Las humanidades en la medicina: un camino para reflexionar acerca de la práctica clínica

Humanities in Medicine: a road to reflect on clinical practice

Subcomisión de Humanidades*

Resumen publicado en Arch Argent Pediatr 2017;115(5):520.

RESUMEN

La medicina de hoy produce insatisfacción en los pacientes y en los profesionales. La queja fundamental es la dificultad del encuentro. Este escenario no permite abarcar la experiencia de los pacientes, de los familiares e incluso de los propios médicos que deben enfrentar la frustración y el agotamiento.

La subcomisión de Humanidades de la Sociedad Argentina de Pediatría nace como consecuencia de esta preocupación y toma este tema desde una perspectiva humanística. El espíritu de este grupo es el de generar un espacio institucional para la producción de contenidos, apuntando a promover la sensibilización e incorporación de recursos que prioricen la calidad humana en la práctica profesional.

Este artículo busca reflejar la primera actividad realizada en el 37 Congreso Nacional de Pediatría de 2015: el sustento teórico, el desarrollo de sus objetivos y la participación activa de la audiencia.

Palabras clave: humanidades, medicina narrativa, desgaste profesional, comunicación en salud.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.S99>

Cómo citar: Subcomisión de Humanidades. Las humanidades en la medicina: un camino para reflexionar acerca de la práctica clínica. Arch Argent Pediatr 2017;115 Supl 5:S99-S104.

INTRODUCCIÓN

La dinámica actual del sistema de atención médica conlleva una relación médico-paciente que, muchas veces, se sostiene en una deficiente comunicación y en un marco temporoespacial que impide la escucha atenta. Este escenario entorpece la experiencia de padecimiento de los pacientes y de sus familiares y/o personas a cargo

de su cuidado, así como de los propios médicos, que deben enfrentarse a diario con la incertidumbre, la frustración profesional y el agotamiento físico y psíquico. Son múltiples las causas que motivan esta realidad, pero todas se sostienen en la prevalencia, a nivel mundial, de prácticas profesionales basadas en un modelo biomédico.¹

En el ámbito de la pediatría, esta problemática ha cobrado notoriedad en las últimas décadas. El desgaste profesional, la violencia en la relación asistencial, los dilemas éticos presentes en el trabajo cotidiano y el paradigma empresarial que atraviesa las prácticas –con sus consiguientes complicaciones– son algunas de las temáticas acerca de las que diferentes sociedades científicas han decidido alertar. La búsqueda de soluciones o alternativas que atenúen los efectos de esta coyuntura es multidisciplinaria y constante.

En consonancia con esto, la creación de la Subcomisión de Humanidades Médicas de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) es consecuencia directa de la preocupación de los pediatras que la dirigimos para tratar estos temas desde una perspectiva humanística, para articular y otorgar una mayor visibilidad al tratamiento de estos aspectos de la medicina. Las humanidades médicas son un conjunto de disciplinas, como la

Correspondencia:
Dra. Carmen De Cunto,
carmen.decunto@
hospitalitaliano.org.ar

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 7-2-2017
Aceptado: 23-2-2017

* Subcomisión de Humanidades

Dra. Nicolás Cacchiarelli, Dra. Cristina Catsicaris, Dra. María Martha Cúneo,
Dra. Graciela Damilano, Dr. Juan Bautista Dartiguelongue, Dra. Carmen De Cunto,
Dr. Ricardo Diumenjo, Dra. Christian María Elías Costa, Dra. Lorena Firenze,
Dra. Carmen Gigirey, Dr. Gonzalo Pérez Marc, Lic. Ignacio Usandivaras.

ética, la filosofía, la historia, la sociología, la antropología y las artes (literatura, pintura, música), que, desde diferentes perspectivas, aportan un análisis sobre una multitud de conceptos y valores referentes a la salud, a la enfermedad, a la atención médica y al propio espíritu de la medicina y su práctica.²

En la Subcomisión, entendemos las humanidades como un medio a partir del cual abordar temáticas de la práctica médica que requieren un atravesamiento interdisciplinario. El espíritu de este grupo –con integrantes provenientes de distintos hospitales y especialidades– es el de crear un espacio institucional para la producción de contenidos, que apunta a promover la sensibilización e incorporación de recursos que prioricen la calidad humana durante la práctica profesional.

Esta Subcomisión fue creada con esta convicción, la de replantear –en conjunto con todos los pediatras de la SAP– la búsqueda de recursos necesarios para mejorar la comunicación paciente-familia-pediatra y propiciar un ejercicio más saludable y satisfactorio de la profesión.

Contenidos

Este artículo busca reflejar la presentación de la primera actividad de los integrantes de este grupo en el 37.º Congreso Nacional de Pediatría (CONARPE) de 2015: el sustento teórico, el desarrollo de sus objetivos y la participación activa de la audiencia.

Este artículo se centró en cuatro *objetivos principales*:

1. Comunicar la experiencia de trabajo, comprendida por dos talleres con sus presentaciones complementarias.
2. Presentar herramientas institucionales como modo de abordaje de la prevención del desgaste profesional.
3. Comunicar la producción de los participantes de los talleres.
4. Destacar algunas reflexiones surgidas a partir de las temáticas trabajadas.

Metodología y desarrollo

La actividad se realizó sobre la base de una dinámica de taller y de breves ponencias, que incluyeron materiales audiovisuales (ediciones de video, recursos gráficos y plásticos y ejercicios lúdicos corporales, todos tratados en grupos al azar).

La jornada se desarrolló en torno al interrogante que determinó la misma creación

de esta Subcomisión: *¿Por qué y para qué el arte y las humanidades en medicina?* Se decidió dividir la jornada en dos partes: una relacionada con el cuidado de “aquellos que cuidan” y otra relacionada con la medicina narrativa como ejemplo de estrategia subjetivante para el tratamiento de enfermedades.

Primera parte

La primera parte de la actividad fue titulada “El desgaste profesional, del dicho al hecho. Nuevos modelos en la formación humana de la práctica médica”. Como apertura, se proyectó el material fílmico *Concierto de piano para 24 manos* (Tecnología, Entretenimiento, Diseño –TED–, Washington D. C., 2013, en <https://youtube/MS9SdWBzy6Q>): la intención fue representar metafóricamente, a través de la música, el concepto de trabajo en equipo como base fundamental en la consecución de un objetivo. En esta conferencia TED, 12 pianistas al unísono ejecutan una obra en un piano de cola. El concierto actúa como reflejo de lo que sucede como resultado del trabajo en equipo: los logros superan –en calidad, belleza y complejidad– los que se hubiesen obtenido con el trabajo de un único sujeto, aún en disciplinas consideradas *a priori* como individuales. Durante el análisis del video, se lo presentó como una metáfora de la relevancia de la *comunidad*: sin una “afinación común”, sin encuentro entre sujetos, sin complementariedad, no era posible abordar el tema de la humanidad en medicina.

Se focalizó en la histórica interrelación del arte con la ciencia, y en cómo, al reconsiderar las obras de arte representativas del acto médico, podría rescatarse la esencia de la medicina. Se seleccionaron, además del concierto, la clásica obra pictórica *El Doctor*, de L. Fildes (en ella, se destaca la figura de un médico que cuida con marcada preocupación la evolución de su paciente, una niña acostada junto a sus angustiados padres. El cuadro refleja lúcidamente el ideal de la relación médico-paciente, manifestado en la preocupación, la atención y el cariño expresados por los diferentes personajes que protagonizan la escena), y un revelador escrito del Dr. Gianantonio (“Hoy como siempre son necesarias las labores humildes. La humanidad depende de esos seres capaces de reproducir día a día el milagro del amor, el respeto, la comprensión, la solidaridad [...]. Es imprescindible retornar cuanto antes a nuestro compromiso con la vida y la felicidad,

la nuestra y la ajena, con simplicidad y firmeza. Los pediatras tenemos labores que cumplir cerca de las familias argentinas, repitiendo una y otra vez los gestos esenciales de nuestra profesión: ayudar, curar tal vez”), ambos claros ejemplos de cómo el arte podía expresar la naturaleza humana de la relación médico-paciente. A su vez, se interrogó acerca de si conceptos como *catarsis* y la *mimesis* habían perdido vigencia o si, por el contrario, podíamos hallarlos aún en las habilidades comunicacionales que se estaban ofreciendo en los espacios de formación pediátrica. En consonancia, se hizo referencia a los nuevos modelos en la formación humana de la práctica médica, a partir de la pregunta “¿Qué está sucediendo en los espacios de formación y en los equipos de trabajo de la práctica asistencial del pediatra?” como disparador.

La dinámica del taller se centró en evaluar las posibles “herramientas para el cambio” de dicha realidad, a partir del análisis de los grupos operativos existentes en la residencia médica

y en los equipos de especialistas. El taller se abrió con un ejercicio tipo “lluvia de ideas” sobre el enunciado “la persona del médico”. Fue significativa la primera palabra que los participantes rescataron al respecto: *soledad*. También surgieron otras relacionadas con el “deber ser” en la función asistencial y sobre aquello que le sucedía a la persona mientras ejercía su rol.

La segunda actividad del taller fue lúdica: el auditorio pasó de una posición pasiva a una activo-creativa. Se propuso a los participantes que jugaran a realizar distintos estilos de caminata: con cansancio posguardia, como en una emergencia, para dar noticias críticas, aguantando necesidades fisiológicas, acabando una jornada laboral, etc., realidad con riesgo creciente para el deterioro físico, psíquico y social del profesional.

La consigna siguiente fue trabajar en tres subgrupos sobre la temática de *rol asistencial y persona*. En este ejercicio, se les propuso a los participantes que utilizaran el dibujo (en el estilo de caricatura) para representar el tema asignado. Al representar el ejercicio de la profesión, se dibujaron pañales (porque no había tiempo para ir al baño), patines (para llegar más rápido a todas partes), lejanía de la familia y amigos, y palabras como “soledad”, indicadores de la distorsión entre el ideal y la realidad (véanse las Figuras 1 y 2).

Habiendo visualizado el riesgo en grupo, compartiendo sus experiencias de la práctica clínica, estos profesionales pudieron trabajar en posibles cambios que revirtieran esta situación para enriquecer el significado de la práctica médica³ y ser multiplicadores de este.

FIGURA 1.

FIGURA 2.

Tanto durante la etapa grupal de la actividad como durante la puesta en común, el clima de trabajo fue distendido, con mucho humor y una participación activa por parte de todos los involucrados, lo que permitió afrontar los dilemas planteados con soltura (véase la Figura 3).

Segunda parte

La segunda parte del encuentro se tituló "El valor de la palabra. El problema de la comunicación en la relación médico-paciente. Dilemas de la ética en la comunicación". En una breve exposición, se mencionaron las distintas áreas y maneras en que los médicos transmitíamos información y se hizo especial énfasis en la relación con el paciente y su familia.

Se reflexionó acerca de la evolución del tradicional paradigma biomédico, que sostenía al médico en un lugar de conocimiento absoluto y poder, con un paciente que, consecuentemente, se ubicaba en un lugar del "no saber" y del "no poder". Este paciente era un sujeto enfermo, frágil, vulnerable y desamparado, un sujeto escindido de su propia historia de vida, al que le urgía una comunicación bidireccional con aquel que estaba "a cargo" de su padecimiento: el médico. Ese "ida y vuelta" entre ambos era el garante de un encuentro sincero y afectuoso, en donde la parte "sana" del médico podía dar cuenta de la parte "enferma" del paciente, mientras la parte "sana" del paciente equilibraba la parte "herida" del médico.

También se mencionaron las principales barreras existentes en el proceso de comunicación médico-paciente, así como las dificultades que habitualmente ocasionaban nuestras percepciones

parciales y prejuicios: como médicos (y como parte de una ciencia positivista), asumimos lo cuantificable, lo visible como única posibilidad de la realidad. Respecto de esto, se proyectó un *role play* (realizado por integrantes de esta Subcomisión) y se representaron dos ejemplos de consulta pediátrica en la que la comunicación médico-paciente-familia se veía, una y otra vez, obstaculizada.

La intención en esta etapa fue utilizar un medio de representación diferente, el de la actuación, con el objetivo de evidenciar cómo los recursos artísticos corporales, actitudinales y visuales eran capaces, muchas veces, de suplir las palabras. Entendemos el humor y el juego como fundamentales dentro de nuestra propuesta de cambio de un paradigma asistencial autocrático y distante.

A continuación, se dio lugar al taller de la segunda parte del encuentro, centrado en la medicina narrativa. Se lo tituló "Leer y escribir, para alcanzar una comunicación empática", que fue pensado como dispositivo creativo para favorecer la dinámica de transferencia de información entre el médico y el paciente/familia. En este taller, se apuntó a explorar una herramienta que llegó a la medicina hace algunos años: la *medicina narrativa*.

La medicina narrativa, o también llamada "medicina basada en narraciones", es un movimiento liderado por médicos que pretenden revisar sus modelos profesionales, tomando en cuenta la práctica asistencial y sus propias experiencias como pacientes. Si bien el nombre de esta corriente fue acuñado por la Dra. Rita Charon en la Universidad de Columbia (Nueva York, Estados Unidos), existen programas similares en distintos países, entre ellos, el nuestro. Su objetivo es enseñar la práctica de la comunicación y la capacidad de escuchar e interpretar las historias de los pacientes en sus propios contextos.

Greenhalgh y Hurwitz¹ sostienen que las narraciones cumplen una función de "puente" entre médicos y pacientes. Este puente puede ayudar a "acortar" la distancia entre saber acerca de la enfermedad del paciente y la real comprensión de su padecimiento. En este sentido, queda claro que, en pos de la práctica médica diaria, es de vital importancia la adquisición de "competencias narrativas", es decir, de "la habilidad de reconocer, absorber, interpretar y conmovirse con las historias de los pacientes".⁴

Algunos de los métodos para desarrollar esa capacidad narrativa son la escucha atenta,

FIGURA 3.

la lectura consciente de obras de la literatura y la escritura reflexiva. Estas permiten examinar e ilustrar, al menos, cuatro de las situaciones *narrativas* básicas de la práctica de la medicina: a) la de la relación médico-paciente; b) la del médico tratante con su propia historia; c) la de los médicos en contacto con sus colegas; y d) la del nexo entre los médicos y la sociedad en la que están incluidos.⁴

Vivimos en una sociedad compleja, que constantemente *crea* cultura, que civiliza a partir del lenguaje. Nuestras prácticas lingüísticas han ido avanzando a lo largo la historia; sin embargo, aún nos es muy difícil dar cuenta de aquello que se pone en juego cuando otro nos dice que “algo le duele”.⁵ Es imposible separar la experiencia corporal (física, cuantificable) de la del padecimiento (inasible, subjetiva): cada paciente es un mundo único; el contexto familiar, histórico y cultural determina su individuación y moldea un significado para su enfermedad.

Esa sensibilidad que circula es del todo abstracta, se desborda de nuestro entramado de respuestas y nos ubica en un espacio incómodo, en el que preferiríamos no estar. ¿Qué responder? ¿Cómo ayudar a aquel que nos dice que sufre? ¿Cómo lograr una “traducción” de la subjetividad ajena? Porque una lectura adecuada nos permitiría, al menos, orientar una respuesta, iniciar un adecuado tratamiento. Si comprendemos, entonces, a las personas como entes sociales e históricos cuya formación de la subjetividad es eminentemente narrativa, no podemos dejar de soslayar el papel que juega la historia clínica en la conformación de la identidad del sujeto enfermo. Al fin y al cabo, la estructura narrativa de la identidad se construye, en mayor parte, alrededor de la pregunta del *¿quién es?*: la respuesta a esta no es solo el relato que ese *quién* lleva adelante, sino también aquel concebido por los demás (por la sociedad en pleno) acerca de él.⁴

Por todo esto es que el ejercicio que se propuso a todos los participantes como actividad en esta segunda parte del encuentro fue el de *escribir*. El acto de la escritura acerca de una experiencia permite descubrir aspectos no evidentes del mero recuerdo o relato oral. Lo oculto, lo implícito toma cuerpo en el relato escrito: es la aparición de imágenes, percepciones y sentimientos detrás de las palabras. La escritura abre una dinámica dialógica que nos permite la selección de diferentes tipos de discurso (técnico, coloquial, literario, etc.) y/o narrador (paciente, médico, familiar, etc.) para cada situación en particular.

En primer lugar, se proyectó el cuento *Tener un patito es útil*, de la escritora e ilustradora infantil argentina Isol, en el que se destacaba lo anteriormente expresado: un mismo vínculo o situación era plausible de miradas disímiles, incluso, opuestas. La edición de imágenes de un *comic book* del artista gráfico David Small fue el segundo paso de escritura grupal. Este material fue extraído del libro *Stitches*, en el que el autor relataba su experiencia de enfermedad (linfoma) durante su adolescencia y la conformación de un mundo relacional respectivo con la medicina y su familia. A cada subgrupo se le asignó la consigna de escribir un texto desde el lugar de alguno de los roles significativos de la narración: el adolescente, el médico cirujano, el padre (a su vez, radiólogo de profesión) y la madre. En la posterior puesta en común, un vocero de cada grupo leyó el texto desde el personaje de su consigna. Todos los relatos fueron conmovedores, cargados de sensibilidad y altamente expresivos.

Como ejemplo, se transcribe, a continuación, la producción del grupo al que le fue asignada la perspectiva del paciente:

Y de repente tengo miedo.
No sé qué tengo en el cuello.
No entiendo lo que pasa.
Miro a mi mamá.
¿Será malo?
Capaz que no...
Todos me dicen que no es nada.
¿Por qué todos me tocan?
Estoy enojado.
¿Cuántos estudios!
No entiendo nada de lo que me dicen.
¿Cuántas palabras raras!
¿A alguien le importa cómo me siento?
No soy un bulto.
¿Tengo mucha bronca! Me estoy aguantando.
Me dan ganas de gritar, salir corriendo, patear todo.
En el hospital me siento distinto, un poco más cuidado,
aunque la noche no termine nunca.
Sigo con miedo.
Hoy es el día...
Ya volvimos. Siento que no soy el mismo.
Algo me están contando, pero tengo mucho sueño.
Tengo una marca de por vida.
Definitivamente... soy otro.
No tengo voz. No tengo mi voz.

A partir de esta experiencia es que afirmamos que las narraciones de los pacientes acerca de lo que les está sucediendo durante su enfermedad deberían ser, para los médicos involucrados en su terapéutica, una referencia ineludible y de gran valor semiológico. Actuando como *subjetividad equilibrante*, el arte nos permitiría encarar ese obstáculo que representa el extraño lenguaje de la enfermedad y propiciar una nueva ficción en la que el sujeto pueda retomar el control de su relato. Según Merleau-Ponty, cada novela, cada poesía, cada canción, cada cuadro es “un nudo de significaciones vivientes”.⁶ A partir del arte, la realidad subjetiva de la enfermedad es reconocida y enmarcada dentro de un sistema de significaciones que tiene en cuenta la cultura dentro de la que se reproduce ese padecer.⁵

CONCLUSIONES

Al finalizar el encuentro, se llevó a cabo un cierre, en el que se sondeó el efecto de la jornada de trabajo en los participantes. Si bien las respuestas fueron muy variadas, el común denominador fue el rescate de nociones nombradas que volvían a la lluvia de ideas “soledad” con el disparador del término “persona del médico”. Una pediatra expresó que se llevaba “el dejar la soledad en la que quedaban los médicos” como consecuencia de los modelos impuestos y la ausencia de contacto con la propia

subjetividad a partir de las experiencias realizadas en el taller.

Si pensamos en las humanidades en la medicina, en este caso, de la pediatría, el primer invitado es la persona y las relaciones interpersonales dentro de un grupo. Creemos que, habiendo visualizado el riesgo, los profesionales que asistieron a la actividad son tierra fértil para trabajar en cambios que reviertan esta situación, así como para ser multiplicadores de ese cambio en sus respectivos lugares de trabajo. ■

Agradecimientos

A la Dra. Ana Lucía Osorio, quien fuera la secretaria de la mesa del taller de Humanidades del CONARPE 2015.

REFERENCIAS

1. Greenhalgh T. Narrative based medicine: Narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ* 1999;318(7179):323-5.
2. Peterkin A. Medical humanities for what ails us. *CMAJ* 2008;178(5):648.
3. Shanafelt T. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *JAMA* 2009;302(12):1338-40.
4. Charon R. Narrative Medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001;286(15):1897-902.
5. Pérez Marc G. Sujeto y dolor: introducción a una filosofía de la medicina. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(5):434-7.
6. Merleau-Ponty M. *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Península, 1975:168.