

VOLUMEN 35 / N°2 / DICIEMBRE 2017

FECHA DE RECEPCIÓN: 10/02/ 2017
FECHA DE APROBACIÓN: 15/11/2017
FECHA DE PUBLICACIÓN: 14/12/2017

ENSAYO/ESSAY

CONFLICTO DE INTERESES:
LOS AUTORES DECLARAN QUE NO EXISTE
CONFLICTO DE INTERESES.

1. Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca. Cirujano del Hospital "Vicente Corral Moscoso". Cirujano de la Clínica Santa Ana
2. Médico Internista, Tratante de la fundación Pablo Jaramillo.

Correspondencia:
haldopino@hotmail.com

Medicina narrativa, un complemento a la historia clínica formal.

Raúl Pino Andrade¹, Joanna Páez Iturralde²

RESUMEN

El continuo desarrollo de la ciencia, la accesibilidad a los medios diagnósticos, modelos curriculares centrados en la enfermedad, han gestado un deterioro en la relación médico – paciente. Este hecho ha generado en el personal médico una visión centrada en la enfermedad y cada vez menos en el enfermo. Ante este panorama, la Medicina Narrativa es una herramienta útil que puede complementar nuestra práctica clínica formal en aras de lograr una visión integral del paciente y mejorar la empatía con él.

Palabras Claves: Narración, registros médicos, relación-médico paciente.

ABSTRACT

The continuous development of science, the accessibility to the diagnostic tools, curricular models focused on the disease, has led to the deterioration of the doctor - patient relationship. This fact has generated in the medical staff a vision focused on the disease and less on the patient. Faced this situation, Narrative Medicine is a useful tool which can complement our formal clinical practice in order to achieve an integral vision of the patient and improve empathy with him.

Key words: Narration, Medical Records, Physician-Patient Relations.

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud enfermedad ha variado enormemente a través de la historia. La explicación mágico religiosa, que lo sustentó en los albores de la humanidad dio paso a uno más racional, centrado en la enfermedad, con un modelo causa – efecto, o su variante, huésped, hospedero (inmunidad) y ambiente⁽¹⁾, hasta paulatinamente llegar a una visión más integral de tinte social y ambiental.

Paradójicamente, a pesar de que este concepto se ha tornado más cotidiano con el paso del tiempo, su estructura sigue funcionando y centrándose en la enfermedad, en el dato, en la objetivación de la patología, como sucedía en el siglo XVIII, "abrir cadáveres, encontrar las lesiones, es

sacar a la luz lo que hay de más fijo, de más positivo y de menos variable en las enfermedades locales, es por tanto aislar lo que debe caracterizarlas o especificarlas⁽²⁾; proceder que si bien para la época demostraba el tope del avance científico, en la actualidad genera una reducción marcada de ver la salud, más aun a sabiendas que este modelo se encuentra interiorizada actualmente en la práctica médica.

Lo expuesto se vuelve más evidente al comparar algunos de los modelos de aprendizaje que se han presentado a lo largo del tiempo:

M. Foucault: 1793 “los principiantes estudiaban en el primer semestre anatomía, fisiología, química médica; en el segundo, la materia médica botánica, física: durante todo el curso del año los alumnos deberán frecuentar los hospitales ‘para tomar allí la costumbre de ver a los enfermos, y de manera general curarlos’. En el curso del tercer año, aprovechando la experiencia del hospital, se comienza las clínicas propiamente dichas. Los alumnos se reparten en tres hospitales donde permanecen cuatro meses y luego se cambian. La clínica comprende dos partes: ‘en el lecho de cada enfermo’ el profesor interrogará y examinará convenientemente y hará observar a los alumnos los signos diagnósticos y los signos importantes de la enfermedad, luego en el anfiteatro continuará... Señalando la historia de la enfermedad, las causas conocidas, probables y ocultas⁽²⁾.”

C. Hermida: 1960 “La carrera médica se concentraba en el estudio del cuerpo humano biológico individual, a partir del cadáver. Se esperaba llegar así al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Se partía de la morgue y se continuaba con los laboratorios de fisiología, bioquímica, patología, farmacología, para alcanzar las salas hospitalarias que eran el verdadero y anhelado escenario final de la carrera. La clínica, como esencia de la medicina, estaba constituida por las ciencias que giraban en torno a la patología corporal, y el hospital era su escenario y su símbolo⁽³⁾.”

Ahora bien, al comparar estos modelos con los actuales, se observa que el panorama no ha variado mucho, si bien se le inculca al estudiante un sentimiento social; posiblemente el hallarnos dentro de este círculo vicioso de convivencia con la enfermedad, nos ha llevado a habituarnos a ella y a tolerarla, como lo expresa el Dr. C. Hermida “aunque se llamaban ‘servicios de salud’, siempre lo fueron de enfermedad⁽³⁾”. Po lo tanto, vivimos inmersos en un carácter “conformantemente positivista” que limita nuestra potencialidad⁽⁴⁾.

Esta forma de pensar la enfermedad genera una ruptura en la dinámica de la relación médico - paciente,

un distanciamiento entre observador y observado. Como comenta Silvia Carrió: “Con frecuencia, los pacientes se lamentan de la calidad de los encuentros con sus médicos porque sienten que no los escuchan, que no están seguros de haber comprendido sus explicaciones o que se van de la consulta sin haber alcanzado a decir o preguntar lo que más les preocupa. Por su parte, a menudo los médicos también se lamentan de las dificultades en la comunicación con sus pacientes⁽⁵⁾”. Esta disociación genera un contexto en el cual la corporeidad del enfermo se encuentra alejada de toda realidad, excepto la de la enfermedad, por lo tanto, el médico ejerce su poder al realizar preguntas, al interrogar, posteriormente se dedicará a describir signos, síntomas así como a solicitar exámenes, todo esto en espera de encontrar el signo clave y patognomónico del diagnóstico, el que de sentido a todo el proceso llevado a cabo.

En este contexto centrado en lo mórbido, se olvida al paciente, lo que él siente, el impacto físico, emocional, psicológico, y espiritual⁽⁶⁾ que lleva consigo. Por lo tanto, es necesario implementar una herramienta que permita integrar nuevamente al “Ser” llamado paciente, y posteriormente que exhorte al médico o profesional de salud, a restablecer la empatía con él; pretendemos que ésta herramienta sea la “Medicina Narrativa”.

MEDICINA NARRATIVA

La necesidad de ver más allá de la enfermedad y centrarse en el enfermo no es un concepto nuevo, fragmentos como el siguiente: “Cuando el médico, por hábito profesional, interroga acerca de las relaciones familiares, profesionales, sociales, etcétera tiene conciencia, efectivamente, de la importancia de ese peri mundo en el que la enfermedad se desarrolla, pero acaso no percibe otro aspecto más profundo, y es que la forma de integración en la vida que aflora en las respuestas a su interrogatorio es la que perfila y define el contenido de lo que el enfermo con mayor o menor conciencia solicita y espera recibir del médico. No es siempre, simple y sencillamente, la salud lo que el enfermo espera; antes de la concreta solicitud de un bien, existe una esperanza inconcreta que, a fin de cuentas, requiere del médico una interpretación significativa del sufrimiento⁽⁷⁾”, han sido escritos y reflexionados por grandes médicos de la talla de Gregorio Marañón, Laín Entralgo, J. de Nadal Baixeras entre otros. Lamentablemente hay que reconocer que este sentir ha sido roto, ya sea por la excesiva confianza en los medios de diagnóstico, nuestra educación con visión reduccionista, o simplemente porque no lo consideramos importante.

Para observar al enfermo tras la enfermedad, un instrumento útil es la Medicina Narrativa, este movimiento encabezado por la Dra. Rita Charon desde el año 2000, aspira acercar la medicina a las humanidades (literatura, cine, música, narrativa)⁽⁸⁾, con la finalidad de lograr una medicina más humana y eficaz, se propone ver al paciente íntegramente, no solo debe ser examinado y encasillado en un diagnóstico, sino que, debe ser escuchado y entendido⁽⁹⁾.

En este contexto la Narrativa Medica juega un papel importante, pues nos permite llegar a adquirir una actitud más humana con el enfermo, afianzar el lazo médico – paciente, ya que, al “ver al mundo tal y como lo pudiera estar viendo una persona diferente de nosotros. Y poderlo describir, narrar, bajo la visión del ‘otro’”⁽⁹⁾, este simple acto permitirá sentirle al otro y a mí de otra manera.

Oliver Sacks en la introducción de su libro “El hombre que confundió a su mujer con un sombrero” escribía que la única forma de entender el mundo real de una persona, lo que siente, le preocupa, lo motiva y permite seguir es tomando su historia y convirtiéndola en narración, por lo tanto, la historia contada por el paciente es lo que motiva lo que ejerce de “ligando”, lo que activa al médico y la que debe dar inicio al relato, como señala la Dra. Charon:

“La historia es el ligando que me pone en acción: mis recuerdos, mis sueños, mis asociaciones, mi entendimiento, mi habilidad cognitiva, mis habilidades manuales, mi diagnóstico diferencial, mi conocimiento de qué hacer luego, mi comprensión de los efectos colaterales de la medicina, mi decisión de iniciar insulina, mi decisión de agregar otro agente oral, mi compromiso con este paciente, mi decisión de ayudar a que mejore, mi interés, mi estima, mi amor”⁽¹⁰⁾.

Lastimosamente hemos perdido la capacidad de escuchar estas historias con su connotación integral y la hemos cercenado hasta dejarla en una objetividad más cómoda, la de los síntomas y signos.

La enfermedad es un hecho que pasa desapercibido por todos hasta que se la padece, por lo tanto, solo cobra verdadera connotación y sentido cuando se la sufre. Paradójicamente, aunque la misma enfermedad se encuentre en dos personas, cada una la siente y vive de forma distinta⁽¹¹⁾. Cuando la enfermedad toca la puerta y el paciente es sometido al escrutinio médico o peor, es internado en un centro para su tratamiento, la mayoría de las veces ve vulnerada su integridad corporal, psicológica y espiritual⁽¹²⁾. Lastimosamente, la relación cotidiana que existe entre el personal médico y la atención de procesos morbosos

de diversas índoles ha generado una adaptación y acostumbamiento, muchas veces despersonalizando al enfermo y solo centrándonos en la enfermedad; no es raro escuchar frases como: donde está el paciente con la neumonía, donde está la paciente del apéndice, en que habitación está el señor de la hemicolectomía⁽¹¹⁾.

Si bien existen pocos estudios sobre lo que sienten los pacientes frente a la enfermedad y al personal de salud que los atiende –principalmente cualitativos- el análisis de los mismos deja ver un panorama que, si bien es enunciado muchas veces, pocas veces es atendido, el de que existen pacientes y que ellos son los que sufren una enfermedad, por lo tanto poseen sentimientos, preocupaciones, desazones, etc. Un ejemplo de esto lo podemos leer en el estudio realizado por Patino, et al (2007)⁽¹³⁾:

- “Pues ellos muy poco han venido acá, ellos se reúnen todos ahí, más que todo para que los estudiantes aprendan” (refiriéndose a los médicos).

- “Cuando viene el doctor acá no me dice nada, solo me pregunta que como amanecí”.

- “A uno de paciente le gustaría que lo escucharan más... me gustaría que ellos se demoraran un poquito más con el paciente”.

- “No me dicen los efectos de los medicamentos, solo dicen venga le pongo esto, cuando se ve uno es con las cosas hechas...” (Refiriéndose a las auxiliares).

En vista de la separación marcada en la relación médico-paciente y del olvido de la subjetividad y circunstancias que rodean a este último^(*), un elemento que puede ayudar a entender la integralidad del paciente es la Medicina Narrativa, como lo expresa Leidy Peña: “nos ayuda mucho a ponernos en los zapatos de los pacientes, a sentir empatía por ellos, a entender que estamos tratando personas y no enfermedades, a pensar en su bienestar y el de su familia y poner todo nuestro esfuerzo, dedicación y comprensión en ayudar y entender”⁽¹⁴⁾. Por lo tanto, al ampliar la mirada médica hacia una visión más integral y más comprensiva, se logrará un mejor entendimiento del enfermo y una mejor actuación medida.

UN EJEMPLO

Con la finalidad de contrastar la visión de una Historia clínica formal y de la Historia Narrativa se presenta el ejemplo de la siguiente página:

(*) Si bien la visión planteada se centra en el enfermo, con la narración médica se puede evidenciar y abordar aspectos del personal médico que se encuentran ocultos o silenciados por los estereotipos actuales.

HISTORIA CLÍNICA FORMAL

Nombre: Consuelo Martínez .
Edad: 36 años.
Sexo: Femenino.
Estado Civil: Casada.
Ocupación: Vendedora.
Procedencia: Cuenca.
Residencia: La Troncal.
Etnia: Mestiza.
Religión: Católica.
Instrucción: Primaria Incompleta.
Fecha de Ingreso: _____.

Motivo de Consulta: Dolor Abdominal.

Enfermedad Actual: Paciente refiere que hace 24 horas antes de su ingreso y sin causa aparente presenta dolor de leve intensidad localizado en epigastrio con irradiación en hemicinturón hacia la espalda. Hace 4 horas el dolor se intensifica tornándose de gran intensidad, 10/10 en la escala de EVA. A esto se suma vómito alimenticio por 2 ocasiones, por lo que acude a esta casa de salud.

REAS: No refiere.

APP: Ligadura hace 7 años.

ANPN: Se alimenta 3 veces al día en calidad y cantidad suficiente, predominantemente con lípidos. Duerme 8 horas diarias. Consume alcohol de manera ocasional.

AGO: Menarquia a los 13 años, ciclos regulares. Gesta 3, Partos 3, Cesárea 0, abortos 0.

APF: Madre fallece de cáncer de útero, padre fallece de cáncer de próstata.

Condición socioeconómica: Paciente vive en casa arrendada, cuenta con todos los servicios básicos.

Personalidad: Extrovertida.

Fuente: Directa.

Examen Físico:

T/A: 100/90, FR: 20x', P 88x', TO 37CO

Estado General: Regular.

Facies: Álgica.

Piel y Faneras: Piel pálida, caliente, normo elástica, con regular de cantidad de panículo adiposo. Llenado capilar 2 seg.

Cabeza: Normocefálica, cabello de implantación normal, no desprendible a la tracción simple.

Ojos: Isocoria, reactivos a la luz.

Boca: Piezas dentarias en regular estado de conservación e higiene. Mucosas orales ligeramente húmedas. Lengua saburral.

Cuello: Cilíndrico, no doloroso, ausencia de adenopatías palpables.

Cardio Pulmonar: R1 y R2 normales, sincrónico con el pulso, pulmones ventilados, con expansibilidad y elasticidad conservada, a la percusión claro pulmonar. Murmullo vesicular conservado.

Abdomen: Simétrico, blando, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Murphy positivo. RHA normales.

Extremidades: Sin alteración.

ENE: Paciente orientado en tiempo, espacio y persona. Pares craneales sin alteración.

MEDICINA NARRATIVA

Consuelo Martínez, es una mujer de 36 años, casada y madre de 3 hijos que, desde hace pocos años vive en la Troncal.

Hace algunas semanas Juan, su hermano fue internado en el hospital de IESS a causa de una enfermedad rara, crónica e incurable, por lo que Consuelo debe viajar frecuentemente a la ciudad de Cuenca, para visitarlo y cuidarlo. El día lunes por la tarde mientras estaba con su hermano sintió en su abdomen dolor al que no le dio importancia, pues "era leve". Posteriormente éste se incrementó, obligándola a regresar donde estaba hospedada. Allí tomo aguas aromáticas, pero no consiguió mejorar su malestar, por lo que al llegar su cuñado la condujo al hospital.

Consuelo llegó al hospital aproximadamente a las 21:00, donde tuvo que esperar cerca de 30 minutos para ser atendida, luego de lo cual se le administro un analgésico (diclofenaco), el cual no le pareció hacia ningún efecto pues, el dolor persistía, además ella se encontraba intranquila pues escuchaba a los internos decir que la iban a mandar a casa. Posteriormente llevo un médico (omitimos el nombre) quien le manifestó que se le realizarían más exámenes y fue ingresada. Comenta que le diagnosticaron de "cálculos a la vesícula" y que debía ser intervenida. Ella confiesa que el diagnóstico no le sorprendió pues semanas antes ella había sido diagnosticada de "lo mismo" y sabía que debía operarse.

Permaneció en observación y se le indico que debía ser intervenida quirúrgicamente, ella acepto a pesar de que tenía miedo a la cirugía, pues era la primera vez que le "iban a operar" en serio.

Previo a la entrada del quirófano Consuelo se enteró de la muerte de su hermano Juan, noticia que la estremeció y la sumió en un sinnúmero de sensaciones: temor, ansiedad, dolor, miedo a la anestesia, o tal vez "podría morir en este lugar". Luego tomo valor y fuerzas pensando y encomendándose a Dios, ella "tenía fe"; luego pensó en sus 3 hijos, a los que "ama y que son su motivo de lucha diaria".

Luego de la cirugía Consuelo se sintió aliviada, pues según le comentaron todo había salido bien, lo único que le molestaba era el dolor, seguramente "normal, luego del corte".

Con el pasar del tiempo el dolor ha ido cediendo poco a poco, se siente más alegre pues le han comentado que le darán el alta, está contenta y quiere ir a ver a su pequeño Joaquín, "su esperanza".

En el escrito los nombres de los personajes y su edad han sido alterados, y se ha omitido la fecha de ingreso al servicio de Emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Como se puede observar los dos formatos de historias poseen fines particulares, la primera nos conduce por un camino que busca el diagnóstico correcto y certero, la segunda nos adentra a descubrir los silencios que guarda la paciente. Las dos no son antagónicas sino complementarias y engranan perfectamente. La "Historia Clínica" formal nos permite llegar a la enfermedad, y a un diagnóstico lo más certero posible, en tanto que las "Historia Narrativa", nos permite acercarnos a los sentimientos, al mundo interior del paciente, logrando crear un lazo más estrecho entre el observador y observado.

CONCLUSIÓN

Utilizar el recurso de la Medicina Narrativa, no pretende sustituir o desplazar los concomitantes médicos en pro de una lógica subjetivista, peor aún desmerecer los avances tecnológicos actuales; lo que intenta es proporcionar una herramienta que permita reflexionar sobre el rumbo actual de nuestra práctica médica, a la par de esto, su anhelo es lograr una mejor participación afectiva con el paciente, al entenderlo en su contexto, en sus vivencias, en sus sufrimientos.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Los autores han contribuido en forma igualitaria en la elaboración de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vergara MDC. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Rev Hacia la promoción la salud [Internet]. 2007;12:41–50. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Tres+concepciones+históricas+del+proceso+salud-enfermedad#0>
2. Foucault M. El Nacimiento de la Clínica. Vigésimo. XXI S, editor. Mexico; 2006. 1-293 p.
3. Hermida C. El escenario de los servicios de salud. La práctica médica. In: Yepez R, editor. La Formación de los médicos en el Ecuador en los últimos 50 años 1960-2010. Primera Ed. Quito; 2013. p. 1–295.
4. García D. Humanismo médico y positivismo. Humanidades médicas. 2006;1.625:58–60.
5. Carrió S. Medicina Narrativa. Conex Pediatr. 2012;1:1–2.
6. Santillán-Doherty P. Medicina, Narrativa y Ser. Neumol Cir Torax. 2014;73(2):102–5.
7. Nadal J. RELACION MEDICO-ENFERMO. Mediciiana e Hist. 1968;XLII:1–15.
8. Montgomery K, Charon R. The Study of Literature in Medical Education. Acad Med. 1995;70 N.9:787–94.
9. Sánchez-chibrás JE. Editorial Narrativa médica.
10. Tortolo M. las historias que cuentan la medicina. Entrevista a la Dra. Rita Charon en New York. IntraMed. 2011; Available from: (<http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=69837>):1–11.
11. Lagréé J. El Médico, el enfermo y el filósofo. Madrid: La esfera delos libros; 2002. P Varias
12. Beltran-Salazar O. Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y Hospitalizado en UCI. Medellín: Universidad de Antioquia; 2007: 1–105
13. Patiño Y, Vela M, Rojas A, Prada W, Trujillo M. Sentimientos que surgen en el paciente hospitalizado en los Servicios de cirugía general, plástica, ortopedia, medicina Interna e infectología derivado del trato que reciben por Parte del personal de salud que lo atiende del HUHMPN en el Mes de octubre del 2007. Tesis. Universidad Surcolombiana. Facultad de salud. Programa de enfermería. Neiva 2007: p 1-63
14. Peña L. Importancia de la medicina narrativa en la formación y en la vida profesional. Escritura Creativa Medica. [Internet]. Available from: <file:///C:/Users/DELL%20PC/Downloads/1160-3176-1-PB.pdf>