alternativa para adelgazar

La percepción de sentirse obeso y enfermo moviliza a los sujetos para que actúen ante los riesgos asociados a la obesidad. Delante

de esta condición, el individuo tiene varias alternativas para lidiar con el problema siendo la cirugía más radical.

Las alternativas anteriores a la cirugía, como la dieta, el ejercicio y el uso de medicamentos, requieren más tiempo y una cierta regularidad; éstas con frecuencia no conducen a los objetivos previstos. La cirugía también aparece como una promesa de “cura” para las enfermedades, entre ellas la diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemias, apnea del sueño, enfermedades osteoarticulares, y representa para algunos, la culminación de varios itinerarios terapéuticos para un cuerpo delgado y / o saludable como resultado definitivo.

Una de las preocupaciones de los entrevistados fue el hecho de haber seguido, antes de la cirugía, dietas rigurosas, ejercicios físicos, el uso de medicamentos y todavía sufrir el efecto vaivén de volver al peso inicial o incrementar peso, cuando no son seguidos con dedicación.

La relación con mi cuerpo era una relación de frustración porque, ¿por qué uno no encaja ese patrón estándar? Era una relación de probar muchas veces, rutinas para la actividad física, la dieta, uno más que otros, sin cambiar ¡nada! ... Despertar un día y al mediodía, dije, no. Hoy yo no como nada, sólo bebo agua. Y ... (risas) ... y cuando no funcionaba, era más frustración, y me miraba en el espejo y yo no dejaba de pensar “voy a pasar toda mi vida de esa manera”. Y eso no es una cosa agradable...
(Fernando, estudiante de Derecho, 23 años)

Decidí porque lo había intentado. Tres veces a través de métodos convencionales tales como la dieta, SPA, pero por desgracia, cuando perdí peso terminé recuperando ese peso en seis meses.

En mi último intento, tomé vacaciones por mi trabajo, por ley tengo derecho a treinta días y perdí 18 kilos, pero esos 18 kilos me he recuperado en seis meses. Mis intentos se vieron frustrados, no tenían ningún resultado y mis resultados hablan hoy con propiedad que hice lo correcto. (Alonso, jefe de personal, 38)

Fue así: Tenía crisis de diabetes y me di cuenta que tenía que tomar medicamentos para controlar el azúcar y tuve que hacer una dieta forzada, pero yo sabía que era obeso y que no iba a bajar de peso hasta el punto de que he perdido peso en la actualidad. He perdido 20 kilos, podría perder hasta 20. La pérdida de 80 kilos como yo los perdí, nunca!!! Y yo creo que en todo el mundo entero, traiga aquí alguien que haya perdido 80 kilos haciendo dieta hermano, lo dudo!! no existe, no existe. Por supuesto !!! Claro, solo voy a creer si me ponen la imagen con orden cronológico, porque yo intenté y no lo conseguí (Morgan, funcionario público, 33 años)

Como en otros estudios de CB (YOSHINO, 2010; THROSBY, 2008; ALMEIDA, 2009; AZEVEDO, 2006), la cirugía fue considerada como una respuesta contra los intentos de pérdida de peso, una alternativa radical de cambio donde el sufrimiento de ser gordo o los síntomas correspondientes a los padecimientos del cuerpo y aún el sufrimiento de no adherencia a los tratamientos. Los entrevistados en general tenían la impresión de que la cirugía fue el enfrentamiento final en la lucha contra la obesidad, lo cual contribuyó a mitigar el sufrimiento de múltiples intentos de adelgazamiento.

La decisión para la cirugía se acompaña de la sensación de tener un cuerpo en exceso, el malestar asociado a la enfermedad y a los múltiples intentos sin éxito para perder peso. Por otro lado, no son únicamente estas razones que originaron el sufrimiento, sino

que la anormalidad es un concepto que aparece subjetivamente dentro de la persona. El hecho de ser obeso, sin embargo, no fue necesariamente considerado por los interlocutores como un riesgo para la salud. La mayoría de los mismos, manifestó que no pensaba que estaba enfermo antes de presentar los síntomas asociados como mareos, dolor en el brazo, dolor articular donde finalmente el diagnóstico médico comprobado, convierte al individuo en un ser “enfermo”. Un cuerpo grande no representó una enfermedad hasta la aparición de los síntomas que indican en forma directa o indirecta un riesgo para la salud.

La única solución que tenía era la cirugía, no hay punto para muchas medicinas porque esta enfermedad no tiene cura, sólo era que no quería aprender a vivir con diabetes, que quería deshacerme de ella. Nunca pensé en la cirugía bariátrica para perder peso hasta que me vi enferma y entonces tomé la decisión (...) Cuando vi que era diabética se me cayó la ficha, realmente tuve que tomar una decisión muy importante. (Nina. 53 años. Ama de casa).

Rafael, por ejemplo, se refiere a haber tomado mayor conciencia de lo mucho que estaba gordo y de los riesgos a su salud, sobre todo después de la cirugía:

Bueno, antes de realizar la cirugía, uno nunca piensa en verse a si mismo como es. Sabía que estaba demasiado gordo, pero no tenía el tamaño de la cantidad de grasa en mi cuerpo... ¿Así es? Así que ya sabes cuándo vas a comprar algo de ropa en una tienda y sabes que esa ropa no te da... (...) No te lo crees, que tienes ese aspecto físico exorbitante... Así, antes...No tenía ninguna idea de que realmente mi obesidad mórbida iba a llevarme a la muerte... y hoy que tengo esta conciencia. (Rafael. Coordinador de finanzas 33 años)

La CB representó entonces alcanzar un estado de salud con aumento de la “calidad de vida”, representada por el hecho de dejar de tomar medicamentos, la cura de las enfermedades y la capacidad de ejecutar actividades que antes no podían desarrollar como correr e caminar.

Lo que más me llama la atención de mi calidad de vida que ante no tenía y ahora tengo, es ser saludable, no estar enfermo, disminuyeron mis episodios de asma (...) estar bien, dispuesta, alegre... es una cosa inexplicable, ahí usted piensa que no va a vivir solo porque está viva, sino que va a vivir porque te gusta vivir, estar viva. (Emilia. Enfermera. 30 años).

P: En resumen, que fue lo que le trajo la cirugía a usted?

R: Beneficios, solamente beneficios. Calidad de vida, salud y bienestar. Y en lo psicológico impactó mucho. **(Valdemar. Empresario. 49 Anos).**

En términos generales la CB contribuyó a la re significación de valores sobre el cuerpo relacionándose el cuerpo actual a la estética, calidad de vida (MARCHESINI, 2010; YOSHINO, 2010; NOGUEIRA DE ALMEIDA, 2011; MAGDALENO 2010), belleza, socialización (AZEVEDO, 2006, ALMEIDA 2009) disposición, entre otras. La cirugía como última alternativa de tratamiento trae consigo paralelamente el cambio en los hábitos del individuo.

La Cirugía Bariátrica y la disciplina del cuerpo

Las incertezas y miedos provocados alrededor de una intervención invasiva en el cuerpo son generalmente manifestadas por los interlocutores. El acceso a la información sobre la cirugía es un

factor determinante la confianza en el éxito de la intervención. Para los interlocutores, los casos de éxito de la cirugía fueron relacionados a una preparación anterior sobre los riesgos y advertencias en relación a los cambios corporales, además de las complicaciones emergentes en caso de no adherencia al tratamiento. Los entrevistados de manera general, se refirieron a los equipos médicos de forma particularmente constructiva y efectiva. Apenas una interlocutora presentó una serie de complicaciones después de la cirugía, pues relató una situación personal negativa del pasado con el médico cirujano, de forma que influyó en el posoperatorio inmediato

Uno de los aspectos a resaltar es que en el momento de decidir sobre el procedimiento, el paciente es informado sobre los posibles riesgos de la cirugía y la importancia de realizar el control postquirúrgico, manteniendo las frecuencias y la continuidad en las consultas.

De esa forma, la realización de la CB inserta el paciente en un régimen disciplinar bajo supervisión médica, pues como condicionante del éxito del tratamiento, él debe someterse con disciplina a los cuidados, limitaciones y demás recomendaciones impuestas por los profesionales de la salud.

Después de las cirugías, los pacientes destacaron que además de las consultas, tenían acceso a los contactos telefónicos y electrónicos de los médicos. En este punto, los profesionales de la salud fueron comparados con el papel de los padres, considerando su rol de vigilancia ejercida sobre la conducta de los hijos y sobre los permisos para comer además de otros cuidados después de la cirugía. La confianza establecida entre el equipo médico y el paciente parece haber favorecido la adherencia al tratamiento postquirúrgico.

Como tecnología médica, la práctica de la CB representa también una acción del poder disciplinar (FOUCAULT, 1976) que, si por un lado, controla, sujeta y disciplina, del otro, también es formador, pues tiene la capacidad de construir la subjetividad de los sujetos que se la realizan. La lógica del biopoder tiene como objeto normalizar al individuo mediante el ejercicio de las técnicas de vigilancia, de forma que, en el presente estudio, el poder de los médicos sobre los pacientes ha sido ejercido sutilmente, lo cual contribuiría a una mayor adherencia a la acción normalizadora.

De esta forma, para los interlocutores la CB es vista como un método para conquistar la salud y reducir las morbilidades, entre otras ventajas, sin embargo, la mayoría reconoció que el proceso no es fácil, pues es exigente al condicionar al individuo con ciertas conductas. La CB no constituye una posibilidad de libertarse de los métodos tradicionales de adelgazamiento, pues en el posoperatorio, los pacientes son obligados a lidiar necesariamente con la dieta y la actividad física para prevenir síntomas severos asociados a la cirugía. La transformación implica la construcción de un selfdisciplinado, auto controlado y con disposición para la reeducación alimentaria y el entrenamiento.

En Brasil, la CB se encuentra propagada de forma masiva, a través de los medios de comunicación y también es propagada por testimonios de personas que fueron operadas como un método de conquistar la salud. También éstos indican que a pesar de las restricciones y cuidados meticulosos, esta intervención le trajo más beneficios que limitaciones.

Si tuviese que dar una nota para lo que hice de 1 a 100 le daría 110. Para mi apariencia, para mi calidad de vida hoy, es eso, para las consecuencias que sufrí... estoy muy tranquilo, pero, como digo y aprendí... Es eso que cualquier paciente debe aprender que es

convivir con el deber... No solo con la bariátrica, la preparación de la persona es psicológico y no es solo con la bariátrica. Es por lo que usted iría a pasar (Valdemar. Empresario 49 años).

Sobre los aspectos negativos de la intervención, se destacaron la hipoglicemia, los síntomas relacionados al síndrome de dumping y los problemas psicológicos para adherirse al tratamiento dietético. Estudios relacionados asocian el síndrome de dumping a un tipo de rebeldía corporal al no adoptar una regla restrictiva, pues el cuerpo “normalizado” solo está preparado para recibir una pequeña cantidad de alimentos; al ingerir una mayor, el cuerpo reaccionaría como respuesta al exceso de éste. De esta forma, los entrevistados destacan la importancia de gerenciar el hambre y la alimentación como el desafío principal después de la norma restrictiva.

Aunque varios de los entrevistados no enfatizaron lo negativo del proceso de adaptación posoperatorio, este parece estar asociado a una forma de justificar sus elecciones o traería al caso recuerdos de un pasado de sufrimiento durante el posoperatorio. Solo un cuarto de los entrevistados describió a profundidad lo que fue considerado una situación que generó sufrimiento en la adaptación a las reglas de la cirugía. Las personas que no mencionaron el dumping, referían que sus síntomas eran poco frecuentes y que era un intercambio o costo aceptado a cambio de la disciplina del cuerpo.

Significados sobre obesidad: estigma, preconcepto y sufrimiento moral

Las preocupaciones con el hecho de ser gordo variaron entre los entrevistados. Algunos se preocupaban más con las limitaciones en las actividades cotidianas. La mayoría enfatizó en las

cuestiones de salud y los rangos de normalidad biológica, otros consideraron el estigma asociado al gordo y las barreras sociales como foco de sus preocupaciones. El estigma fue un término destacado entre los hombres, tal vez por el sufrimiento generado durante la interacción social o en las dificultades para establecer relaciones interpersonales. Varios relatan que no eran invitados a actividades, eran ridiculizados y se sentían excluidos.

Ser gordo... Para mim significava ser fonte de comédia, fonte de risos... é sem eu querer claro. De fazer aquelas brincadeiras sem graça, na verdade quando a pessoa fazia isso, você se sentia ofendido entendeu? Porque todos aqueles apelidos, não é uma coisa carinhosa a coisa era mesmo de colocar você para baixo ainda. Tem aquelas coisas de comparar com algo nada a ver, eles não conhecem a realidade, entendeu? Por causa disso, eram piadinhas sem graça, era gente rindo de mim, me faziam coisas assim (Elias tocou se a barriga com) era essa brincadeira entendeu? E sofria muito com isso. Ai... (Elías, Técnico em Sistemas, 23 años)

Alonso se refiere al juzgamiento moral de las personas gordas que son vistas como despreocupadas y sin autocontrol a pesar de todo el esfuerzo que hacía para adelgazar.

Eu sentia que as pessoas olhavam para mim, eu sentia o comentário, que era esse, que eu não me esforçava que eu era um glutão para perder peso e era isso como eu me sentia em relação com as pessoas. Ao contrário, eu me esforçava e me esforçava demais, malhando, eu fazia luta, e malhava e não conseguia perder peso. Perdia e depois ganhava, perdia e depois ganhava. (Alonso, chefe de pessoal, 47 años)

Para Fischler (1995), al discutir la ambivalencia del gordo, destaca su representación como *bom vivant* que tiene formas de ser aceptado socialmente, siendo más simpático, gracioso, generoso, o “buena gente”. Esa teoría coincide con los relatos obtenidos en las entrevistas, pues de alguna forma la connotación de “gordo” los hacían más sociables y aceptados. El gordo es aceptado solo si tiene estas características, pero también ser un gordo “*bom vivant*” podría representar una forma de ocultar un sufrimiento interior.

Pó, você vê um gordão e associa logo a um boneco... Então um bom gordo é engraçado porque tem uns gordões que são engraçados demais e os caras não se ligam tendeu? E os caras são assim, pó eu me via porque eu fui gordo, entendeu? Alegre... o gordo é alegre, muito alegre, o gordo é alegre demais, o gordo quando é triste é difícil ver um gordo triste... Difícil mesmo, a alegria é uma coisa... Inerente do gordo.

...Porque o gordo quando é triste, é horrível. É difícil ver um gordo triste.. o gordo é um cara alegre, entendeu? Porque ele usa a obesidade dele... Porque na verdade o gordo gosta de comer,.. o negocio é comer.. eu gostava de comer.. ñ era.. o meu era.. eu tinha prazer.. tinha prazer. (Morgan, funcionario público, 33 años)

Según Kleinman & Kleinman (1971), los significados culturales de sufrimiento (tales como castigo o salvación) podrían ser elaborados en maneras diferentes, pero la experiencia intersubjetiva de sufrimiento, se encuentra descrita propiamente como una característica definitiva de la condición humana en todas las sociedades. En este caso, el sufrimiento aparece en la mayoría de los casos debido a las dificultades de interacción o por las dificultades para relaciones interpersonales donde la apariencia

corporal en contextos donde esta es socialmente valorizada. Un claro ejemplo son las actividades laborales y el uso del tiempo libre, como ir a la playa, bailar y hacer ejercicio en gimnasios. El sufrimiento mayoritariamente se encuentra descrito por un problema de salud pues antes de pasar por la cirugía, los pacientes fueron diagnosticados con por lo menos una patología adicional a obesidad.

Desde una perspectiva de género, las mujeres entrevistadas comentaron sobre cómo era importante cuidar la imagen, el rostro, el maquillaje, la ropa y la piel, razón por la cual la cirugía fue interpretada como una corrección corporal para el mejoramiento de las características corporales, la percepción sobre salud y el aumento del capital simbólico reflejado en los cuidados del cuerpo. Paralelamente, la intervención permitió desarrollar otros planes de cambio en el cuerpo y en la vida, a lo cual Giddens llamó de *planeación estratégica de la vida* donde aparecen los medios (en este caso la CB) para preparar acciones futuras movilizadas en términos de la biografía del “yo”.

Mas agora estou magra, agora estou mais preocupada com a beleza, com a estética, não pulo isso, porque é mais agradável, eu me sinto melhor, mais arrumadinha, mais bonitinha... Com aquela unha feita, você magra tudo é mais fácil. Quando você é gorda, você tem que fazer o dobro disso, pelo menos é o que eu penso. (Beatriz, secretaria, 53 años)

Renacer después de la Cirugía Bariátrica

La sensación de haber “renacido”, “ser una nueva persona”, “tener o comenzar una nueva vida”, “vivir nuevamente”, fue descrito por una gran mayoría de los interlocutores. De esta forma, el cuerpo en exceso es interpretado en forma de enfermedad o crisis,

por lo cual la cirugía les permitió dejar una condición negativa. Estudios similares en ciencias humanas en salud relatan the *renew birthday* (THROSBY, 2008, YOSHINO 2001, AZEVEDO 2006) como el renacimiento de una nueva persona.

É interessante, assim como se você tivesse renascido, porque você vai perdendo peso e relativamente você vai se redescobrando, por exemplo, então se você sai de 153 para 142 kilos, aí você anda bem". Aí depois de 140 para 130 vai conseguindo, depois ia conseguindo dar umas corridinhas, depois eu conseguir subir a ladeira aqui de casa, de 130 para 120, eu ia estava conseguindo andar de bicicleta. De 120 para 110 eu já comecei a surfar. Então foi um redescoberto ai, hoje eu tou com 98 Kg e faço tudo, eu ando, corro, surfo ando de bicicleta, não tenho nenhuma restrição quanto a qualquer modalidade de esporte, luta também, jujitsu, enfim. Hoje em dia estou apto para fazer qualquer atividade física, qualquer (Alonso chefe de pessoal 47 años)

(...) E foi nesse momento em que eu decidi que eu merecia uma chance de viver melhor, ou que e que eu tinha uma vida inteira pela frente, ai eu decidi que eu merecia a cirurgia eu já tinha passado por certas situações adversas por conta da gordura e ai eu decidi que realmente eu merecia mudar de vida e ai eu encarei isso. Mas hoje eu sei... Agora sei que é vida... agora eu tenho uma vida... Partindo do pressuposto que eu tenho... um nível de saúde muito melhor... um nível de vida muito melhor, um nível de condicionamento físico... muito melhor.. então hoje eu agora sou uma pessoa... de certa forma... sabe? mais feliz. (Rafael, gerente financiero, 33 años)

La transformación del cuerpo trae consigo cambios en sus moldes. Los entrevistados se refirieron a la satisfacción de utilizar ropa para gente delgada y cómo dejaron de utilizar ropas para

gordo, consecuentemente manifiestan siguientes inversiones: gimnasios, suplementos nutricionales, cosméticos, cirugías estéticas adicionales, entre otros, que reconfiguran y hacen parte de la transformación de sí mismo. Como Giddens afirma (2002), el cuerpo es un sistema de acción, un modo de praxis y su inmersión práctica en las interacciones de la vida cotidiana es una parte esencial del mantenimiento de un sentido coherente de la autoidentidad, donde en este caso, el cuerpo delgado es un espacio de inversiones en la sociedad de consumo.

Para los hombres, la nueva condición corporal representa una transformación en la identidad de género en el que el hombre pasa a ver, y ser visto como un másculo y compañero sexual en potencia.

Usted comienza a sentir; que cambia, todo cambia, todo. Comencé a sentirlo porque usted no es un hombre, usted es un hombre gordo... entonces las personas me veían como hombre, las mujeres no me veían como hombre... si no como un gordito, un gordo que hoy ya no existe más. Las mujeres me ven como hombre, me asedian como hombre, ahora no más por causa de que ya estoy casado y no lo permito (risas) pero antes de casarme, un poco tiempo atrás, después que me hice la cirugía para adelgazar, percibí que yo era deseado y aproveché hasta lo máximo que pude. (Rafael, gerente financiero, 33 años)

Consideraciones finales

La preocupación constante sobre el cuerpo trae cuestionamientos acerca de los significados atribuidos a los conceptos de calidad de vida, la salud y el bienestar. La biomedicina y la sociedad legitiman nuevos modelos corporales difundiendo el pánico moral en la sociedad, mediante la propagación de una cultura de

prevención de riesgos y consumo de los artefactos simbólicos de estilos de vida saludables. Desde otra perspectiva, el individuo a partir de la intervención quirúrgica restringe el consumo de alimentos, se convierte en un consumidor de bienes y servicios para el cuidado y mantenimiento del cuerpo y la identidad que construye diariamente.

La normalidad se basa en una tendencia general en la que coexiste el cuidado de sí mismo con mercaduría de los estilos de vida saludables. La grasa corporal al ser objeto de rechazo, se convierte en motivo de patologización y medicalización. La obesidad, consecuentemente podría ser un problema que involucra una relación interdisciplinaria donde influyen factores económicos, socio-culturales, educativos e impactan la relación energía-alimentos-cuerpo y sociedad. Ser gordo parecería no ser tan importante, es decir, los rangos de normalidad no son relevantes para algunas personas, hasta que el concepto de riesgo. De forma que uno de los desafíos más grandes del ser humano es la búsqueda del equilibrio entre las normas y la práctica.

Bibliografía

- Wright et al. (2009) Wright J, eat al Biopolitics and the “obesity epidemic”: governing bodies. New York; London: Routledge, 2009. vi, 223 p
- Cooper, C. (2011) ‘Fat Lib: How Activism Expands The Obesity Debate’, in: Rich, E., Monaghan, L. & Aphramor, L. (eds.) Debating obesity: critical perspectives. Basingstoke: Palgrave, 164-191.
- Schmidt et al. (2011) Schmidt, M. I.; Duncan, B. B.; Azevedo e Silva, G. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 4 jun 2011.

- Monaghan et al. (2010) Monaghan, L. F.; Hollands, R.; Prtichard, G. Obesity Epidemic Entrepreneurs: Types, Practices and Interests. *Body & Society*, v. 16, n. 2, p. 37-71, 5 jul 2010.
- Evans B et al Measuring Fatness, Governing Bodies: The Spatialities of the Body Mass Index (BMI) in Anti-Obesity Politics” in Cooper, C. (2012)
- Foucault Michel. *Historia da Sexualidade 1. A vontade de Saber*. Paris: Gallimard, 1976. Rio de Janeiro Edições Geraal Ltda Págs (131-135)
- _____ Em Defesa da Sociedade. Aula 17 de Março 1976. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 298.
- _____ *Arqueologia do saber* (5a ed., L. F. B. Neves, trad.) 1997. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1969) P. 185, 195, 207.
- Moulin, Anne Marie. “O corpo diante da medicina”. In: *História do Corpo 3: As mutações do olhar. O século XX*. (org) Jean-Jacques Courtine. Petrópolis: Vozes, 2008
- Fischler (1995) Fischler, Claude. *Obeso Benigno, Obeso Maligno*. In: Sant’Anna, Denise Bernuzzi. *Políticas do Corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.
- ASSOCIAÇÃO Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO). Atualização das diretrizes para o tratamento da obesidade e do sobrepeso. *Abeso*, São Paulo, n. 76, out. 2010. Edição especial. Disponível em: www.abeso.org.br/pdf/diretrizes2010.pdf. Acesso em: 6 jun. 2013
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *POF: 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil, 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, Ministério da Saúde. 2010.
- Kleinman et al. (1988) Kleinman, A. 1988a. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human condition*. New York, Basic Books. p.133

- Giddens, Anthony. (Apresentação e capítulo 1). Modernidade e identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.
- _____ (2002) Modernidade e identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002. (Capítulos 5,6 e 7).
- THROSBY, K. Happy Re-birthday: Weight Loss Surgery and the 'New Me'. *Body & Society*, v. 14, n. 1, p. 117-133, 1 mar 2008
- Yoshino, N. L. A Normatização Do Corpo Em “Excesso”. Tese doutorado online Unicamp. 2010
- Almeida, R. Gastroplastia e a reconstrução da identidade. Goiania Cãnone Editorial 2009
- Azevedo G.C. Vivenciando o Emagrecimento. Ufrgs Instituto de Filosofia e Ciencias Humanas. Portoalegre Março 2006.
- Magdaleno, R.; Chaim, E. A.; Turato, E. R. Understanding the life experiences of Brazilian women after bariatric surgery: a qualitative study. *Obesitysurgery*, v. 20, n. 8, p. 1086-9, ago 2010.
- Bourdieu, P. A economia das trocas simbólicas. Tradução de Sergio Miceli, Silvia de Almeida Prado, Sonia Miceli e Wilson Campos Vieira. São Paulo: Perspectiva, 1987 p. 172
- Bourdieu, Pierre A Dominação Masculina. Trad. Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003, 160p.
- Bauer, Martin W. Classical content analysis: A review. *Qualitative researching with text, image and sound*, 2000, p. 131-151.
- Geertz, C. A interpretação das culturas, Rio de Janeiro: LTC Editora, 1989 1973)

El valor de la escucha y el poder de la palabra para comprender el significado de la enfermedad, por una atención sanitaria más humana y un mejor cuidado

Julio Nicolás Torres Ospina

Universidad de Antioquia
Hospital Pablo Tobón Uribe

Para nosotros como grupo de comunicación afectiva de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Pablo Tobón nos es grato compartir en las siguientes líneas nuestra experiencia que se ha enriquecido con los aportes de múltiples actores.

De cómo la lectura, el análisis y la reflexión nos han posibilitado una mayor comprensión del proceso vivido. Y el transcurrir inicial de la convocatoria institucional de construcción de una charla de sensibilización sobre la importancia de la comunicación, nos ha llevado a la estructuración y consolidación de un grupo interdisciplinario de soporte social.

El ser conscientes que *“la unidad de cuidado crítico pediátrico es un espacio en donde la finalidad del deber bien cumplido no es lo suficiente para proporcionar todo el apoyo que necesita un paciente y su familia”*, nos permitió

Nos permitió implementar la estrategia de “Construcción de confianza a través de la experiencia de escucha”, cuyo objetivo era conocernos y entender el significado de la experiencia vivencial de tener un hijo en la unidad de cuidado crítico pediátrico puesto que nuestra propuesta de acompañamiento debería partir de las necesidades reales. A partir de los encuentros escucha con las familias, nos planteamos el hecho de que dichos encuentros serían el mejor escenario para el desarrollo de talleres de escucha con el personal de salud.

Surge entonces la propuesta del encuentro como “escenario para la sensibilización y Formación” para el equipo de salud y el personal en formación. El encuentro como propuesta de sensibilización y formación promueve:

- a. La reflexión crítica del equipo de salud, sobre la atención ofrecida a las familias de los pacientes en la práctica clínica diaria.
- b. La conciencia sobre la repercusión psicológica, que implica la experiencia de permanencia en la unidad de cuidado crítico.
- c. La atención integral que involucra a la familia como sujeto de cuidado.

La participación del encuentro como escenario de sensibilización y formación pretende promover en los participantes una mejor comprensión de los aspectos comunicacionales, posibilitando generar procesos de transformación los cuales redundarán en acciones más productivas en busca de una comunicación eficaz.

La confrontación de nuestro proceso con la revisión de la literatura nos permitió ver cómo nuestra propuesta cumplía con los principios básicos de la atención centrada en el paciente y la familia:

- La “Atención centrada en el paciente y la familia” (ACPF) como modelo de prestación de servicios de salud cuyos principios implican una atención respetuosa y sensible a las preferencias, necesidades y valores de los pacientes y sus familias.
- La comunicación centrada en el paciente es el proceso ideal a través del cual se implementa la atención centrada en el paciente y la familia en la práctica diaria.

En las unidades de cuidados críticos pediátricos, los componentes claves de comunicación centrada en el paciente son: tratar el paciente en perspectiva de familia; entender los pacientes y las familias en su contexto psicosocial, involucrando los pacientes y las familias en la atención en la medida en que ellos desean llegar a un entendimiento común del problema. Y acordar un plan de tratamiento y la toma de decisiones que se basan en la mejor evidencia clínica, de acuerdo con los valores del paciente y la familia.

Los contundentes testimonios emitidos por el personal de salud invitado a los encuentros iniciales llevó a sobrepasar el aspecto central de interés en relación con el cuidado del paciente en perspectiva familiar y su capacidad de afrontamiento, para avanzar al aprovechamiento de dichos encuentros con las familias como escenario de sensibilización y fortalecimiento de las capacidades del personal de salud en la UCIP. De ahí que a partir de los primeros encuentros se comenzó a invitar a personal administrativo, asistencial profesional y en formación, a estar presentes para escuchar a las familias sobre el significado que tiene para ellas dicha experiencia, y así proponer alternativas de mejoramiento, tanto de la atención que allí se realiza, como de las competencias requeridas por los profesionales de la salud.

El grupo de comunicación afectiva consciente que el concepto de cuidados centrados en la familia adquiere relevancia en los niños críticos, pues es necesario comprender las necesidades de los padres en situación de vulnerabilidad ante la enfermedad de sus hijos para facilitarles que sus experiencias sean lo más llevaderas posible.

Y hasta ese momento a través de los encuentros se evidencian necesidades de: Personalización, Valoración, Cuidado, Seguridad, Información, Comunicación, Contactó Social, Distracción, Confort, Participación, Capacitación y Espiritualidad.

Sentíamos que como grupo no podíamos quedarnos escuchando necesidades sino que teníamos el desafío de impactar esas múltiples necesidades lo cual llevó a la estructuración y consolidación de un grupo multidisciplinario con el apoyo de otras áreas de la institución quienes solidariamente se adhirieron a nuestra propuesta: Salud ocupacional, Terapia ocupacional, Biblioteca, Capellanía, Pastoral social, Pediatría, Enfermería, Programa Leo con Vos, Padres de familia, Voluntarios.

Implementamos encuentros estructurados con un propósito y objetivos claros, una metodología definida, talleres reflexivos, encuentros creativos de lectura, escritura, manualidades, expresión corporal, terapia lúdica y ocupacional, actividad física, meditación “conciencia plena”, taller de silencio y oración, taller de espiritualidad, secciones de capacitación.

Además, propiciamos espacios a los cuidadores de expansión y relax como la celebración de fechas relevantes como la navidad, el día de la madre etc.

Una mejor comprensión del fenómeno relacional y la situación familiar y social de la enfermedad nos permitió dimensionar la transformación del grupo de comunicación afectiva a grupo de soporte social, donde la actividad de cuidar como proceso fundamental de proceso asistencial se extiende al cuidado del cuidador.

Entendemos la humanización como algo que más allá de competencia profesional en la relación con el enfermo que busca recuperar un comportamiento más humano.

Nos identificamos con José Carlos Bermejo en que humanizar es un proceso complejo que comprende todas las dimensiones de la persona y que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria, la formación de los profesionales de la salud, el desarrollo de planes de cuidado etc.

Nuestra propuesta de humanización coincide con la visión de Pangrazzi y se centra en el respeto a la unicidad de cada persona que hace que no pueda ser generalizada y que responde con un estilo propio a las crisis de la vida, y estamos comprometidos en ayudar a comprender al enfermo y a su familia la situación con una información clara y precisa que permita asumir un papel protagónico para hacerse cargo de la realidad.

La preocupación por el otro vulnerable es el eje central y razón de ser de nuestro quehacer los mayores alcances de esta experiencia se derivan del hecho de que:

- Nuestra propuesta parte de las necesidades reales de los padres, aportamos a la construcción de significantes que buscan darle sentido a la experiencia vivencial para entender la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y la muerte como parte del proceso vital.

- Favorecemos interacciones entre los padres que posibilitan conocerse y no ser indiferentes a la condición de los otros.
- Propiciamos espacios reflexivos que buscan la utilización de recursos propios para afrontar el desafío planteado por la enfermedad terminal, los cuidados al final de la vida y apoyo a los familiares en el duelo.

Este programa es un escenario propicio para construcción y consolidación de redes de apoyo brindándose soporte unos a otros.

La historia clínica desde la perspectiva del cuento literario

*Carlos Alberto Velásquez Córdoba MD**

Introducción

Un hombre entra al consultorio médico y le dice al doctor.

- Me han dicho que usted es un excelente médico. Vengo a que me recete lo mejor para mi enfermedad.
- Claro, señor. Tan solo dígame qué es lo que le pasa.
- Ah, no. Si le digo, no es gracia.

El ejercicio de la medicina se fundamenta en que el médico conozca la naturaleza del mal que aqueja al paciente. De lo contrario, por más conocimientos académicos que tenga un profesional, sería muy difícil solucionar el problema de su paciente. De ahí la importancia de una adecuada historia clínica. En griego “*historía*” significaba “investigación”¹. El médico ante todo es un investigador.

* Médico y Cirujano Universidad Pontificia Bolivariana. Administrador de servicios de Salud Fac.Nal.Sal.Pub. Especialista en Epidemiología Universidad Autónoma de Bucaramanga. Actualmente Jefe de Apoyo Asistencial en Clínica Medellín e Instructor en el Centro de Entrenamiento Salamandra. Autor de tres libros de cuentos (Ane-doctas de un Médico desmemoriado, La monja sin cabeza y otros cuentos, La fuga del paciente) y de un blog (<http://elblogdeloslagartijos.blogspot.com.co>) desde 2007. Participante en talleres de literatura UPB y Cooperativa Médica de Antioquia COMEDAL – Red de Escritura Creativa. Relata. Miembro de la Red Mundial de Escritores en Español (REMES).- correspondencia: calveco@une.net.co

La medicina mágico-religiosa ha sido desplazada por la medicina científica, y no hacer una adecuada investigación, genera fallas en el proceso. Para ello es necesario que haya una excelente comunicación entre el paciente y quien ejerce las funciones de sanador.

Cuando un estudiante comienza su formación como futuro médico, odontólogo, enfermera, o cualquier otro profesional del área de la salud, se le entrena en técnicas de interrogación y se le provee de una metodología de sistematización de la información de tal forma pueda llevar a cabo una entrevista lo suficientemente completa para darse una idea del problema que tiene el consultante, sus antecedentes y toda la información concerniente que ayude a resolver el problema. La sistematización de las ideas facilita su consulta y permite que cualquier otro profesional pueda entender y aprovechar dicha información cuando se requieran los servicios de alguien más.

Con el término sistematización no se hace referencia al uso de equipos electrónicos sino a la clasificación de la información de una forma sistemática. El ejemplo más sencillo de sistematización ocurre cuando los datos suministrados por un paciente son clasificados como una “enfermedad actual” o como “antecedentes” ya sean personales o familiares. Se entrena a los profesionales en técnicas de clasificación de la información según sus características.

A todo estudiante de medicina se le enseña a extraer del paciente información sistemática y se le enfatiza en que esa información recibida debe ser estructurada para permitir crearse una idea de lo que le ocurre. A esto se la ha denominado “historia clínica”. Por extensión se ha llamado “historia clínica” al documento donde se consigna esa información². Sin embargo, ese documento no

siempre cumple con las condiciones mínimas para que otro médico pueda entender lo que pasa con el paciente. No solo se trata de registrar datos en un documento. Se trata de que esos datos cuenten una verdadera historia. En los pasillos de los hospitales es frecuente encontrar a un médico hablando con el especialista y transmitiendo una información parcial, confusa e incompleta, muchas veces insuficiente para quien recibirá el caso.

Ese estudiante que de niño escuchó el cuento de Caperucita Roja y el Lobo Feroz y que de adulto contará la historia a sus hijos, es incapaz de contar la historia de su paciente en forma coherente y completa. ¿En qué momento se perdió esa habilidad de reproducir una narración?

Cuando se interroga a los jóvenes médicos sobre las razones por las cuales las historias clínicas no son completas, esgrimen excusas como “es que no hay tiempo” “es que la ley 100 no deja”, “es que el sistema actual de salud es muy malo”, o lo peor: “es que el paciente no me lo dijo”.

A lo largo de este documento se explorarán algunos aspectos de la historia clínica y su relación con la literatura (más específicamente con el cuento). Se expondrán las bases antropológicas que hicieron de los humanos una especie narradora de historias y se tratará de demostrar que una historia clínica es realmente un cuento que requiere de todos sus elementos para que quede bien contado.

En el principio solo había caos y oscuridad en el abismo... Historia del lenguaje verbal y escrito.

No se sabe a ciencia cierta cuándo fue la primera vez que un humano habló. Laín Entralgo ubica el origen del lenguaje oral estructurado con el surgimiento del Homo Sapiens hace 40.000

años³. Ahora se sabe que los humanos no son los únicos animales que tienen lenguaje. La ciencia ha descubierto que algunos animales como los delfines, las ballenas, los monos, entre otros, pueden articular sonidos que tienen algún tipo de significado específico para los otros miembros de su especie^{4,5,6}. Sin embargo, la especie humana, por mucho, ha aventajado las habilidades comunicativas del resto de animales.

Antes de que surgiera la comunicación escrita apareció la comunicación oral y con ella la posibilidad de transmitir información a otros individuos. Mientras que las abejas muestran a otras la distancia a la que está la miel por medio de una danza^{7,8}, los humanos descubrieron que por medio de sonidos podían informar donde había comida sin tener que hacer un agotador baile. La base de la supervivencia como dice el doctor Dröscher, está determinada por la capacidad de ahorrar energía⁹. Es más fácil contar una historia a través del lenguaje que bailar hasta quedar agotados.

Se cree que en la formación del lenguaje, lo primero que apareció fue el sustantivo. El Génesis habla de que Dios le dio el poder a Adán de nombrar las cosas¹⁰. Casi simultáneamente llegaron los verbos y a estos siguieron los adjetivos, los adverbios, artículos, conjunciones e interjecciones. Es llamativo que en casi todos los lenguajes, las palabras más cortas y de más fácil pronunciación hacen referencia a los sustantivos más comunes: ma (por mamá) pa (por papá), casa, agua, sol, luna, árbol, y por verbos sencillos que denotaban las acciones más frecuentes (Ver, oír, correr, dormir, comer, soñar, subir, bajar, etc.)^{11,12}. En la mayoría de los idiomas actuales ocurre esa economía del lenguaje, hasta el punto de considerarse un origen biológico a esta característica^{11,13}. Mientras más se usa un concepto, más corta es la palabra¹⁴. Para los adolescentes y adultos jóvenes modernos, el “fin de semana”

es tan importante que no es extraño escucharlos hablar del “Finde” en tanto que en inglés disfrutaban del weekend.

Un aspecto que nos diferencia a todos los humanos del resto de los animales es que podemos transmitir grandes cantidades de información a otras generaciones en forma rápida. Las bacterias transmiten su información genética, por medio de la duplicación, lo que hace que el cambio en la información sea muy lento. Si bien actualmente existen bacterias que pueden mutar su configuración genética cuando se exponen a un nuevo antibiótico, los humanos no podemos modificar nuestro ADN tan rápidamente para avisar a nuestros descendientes de los peligros del medio^{5,15,16}. Por eso aprendimos a transmitir información de una manera más rápida y efectiva: El lenguaje.

Ahora bien la transmisión de datos sencillos no implicaba problemas. Pero a medida de que los grupos humanos fueron creciendo, surgió la necesidad de contar su pasado. Lo que nos diferencia precisamente de las otras especies es que podemos contar historias¹⁷. Surgieron los grandes mitos que explicaban el día y la noche, las tormentas, las nubes y los truenos^{16,18}, Aparecieron los dioses y la mitología. Fue el nacimiento de los titanes, de Rea y Cronos, de Zeus y el Olimpo, la aparición de Horus, Isis y Tot en Egipto, de Odín y Thor en los países nórdicos, de Quetzalcóatl en Mesoamérica y de Bochica y Bachue en nuestra tierra^{18,19,20,21}.

Había una vez... Del mito a la historia (El cuento y el relato como transmisión del conocimiento).

En algunas cavernas hay figuras que representan humanos y animales. Aunque el arte rupestre parece contar historias, no existe ningún tipo de codificación que permita hacer una única interpretación de lo dibujado.

¿Cómo hacer que la historia se cuente sin distorsiones? Una lengua o dialecto estructurado permite contar una historia. Los padres contaban a sus hijos y estos a los suyos. Pero con los años se olvidaban detalles y se distorsionaban otros. Entonces surgió el verso. Homero en su *Ilíada* y su *Odisea* cuenta la relación del hombre con los dioses por medio de himnos^{22,23}. Sus versos se recitaban generación tras generación logrando algo que no permitía la prosa: Cuando se dice una historia en verso, quien la recita la recuerda con más facilidad porque tiene una musicalidad determinada. Cada palabra es exacta dentro de una frase. Cuando se olvida un verso o se cambia una palabra, inmediatamente se descubre la falta. Aún en nuestros días se sigue utilizando el verso para transmitir información sin que se pierda un solo dato. El mejor ejemplo es el “padrenuestro” que rezan los católicos con cierta musicalidad.

Pero la tradición oral no fue suficiente para los humanos. Se cree que fue en Mesopotamia donde surgió un fenómeno que cambiaría la forma de contar historias: la escritura: Las primeras tablillas de arcilla con inscripciones codificadas datan del año 3500 a de C. Aunque las primeras inscripciones corresponden a operaciones matemáticas, el culmen de la escritura fue la narración. Gracias al trabajo de John Smith quien descifrara la escritura cuneiforme, podemos saber sobre Gilgamesh y su amigo Enkidu²⁴ y la historia fabulosa de un individuo que sobrevivió a un diluvio²⁵. Sin la narración escrita, dicha información se habría perdido para siempre^{15,26,27}.

La medicina hipocrática: se empieza a contar el cuento de la medicina

Aunque en el papiro de Edwin Smith (aproximadamente 2.600 años a de C.) se tiene una recopilación de 48 pacientes heridos

de guerra, con la descripción del tratamiento recibido en forma individual, dichas descripciones eran observaciones sobre el manejo del trauma. Para entonces, las enfermedades tenían causas mágicas^{28,29,30,31}.

Hipócrates de Cos, (siglo V a de C), considerado padre de la medicina occidental, cambió el paradigma de que las enfermedades eran castigos de los dioses²⁹. Según Hipócrates, eran el resultado de la interacción del hombre con la naturaleza. Hipócrates sistematizó el análisis de las enfermedades y con ello “inventó” la historia clínica. Su obra “*Corpus Hippocraticum*” recopila el saber médico científico occidental. En su libro “las Epidemias I y III registra 42 historias clínicas completas y bien caracterizadas^{28,34}. En dichas descripciones hace un análisis entre lo normal y lo anormal, y define las enfermedades como “agudas” o “crónicas” según su desarrollo. Cada anormalidad con respecto a lo esperado se basa en lo que el paciente tiene “*pathema*” (síntoma) y lo que el médico observa “*semion*” (Signo). La suma de ambos constituye el “*Nousos*” (enfermedad)^{2,32,33}.

Se hace énfasis en esta diferenciación porque como se verá más adelante, son dos narradores de la historia que aportan información. Posteriormente, los Asclepiades hipocráticos comenzaron a registrar sistemáticamente datos geográficos y antropológicos en las historias de los pacientes. Incluso incluían la información suministrada por terceros como por ejemplo las mujeres de la casa. Dicha información tenía un orden y numeración establecido, similar a lo historia clínica contemporánea^{28,29,34}. Sin embargo las historias de Hipócrates tenían un carácter académico y educativo. Se desconoce si tenían valor como documento individual para el paciente. (Tabla 1)

En la edad media, con el surgimiento de las universidades, las historias clínicas se convirtieron en una *consilia*, donde cada *concilium* era un consejo que un médico daba a sus discípulos.

Veamos:

Cada “consilium” estaba formado por cuatro apartados: Título o “Epígrafe”, nombra el proceso morboso que define; “Primera Sectio” donde se nombra la persona y los síntomas enumerados ordinalmente; “Segunda sectio” dividida en “Sumae”, “Capitula” y “Sermones” que recoge la discusión de cuestiones etiológicas, fisiológicas, patogénicas y terapéuticas, utiliza toda la erudición científica del autor sin dejar de incluir opiniones religiosas y una fórmula final del tipo “Haec ad laudem amen” en la que se ofrece a la divinidad su acción terapéutica y busca su colaboración^{2,34}

En la edad media, la medicina narrativa toma un carácter muy especial. Mientras los cirujanos amputan o aplican sangrías, los doctores leían los consejos en libros de medicina²⁹. El saber leer determinaba la diferencia entre un médico y un cirujano-barbero. En el renacimiento, con el cambio de mentalidad, la historia clínica se convierte en un relato objetivo, preciso y carente de interpretaciones religiosas o doctrinales. Se habla de “Casus” como el proceso morboso que ocurre al paciente y de “exitus letalis” cuando finaliza con la muerte. En estas historias hay una coherencia narrativa en la descripción^{28,34}.

En el siglo XVII Sydenham (1624-1689) describe cronológicamente las enfermedades de acuerdo con la forma como aparecen, cómo se manifiestan los signos y síntomas y las relacionan con los hallazgos anatomo-clínicos. En su obra “*Observationes Medicae*” describe historias clínicas de sus pacientes^{28,34}. Sus

historias clínicas no solo son con fines educativos sino también que se constituyen en un seguimiento individual al paciente. (Tabla 1)

En el siglo XIX el surgimiento de la fisiología junto con las pruebas histopatológicas y de laboratorio, cambiaron el enfoque al fisio-patológico. A finales del mismo Bertillon y Farr en Inglaterra (1893), proponen la primera Clasificación Internacional de Enfermedades con el fin de estandarizar las diferentes denominaciones de la misma patología³⁵.

El surgimiento de la enfermería como disciplina hace extensivo el uso de la historia clínica a otras disciplinas. La historia clínica deja de ser de propiedad de uso de un solo médico y se convierte en un documento que puede ser diligenciado y consultado por varios médicos y por otras disciplinas^{2,28,34}.

En el siglo XX. Bismarck (Alemania) propone una asistencia universal sanitaria, donde el estado es el responsable de la salud de los ciudadanos. Sin embargo, las dos guerras mundiales dificultan su implementación. La Inglaterra de la post guerra propone una medicina ofrecida por el estado y para ello es necesario un modelo de historia clínica que sea aplicado por todos^{24,28,36}.

Tabla 1. Evolución y tipos de historia Clínica

	Tipo de historia clínica	Autor	Estructura	Fundamento	Destinatario principal
Historia clínica antigua	Historia clínica hipocrática	Un solo médico	-Identificación del enfermo según ubicación en grupo familiar -Anamnesis -Síntomas -Signos -Katarsis vs Thanatos -Reflexión del médico	Análisis de las semejanzas y diferencias con respecto a lo “normal” Análisis retrospectivo	Alumnos (utilidad académica)
	Historia clínica Medieval	Un solo médico	Sigue estructura hipocrática	Concilia (libros de consejos e instrucciones a los médicos)	Alumnos (utilidad académica)
	Historia clínica Renacimiento y barroco (Sydenham)	Uno o varios médicos	-Anamnesis -Síntomas signos -Descripción anatomoclínica en forma cronológica -Evolución	-Análisis anatomoclínico -seguimiento a través del tiempo Análisis retrospectivo y prospectivo	Médicos: (seguimiento al paciente) Alumnos (utilidad académica) y formativa
Historia clínica contemporánea	Historia clínica cronológica tradicional	Equipo de Salud (Médicos, Enfermera, psicólogos, Nutricionistas, etc.)	-Anamnesis (motivo de consulta y enfermedad actual) -Antecedentes -Examen físico -Evolución clínica -Pruebas complement. -Procedimientos diagnósticos y terapéuticos -Juicio clínico	Análisis retrospectivo y prospectivo Registro cronológico Información integrada. redacción lineal o por disciplinas	Equipo de salud. Otros (personal administrativo, judicial, etc.)
	Historia clínica orientada por problemas (HCOP)	Equipo de Salud (Médicos, Enfermera, psicólogos, Nutricionistas, etc.)	-Datos iniciales -Lista de problemas -Planes de actuación -Evolución cronológica -Monitorización.	Redacción sistemática (SOAP) -Subjetivo -Objetivo -Análisis -Plan	Equipo de salud. Otros (personal administrativo, judicial, etc.)

A fines del siglo XX la historia clínica pasa a ser un documento de obligatorio cumplimiento. En Colombia la Ley 23 de 1981 establece su obligatoriedad y la ampara bajo la protección del secreto profesional³⁷. La resolución 1995 de 1995 reglamenta el uso y protección de la historia clínica³⁸.

Desde la década de los 90s la era digital trae un nuevo hito en la historia clínica. A pesar de que muchas instituciones han creado sus propios formatos y muchas empresas de software han diseñado historias clínicas electrónicas, no existe uniformidad para la creación de una historia clínica única que pueda articularse con diferentes instituciones y entidades promotoras de salud. Con la propuesta del Estándar HL7 se ha pretendido que todas las historias clínicas del mundo puedan integrarse en una red de información independiente de la plataforma utilizada pero ello hasta ahora sigue siendo una utopía^{39,40}.

Historia clínica. Como cuento

Hemos visto cómo ha sido la evolución de la historia clínica a través de la historia humana. Sin embargo, lo que inicialmente comenzó como un registro de observaciones con fines didácticos se convirtió en una herramienta de trabajo con una finalidad operativa: Hacer el seguimiento de un paciente y dejar un registro que pudiera ser consultado por otros ya sea como parte del equipo de salud o con fines administrativos, de investigación o legales. En otras palabras, **hacer una historia clínica es como repetir un cuento**. Hay que entender la trama y saberlo reproducir.

El cuento

Si bien la forma y el contenido de una historia clínica ha cambiado con el tiempo, lo que no puede cambiar es su objetivo primario: Contar un cuento.

Existen muchas definiciones de cuento, pero todas coinciden en que el cuento es una narración sobre un personaje (persona, animal, vegetal o cosa) al que le sucede algo^{25,41}. El cuento puede diferir en su extensión: los hay breves y los hay extensos. A diferencia de la novela, en la que la trama es compleja, el cuento pretende contar un hecho preciso sin ahondar en aspectos que puedan hacer perder el foco del asunto. El cuento es una historia redonda que tiene inicio, un desarrollo (nudo) y un desenlace. Solo busca ir de A a B de la forma más limpia posible. Como diría Chejov (citado por W. Somerset Maugham): “Todo lo que no se relaciona con él debe ser extirpado sin compasión”⁴². En el cuento toda narración está fundamentada en lo que ocurre al personaje y a la situación a la que se ve sometido. El cuento a diferencia de la novela es concreto, trata de un solo incidente^{43,44}. Si bien una historia clínica puede tener muchos cuentos, cada incidente es único aunque pueda estar relacionado con otros.

Partes del cuento

Ahora bien, tradicionalmente se ha dicho que todo cuento está compuesto por tres partes:

- a. Inicio (origen)
- b. Desarrollo (Nudo o problema)
- c. Desenlace.

Los pacientes consultan por el nudo. La labor del médico es investigar el inicio, entender el nudo y el desenlace.

Inicio

Tradicionalmente en el cuento infantil, el inicio se compone de una serie de datos que dan información de los personajes y de la

situación de la que se parte. Generalmente empezaba con “Erase una vez...” o “Había una vez...”⁴⁵. A medida que la literatura se ha fortalecido es común empezar desde el nudo y devolverse a los inicios de la historia (analepsis).

En el inicio se define el personaje. Se identifica al paciente, su edad, género, su profesión u oficio, su historia personal o familiar, y los sucesos previos a la enfermedad. El inicio es el origen del nudo. Allí se encuentran las bases de cualquier narración, ya sea un cuento infantil o la historia clínica más intrincada.

El nudo (el problema)

En el cuento, el nudo es una situación crítica a la que ha llegado el protagonista gracias a una acción (o varias acciones). Este personaje indefectiblemente en el cuento va a estar expuesto a una transformación ocasionada por un ambiente (interno o externo) que lo lleva a una acción determinada. A esto le llamamos nudo.

En el cuento de Caperucita Roja el nudo comienza desde que encuentra el lobo y este le tiende una trampa. En “Blancanieves”, el nudo se forma a partir de los celos de su madrastra y su afán de hacerla desaparecer⁴⁶. En “El Gato con Botas” el nudo lo ofrece la trama intrincada que planea el gato para engañar al ogro y hacerse con el castillo y sus sirvientes.

En medicina, casi siempre la historia comienza para el médico con un nudo. Miremos algunos ejemplos:

- a) Un joven que llega a urgencias se queja de dolor en el antebrazo. Se aprecia deformidad y angulación.
- b) Una madre lleva a su hijo a consulta porque el niño tiene fiebre y vomito.

En ambos casos hay que investigar el inicio que el narrador desconoce (posiblemente brusco en el primer caso y lento en el segundo). En los dos ejemplos la situación había llevado a los personajes a buscar una solución. Como en cualquier historia, había un nudo que implicaba acción. De no ser por la deformidad y el dolor el joven no hubiera consultado y a no ser por el vómito y la fiebre la madre no habría ido al médico. En el primer caso, antes de proseguir es necesario averiguar: ¿Que produjo el dolor y la deformidad? ¿Cómo fue el trauma? ¿Cómo fue su mecanismo? ¿Contra qué objeto fue el golpe? ¿A qué distancia? ¿Hace cuanto? ¿Le han “sobado” el antebrazo? En el caso del niño, habría que saber si le han colocado vacunas recientes, si ha tenido diarrea, si ha tenido síntomas respiratorios, desde cuanto está enfermo, cuantas veces ha tenido vómito, etc.

El inicio es tan importante como el nudo. De hecho sin el inicio, el nudo no puede desenredarse en forma adecuada⁴⁵.

Imaginemos otras dos narraciones aisladas.

- a) En el bosque hay una adolescente muy hermosa que al comer una manzana cae al suelo...
- b) Una niña es atacada por un lobo cuando se acercaba a la cama de su abuelita.

En ambos casos la historia queda truncada si no hay ningún recurso narrativo que permita comprender cómo se llegó a esa escena. La verosimilitud del cuento y el desenlace posterior depende mucho del inicio.

La adolescente que cae al suelo al comer una manzana podía ser una actriz que ensayaba un papel para una obra de teatro, o bien podría ser una niña alérgica a la fruta (Caso a). En el segundo,

un grupo de lobos ha escapado del zoológico y han entrado a una casa (Caso b). En cualquiera de estos dos inicios no habría bruja ni enanos, ni lobos parlantes y el desenlace tendría que ser naturalmente diferente al de los cuentos clásicos. La capacidad de descubrir el inicio de una historia permite conocer la naturaleza del nudo y decidir el manejo posterior.

En la literatura infantil clásica el relato es cronológico y está organizado de tal manera que para el niño haya una causalidad evidente. Por el contrario en la literatura adulta moderna, uno puede comenzar una historia por la parte intrincada y luego por medio de la analepsis (flashback en lenguaje audiovisual) puede descubrir detalles previos al desarrollo de los hechos para continuar con el final (prolepsis).

El médico debe saber reconocer el nudo de la historia y ser capaz de retroceder en el tiempo para extraer la información necesaria para resolver el problema. De la adecuada comprensión del inicio y del nudo se puede desprender el desenlace.

Desenlace

Como cualquier escritor sabe, el desenlace de una historia lo escribe el autor, pero también depende del inicio y del nudo. No queda bien que Caperucita al ser atacada por el lobo, sea rescatada por extraterrestres. Así mismo la historia de Blancanieves no sería verosímil si luego de atorarse con la manzana, en lugar de ser despertada por el príncipe feliz en presencia de los enanos, hubiera sido salvada por un cirujano errante que practicaba traqueotomías de bosque en bosque para poder vivir.

Cuando se escribe una novela, un cuento o una historia clínica, el autor está obligado a seguir ciertas leyes de la literatura: La

coherencia literaria y la verosimilitud. El escritor no puede transgredir ciertas normas al igual que el personal de salud no puede alterar los acontecimientos ni puede trasgredir las normas básicas del lenguaje.

Incluso en la literatura fantástica si se habla de hadas y duendes, el desenlace tiene que ser coherente con el resto de la historia. Si se habla de ciencia ficción, las leyes determinadas por el autor, definen la trama y el final. En medicina, el autor, de acuerdo con las leyes planteadas y con el conocimiento de la evolución del caso, puede intervenir favorable o desfavorablemente en el desenlace. En algunos casos, infortunadamente, el autor simplemente asiste al final porque la trama tiene vida propia.

Componentes del cuento

El autor: Es quien escribe la historia. Parte de un nudo conocido parcialmente y desvela el inicio a lo largo de la historia. Es el responsable de que la historia se nutra de datos. Es quien investiga para poder crear una historia verosímil y coherente. Se diferencia del narrador que es el que cuenta la historia.

El narrador: Es el que cuenta el relato, en primera, segunda o tercera persona. Puede ser protagonista o un simple testigo de lo que pasa. A su vez, puede ser omnisciente o no. En las historias clínicas que seguían la escuela europea del siglo XIX y XX, las historias eran escritas en primera persona:

“S. E. llegó a esta ciudad de Santa Marta a las siete y media de la noche, procedente de Sabanilla, en el bergantín (SIC) nacional “Manuel”, y habiendo venido a tierra en una silla de brazos por no poder caminar, le encontré en el estado siguiente: Cuerpo muy flaco y extenuado; el semblante adolorido y una inquietud

de ánimo constante. La voz ronca, una tos profunda con esputos viscosos y de color verdoso.”⁴⁷ (Historia clínica de Simón Bolívar por el Dr. Alejandro Próspero Reverend)

Este tipo de historia clínica requería de cierto grado de formación humanista y de muy buen uso del lenguaje. Si bien es muy agradable a la lectura como documento literario, requería de mayor inversión de tiempo y su extensión dificultaba su sistematización y análisis.

En la medicina actual la historia generalmente comienza con una información en primera persona suministrada por el paciente, (motivo de consulta): “*Estaba bajando las escalas y resbalé. Me di en la cabeza*”). Y continúa con información contada en tercera persona por el médico: “*el paciente esta mañana tuvo un caída al resbalar por las escalas. Rodó tres escalones y se golpeó la cabeza. No tuvo pérdida de conocimiento. Ha tenido cefalea, náuseas y vómito luego de la caída...*”. Se describen los síntomas (lo que el paciente siente) y se continúa con lo que el médico encuentra (signos).

En toda narración debe quedar claro quién es el personaje, y lo que le sucede debe ser completamente claro. Qué, cómo, cuándo, dónde, por qué, etc. Cualquier bache en la información puede prestarse a diferentes interpretaciones. En la literatura el ejemplo claro lo tiene el famoso microcuento de El dinosaurio del guatemalteco Augusto Monterroso.

*Cuando despertó, el dinosaurio aún estaba allí.*⁴⁸

¿Quién era el que estaba allí? ¿El dinosaurio? ¿Otro personaje, acaso?

¿Narrador omnisciente o semi omnisciente?

En un texto literario, el narrador omnisciente puede contar la historia sabiendo todo lo que sucede. Conoce todo lo que pasa aunque el personaje lo desconozca. Por el contrario, un narrador semi-omnisciente, solo puede relatar lo que le es dado a conocer^{25,41}. Por ejemplo, cuando se escribe en primera persona, el narrador desconoce lo que piensan los demás o lo que ocurre a sus espaldas. Este narrador semi omnisciente se entera después de cosas que desconocía.

En una historia clínica, el médico generalmente desconoce información completa sobre el paciente. La función del autor-narrador es avanzar en la historia hasta que se vayan revelando datos útiles para ajustar la trama. Pocas veces, quien hace la historia, conoce datos que el personaje no. Por ejemplo, el médico que tiene el resultado de la biopsia que fue practicada al paciente y que aquel desconoce. Es frecuente que una nota en la historia clínica tenga una mezcla de diversos tipos de narraciones. (Tabla 2).

Tabla 2. Tipos de narrador según la nota en la historia clínica

	Narrador semi-omnisciente. Sabe información fragmentada que adquiere con el tiempo.	Narrador omnisciente. Sabe todo sobre el paciente.
Narrador protagonista (escribe en primera persona.)	Paciente: "Tengo vómito desde ayer"	El narrador cuenta su propia historia y lo sabe todo. (no aplicable a Historias clínicas actuales)
	Médico: " <i>Encuentro al paciente con dolor abdominal. Le palpo una masa hipogástrica. Solicito una ecografía</i> ".	
Narrador testigo (escribe en tercera persona.)	" <i>el paciente tiene una masa abdominal</i> "... " <i>el cirujano le extirpó el tumor. Ahora está sin dolor. Se espera resultado de patología</i> ".	" <i>La biopsia muestra un adenocarcinoma. El paciente aun no lo sabe. Su tumor es de mal pronóstico</i> ".

También como en el cuento, una historia puede tener diferentes unidades narrantes. Un ingreso lo puede hacer el médico de urgencias, pero la siguiente nota puede hacerla otro narrador, por ejemplo un cirujano. En cada una de las narraciones, debe haber una estructura clara que permita ver la secuencia de lo que ocurre al personaje. Puede incluso haber nueva información que desvirtúe lo que hasta ese momento se conocía sobre el caso, siempre conservando la unidad narrativa.

Personajes

En nuestras historias clínicas hay dos tipos de personajes principales. Una historia clínica puede tratar de un paciente o puede tratar de una condición médica. A veces para quien escribe no es claro y esa es una de las principales fallas en la redacción de una historia clínica.

¿Estoy hablando del paciente o estoy hablando de la enfermedad? Muchos médicos prefieren enfocarse en el paciente, mientras que algunos lo dejan de lado y se enfocan en la enfermedad. En la redacción es importante “el sujeto”.

No es lo mismo decir que “*el paciente sigue con vómito*” a decir que “*el vómito continúa*”. Si bien la tendencia es acortar la narrativa por razones de tiempo y economía, no es lo mismo decir que “*el paciente tiene sana la herida quirúrgica*” que consignar “*herida, bien*”. El sujeto debe estar bien definido.

Aunque en ambos casos la información es similar, en el primero la narración se basa en el paciente (personaje principal) sobre el cual se describe una característica (La herida). En el segundo caso, el paciente pasa a ser un personaje secundario adherido a la herida de la que solo sabemos que está “bien”. Cuando nuestro

foco de atención es la herida olvidamos que el paciente tiene unos signos vitales y otros hallazgos que hay que describir.

No se pretende en este ensayo descalificar la enfermedad como personaje principal, ni más faltaba. Pero si es importante tener en cuenta que si la enfermedad o el órgano son el personaje principal en la historia que se relata, se deben incluir otros personajes secundarios que pueden ser relevantes como la hidratación de las mucosas, el color de la piel, el llenado capilar, la psique del paciente. Todo personaje relevante debe estar presente en la narración^{25,41}.

Igualmente, si el personaje principal de la historia es el paciente, este debe ser descrito de forma tan completa que cualquier lector pueda hacerse una idea de él sin necesidad de verlo.

Las deficiencias al narrar las características principales del paciente, u olvidar los personajes secundarios cuando se describe una enfermedad u órgano, conducen a errores médicos o a problemas legales cuando hay complicaciones. Una historia, al igual que un cuento, debe ser tan completa que no se preste para interpretaciones diferentes, a menos que desde el principio esa sea la intención del autor, y en medicina a diferencia de la literatura, no se pretende fantasear.

El ambiente y la escena. El contexto

El contexto, tan importante en una novela, es fundamental para el cuento, pues define la trama^{25,41}. Un paciente (personaje) ingresa por un dolor abdominal y náuseas a un servicio de urgencias de un hospital de pueblo con el diagnóstico probable de una apendicitis (nudo). La función del médico es desentrañar ese nudo y comenzar a investigar que sintió, cómo empezó, cuándo

comenzó, con qué mejoraba, con qué empeoraba, qué hizo para mejorar, qué antecedentes tiene, etc.; debe hacer un examen físico y solicitar pruebas de laboratorio. Según los recursos, el paciente puede tener un desenlace diferente. El ambiente (entorno) favorece o entorpece el desarrollo de un final ideal. En este caso, el entorno puede ser interno (miedos, inquietudes, grado de estrés, nivel de entendimiento, la patología misma) o externo (recursos, conocimientos del médico, disponibilidad de quirófano, etc.). Aquí el médico además de ser el autor y narrador, pasa a ser un personaje que puede alterar la trama.

El lector: es el destinatario de la historia clínica. Este puede ser el mismo médico cuando consulta sus propias notas, u otra persona: médico interconsultante, enfermera, nutricionista, auditor o el mismo paciente. Incluso hay abogados y jueces lectores de las historias clínicas. Por esa razón, la historia clínica debe ser un cuento muy bien contado, con una narrativa clara y coherente, que no permita interpretaciones erróneas.

Reglas gramaticales y ortográficas

Unas pocas líneas al respecto. En una historia clínica debe respetar las normas básicas de la gramática y la ortografía. El sujeto, verbo y predicado deben ser congruentes^{25,41,49}. Cuando un médico escribe en la historia clínica “*El día de hoy, en calidad de peatón es atropellado por un vehículo con traumatismo de cadera*”, no da claridad de si el personaje fue atropellado por un caballo cojo o fue el paciente quien tuvo un trauma en la cadera. Cuando la enfermera consigna que “*la paciente ingresa en una camilla estable*”, da a entender que lo que es estable es la camilla, y no la paciente. Igualmente la ortografía es básica^{25,41,49}. Un error ortográfico puede tergiversar todo un texto. Además de ser peligroso, escribir una historia clínica con mala ortografía es

de mal gusto. No olvidemos el uso indiscriminado de siglas. Sería una falta de respeto decir que a CR se la comió el LF. (Caperucita Roja / Lobo Feroz)

La importancia de la narrativa en la formación del médico

A lo largo de este documento se ha enfatizado que la historia clínica es un proceso dinámico que requiere de un autor-narrador, unos personajes, y un ambiente que interactúan a lo largo de uno o varios sucesos que pueden ser analizados a la luz de un cuento literario.

Es triste ver que nos pasamos gran parte de nuestra infancia y juventud escuchando cuentos e historias, aprendiendo a repetirlas, tratando de dar una secuencia coherente a nuestras narraciones, pero que al final no seamos capaces de reproducir fielmente la información que nos da un paciente.

Cuando de niños queríamos saber sobre la bruja y el lobo, sobre la varita mágica o sobre el hada madrina, interrumpíamos a quien nos contaba la historia para averiguar la información que estaba confusa. Éramos curiosos y metódicos.

Ahora, ya profesionales, nos conformamos simplemente con saber el “qué” y pretendemos montar nuestra estrategia terapéutica con base en una historia llena de vacíos, donde falta el cómo y el por qué.

Dentro de la formación del profesional de la salud es muy importante mostrar que todo caso médico debe tener la información suficiente para poder conocer al máximo su **inicio**, entender las

causas de éste (representado en un **nudo**) y que solo conociendo las causas y los efectos se puede intervenir para conseguir un **desenlace** deseado.

La enseñanza de la medicina no puede estar desligada de la enseñanza de las reglas de la narración literaria. Ya se trate de una historia clínica, un cuento infantil o la novela más intrincada, debe ser escrita de tal forma que permita al lector formarse una idea de los personajes y sucesos. Una redacción que permita dar el valor justo a cada uno de los datos consignados.

Solo estimulando las habilidades narrativas de nuestros profesionales lograremos que se hagan historias clínicas verídicas y completas que beneficien a los pacientes, porque a diferencia de la literatura donde el personaje solo está en el papel, nuestro personaje realmente vive, sufre o goza una vida de la cual no somos los autores pero en la cual podemos ser protagonistas secundarios.

Este artículo pretende invitar a todos los profesionales del área de la salud a retomar la magia de las narraciones. A buscar en lo profundo de la historia las causas que llevaron a los eventos de nuestro paciente. A tratarlo como el personaje principal de nuestra historia. Este es el reto: desentrañar el nudo que obligó a nuestro paciente a buscar nuestra ayuda y sobre todo a encontrar la mejor forma de darle el mejor desenlace a su historia.

Referencias

- 1 Ortega, Virgilio. Palabralogía. Ed Planeta 2014
- 2 Laín Entralgo, Pedro: La Historia clínica, 2.^a ed. Barcelona, 1961.
- 3 Laín Entralgo, Pedro. Antropología Médica. Barcelona. Salvat 1984.

- 4 Dröscher, Vitus. Sobrevivir. Ed Planeta 1988
- 5 Morris Desmond. El mono desnudo. Plaza & Janes Editores 1967
- 6 Morris Desmond. El Zoo Humano. Plaza & Janes Editores 1970
- 7 Atemborrough Richard. La Vida en la Tierra. Bogotá. Fondo Educativo Interamericano S.A. 1981
- 8 Morris, Desmond. El hombre al desnudo. Círculo de Lectores. 1977
- 9 Droscher Vitus Sobrevivir. Bogotá. Planeta. 1987
- 10 Génesis. La Sagrada Biblia. Alba. Pia Sociedad de San Pablo 1931
- 11 Chomky, Noam. Estructuras sintácticas, Buenos Aires, Siglo XXI, 1999
- 12 Moreno Fernández, Francisco. Principios de sociolingüística y sociología del lenguaje. Ariel. 2009.
- 13 Sorman Guy. Los verdaderos pensadores de nuestro tiempo. Barcelona. Seix Barral 1991
- 14 Martinet Andre. Elementos de lingüística general. Madrid. Gredos 1974
- 15 Bronowski Jacob. El ascenso del Hombre. Bogotá. Fondo Educativo Interamericano S.A. 1983.
- 16 Sagan Carl. Cosmos. Barcelona. Planeta 1980
- 17 Levy-Strauss, Claude. Citado por Sorman, Guy. Los verdaderos pensadores de nuestro tiempo. Barcelona. Seix Barral 1991
- 18 Gaarder, Jostein. El mundo de Sofía. Madrid. Ciruela. 1994
- 19 Graves, Robert. Los mitos griegos. Madrid. Editorial Gredos. 2011
- 20 Hawthorne, Nathaniel. Los mitos griegos contados otra vez. Bogotá. Norma. 2001
- 21 Gómez Montañez, Pablo Felipe, Los chuyquys de la Nación Muisca Chibcha (Universidad de los Andes; Facultad de Ciencias Sociales; Bogotá, 2009)
- 22 Omero. La Iliada. Santa Fe de Bogotá. Panamericana. 1994
- 23 Omero. La Odisea. Santa Fe de Bogotá. Panamericana. 1994
- 24 Uribe Diana. Historia de las civilizaciones. Bogotá. Aguilar 2008
- 25 Anderson Imbert, Enrique. Teoría y técnica del cuento. Buenos Aires. Ed Ariel. 1979
- 26 Gelb, Ignace. Historia de la escritura. Madrid. Alianza Editorial. 1976
- 27 UNESCO. Orígenes de la escritura. El correo de la UNESCO. París. 1995 Disponible en <http://www.biblioteca.org.ar/libros/321091.pdf>. [Consultado el 13 de agosto de 2016]

- 28 Lain Entralgo Pedro. Historia de la Medicina. Barcelona: Editorial Salvat; 1978
- 29 Schott, Heinz. Crónica de la Medicina. Barcelona. Plaza & Janes Editores. 1995
- 30 Gonzalez, Ricardo, Flores, Patricia. El Papiro quirúrgico de Edwin Smith. Anales Médicos Vol. 50, Núm. 1 Ene. - Mar. 2005 pp. 43-48 Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2005/bc051i.pdf> [consultado en 28 de julio de 2016]
- 31 Vargas Alex, López Marcelo, Lillo Claudio, Vargas María Josefina. El papiro de Edwin Smith y su trascendencia médica y odontológica. Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001000020&lng=es. [consultado en 28 de julio de 2016]
- 32 Vintró E. Hipócrates y la nosología hipocrática. Barcelona: Editorial Ariel; 1973.
- 33 Laín Entralgo, Pedro., La curación por la palabra en la Antigüedad clásica. Madrid, 1958.
- 34 Fombella, Maria-José; Cereijo, Maria-José. Historia de la historia clínica. Galicia Clin 2012; 73 (1): 21-26
- 35 Rodriguez, Feliz; Fernandez, Andres; Baly, Alberto. Apreciaciones sobre la clasificación internacional de enfermedades. Rev Cubana Hig Epidemiol 2000;38(3):215-9 disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol38_3_00/hie10300.htm [consultado 2 de Agosto de 2016]
- 36 Parcet, Mónica. El sistema sanitario alemán. Panacea@ 2011; 12 (34): 285-294. disponible en <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n34-tribuna-parcet.pdf>
- 37 República de Colombia. Ley 23 de 1981.
- 38 República de Colombia. Resolución 1995 de 1999.
- 39 Villegas Norha; Tamura, Gabriel. Aspectos claves en la definición y adopción de estándares de interoperabilidad electrónica de datos: El caso de HL7 en el área de la salud. Universidad ICESI. Sistemas & Telemática Vol. 6 No. 12 • Julio - Diciembre de 2008
- 40 Aguilar Ricardo, López, Diego. Guía de implementación HL7 para sistemas de notificación obligatoria en salud pública en Colombia. Universidad ICESI. Sistemas & Telemática Vol. 7 No. 14 • Julio - Diciembre de 2009
- 41 Macías, Luis Fernando. El taller de creación literaria. Medellín. El tambor de hojalata. 2008

- 42 Somerset Maugham W. Estudio sobre el cuento. En *Cosmopolitas: La miseria de siempre*. México. Porrúa. 1988
- 43 Zabala, Lauro. *Teorías del cuento*. México. Difusión Cultural. UNAM. 1997
- 44 Poe, Edgar Allan. *Ensayos y críticas*. Barcelona. Alianza Editorial. 1973
- 45 Bosch, Juan *Apuntes sobre el arte de escribir cuentos*. Caracas 1958. En *Cuentos escritos en el exilio*, República Dominicana Editora Alfa y Omega. 2002
- 46 Grimm, Wilhelm; Grimm, Jakob L. *Cuentos de los hermanos Grimm*. León. Everest. 1978
- 47 Reverend, Alejandro Próspero. *La última enfermedad, los últimos momentos y los funerales de Simón Bolívar libertador de Colombia y del Perú*. Imprenta Hispano-Americana de Casson y Comp. París 1.886. Disponible en http://www.bdigital.unal.edu.co/389/86/La_Ultima_Enfermedad.html [consultado el 7 de agosto de 2016]
- 48 Monterroso, Augusto. *Obras completas y otros cuentos*. Barcelona. Editorial Anagrama. 1998
- 49 King, Stephen. *Mientras escribo*. Barcelona Plaza & Janes. 2000

Sobre los autores

P. Luis Fernando Granados Ospina S.J., Luz Adriana Soto Díaz, MD., Cristina Eugenia Valcke Valbuena, Ana Cristina Rossi, Francisco Javier barbado Hernández, MD., Jeison Andrés Suarez, Lucila Lobato Osorio, Wendy Betancourt, Andrea Bonilla, Carlos Presman, Anahí Barbosa Borges, Sheila Andrea Gómez Peñalosa, Elba María Bermúdez Quintana, Laureano Quintero Barrera, MD., Jairo Gabriel Sánchez Carrasco, Adolfo Vera-Delgado, MD., VJ Romero, Olga Lucía Gaitán Gómez, Rosa Nury Zambrano Bermeo, Cándida Rosa Castañeda Valencia, Leni María Sandoval, Julio Nicolás Torres Ospina, Carlos Alberto Velásquez Córdoba, MD.

Pedro Alejandro Rovetto Villalobos, MD.

Médico cirujano, Universidad del Valle. Especialista en Patología Anatómica (Universidad de Miami) Patología Clínica (Universidad de Cincinnati) e Inmunohematología (Universidad de Minnesota). Profesor universitario desde hace 30 años. Investigador del Grupo Historia de la Medicina Colombiana.

Gloria Inés Flórez Villafañe

Trabajadora Social, Universidad del Valle. Especialista en Administración del Talento Humano, Universidad del Valle y Penn State University. Magistra en Administración

de Empresas de la Universidad Javeriana Cali. Profesora universitaria. Secretaria Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali.

Florencia Mora Anto

Licenciada en Ciencias Sociales, Licenciada en Literatura, Universidad del Valle. Especialista en Enseñanza de las Ciencias Sociales e Historia de Colombia. Magister en Filosofía, Universidad del Valle. Profesora del Departamento de Humanidades, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana Cali. Integrante del Grupo de Investigación De Humanitate y del Colectivo Descarrilados.



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Cali