

## La Medicina en busca de sentido, una introducción

*A medicina em busca de sentido, uma introdução*

*Medicine in search of meaning, na introduction*

Ricardo Teodoro Ricci<sup>1</sup>

**Resumen:** El presente trabajo pretende ser una introducción al tema de la Medicina Narrativa. Esa introducción o presentación incluye un somero repaso de las distintas fuentes filosóficas y epistemológicas que subyacen como fundamentos sólidos de esta actividad eminentemente práctica que es la Medicina Narrativa.

**Palabras Clave:** Medicina Narrativa, Introducción, Fundamentos, Epistemología

**Resumo:** O presente trabalho pretende ser uma introdução ao tema da Medicina Narrativa. Esta introdução ou apresentação inclui uma breve revisão das diferentes fontes filosóficas e epistemológicas que sustentam como sólidos fundamentos desta atividade eminentemente prática que é a Medicina Narrativa.

**Palavras-chave:** Medicina Narrativa, Introdução, Fundamentos, Epistemologia

**Abstract:** The present work tries to be an introduction to the subject of Narrative Medicine. This introduction or presentation includes a brief review of the different philosophical and epistemological sources that underlie as solid foundations of this eminently practical activity that is Narrative Medicine.

**Key Words:** Narrative Medicine, Introduction, Foundations, Epistemology

---

<sup>1</sup> Professor, doutor, ex Titular de la Cátedra de Antropología Médica - Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Tucumán - ARGENTINA



## **Presentación**

Quizás la mejor manera de comenzar un texto acerca de la Medicina Narrativa sea haciendo una somera presentación. Fue nombrada del modo en que hoy se la conoce allá por las décadas finales del siglo XX, aunque se pueden registrar abordajes similares y parentescos muy cercanos a partir de algunas décadas antes. Desde entonces, y particularmente en lo que va del siglo XXI, la bibliografía al respecto ha ido en permanente crecimiento en los países de habla inglesa, en algunos de Europa y en unos cuantos de la América Latina. La mayoría de estos documentos intentan presentar, ilustrar y justificar el surgimiento y el rápido desarrollo de este modo de realizar la práctica médica. Esa proliferación de textos, nos advierte acerca del peso específico de la propuesta, de su creciente vigencia y de la necesidad de incentivar su aplicación en la práctica médica a nivel mundial.

Desde sus comienzos la Medicina Narrativa (MN) se ha postulado así misma como un puente concreto y viable entre la Medicina y las Humanidades. La primera, en el último siglo, a juicio de propios y extraños (médicos y pacientes) ha ido poco a poco desbarrancándose hacia una práctica deshumanizada. Claro, humana sin dudas, pero carente de empatía, cercanía y compasión. Ya se ha hablado hasta el cansancio del desbalance entre el desarrollo de la ciencia biomédica y las realidades humanas, entre la evidencia y la empatía; me voy a abstener de insistir en ello.

En este texto intentaremos un abordaje que nos guie a encontrar la raíces que fundamentan la propuesta y la práctica de la MN. A ese camino, en recuerdo y homenaje del memorable libro de Viktor Frankl, hemos decidido denominarlo: “La medicina en busca de sentido”.

¿Por qué las historias, los relatos, son valiosos para la medicina? ¿Cuáles son los fundamentos que permiten proponer a la MN como un apoyo firme e indispensable de la práctica clínica?

### **¿Una estrategia eminentemente práctica?**

Se podría sostener en principio, que la propuesta de la Medicina Narrativa no requiere de demasiado sustento filosófico, particularmente epistemológico. Desde sus orígenes fue presentada como una práctica, cuyo propósito y objetivos son los de consolidar y potenciar la medicina clínica. En los primeros intentos de presentación se pone todo el énfasis en el logro de una habilidad, de una competencia por parte de los médicos, que les permita ensayar una apertura al paciente mediante la escucha atenta de sus relatos. Se insiste en el aspecto humano de la atención hacia ese otro que habitualmente corre el riesgo de resultar opacado por el desarrollo científico tecnológico.

¡Tantas veces nos hemos quejado de lo mismo! Tantas veces hemos escuchado en Congresos, Jornadas y Foros de Educación Médica palabras como estas: “...muchos pacientes experimentan un

tratamiento impersonal y deshumanizante.” Se trata de un fenómeno que constituye una verdadera crisis dentro de los sistemas del cuidado de la salud. En esta realidad, a menudo se hace sentir a los pacientes como “el riñón de la cama 4” o “el hígado de la 8”, en lugar de personas con una historia única, de una enfermedad única. “Por tanto, la búsqueda de un mayor respeto a la dignidad humana sigue siendo hoy una tarea imprescindible para la humanización de la salud.”<sup>2</sup>

Para muchos médicos esto no constituye una afirmación relevante, para otros sí. Finalmente, para aquellos que se hallan emocionalmente más próximos y se sienten más comprometidos con sus pacientes, constituye un problema que requiere ser abordado y solucionado con urgencia y de manera eficiente. Los pacientes, por su parte, han hecho escuchar a gritos su reclamo. Se sienten descuidados afectivamente, perciben el abandono de sus médicos sordos a sus comentarios y necesidades, los acusan de insensibilidad y de expresarse en un lenguaje inentendible y aplicable, en forma neutra, a todos los casos similares. Dicen: “El médico está tratando la diabetes del libro y de los *Updates*, me abandonó a mí y a mi enfermedad. Se han dejado seducir con las rutilantes lucecitas de los aparatos de última generación.”

La medicina, encarnada en una miríada de profesionales de la salud, ha intentado en los últimos años hacer un camino hacia la humanización, una concreta búsqueda de su sentido.

Los esfuerzos comenzaron a concretarse efectuando una fructífera relación con la literatura. Allí surgieron algunas voces clarificando el escenario y haciendo intentos concretos de aproximación a las personas de los pacientes. Más recientemente, la medicina en busca de su sentido, parece haber llegado a un hito concreto en el cual hacer pie para continuar con su camino sin fin. Sin dudas ese hito lo constituye la Medicina Narrativa que, presentada por pioneros como Rita Charon<sup>3</sup> y Trisha Greenhalgh<sup>4</sup>, aparece como un modo eminentemente práctico de complementar, ampliar y fortalecer eficientemente la medicina clínica. Para dejarlo bien en claro, no se trata de una propuesta de sustitución, sino de complementación. La medicina Narrativa en esta versión final parece reconocer antecedentes inmediatos en Kleiman (1988)<sup>5</sup>, quien sostiene que las narrativas son el modo en que los enfermos modelan, configuran y dan sentido a su sufrimiento.

La medicina narrativa permite advertir claramente el *carácter sistémico* del padecimiento – una enfermedad se produce siempre en el seno de un sistema humano –, y su *carácter cultural*: la

---

<sup>2</sup> Carlos Alberto Rosas Jimenez, “Medicina Narrativa: El paciente como “texto”, objeto y sujeto de la compasión”, *Acta Bioethica* 23, 2 (2017): 351 – 359

<sup>3</sup> Rita Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness* (New York: Oxford University Press, 2006)

<sup>4</sup> Trisha Greenhalgh and Brian Hurwitz, *Narrative Based Medicine*, (London: BMJ books, 1998).

<sup>5</sup> Arthur Kleiman, *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition* (New York: Basic Books, 1988).

enfermedad se produce dentro de la cosmovisión y rasgos de una cultura determinada y cumple con sus valores y significados. Para una medicina en busca de sentido, las contribuciones de Kleiman resultan trascendentes, ya que instan a dejar de ver la enfermedad como una afección propia de un individuo aislado, para entenderla como el sufrimiento de una persona que pertenece a un sistema humano que posee valores, códigos y significados. Además, nos confirma que, por pertenecer a una cultura definida, la persona tiene el modo de enfermar característico de su propio contexto cultural.

Por su parte Hyden (1997)<sup>6</sup> años más tarde, consolida esta perspectiva al afirmar que la enfermedad, que ocupaba un lugar periférico en los estudios sociológicos, en la actualidad ocupa un lugar más expectante ya que se reconoce la pertenencia del padecimiento a contextos culturales y sociales específicos.

Este sociólogo propone tres escenarios que nos ayudan a comprender la relación entre el narrador, la narrativa y la enfermedad. Se trata de una propuesta muy original, que permite hacernos una idea inicial de la vastedad del campo de la narración como colaboradora de la práctica concreta de la medicina.

1) *La enfermedad como narrativa*. Narrador, narrativa y enfermedad se condensan en una sola persona, el paciente. Son las narraciones que los pacientes les relatan a sus médicos respecto de las generalidades y particularidades de su padecimiento. Son narraciones preñadas de elementos personales, míticos, imaginativos, propios de su entorno familiar y de su pertenencia cultural.

En ese relato invaluable el paciente aporta datos sobre su contexto socio histórico, el lugar que él ocupa en medio de una sociedad compleja, la cultura que lo cobija y condiciona su mirada, y finalmente, algo de inmenso valor: el lenguaje empleado por él y su grupo.

Esto pone de manifiesto que la Medicina Narrativa como práctica y como actitud intelectual, va más allá de lo meramente biológico del paciente para adentrarse en sus modos de pensar y decir. Aspira a conocer las relaciones humanas de las cuales participa el enfermo, sus emociones, su contexto de salud integral y preventiva y su ingreso al mundo de la enfermedad<sup>7</sup>.

Constituye un paso de enorme valor, ya que permite un abordaje más incluyente e integrador encarando a la enfermedad en toda su complejidad y abarcándola en su dimensión fenomenológica.

---

<sup>6</sup> Lars-Christer Hyden, "Illness and Narrative". *Sociology of Health & Illness* 19, 1 (1997), <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x>

<sup>7</sup> Lars-Christer Hyden, "Illness and Narrative". *Sociology of Health & Illness* 19, 1 (1997), <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x>

Esto implica observar aquello que está allí, frente al médico, poniendo el énfasis en contemplar “todo” lo que está allí, como dijimos: la totalidad en su realidad polifacética.

Más adelante insistiremos en esto: la percepción de lo complejo, de lo interrelacionado e integrado. Comprobaremos que la comprensión de lo simbólico y lo metanarrativo exige que el médico adquiera competencias comunicacionales y narrativas desde su etapa formativa. De ese modo, tendrá acceso a la persona sufriente, a su realidad existencial, a lo propio y lo compartido con las personas con las que cotidianamente vive. Ese médico entrenado captará la mayor información posible dentro del original modo en el que el paciente narra aquello que le está sucediendo. Valorará la narrativa como un todo y detectará sesgos y acuerdos explícitos y tácitos. Estará en condiciones de obtener aún mayor información relevante de la que el paciente está dispuesto a compartir mediante el lenguaje oral.

2) *Las narrativas sobre la enfermedad.* Se trata de las narrativas que los médicos se hacen entre ellos acerca de la enfermedad de sus pacientes. Todos tenemos experiencia de presentación de pacientes en las revistas de sala o en los ateneos clínicos. Allí ocurre una traducción, se infravalora el modo del paciente de narrar, y la información se vierte - deformada, homologada – en términos propios de la jerga médica. De ese modo la narrativa pierde su particularidad y ‘color’ original. La narrativa es introducida en el mundo simbólico de los médicos. Aquel dolor precordial que el paciente refiere como “una plancha caliente quemándome el pecho”, pasa a ser una precordialgia más tratada en ese servicio.

La competencia a desarrollar por los médicos consiste en mantener la fidelidad del relato del paciente.

Sabemos por la tradición milenaria que todo traductor es un traidor, "*traduttore, traditore*". La traducción al lenguaje médico implica hacer un esfuerzo por comunicar a los colegas los modismos y las singularidades del relato del enfermo.

En su relato el paciente aporta claramente: un sentido o significado, un contexto y una perspectiva. Esos tres elementos son los que el médico informante debe respetar para sí y para sus colegas.

Conviene que los médicos sean entrenados en escritura creativa, les será de inmenso provecho acostumbrarse a escribir acerca de sus propios estados de ánimo, de sus emociones y de sus miedos. Eso posibilitará una mayor fidelidad en la expresión, estará en mejores condiciones de interpretar y difundir el sentir del enfermo. Quién sabe expresar sus propios sentimientos, desarrolla una aptitud para percibir y escribir acerca de los de sus pacientes.

Los componentes esenciales de toda narrativa a tener en cuenta son:

a) Incluir siempre el factor tiempo en el relato. Toda historia se desarrolla en un determinado período de tiempo. Eso le confiere un comienzo, un desarrollo y un desenlace.

b) Toda narración se construye desde por lo menos un punto de vista. Este es ajeno al oyente y puede variar permanentemente. Por ejemplo: un dolor puede ser narrado desde el que lo padece, desde los familiares que lo vieron, desde la evaluación del personal de guardia que ingresó al paciente.

c) Las narraciones contienen personajes individuales que siguen lógicas particulares. Son personajes complejos con miradas originales, que hacen sus propias evaluaciones y valoración de los contextos.

d) Las narraciones consisten en información discrecional por parte del narrador. El narrador (el paciente) cuenta lo que quiere y se guarda el resto, su memoria esta sesgada y el mecanismo del olvido también hace su trabajo. El paciente cuenta lo que cuenta, y lo hace del modo que puede o quiere.

e) La narración ocupa todo el espacio de atención del narrador. Lo absorbe todo, excluye lo no pertinente y lo irrelevante según la mirada del narrador. El relato es contado para que ocupe a su vez toda la atención del oyente. La narración es absorbente y nos brinda la posibilidad de “vivir a través” del relato.<sup>8</sup>

Es todo un trabajo por parte del médico esforzarse en ser fiel a las historias alternativas que respetan el punto de vista del paciente.

3) *La narrativa como enfermedad o padecimiento*. Son aquellos casos en los que la misma enfermedad genera disturbios en la narrativa. Ejemplos de ellos son aquellas enfermedades neurológicas o degenerativas del encéfalo que comprometen gravemente la cognición y la comunicación de la persona afectada. Se trata de pacientes que carecen de los recursos para mantener la coherencia y la fluencia de sus relatos. Estos últimos pueden aparecer como incoherentes e incluso contradictorios, deshilachados y paradójicos. En muchos trastornos mentales ocurre algo similar, nos encontramos con discursos alucinatorios o delirantes, verdaderos mundos alternativos cargados de significado.

Para el médico debidamente entrenado es un desafío mayúsculo entresacar sentido en la vorágine del sin sentido, o de la aparente carencia de información del silencio absoluto. Actos, gestos, movimientos, lugares frecuentados, costumbres en general, pueden estar llenos de significación e información relevante. Se trata verdaderamente de un todo diferente a ser interpretado.

---

<sup>8</sup> Trisha Greenhalgh and Brian Hurwitz, “Why study narrative”. *BMJ* 318 (1999), <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7175.48>

“Los relatos históricos tal como los médicos, no pueden depender solamente de sus supuestos contenidos fácticos - es decir de los hechos – pues las explicaciones que los hombres producen sobre sí mismos, los otros y las cosas son, la mayoría de las veces, más determinadas por lo que dejan fuera que por aquello que sobresale o se destaca en ellas. Se hallan influenciadas por aquello que cada uno hace de sí, por la exigencia de buscar un sentido, por lo tanto de la fábula como forma de creación.”<sup>9</sup>

## **Buscando los fundamentos de la Medicina Narrativa**

“Ahora bien, el diálogo en un planteo científico reduccionista no puede existir. En el diálogo el camino es exactamente el opuesto: se va de lo nuestro a lo diverso, para ampliar lo nuestro, para dilatar nuestra visión, no para asimilar lo otro, porque lo otro en el fondo es inasimilable, porque lo otro es distinto de nosotros, pero nosotros podemos «abrirnos a lo otro». El diálogo amplía nuestra visión, no la achica.”<sup>10</sup>

Hacer el intento de ir en busca de los fundamentos filosóficos y epistemológicos de una actividad eminentemente práctica, puede acarrearlos innumerables sorpresas y descubrimientos imprevistos. Muchos ya lo han intentado, hacer un nuevo intento desde las propias percepciones e intuiciones es una aventura apasionante. De pronto advertimos que, al asomarnos a lo que nutre a la práctica, observamos trozos y retazos de innumerables y variadas vertientes epistemológicas.

De hecho, además de reconocer rasgos múltiples de la filosofía antigua que no me atrevo a encarar, la Medicina Narrativa encuentra fundamentos en la mayoría de las corrientes filosóficas del siglo XX. Dadas las limitaciones y el objetivo mismo de este artículo, no vamos a hacer una penetración profunda en esos fundamentos, antes bien nos vamos a limitar a destacar algunas de esas fuentes, aquellas que, a nuestro juicio, falible sin lugar a dudas, parecen ser las más representativas.

Podríamos decir en primer lugar que en la Medicina Narrativa se reconoce una marcada influencia, neta e imprescindible, de la epistemología del constructivismo.

Los seres humanos conocemos el mundo, a los otros y a nosotros mismos mediante la sumatoria vital de experiencias cargadas de sentido. Tanto los individuos humanos como la realidad, no se presentan de manera directa, tienen que ser contruidos. Nuestro acceso a la realidad depende de nuestras construcciones culturales, sociales y de género. Lo central de esta perspectiva filosófica es la importancia que se le atribuye a la edificación de significados. Es un proceso continuo, complejo y recurrente, es el mismo devenir de la vida el que organiza las experiencias en una ‘estructura’ personal que se expresa en una distintiva interpretación de sí mismo. Se trata de un proceso preciso y delicado que resguarda coherencia e integridad al punto de consolidar el sentimiento de la propia identidad personal.

---

<sup>9</sup> Emilio Komar, *La estructura del diálogo* (Buenos Aires: Sabiduría Cristiana, 2007)

<sup>10</sup> Iván Almeida, “Conjeturas y mapas. Kant, Peirce, Borges y las geografías del pensamiento”, *Variaciones Borges* 5 (1998).

Por su parte, en la construcción de los relatos interviene la hermenéutica, la ciencia de la interpretación, a la sazón otra corriente filosófica de absoluta vigencia. Nada debe ser dado por

supuesto ya que todos los eventos humanos - y la relación médico paciente lo es - están sometidos a la interpretación. Todas las narrativas, incluida aquella que involucra a nuestras personas, resultan ser interpretaciones de narrativas preexistentes. Al decir de los hermeneutas, los relatos nunca son copias fieles del mundo y de los hechos, no son imágenes fotográficas, son interpretaciones.

Podemos evidenciar esa diferencia observando la fotografía un campo de girasoles o de un cielo estrellado, y luego pinturas de Vincent Van Gogh que expresan exactamente lo mismo, en óleo sobre tela desde la mirada del pintor (figuras 1 a 4)



Netamente observamos la diferencia entre reproducir la realidad e interpretarla. De hecho, nuestra afirmación no es completamente verdadera, la misma foto es una interpretación; los colores, el revelado, la selección del ángulo, la perspectiva son modos de cargar de subjetividad aquello que intentamos mostrar con objetividad. Los seres humanos han hecho esfuerzos ingentes para medirlo todo, para poner límites y fronteras claras. Ello claramente funciona en muchos casos, aceptamos esos convencionalismos, sin embargo, en general no podemos dejar de ver las cosas con nuestros ojos, es decir a nuestro modo.

Situados en este punto, podemos afirmar que la construcción del relato de la enfermedad es una situación natural, propia de los seres humanos. Es aquí en donde se plantea el desafío de la escucha como competencia médica. Se trata de escuchar atendiendo a los hechos y la construcción que con ellos el paciente ha efectuado, se trata de interpretarla y de hacer una hipótesis sobre su proceso. El paciente ha construido un relato de su enfermedad con los recursos que posee, teniendo eso en cuenta, el médico deberá esforzarse en la interpretación para aproximarse al sentido que se halla dentro de lo que el paciente dice, hace y oculta. Propiamente podemos decir el sentido del texto. Se trata de un desafío emocionante. Dejar que se vaya construyendo una hipótesis o conjetura de sentido con los elementos que el paciente nos da, sumados a los que con preguntas oportunas podemos lograr completar.

“Conjeturar es afirmar (tímidamente) algo sin tener suficiente fundamento objetivo. Se trata, sin duda, de la más frecuente actividad intelectual de los humanos. Las conjeturas de la vida cotidiana abarcan desde la afirmación de la existencia de Dios hasta las estrategias para encontrar un objeto perdido, pasando, desde luego, por análisis de textos, diagnósticos médicos, hipótesis científicas e investigaciones policiales.”<sup>11</sup>

La hermenéutica de la interacción con los pacientes, se transforma en un evento fascinante si además advertimos que nos podemos ver a nosotros mismos como observadores en el acto de observar. Se trata de la acción recursiva de metacomunicación. Nos ubicamos en una posición ‘meta’ de observación completa del sistema, incluidos nosotros mismos, y apreciamos cómo se producen los movimientos de acercamiento, confianza, retaceos, fluencia de personalidad e información, coherencia del relato, actitudes corporales nuestras y del paciente. Debemos reconocer en esta actividad el enorme aporte de la teoría de la Comunicación Humana y de los Sistemas Humanos. El entrenamiento en este tipo de encuentros humanos nos permitirá advertir nuestros sesgos, prejuicios, generalizaciones apresuradas y algo de la mayor importancia, nuestros propios límites.

Encontraremos sentido en las narraciones de los pacientes, y la vez, iremos haciendo la sintonía fina para precisar esa narración que somos.

Naturalmente lo que venimos desarrollando supone experiencias dialógicas. La Medicina Narrativa propone una revalorización del diálogo como experiencia humana bidireccional. En ello se ve una neta influencia de otra de las corrientes filosóficas importantes del siglo XX. Me estoy refiriendo a la Filosofía del Diálogo de Martin Buber y Franz Rosenzweig. Según Buber hay dos modos básicos y relacionales de asomarse al indispensable mundo del diálogo: La relación Yo – Ello que objetiva, distingue, mide, compara, disecciona, separa. Propia de las relaciones con los objetos, con todo aquello

---

<sup>11</sup> Ibid.

que consideramos distinto a nosotros. Digamos de paso que en general tenemos encuentros humanos caracterizados por este modo relacional. Y la relación Yo – Tu, que por su parte ocurre esporádicamente y se caracteriza por el acercamiento, la proximidad, la fusión y la unidad, la subjetivación, la empatía. Lo podríamos resumir en la frase: Ser el otro, o ser uno con el otro.

“La propuesta dialógica de Martin Buber es conocida como filosofía del diálogo, filosofía del yo-tú o filosofía personalista. Su punto de partida es concebir que no existe un yo aislado, sino siempre en relación con el otro. El otro para Buber es el tú, que adquiere, según la forma de relación implementada, propiedades de tú (persona), de ello (mundo objetual) y de Tú (lo divino). En cualquier caso, el yo entra en relación con el tú y establece los tres tipos de relaciones anteriores, por lo que nunca está solo. Concebir el yo en solitario es concebirlo fuera de la historia, y eso para Buber no es posible.”<sup>12</sup>

Deseo que se me perdone la posible caricaturización que acaso surja de este intento de apretada síntesis. Estoy forzado a comprimir en un espacio reducido la multiplicidad de fuentes en las que abrevia la Medicina Narrativa. Reconozco que en ese intento puedo pecar de injusto con una o todas las miradas filosóficas. Sepan disculpar y usar mi texto como un trampolín a sus propias investigaciones y profundizaciones. Agrego, en ese intento no olviden el Psicoanálisis.

Advierto que estoy dejando de referirme incluso a aportes monumentales que solo mencionare brevemente: La epistemología narrativa de Jerome Brunner, para quien hay fundamentalmente dos modos de pensar y concebir la realidad. Mediante un pensamiento lógico matemático y mediante un pensamiento narrativo<sup>13</sup>. La Teoría de la comunicación humana, la que en el primero de sus axiomas básicos sostiene firmemente que “*es imposible no comunicar*”<sup>14</sup>

Otras fuentes para estudiar a conciencia son: La Filosofía Hermenéutica de Paul Ricoeur, la Filosofía de la Conversación de H. G. Gadamer, la sociología del ‘*Habitus*’, y los campos culturales de Pierre Bourdieu, la Sociología de la Máscara y la representación de Erwin Goffman, la Teoría de la Complejidad, etc.

Permítame, estimado lector, incluir un comentario a la obra de Ricoeur para jerarquizar este texto e invitarlo a la reflexión:

“La imaginación narrativa conlleva una doble alteridad: la del yo narrador y la del ser al que el narrador se dirige en su propia estructura sintáctica en donde el pronombre yo implica un pronombre tú. El discurso vislumbra un ser-en-el-mundo que el escritor comparte con su interlocutor, lo que permite a la imaginación creadora habitar el mundo de distintas maneras, cada vez más amplias, consciente de sí mismo, consciente del otro, en la búsqueda común de

---

<sup>12</sup> Vivian Romeu, “Buber y la filosofía del diálogo: Apuntes para pensar la comunicación dialógica”, *Dixit* 29 (2018), <https://doi.org/10.22235/d.v0i29.1696>

<sup>13</sup> Jerome Brunner, *Realidad Mental y Mundos posibles* (Barcelosa: Gedisa, 2001)

<sup>14</sup> Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin and Don D. Jackson, *Teoría de la comunicación humana* (Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 2002)

la libertad, por una vida buena con los otros, para los otros, en medio de instituciones justas.”<sup>15</sup>

Tratar cada una de estos fundamentos de manera sumaria sería una mutilación imperdonable de verdaderos cuerpos de teoría y praxis. Permítanme que me abstenga de cometer semejante aberración. Describir uno a uno los fundamentos básicos que, reconozco, forman las bases de la Medicina Narrativa, ameritaría la confección de un libro completo. Aún en ese caso estoy convencido que quedarían innumerables aspectos importantes sin considerar.

## **Concluyendo**

La intención es que el presente escrito funcione como una introducción a una variedad de textos acerca de la Medicina Narrativa. Afortunadamente, ellos profundizarán y mostrarán los diferentes escenarios en los que puede aplicarse esta praxis. Estoy seguro que mostrarán la metodología, compartirán experiencias y resultados, presentarán modos innovadores que permitirán valorar a la Narrativa como un modo privilegiado de aproximación al paciente. Además, pondrán en evidencia que la Narrativa permite expresar la interioridad del médico en particular y del personal de la salud en general. Ese aspecto, poco contemplado en la actualidad, permite preservar la salud mental y emocional de los integrantes del equipo de salud, facilita el genuino trabajo en equipo, y hasta se considera un recurso de importancia para disminuir la prevalencia del *burnout* en el personal afectado al cuidado de los pacientes en general.

El aparato científico – tecnológico tiende a engullir al ser humano y a transformarlo en un engranaje más de un insensible mecanismo de producción. La persona, el profesional se revela, se resiste, se enferma, se deprime y se quema.

La Medicina Narrativa como complemento esencial de la Medicina Clínica puede hacer un aporte sustancial para ayudarla a encontrar el sentido que la resguarde, un significado proactivo que le devuelva la mayor estima.

## **Referencias bibliográficas**

- Almeida, Iván. “Conjeturas y mapas. Kant, Peirce, Borges y las geografías del pensamiento”. *Variaciones Borges* 5 (1998): 7-36.
- Brunner, Jerome. *Realidad Mental y Mundos posibles*. Barcelona: Gedisa, 2001.
- Charon, Rita. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press, 2008.

---

<sup>15</sup> Geison Loschi, “Paul Ricoeur, en busca del ser”, *Revista Críterio*, 2016. Disponible em: [https://www.revistacriterio.com.ar/bloginst\\_new/2016/01/06/paul-ricoeur-en-busca-del-ser/](https://www.revistacriterio.com.ar/bloginst_new/2016/01/06/paul-ricoeur-en-busca-del-ser/)

- Fernandes, Isabel., Cabral, Maria de Jesus. “Vozes do discurso: acolhendo narrativas em contexto de saúde”. In *Literatura na Vida, Experiências de ler e escrever*, editado por Luís Augusto Fischer e Marta Orofino, 209-213. Rio Grande do Sul: Editora da UFRGS, 2020.
- Greenhalgh, Trisha., Hurwitz, Brian. “Why study narrative”. *BMJ* 318 (January 2, 1999), Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7175.48>
- Greenhalgh, Trisha., Hurwitz, Brian. *Narrative Based Medicine*. London: BMJ books, 1998.
- Hyden, Lars-Christer. “Illness and Narrative”. *Sociology of Health & Illness* 19, 1 (1997). Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x>
- Kleiman, Arthur. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books, 1988.
- Komar, Emilio. *La estructura del diálogo*. Buenos Aires: Sabiduría Cristiana, 2007.
- Loschi, Geison “Paul Ricoeur, en busca del ser”, *Revista Critério*, 2016. Disponível em: [https://www.revista-criterio.com.ar/bloginst\\_new/2016/01/06/paul-ricoeur-en-busca-del-ser/](https://www.revista-criterio.com.ar/bloginst_new/2016/01/06/paul-ricoeur-en-busca-del-ser/)
- Romeu, Vivian. “Buber y la filosofía del diálogo: Apuntes para pensar la comunicación dialógica”. *Dixit* 29 (2018), <https://doi.org/10.22235/d.v0i29.1696>
- Rosas Jimenez, Carlos Alberto. “Medicina Narrativa: El paciente como “texto”, objeto y sujeto de la compasión”. *Acta Bioethica* 23, 2 (2017): 351 – 359.
- Watzlawick, Paul., Janet Helmick Beavin, and Don D. Jackson. *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 2002.
-