



Los pacientes sangran historias: Un enfoque narrativo para disminuir los desencuentros clínicos

Clara Valverde

Prof. Enfermería. Equipo Aquo.
Barcelona

Resumen: El paradigma clínico en el ámbito actual de los servicios sanitarios y de salud mental tiende a estar enfocada en “resultados” y “soluciones”. Esto y que los psiquiatras, psicólogos, médicos y otros profesionales sanitarios tienden a carecer del auto-conocimiento necesario, llevan, a menudo, a desencuentros con el paciente. Como alternativa, en este artículo, se ofrece una metodología por la que puede aumentar la eficacia del trabajo terapéutico en la consulta de salud mental o médica. A través del uso de la narrativa, vemos que el paciente puede comenzar a definir y construir su nueva identidad. También, gracias a este enfoque, el profesional, comprende mejor al paciente y a sí mismo, facilitando una relación terapéutica más eficaz y satisfactoria.

Palabras clave: Desencuentro clínico, narrativa, significados, auto-conocimiento.

Summary: The present clinical paradigm in the mental health or medical services tends to be focused on “problem-solving” and “results”. This and the fact that the professional often lacks the necessary self-awareness, can lead to an unsatisfactory helping relationships. As an alternative, in this article, we offer a methodology in which, through the use of narrative, the patient can start to define his or her own meanings and to build a new identity. Also through this methodology, the therapist or health professional can understand the patient better and also can understand him or herself, facilitating a more efficient and satisfactory therapeutic relationship.

Keywords: Inefficient helping relationship, narrative, meanings, self-awareness.

I. Introducción: desencuentros clínicos

Como ya mencionamos en artículos anteriores[1] [2], proponemos que los profesionales de la salud mental y sanitarios construyan una relación terapéutica basada en los significados del paciente a través de la narrativa como metodología principal. Lo que dice el paciente y cómo lo dice necesitan ser el centro de nuestro trabajo y lo que nos mantiene enfocados.

Y necesitamos estar enfocados porque en el ámbito de la salud mental o sanitario, a

menudo, el profesional de psicología, psiquiatría, medicina general, enfermería u otra disciplina, se despista cuando deja a un lado el valor único de la experiencia del paciente a cambio de sistemas mecanicistas de clasificación y de imposición, sistemas que llevan a una relación profesional-paciente en la cual el encuadre y la voz del profesional son lo dominante.

En tal encuadre, los médicos, psicólogos y otros profesionales socio-sanitarios carecen de individualización, humildad y empatía[3], elementos necesarios para ayudar al paciente en



su auto-desarrollo y definición, y para poder enfrentarse a los retos y cambios en su vida. Los encuadres actuales reduccionistas prefieren guiar y “educar” al paciente más que a acompañarle en su auto-escucha para conocerse y definirse.

Los profesionales y los pacientes tienen diferentes creencias y experiencias, y funcionan con códigos diferentes[4]. El paciente necesita que el psicólogo, psiquiatra o médico, reconozca que algo importante, algo de valor, le está ocurriendo, algo que el mismo paciente aún no entiende. Pero al profesional, le falta la manera de ver cuestiones existenciales tales como la identidad, el sufrimiento, la desesperación o el sentido de la vida[2]⁵.

Los servicios de medicina y de salud mental ven a los pacientes como clientes y no les ayuda en sus transiciones vitales. Por ejemplo: la experiencia del duelo se ve, por los profesionales sanitarios como un factor complicado a evitar o por los profesionales de la salud mental, como algo posiblemente patológico a medicar, y no como una experiencia llena de riqueza a explorar y a ayudar a vivir. Más bien, en el encuentro clínico, encontramos que las narrativas del paciente se rompen por la falta de atención y por la interrupción que hace un interlocutor poderoso como es el profesional[6].

Esta separación entre profesional y paciente es debida a que no se reconoce ni se elabora, por parte de los profesionales, el hecho de que éstos aportan una realidad muy diferente que la del paciente al encuentro clínico. Y, al no ser conscientes de esa realidad, esa separación interfiere con poder escuchar y acompañar al paciente.

El miedo a fracasar, a decepcionar, y una gran necesidad de controlar, están en el centro de la manera de ser del profesional. Esto, añadido a las expectativas poco razonables que tienen los profesionales de los pacientes (“ánimese”, “no se

adelante a acontecimientos”, “tenga un actitud más positiva”), crea problemas y conflictos en el profesional y lleva a situaciones de desigualdad y abuso de poder[7]. Al no saber elaborar sus propios conflictos, el profesional no encuentra ese espacio común con el paciente en el que el profesional puede apreciar lo que significan. Ese desencuentro, no sólo hará daño al paciente, también hará daño al profesional.

Ante ese malestar, el profesional construye una pared protectora entre él y el paciente, y la energía del profesional va a reforzar esa construcción que le aleja de la realidad y de los significados del paciente.

Las experiencias de la vida del paciente que acude al psicólogo o al médico, conllevan pérdidas, conflictos, miedo y otros sentimientos tales como la vergüenza y la culpa. ¿Cuánto saben los profesionales de lo que significa todo eso para el paciente?

Para poder acercarse a la voz del mundo[8] que se oye en las palabras del paciente, es necesario por lo menos dos aspectos. Primero, el profesional necesita saber cómo oír los significados que el paciente da a su experiencia a través de su narrativa, un conocimiento que es singular e irrepetible y que no está en conflicto con el conocimiento científico, sino que se complementan[9]. En segundo lugar, el profesional necesita desarrollar sus capacidades para reflexionar y observarse a sí mismo.

2. La necesidad de la narrativa

*Somos los autores de nuestras historias,
vivimos nuestras narrativas.*

Clifford Geertz

La vida no tiene significado independiente de las historias que se cuentan sobre ella, ya que somos seres interpretantes y necesitamos representación simbólica. Como dijo Todorov: “El significado no existe antes de

5 Frankl VE (1979). *El Hombre en Busca de Sentido*. Barcelona: Editorial Herder.



ser articulado y percibido”[10]. La narrativa habla de lo que da sentido, de lo que nos inspira, de lo que es peligroso, por lo que vale la pena arriesgarse. Brevement, la narrativa son palabras que hacen “algo”, y para capturar ese “algo”, hay que contarlo[11], hay que contar la historia de uno a su manera y con sus propias reglas de juego, en ese acto vulnerable que es narrar, un viaje a lo desconocido, lo misterioso, lo mágico.

La narrativa no es “la realidad”, sino un grupo de metáforas para organizar sensaciones a través de las cuales cada uno construye su verdad con elementos subconscientes de su historia a medio escribir[12]. Porque la narrativa construye su propia lógica, dando a los seres humanos un recurso importante para organizar y entender su experiencia[13]. La narrativa hace una mediación entre lo particular y lo general, por eso cada narrativa es única y no hay otra representación igual. Narrar implica motivos, causas y razones, y crea una relación entre los eventos y las historias, produce significado, lo que significa ser uno mismo.

No creemos que una historia pueda ser analizada científicamente, pero sí que la narrativa es un manantial de significados y que el significado principal se da a través de la auto-construcción que da poder y legitimación[14]. La narrativa es para construir el yo, definir y definirse, recobrar las propias definiciones de uno y posicionarse.

La perspectiva narrativa es una construcción social específica que refleja cómo el individuo se ve a sí mismo y al mundo, un acto de escoger las palabras para compartir con el otro, pensamientos, experiencias y sensaciones. Y en el acto de narrar, el yo es un proceso en vez de una sustancia.

La narrativa individual puede romper las metanarrativas, los guiones de la autoridad (sociedad, sistema familiar, instituciones, grupos dominantes, grupos sociales, etc) para que el individuo dé su propio sentido a la vida[15]. Al

oírse y ser oído, la persona tiende a mostrar más sobre la razón por la cual “vale la pena vivir” que sobre “cómo vivir la vida”.

La vida, con sus retos y sus complejidades, se hace más posible de manejar a través de la narrativa, ya que lleva al ser humano de un estado de sentirse incompleto a uno de posicionarse, a poder dar respuestas a la pregunta “¿para qué todo esto?”. El narrar no sólo nos dice algo, también nos hace algo al poder estructurar, a nuestra manera, nuestra historia y oírla.

El tiempo también se transforma gracias a la narrativa, porque al narrar se explora la manera en la que nos movemos a través del tiempo y el tiempo se convierte más humano[16]. Y el futuro y los otros “finales” que baraja el narrador en su historia, tienen la libertad de ser muchos posibles finales.

También la narrativa es relacional porque permite al narrador comunicar lo que es significativo en su vida y contar lo que le importa a los otros[17]. La narrativa une a una persona con la otra y crea relaciones, mediando entre el mundo interno de sentimientos y pensamientos y el mundo exterior. Y el que escucha la narrativa, no sólo entra en relación con el que cuenta su historia, sino que también es transformado. Entonces, el que recibe la narración, ¿debe algo al narrador?

3. La narrativa del paciente: la construcción sostenible del ser

La narrativa podría ser más verdadera que la historia porque va más allá más de la evidencia, y todos sabemos, por nuestra propia experiencia, que hay algo más allá de la evidencia.

E.M.Forster

3.1. El que sufre

El malestar del ser humano no es una serie de síntomas esperando a ser definidos por el psicólogo, psiquiatra o médico, sino un proceso vivien-



te y cambiante. Es una alteración biográfica [18] porque las estructuras sociales y los roles del ser, del dar y del recibir, se alteran cuando surge una crisis emocional o una enfermedad, y el paciente, el que sufre, se ve desterrado de la vida que tenía. La crisis o enfermedad no deja que uno siga viviendo en su mundo familiar dado que todo es cuestionado por el malestar. Ese cuestionamiento es una amenaza al sentido ontológico de la seguridad por la duda que crea sobre el futuro.

Una crisis emocional o enfermedad pueden convertir al que sufre en una persona diferente, al mismo tiempo que, en cierta manera, sigue siendo la misma. Como escribió Paul Valery: "He cambiado como tú, pero de otra manera". Pero su sufrimiento ha tomado un sitio central en su vida, aunque ni su entorno ni los profesionales se den cuenta ni su historial clínico refleje cómo el paciente intenta sobrevivir con su situación. El paciente, que sabe que le pasa algo fuera de lo corriente, no está seguro de cómo verbalizarlo, ni encuentra el espacio ni la persona que dé la bienvenida a sus palabras.

3.2. Construyendo sentido

La narrativa es la forma fenomenológica en la cual el ser humano vive una crisis o enfermedad, por eso es necesario que los profesionales comprendan cómo el paciente se construye a través de la narrativa.

Narrar es interpretar y las experiencias del ser humano sólo pueden ser modificadas en la auto-interpretación. Una crisis emocional o enfermedad exige una reorganización de los significados para poder poner un poco de orden en la interpretación y en el desorden, articulando la interrupción, reconfigurando la identidad social de uno para construir un orden simbólico necesario para la auto-definición y el contacto con los demás.

El narrar ayuda al paciente a encontrar sentido a lo que le está surgiendo, a restaurar su sentido de ser persona y de conexión, a renombrar, a hacer suya esa experiencia.

La crisis emocional o enfermedad tiende a apartar al afectado del mundo de los sanos porque éste vive una realidad diferente y menos valorada que la del mundo del éxito. La narrativa tiene el potencial de devolver al afectado lo que la crisis o enfermedad y el sistema sanitario le quitan: el protagonismo y el control, y le ayuda a integrar lo que le ocurre en el contexto más amplio de la vida [19].

El paciente no cura su cuerpo por la narrativa, aunque sí se acerca a una cuera psico-emocional. Pero puede desarrollar la habilidad de vivir de una manera auténtica con su problema o sin buena salud, ya que al narrar puede traducir el mundo sus malestares al mundo del lenguaje donde hay un movimiento entre orden y desorden, enfermedad y sanación. Y al narrar, el paciente siente motivación para escoger, para moverse y definirse.

Los profesionales de la salud mental o de la medicina crean generalidades ("los deprimidos", "los bipolares", "los diabéticos"), pero el ser profundo del paciente insiste en encontrar significado a su sufrimiento particular. Hasta cierto punto, al articular el desorden que crea una crisis, enfermedad o alteración psicológica, el paciente crea una identidad nueva en esa situación.

La narrativa es necesaria para que el paciente pueda llevar a cabo las difíciles negociaciones que conllevan el malestar emocional o físico y transformar lo que para el sistema sanitario parece corriente (una depresión, una enfermedad crónica) en algo único y particular.

3.3. La recuperación por el significado

Todos los eventos sobre los cuales no tenías control son, finalmente, tuyos para decidir.

John Berger

Una crisis, una alteración psicológica o una enfermedad exige una narrativa continua, un peregrinaje por las palabras para mantener los roles cambiantes de uno mismo y llegar a entender un poco lo que le ocurre. También los



demás, sin la narrativa del que sufre, no tienen la oportunidad de conocer su realidad. La experiencia de una alteración psico-emocional o enfermedad, aleja a la persona de la experiencia conocida de la vida y del resto de la sociedad, pero a partir de que su narrativa es escuchada y su estatus emocional y existencial son reconocidos, puede encontrar significados a su situación.

Este proceso funciona en las dos direcciones: la persona necesita que su narrativa sea escuchada por otros para ser incluido, para recuperar su cuerpo social, y también la comprensión de los otros le ayuda a comprenderse a sí mismo. Becker examinó el proceso de la narrativa en la reorganización del yo en la vida social después de un evento alterante, y encontró que tales reconstrucciones, a menudo, sirven para crear un sentido a la continuidad biográfica[20].

Además, el estar en crisis o enfermo no es un rol valorado en la sociedad. El paciente tiende a ser invisible o si es visto, se le ve como un problema, como alguien inferior por su dependencia y limitaciones. Al dar importancia a su voz, se le ayuda a que reconstruya su identidad que ha sido dañada.

Un malestar psicológico o una enfermedad y todo lo que ésta altera (roles sociales, económicos, afectivos) pone en cuestión temas de poder y de falta de poder del que sufre. La nueva identidad (“menos capaz”) puede llevar a la persona afectada, a través de escucharse y ser escuchado, a cuestionar las relaciones de poder (Rosaldo 1993) y a reconstruir un nuevo yo que se define desafiando a la sociedad.

Los profesionales también, sin necesariamente darse cuenta, ven al paciente, especialmente al crónico, al que no mejora y sigue ahí poniendo en evidencia las limitaciones de los profesionales, como un “paciente problemático”[2]. Ven lo general y no lo particular.

El paciente necesita que el profesional, por medio de su escucha, le ayude a construir su his-

toria, lo cual es muy diferente de una entrevista que tiene como objetivo guiar las palabras del paciente para que el profesional obtenga la información que desea. El paciente necesita poder entrar en la relación con el profesional desde y con su perspectiva única e individual de su experiencia.

El profesional, al escuchar en la narrativa del paciente, los significados más que los hechos, empezará a comprender los significados que el paciente otorga a su sufrimiento y el impacto que tiene en el contexto de su vida. Y más importante: el profesional puede comprender cómo la narrativa puede aclarar aspectos sobre el malestar del que sufre que no son reconocidos de otra manera.

4. El poder de prestar atención

Para poder poner en práctica esta manera de trabajar con los significados del paciente a través de su narrativa, veremos que es necesario: 1. ver al “Otro” y crear una Relación Terapéutica, 2. escuchar los significados en la narrativa del paciente, 3. reflexionar y hacerse preguntas sobre lo que dice el paciente, y 4. escribir sobre la narrativa y analizarla.

4.1. Ver al “otro”

El paciente intenta encontrar las causas de lo que le ha ocurrido y ponerlas en orden a través de la narrativa, pero, sin el reconocimiento y la escucha del profesional, el paciente no es más que una alteración psicológica o enfermedad para la sociedad (“el bipolar”, “el ictus”, “el fatigado”). Ese reconocimiento está en el acto de prestar atención, en la mirada del profesional que comunica al paciente que le importa su situación, que no es indiferente, que ve a ese “Otro”, como decía Levinas[22].

Al prestar atención al mundo del otro, al escuchar y acompañar, el profesional ayuda al paciente a construir su narrativa y a retomar el control que le ha quitado su malestar o su enfermedad. Para eso es necesario ir más allá de lo diagnosticado y mirar lo personal, lo social y el



significado simbólico en la experiencia del paciente[23]. En la narrativa del paciente vemos quién es la persona y no tanto “lo que tiene”.

La escucha atenta del profesional ayuda al paciente a encontrar su historia y a dar sentido a su experiencia si el profesional reconoce que el sufrimiento tiene un gran poder sobre el paciente y que no puede evitar que lo cambie. Al contar su historia y ser comprendido por el que le escucha, será más fácil que el paciente pueda elaborar los nudos que existen sobre los eventos relacionados con sus problemas, malestares y alteraciones y le será más fácil poder organizar su nueva vida.

Desafortunadamente, el profesional, a menudo, cree que este tipo de escucha le quita tiempo del trabajo “importante”, cuando, en realidad, la escucha de la narrativa del paciente ahorra tiempo ya que ayuda al profesional a comprender mejor al paciente, y también da al profesional la satisfacción de sentirse más útil y humano, de ser un testigo empático[24].

Para llevar a cabo una escucha eficaz de la narrativa, el profesional necesita desarrollar competencias narrativas para estar más atento a los pacientes, ser más reflexivo y aumentar la empatía. La formación, elaboración y supervisión sobre la escucha de la narrativa ayudan a que el profesional sea más acertado en interpretar las historias del paciente: sus palabras, silencios, metáforas y alusiones. Con práctica y formación, el profesional puede imaginar mejor lo que vive el paciente y desarrollar la “imaginación clínica” o “imaginación moral”[25] para darse cuenta de los significados que tiene para el paciente su experiencia y captar la dimensión ética.

Los profesionales ahora tienden a querer que el paciente viva su situación y sus auto-cuidados de una cierta manera, y para intentar conseguirlo, presionan a los pacientes amablemente, insistiendo y repitiendo consejos. Pero esta metodología fracasa[26] porque, aparte de que el ser humano no quiere ser dominado, las

expectativas del profesional no encajan con los significados que el paciente da a su experiencia. Por ejemplo, si un paciente, en ese momento es particular, da más importancia a su problema de precariedad laboral que a su alcoholismo, y el profesional no escucha, no oye, no entiende ni respeta los significados de este paciente, el profesional se verá frustrado en sus intentos de que el paciente puede comenzar a hablar desde la adicción. Al no trabajar centrado en los significados del paciente, el profesional pondrá en juego la relación terapéutica y el paciente se sentirá más solo en su proceso.

Porque más que “hacer”, el rol de los profesionales sanitarios es de “estar”, de estar al tanto de las historias del paciente, de estar abiertos a las narrativas con o sin palabras.

Para poder “estar”, el profesional necesita liberarse de estar centrado en sí mismo y enfocar su atención en el otro, mirarle con atención para entrar en su mundo y ayudar a que el paciente construya su historia, en vez de hacerle una entrevista con preguntas guiadas.

Las herramientas básicas que necesita el profesional para intentar ayudar al paciente a que su historia evolucione son las del Pensamiento y la Comunicación Terapéutica[26], que consisten en una comunicación centrada en el paciente con empatía, respeto y reflexión constante inspiradas por Carl Rogers y otros. El primer paso es que el profesional sanitario sepa que la Relación Terapéutica no es una actividad añadida a sus tareas habituales sino que está en el centro de su relación con el paciente, que es el marco a construir y a mantener a lo largo de su trabajo. Ese marco, que tiene como objetivo conectar con el paciente y sostener su experiencia[28] viéndolo, en todo momento, como el protagonista de la relación y de su narración. Y si el profesional presta atención y respeta las capacidades del paciente con empatía, podrá ayudarlo a desarrollar su narrativa.

A través de una Relación Terapéutica reflexiva, el profesional puede darse cuenta de las



implicaciones del lenguaje y de las historias, y que en la narrativa, el paciente muestra, no tanto su yo esencial, sino cómo quiere ser visto. El paciente narrador no sabe a dónde lo lleva la historia porque la forma narrativa implica tener que escoger entre muchos eventos y entre muchas posibilidades de la experiencia y presentarlos en un orden que intencional o inconscientemente comunica significado.

El paciente utiliza elementos conocidos (personajes, emociones, tramas) con los cuales, como todo ser humano, ha construido su percepción del mundo y de su experiencia. Pero tan importante como los elementos es el contar la historia y cómo se cuenta, el proceso y el estilo de la comunicación de la narrativa.

La perspectiva única de la experiencia que comunica el paciente y su manera de hacerlo, lo que dice y lo que deja fuera, están totalmente en manos del consciente y del subconsciente del paciente, y sólo por la narrativa puede aclarar, para sí mismo y para el que lo escucha, los significados y los aspectos sobre su vida que no son reconocidos de otra manera.

4.2. Escuchar al paciente

*La narrativa tiene que ver con experiencias,
no con propuestas.*

RVB Lewis

Para poder ser testigo de la experiencia que el paciente, el profesional necesita escuchar cómo el paciente ve su situación, el significado que otorga a su malestar y a su vida, más que a los hechos en sí.

El tiempo en los servicios sanitario y de salud mental es limitado y a menudo, la escucha no puede llevarse a cabo en un largo rato si no en ratos más cortos. Aunque el tiempo de escucha sea una serie de cortos segmentos, es preferible que el profesional y el paciente estén sentados en un espacio sin interrupciones (descolgar o apagar los teléfonos, cerrar la puerta para que no se abra desde fuera, colgar un car-

tel por fuera de la puerta para que no se moleste, etc.), para intentar comunicar con lenguaje no-verbal al paciente que se es receptivo a su narrativa. También es necesario que el profesional esté dispuesto a oír los significados del paciente, a reflexionar, a apartar de la mente preocupaciones y objetivos personales, y a prestar atención al paciente.

Para que el paciente pueda comenzar o continuar su narrativa, cualquier pregunta abierta, neutra y que no guíe ni juzgue por parte del profesional, le puede ayudar a comenzar. Pero cuanto más corta la pregunta, más protagonismo tendrá el paciente. Muchas veces, una mirada empática y acogedora y un sencillo “¿qué tal?”, “¿qué le trae aquí?” o “cuénteme...” es suficiente para invitar al paciente a hablar. Es importante evitar preguntas guiadas o cuestionarios. Éstos pueden tener utilidad en otro momento para las propias necesidades de la institución, pero no son lo más relevante en este enfoque narrativo. Una corta pregunta que ayude al paciente a construir su narrativa puede ser sobre cómo ve su enfermedad, su situación actual, cómo su situación afecta a su vida, o cualquier otra pregunta que le invite a hablar abiertamente sin dirección precisa.

En los ratos en que el paciente está hablando, el profesional escucha prestando atención a los significados que da el paciente a su situación, a sufrir, a sus síntomas, a sus ideas sobre causalidad de su enfermedad, a la interrupción y reorganización de su vida que ha supuesto su malestar, crisis o enfermedad y a cómo se posiciona ante su propia narrativa.

Es importante escuchar los significados, ya que éstos determinan lo que los seres humanos hacen y lo que creen que son capaces de hacer.

4.3. Reflexionar sobre la narrativa del paciente

A través de la reflexión y de la escritura (en una “historia paralela”[29], en una libreta privada y no en la historia clínica del paciente), el



profesional sanitario puede hacer una reflexión más a fondo sobre la narrativa de algún paciente con el que, por su narrativa, le han surgido interrogantes, confusión o malestar, para intentar entender mejor sus significados. Esta reflexión escrita (o hablada si se da la oportunidad de tener supervisión externa o de hacer un trabajo en equipo constructivo y respetuoso) se basa, hasta cierto punto, en dos de los cuatro modelos de análisis de narrativa oral propuestos por Reissman[30].

Aunque existen varios modelos de análisis de narrativa[31], el Análisis Temático propuesto por Reissman es el más útil para el contexto clínico sanitario, porque se trabaja con los temas que surgen y se repiten en la narrativa del paciente. Por ejemplo, el tema de por qué el paciente piensa que está en esa situación. Las narrativas sobre este tema fueron estudiadas a fondo por Williams[32] en uno de los primeros estudios sobre la narrativa de la enfermedad. Escuchando este tema con pacientes con artritis reumatoide, Williams fue capaz de oír lo que significaba para estos enfermos el asalto sobre su identidad por la enfermedad. Los subtemas que emergían en esas narrativas eran sobre el cuerpo, la enfermedad, la identidad y la sociedad.

Al releer sus propias notas que el profesional ha escrito sobre la narrativa del paciente, con citas literales cuando sea posible, el profesional puede ir viendo y marcando temas que cree ver sobre lo que significa para el paciente su realidad.

La otra metodología de análisis de narrativa que propone Reissman, que es útil en el contexto terapéutico, es el Análisis Interaccional[33], en el cual el énfasis está sobre el proceso del diálogo entre el paciente que habla y el profesional que escucha. Aunque la presencia y el acompañamiento del profesional sanitario debería ser, sobre todo, una actitud de escuchar más que de hablar, su presencia, empatía y apoyo influyen en la narrativa del paciente. Por eso es también importante que, en sus notas

privadas, el profesional anote detalles de la estructura de la narrativa del paciente, sus pausas, interrupciones, enlaces entre temas, gestos, miradas y otros aspectos que pueden resultar de la interacción entre el profesional y el paciente[34].

Para ayudar al médico, psiquiatra, psicólogo o profesional de enfermería a reflexionar mejor sobre la narrativa del paciente y a escuchar sus significados, ofrecemos unas preguntas que el profesional se puede hacer al escuchar al paciente y al leer sus propias notas:

- ¿por qué dice esto ahora?
- ¿cuáles son los temas y momentos significativos en su narrativa?
- ¿qué significa para el paciente contar su historia de esta manera en particular?
- ¿qué temas oigo? ¿qué temas se repiten?
- ¿cuántos momentos en la narrativa son el principio?
- ¿qué es importante para el paciente ahora?
- ¿qué teme?
- ¿qué teme perder? ¿qué perdió y aún no lo verbaliza directamente?
- ¿cómo se posiciona el paciente en el tiempo de esta narrativa? ¿qué momento es el “ahora” para el paciente?
- ¿qué varios significados da el paciente a sus malestares?
- ¿cómo conecta el paciente, en su narrativa, los diferentes hilos de su existencia: rol familiar, dificultades emocionales, salud, enfermedad, auto-identidad, el mundo?
- ¿de qué pérdidas habla y qué significado les da?
- ¿qué cuenta sobre él mismo al contar su historia de esta manera?
- ¿cómo quiere ser visto?
- ¿qué significados y temas se pueden identificar en su comunicación no-verbal?
- ¿qué metáforas se pueden identificar en su narrativa?
- ¿qué cree el paciente que le ha causado su sufrimiento o malestar y qué significa esa causa para él?
- ¿qué significado da al que haya comenzado su crisis o enfermedad cuando lo hizo?



- ¿qué significa para él su relación con el sistema sanitario, psicólogos, psiquiatras, médicos y profesionales de enfermería?
- ¿qué significa para él los tratamientos y planes que le proponen, que ha llevado a cabo y los resultados de tales?
- ¿qué significa para el paciente el tema del futuro?
- ¿qué significado tiene para el paciente sus roles social, familiar, laboral, sexual y otros roles en relación a sus malestares?

Cuando el profesional reflexiona sobre estas preguntas y escribe sobre ellas, puede entender mejor al paciente y crear una relación terapéutica más útil. Así aumentará su eficacia, pues el profesional podrá trabajar con el paciente como éste se ve a sí mismo y no como el profesional cree que es.

Pero lo más importante de este modelo es que al paciente, a partir de construir su narrativa, se le hará consciente lo que la situación significa para él y podrá re-imaginar su vida, encontrar sus propios significados y rehacer su propia identidad para ser más dueño de su vida.

5. Lo que el profesional aporta de sí mismo al encuentro

Como subrayamos al principio de este artículo, los profesionales de la medicina y la psicología, todavía, a menudo, carecen de conocimientos en lo relacional, lo narrativo y en auto-conocimientos. Esto es problemático porque el profesional, al no conocer muy bien ni haber elaborado sus propios sufrimientos, creencias, ni significados, tiene dificultades para entender a los pacientes. También existe el peligro de proyectar sus malestares excesivamente sobre el paciente sin ser consciente. No pretendemos que este modelo remplace un tan necesario proceso terapéutico de auto-conocimiento, elaboración y supervisión, pero sí queremos ayudar en este sentido proponiendo que, en sus notas privadas, el profesional haga una auto-reflexión.

El que escucha trae al encuentro con el paciente, su vida, su consciente y su subconsciente. El efecto de escuchar el sufrimiento del otro hace que el profesional entre en un proceso del cual no hay vuelta atrás. En ese encuentro, el profesional a veces huye parando la expresión de la narrativa del paciente con frases y consejos bien intencionados o con preguntas guiadas. O puede dejar espacio a la narrativa del paciente y enfrentarse a lo desconocido y lo incómodo.

La reflexión sobre la narrativa del paciente necesita ser doble por parte del profesional. Por un lado necesita reflexionar sobre lo dicho por el paciente y sus significados, y por otro es importante que reflexione sobre lo que se le moviliza ante la narrativa del paciente. Esto último es de gran utilidad porque la desesperación, sufrimiento, pena, miedo o rabia del paciente pueden tener un efecto disparador en el que escucha, que remueve su propio sufrimiento, emociones y temas que no han sido previamente elaboradas.

Por ejemplo, la sensación de pérdida de control que verbaliza un paciente sobre su malestar emocional puede remover, en el profesional sanitario, rabia ante situaciones lejanas y a menudo alojadas en el subconsciente, situaciones sobre las que no tuvo control y lo llevaron a sufrimientos que no pudo verbalizar entonces y que no ha verbalizado ni elaborado aún. Sin auto-conocimiento y sin querer, este profesional proyectará su rabia sobre el paciente, dañando al paciente y la relación con él.

Para ayudar al profesional en su auto-reflexión, proponemos una serie de preguntas que se puede hacer a sí mismo y sobre las cuales puede escribir en sus notas privadas:

- ¿cómo me afecta la historia del paciente?
- ¿qué temas y momentos de la narrativa del paciente crean incomodidad en mí (ganas de interrumpir, de preguntar, ganas de levantarme, aumento en mi propio movimiento físico)?



- ¿qué emoción o emociones noto en estos temas?
- En mi vida, ¿en qué situaciones he sentido esas emociones?, ¿cuáles son mis primeros recuerdos de esas emociones?, ¿qué historias puedo escribir sobre esos recuerdos?, ¿con quién puedo hablar de estas historias mías?
- ¿qué reflexión puedo hacer y qué me puedo decir para no proyectar al paciente lo que me remueve en mí su narrativa?

6. Conclusiones

Los significados del paciente son una fuente de gran riqueza. Para él, el escuchárselos y hacerlos suyos, le ayuda a construir su identidad y a sostener su ser a través de crisis y

malestares emocionales o enfermedades. Para el psicólogo, psiquiatra, médico o profesional de enfermería, el trabajar centrado en la narrativa y los significados del paciente, le da la información más valiosa para poder ser eficaz y trabajar con satisfacción.

Pero aún hay más beneficios al utilizar una metodología basada en los significados del paciente. Al escuchar la voz del que sufre, el profesional puede aprender mucho sobre la vida y, posiblemente, sobre sí mismo. Y tales reflexiones pueden provocar un sentimiento de agradecimiento y de generosidad.

Contacto

Clara Valverde
formacionsalud@hotmail.com
www.equipoaquo.com



BIBLIOGRAFÍA

- [1] Valverde, C. Enfermería centrada en los Significados del Paciente®. Un modelo basado en la narrativa y en la ética del otro. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2008; 17(3). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n3/1578.php> Consultado el 7 de Marzo de 2009.
- [2] Valverde C (2007). Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería. *Norte de Salud Mental*, nº 28, 2007, pag 8-15.
- [3] Torio Duráñez J, García Tirado MC (1997). Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Atención Primaria* 997; 20(1):17-24.
- [4] Macdonald ME, Murray MA (2007). The Appropriateness of *Appropriate*: Smuggling Values into Clinical Practice. *CJNR*, Vol.39, nº4, 58-73.
- [6] Kirmayer LJ (1992). The body's insistence on meaning: Metaphor as presentation and representation in illness experience. *Medical Anthropology Quarterly* 6:323-46.
- [7] Foucault M (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977*. New York: Pantheon.
- [8] Mishler EG (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, N.J.: Ablex Press.
- [9] Charon R (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York, Oxford University Press.
- [10] Todorov T (1967). *Littérature et Signification*. Paris: Larousse.
- [11] Ricoeur P (1983). *Temps et récit, Tome I*. Paris: Seuil.
- [12] Valverde C (2006). Historias que cuentan: Experiencia de la enfermedad. *Culturas*. La Vanguardia, 28 de junio del 2006.
- [13] Herman D (2002). *Story Logic: Problems and Possibilities of Narrative*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- [14] Kirmayer LJ (1988). Mind and body as metaphors: Hidden values in biomedicine. En D.Gordon (Ed.), *Biomedicine examined*, pag 57-93. Dorrecht: Kluwer Academic.
- [15] Valverde C (2005). ¿Quién está escuchando? La narrativa del paciente, caos y cronicidad. *Aten Primaria*. 2005;36(3):159-161.
- [16] Ricoeur P (1983). *Temps et récit, Tomo I*. Paris: Seuil.
- [17] Husserl, E (1929). *Cartesian Meditations: An Introduction to Phenomenology*. Traducido por Dorion Cairns. The Hague: Martinus Nijhoff.
- [18] Bury M (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*. Vol.4 No.2 Julio 2008.
- [19] Mattingly C, Garro LC (Eds) (2000). *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Los Angeles: University of California Press.
- [20] Becker, G (1997). *Disrupted lives: How people create meaning in a chaotic world*. Berkeley y Los Angeles: University of California Press.
- [22] Levinas E (1983). *Le temps et l'autre*. Paris: Presses Universitaires de France.
- [23] Henderson A (1988). *An introduction to social psychology*. New York: Oxford University Press.
- [24] Valverde C (2006). El médico y el paciente como exploradores en una geografía de historias emergentes: Hacia un nuevo paradigma clínico para las enfermedades crónicas. *Norte de Salud Mental*, nº25, 2006, pag 77-81.
- [25] Warnock M. (1976). *Imagination*. London: Faber and Faber.
- [26] Valverde C (2007). *Comunicación terapéutica en enfermería*. Madrid: Difusión Avances en Enfermería.
- [28] Levinas E (2000). *Ética e infinito*. Madrid: A. Machado Libros.
- [29] Charon R (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York, Oxford University Press.
- [30] Reissman CK (1993). *Narrative Analysis*. Qualitative Research Methods Series, No. 30. Newbury Park, CA: Sage.
- [31] Mishler EG (1995). Models of Narrative analysis: A typology. *Journal of Narrative and Life History* 5(2):87-123.
- [32] Williams G (1984). The Genesis of Chronic Illness: Narrative Re-construction. *Sociology of Health and Illness* 6(2):175-200.
- [33] Reissman CK (2002). Analysis of personal narratives. *Handbook of Interview Research*, Gubrium J, Holstein J (Eds). Newbury Park, CA: Sage.
- [34] Clark JA, Mishler EG (1992). Attending to patients' stories: Reframing the clinical task. *Sociology of Health and Illness* 14(3), 344-370.