

**FACULTAD DE MEDICINA
GRADO EN MEDICINA**



**Título: Dolor crónico y afrontamiento:
Un estudio de Medicina Narrativa
desde la obra de Miguel Delibes**

Alumna: Raquel Calderón Álvarez

Tutor: Dr. Vargas Aragón, Martín L

Agradecimientos

Este trabajo de fin de grado ha sido posible gracias al apoyo de personas a las que deseo expresar mi más sincero agradecimiento.

A mi tutor Martín Vargas, por su guía experta y dedicación. Gracias por haberme permitido realizar un trabajo con el que me siento representada.

A mi familia, por su apoyo constante y por haber creído en mi cuando ni yo lo hacía.

A mis amigos, por haberme enseñado y acompañado en el arte de cuidar.

A mis abuelos. Ojalá hubierais visto esto.

A mi yo pequeña: lo hemos conseguido.

Gracias a todos por ser parte de este logro.

“En realidad, no es solo el contacto humano en sí lo que predispone al médico para la creación literaria; es, sobre todo, la peculiar naturaleza de ese contacto. El ejercicio de la medicina gira de modo permanente en torno a la muerte, el dolor, la enfermedad, el sufrimiento, la soledad, la sexualidad, la incompreensión, la locura; exactamente los mismos elementos que abordan todas las grandes novelas, comedias, dramas, cuentos y poemas de la literatura universal. Y está, asimismo, la especial intensidad del contacto humano. Porque profesiones que vivan en continua relación con otras personas hay muchas (...) pero el médico, a diferencia del abogado, el tendero o el conserje, contempla la naturaleza humana al desnudo, sin embozos ni tapujos. El temor a la enfermedad y a la muerte elimina, sin duda, toda hipocresía, todo falso pudor, toda barrera defensiva, toda máscara”

Fernando A. Navarro

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN	
2.1 DOLOR CRÓNICO: UN COMPLEJO PROBLEMA DE SALUD	2
2.2 ¿QUÉ ES LA MEDICINA NARRATIVA?	4
3. OBJETIVOS	5
4. JUSTIFICACIÓN: ¿POR QUÉ UN TFG SOBRE MEDICINA NARRATIVA?.....	5
5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	6
5.1 HERMENÉUTICA MÉDICA Y FILOSOFÍA DE LA MEDICINA.....	6
5.1.1 IATROFILOSOFÍA PRÁCTICA BIOÉTICA	8
5.1.2 IATROFILOSOFÍA PRÁCTICA CLÍNICA: PHD	8
6. MÉTODO.....	9
6.1 ORÍGENES DE LA MEDICINA NARRATIVA	9
6.2 CONCEPTO ACTUAL DE LA MEDICINA NARRATIVA	10
6.3 REVISIÓN DE LA LITERATURA EXISTENTE	11
6.4 COMPETENCIAS NARRATIVAS.....	13
6.5 APLICACIÓN DEL MÉTODO “LECTURA ATENTA”	15
7. RESULTADOS	15
7.1 “LA SOMBRA DEL CIPRÉS ES ALARGADA”: ARGUMENTO	15
7.2 TERAPIA PHD.....	16
7.2.1 PHENOMENOLOGY.....	17
7.2.2 HERMENEUTIC	17
7.2.3 DINAMIC	17
8. DISCUSIÓN.....	18
9. CONCLUSIÓN.....	20
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
11. ANEXOS.....	24

1. RESUMEN

Palabras clave: dolor crónico, bioética hermenéutica, medicina narrativa, terapia PHD, Miguel Delibes

El objetivo de este TFG es desarrollar un trabajo de Medicina Narrativa que pueda ser aplicable en el ámbito de la medicina del dolor. El dolor crónico es una patología cuyo entendimiento necesita de una perspectiva multidimensional al ser decisivos factores emocionales, cognitivos y sociales más allá de los puramente biológicos. En este contexto, proponemos la Medicina Narrativa, definida como “*el ejercicio de la medicina utilizando competencias narrativas, es decir, centrada en recibir, interpretar y absorber las historias de los pacientes y actuar movidos por ellas*” como herramienta terapéutica en pacientes con este tipo de patología, en la que la biografía del paciente representa un papel esencial. Entre las competencias narrativas que utiliza la Medicina Narrativa encontramos la lectura; para este estudio utilizaremos “*La sombra del ciprés es alargada*”, de Miguel Delibes, en la que mediante la técnica *close reading* intentaremos dar las claves para el entendimiento de la psicoterapia PHD (phenomenology, hermeneutic, dynamic) y su posible uso como consejo terapéutico en el dolor crónico.

ABSTRACT

Key words: chronic pain, hermeneutical bioethics, narrative medicine, PHD therapy, Miguel Delibes

The aim of this TFG is to develop a work of Narrative Medicine that can be applicable in the field of pain medicine. Chronic pain is a pathology whose understanding needs a multidimensional perspective as emotional, cognitive and social factors are decisive beyond purely biological ones. In this context, we propose Narrative Medicine, whose definition would be ‘the practice of medicine using narrative competencies, i.e. focused on receiving, interpreting and absorbing patients’ stories and acting on them’ as a therapeutic tool in patients with this type of pathology in which the patient’s biography plays an essential role.

Among the narrative skills used by Narrative Medicine we find reading; for this study we will use ‘La sombra del ciprés es alargada’, by Miguel Delibes, in which through the close reading technique we will try to give the keys to the understanding of PHD (phenomenology, hermeneutic, dynamic) psychotherapy and its possible use as therapeutic advice in chronic pain.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 DOLOR CRÓNICO: UN COMPLEJO PROBLEMA DE SALUD

El dolor es definido por la IASP (International Association for the Study of Pain) como “*experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con o similar a la asociada con un daño tisular real o potencial*” ⁽¹⁾. Por su parte, el dolor crónico sería “*aquel dolor que persiste o recurre durante más de tres meses*”, estimándose una prevalencia en torno al 20% de la población mundial ⁽²⁾.

Desde una perspectiva médica, el dolor agudo cumple una función vital como síntoma de alarma. Sin embargo, desde este mismo enfoque, el dolor crónico perdería esta función, dejando de ser un síntoma corporal para transformarse en una enfermedad en sí misma, irrumpiendo la cotidianidad de la persona que la padece, transformando y trastocando su vida y la de su entorno. Por ello, la IASP amplió la definición, dando seis claves a tener en cuenta al referirnos al concepto de dolor ¹:

1. El dolor es siempre una experiencia personal subjetiva, influenciada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no se puede inferir únicamente de la actividad de las neuronas sensoriales
3. A través de sus experiencias vitales, los individuos aprenden el concepto de dolor
4. Se debe respetar el relato de una persona sobre su experiencia con el dolor
5. Aunque el dolor suele cumplir una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la función y el bienestar social y psicológico
6. La descripción verbal es sólo una de las conductas que existen para expresar dolor; la incapacidad de comunicarse no niega la posibilidad de que un ser humano experimente dolor

Tabla 1. Definición de dolor de la IASP

La primera afirmación, “*el dolor es siempre una experiencia personal subjetiva*” es indispensable para comprender el giro conceptual en la construcción del dolor, pasando del dolor como síntoma al dolor como enfermedad. Al entender el dolor como

¹ FUENTE: Tabla 1. Traducción personal al español de la página web de la IASP: Definitions of Chronic Pain Syndromes. Aunque la recomendación editorial habitual es no traducir las citas en otro idioma, por claridad se ha preferido traducir los textos en inglés, traducción realizada en todos los casos por la propia alumna.

enfermedad, se visualiza desde un punto de vista multidimensional como el defendido por el modelo biopsicosocial de Engel ⁽³⁾. De acuerdo con este, el dolor sería el resultado de la interacción de componentes neurofisiológicos, psicológicos y sociales, en la cual pueden subyacer o no componentes patológicos; he ahí la necesidad de utilizar un enfoque holístico centrado en el abordaje de todos estos factores, como el llevado a cabo en las Unidades de Dolor.

En cuanto a la quinta afirmación, esta pone el foco en la pérdida de función, bienestar y calidad de vida que sufren los pacientes afectados de dolor crónico. Dysvik et al ⁽⁴⁾ refieren que vivir con dolor crónico supone una reestructuración existencial plagada de reaprendizajes, adaptaciones y algún grado de discapacidad, lo cual implica un inevitable duelo. La experiencia negativa de sentirse dependientes puede hacer que los pacientes con dolor crónico subestimen sus capacidades, dando como resultado el incremento del riesgo de perder las funciones preservadas ⁽⁵⁾. Por tanto, el duelo por la salud perdida en los pacientes con dolor crónico no es sólo prevalente, sino esencial de abordar.

Dentro de la clasificación del dolor, se distingue el dolor nociceptivo, el dolor neuropático y el recientemente introducido dolor nociplástico; este último se refiere a *“estados de dolor crónico no caracterizados por una activación obvia de nociceptores o por neuropatía, pero en el que los hallazgos clínicos y psicofísicos sugieren una alteración de la función nociceptiva”* ⁽⁶⁾. La posibilidad de que exista dolor crónico en ausencia de una lesión previa plantea la existencia de factores causantes de dolor más allá de los puramente biológicos, entre los que se encuentran los cognitivo-emocionales: este sería el ámbito que aborda la Psiquiatría del dolor; en este sentido, Vargas y Ortega ⁽⁷⁾ comentan

“La experiencia clínica en medicina del dolor sugiere que, a medida que se progresa desde la sensopercepción nociceptiva hacia la experiencia nociplástica, los atributos emocionales, el funcionamiento psicosocial y la idiosincrasia de la biografía personal cobran un protagonismo creciente a la par que la intensidad, localización y extensión de las lesiones anatómicas subyacentes pierden relevancia clínica”

Así pues, ante la creciente importancia de los factores emocionales, psicosociales y, en definitiva, de la biografía e historia de cada paciente en aras de entender su enfermedad, surge la propuesta de incorporar la perspectiva narrativa al tratamiento del dolor, es decir, de aplicar la Medicina Narrativa:

“La corporeidad vivida, el soma, no es un mero cuerpo biológico, sino que es un “cuerpo biográfico”. Y en la vivencia del cuerpo biográfico la memoria del daño padecido por la persona en cualquiera de sus tres dimensiones (biológica, psicológica o social) se imbrica con la vivencia del daño corporal”⁽⁷⁾.

La Medicina Narrativa es un nuevo enfoque dentro de la medicina que reconoce la importancia de las historias de los pacientes en la comprensión de la enfermedad; se basa en la idea de que las personas construyen y comunican sus experiencias como enfermos a través de narrativas, es decir, a través de relatos personales. Reconoce por tanto que la medicina no sólo trata de síntomas y diagnósticos, sino también de las experiencias, emociones y significados que las personas atribuyen a su proceso, aspectos de importancia conocida en el caso del dolor crónico⁽⁸⁾.

2.2 ¿QUÉ ES LA MEDICINA NARRATIVA?

La Medicina Narrativa tiene como definición⁽⁹⁾, propuesta por Rita Charon —una de las principales referentes en esta disciplina— *“el ejercicio de la medicina utilizando competencias narrativas, es decir, centrada en recibir, interpretar y absorber las historias de los pacientes y actuar movidos por ellas”*². Por tanto, el objetivo sería la comprensión del paciente en su conjunto, de la dimensión psicológica y la experiencia que rodean al enfermo, empleando la destreza narrativa para ampliar el entendimiento de la propia enfermedad física. Busca indagar en *“la experiencia de sufrir X enfermedad”* en lugar de simplemente *“el conocimiento sobre X enfermedad”*, pues el dolor humano representa una realidad mucho más amplia que el mero sufrimiento físico. Supone la capacidad de interiorizar, interpretar y responder a los relatos, promoviendo por tanto la empatía, la reflexión y el compromiso profesional: ir más allá de la tecnicidad, centrándose en la importancia de una buena relación clínica entre paciente y profesional.

Esta utiliza conocimientos y habilidades que adquirimos de otras ramas humanitarias (literatura, filosofía, antropología, sociología y otras) para perfeccionar nuestra labor profesional. Por tanto, desafía lo establecido al considerar indispensable tanto lo subjetivo como lo objetivo, complementando sin restar valor a la medicina basada en la evidencia.

² Para una ampliación del concepto de Medicina Narrativa, puede visitarse las páginas web “Medicina Narrativa en español” o “EUNAMES: European Narrative Medicine Society”

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un trabajo de Medicina Narrativa que pueda tener aplicación en el ámbito de la medicina del dolor.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comprender la ruptura biográfica y el profundo cambio que ocasiona el dolor crónico
2. Explicar el concepto de Medicina Narrativa, así como su utilidad en la formación del estudiante de medicina
3. Aplicar la Medicina Narrativa a través del método “*close reading*” en la obra “*La sombra del ciprés es alargada*” de Miguel Delibes
4. Emplear esta novela como ejemplo para explicar la terapia PHD
5. Proponer unas directrices de utilización de la obra comentada como método de consejo terapéutico en medicina del dolor

4. JUSTIFICACIÓN; ¿POR QUÉ UN TFG SOBRE MEDICINA NARRATIVA?

El acto médico por excelencia es la atención al paciente, un complejo proceso de diálogo en el que el enfermo relata al médico su padecer: las preguntas hipocráticas clásicas, básicas en la anamnesis como *¿qué le ocurre? ¿desde hace cuánto? ¿a qué lo atribuye?* son relatos con una estructura narrativa. Por ello, aunque el concepto de Medicina Narrativa en nuestro país todavía resulte ajeno, la esencia narrativa de la Medicina siempre ha estado presente. El acto médico es, sin duda, un acto narrativo: la medicina es narrativa. Citando al bioeticista J.L Mainetti “*Los seres humanos somos un género literario y una especie narrativa (Homo narrator)*” ⁽¹⁰⁾.

Por lo tanto, la idea de aunar las competencias narrativas con la práctica profesional de la Medicina parece esencial, más aún cuando ahora, en la era de la tecnología, la digitalización y la necesidad imperiosa de inmediatez amenazan este intercambio de historias; la Medicina Narrativa ensalza la importancia de la rehumanización de la relación médico paciente y pone el foco en las historias de los pacientes, en la vivencia de la enfermedad. Los médicos y los estudiantes necesitamos, hoy más que nunca, conocer la “anatomía de la historia de un paciente tanto como la anatomía del cuerpo humano”, lo que Ortega y Gasset entendía como la “*tectónica de la persona*” ⁽¹¹⁾.

Así pues, creemos que la Medicina Narrativa merece un papel en nuestra medicina. A pesar del enorme desarrollo que esta disciplina ha tenido desde su creación, siendo ya una realidad en distintas partes del mundo, con inclusión curricular en gran cantidad de universidades de EE.UU, y habiendo dado el salto a universidades de Europa (Italia, Dinamarca y otros países), en España continúa siendo un concepto novedoso. En la base TESEO de tesis doctorales en nuestro país, hasta el año 2024 sólo existen dos relacionadas con el tema. La primera, elaborada por Lovecchio (12) en 2009 sobre la relación entre la ética y la Medicina Narrativa desde una perspectiva filosófica. La segunda, escrita por Marrero Díaz en 2017 (13) acerca del impacto de la formación en Medicina Narrativa en Medicina.

Por todo ello, consideramos que la elección y desarrollo de este tema como Trabajo de Fin de Grado es una gran oportunidad de dar a conocer esta disciplina, y la proponemos como herramienta terapéutica en patologías en las que la subjetividad y la biografía del paciente juegan un papel esencial, como es el caso del dolor crónico.

5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1 HERMENÉUTICA MÉDICA Y FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

La medicina, entendida como el arte de curar y cuidar, tiene una esencia narrativa innegable: el médico, dotado de un saber práctico científico-técnico, escucha las dolencias, el relato del padecer del paciente, embebido en un contexto personal familiar, social y cultural, intentando reestablecer la salud perdida. Así, podríamos afirmar que la estructura narrativa de la vida humana está en el centro de la práctica médica, que no es otro que la relación médico – enfermo. Lain Entralgo ⁽¹⁴⁾ comenta al respecto

“¿puede ser satisfactoria una medicina que programáticamente desconoce la índole personal de la realidad sobre que actúa? Tanto los enfermos como los médicos de este siglo -algunos sin saberlo ni pretenderlo- han dado una rotunda negativa a esta interrogación. Ya que el paciente es hombre y el hombre es persona, la relación entre él y el médico debe ser, en principio, interpersonal”

Sin embargo, con la llegada de la Medicina moderna, la importancia que ocupa la experiencia del enfermo sufre un proceso de declive, supeditada a la objetivación de las sensaciones subjetivas.

El inicio de la Medicina moderna se ve intrínsecamente ligado al legado de Claude Bernard y el contexto intelectual del positivismo francés del siglo XIX ⁽¹⁵⁾. Bernard, a través de su enfoque científico riguroso y experimental, revolucionó la comprensión del cuerpo humano y sentó las bases de la fisiología moderna. Inspirado por los principios

del positivismo, que abogaban por el conocimiento basado en la observación empírica y el método científico, Bernard abordó la medicina desde una perspectiva objetiva y sistemática. Sus investigaciones llevaron a un enfoque más científico y preciso, marcando así el inicio de una era de medicina basada en evidencia y experimentación ⁽¹⁶⁾.

En medio de esta tendencia hacia la tecnificación, vuelve a ponerse en el punto de mira la necesidad de rehumanizar la alianza terapéutica y surge la Bioética. El giro de la Bioética hacia una fundamentación de carácter hermenéutico y narrativo inicia con autores claves en esta corriente como, Paul Ricoeur o Hans-Georg Gadamer. La *hermenéutica* sería la rama de la filosofía basada en “el arte de explicar, traducir o interpretar”, considerando el lenguaje el elemento universal en el que están insertos el ser y la comprensión.

El filósofo y antropólogo P. Ricoeur habla de la vida como “un relato en busca de narrador” ⁽¹⁸⁾. Una de las líneas principales de su filosofía hermenéutica han sido el análisis y la importancia del relato. El ser humano tiene una estructura narrativa, hasta el punto de que una vida que no puede ser narrada es una vida carente de sentido. Sin interpretación, la vida se convierte en un mero acontecimiento biológico. Es la narración vital lo que convierte cada vida en singular, única e irrepetible. Por tanto, nuestra construcción como personas viene dada a través de la capacidad narrativa, de ser actores de nuestras propias historias. Sin embargo, esta creación de identidad narrativa implica la interacción con los demás, las historias compartidas, el nexo ⁽¹⁹⁾.

A su vez, Gadamer, además ser uno de los padres de la hermenéutica moderna, fue un visionario en cuanto a la unión entre hermenéutica y medicina en su libro *“El estado oculto de la salud”*, en el que propone entender la curación como un proceso que constituye una gran conversación con la finalidad de recuperar la salud perdida ⁽²⁰⁾.

En nuestro país, al hablar de Bioética, es fundamental nombrar a Diego Gracia con su *“bioética de la deliberación”* ⁽¹⁷⁾, una propuesta de deliberación narrativa para la toma de decisiones ante dilemas morales, así como de método de conocimiento y actitud ética para alcanzar, mediante el diálogo deliberativo, un consenso, sentando la base de una bioética desde el enfoque narrativo.

De la mano de este desarrollo de la bioética, la filosofía irrumpe en la Medicina a partir de los años 70. No obstante, la filosofía de la medicina no sólo se limita al campo de la bioética, sino a la ontología, la epistemología, la estética o la fenomenología ⁽²¹⁾. En el marco de la filosofía de la medicina o *“iatrofilosofía”* encontramos una vertiente teórica

y una práctica. Dentro de esta última se incluyen dos subtipos, una iatrofilosofía práctica bioética y iatrofilosofía práctica clínica.

5.1.1 IATROFILOSOFÍA PRÁCTICA BIOÉTICA

En relación a la primera, la ética narrativa constituye un modelo bioético relativamente reciente, con origen en países de habla inglesa (en un inicio EEUU, y más tarde Inglaterra, Irlanda...), llegando a Europa a finales de los 90. La “*narrative ethic*” nace en respuesta a una práctica médica cada vez más impersonal y automatizada y difunde la idea de que, si dentro de la relación clínica, se introduce un espacio para la expresión, el enfermo puede reestablecer su identidad, quebrada por el padecimiento de la enfermedad: dejar de sentirse un objeto de la atención médica y volver a colocar su dolencia dentro de las vivencias existenciales de su propia vida, ayudándole a aceptarla e integrarla. La introducción de esta metodología narrativa en la medicina reconoce que existe una forma narrativa en la existencia humana incluso en este ámbito, entendido clásicamente como exclusivo de ciencia y tecnología.

En cuanto a referentes en bioética narrativa en nuestro país, Tomás Domingo Moratalla y Lydia Feito hablan en *Bioética Narrativa* ⁽²²⁾ y *Bioética Narrativa aplicada* ⁽²³⁾ sobre la posibilidad de utilizar los relatos como método de conocimiento; estos suponen una fuente privilegiada de información incomparable a otras, pues implica experiencia y vivencias y asume lo emocional y lo afectivo siendo en definitiva la manera más acertada de acercarse al dinamismo y complejidad de la vida.

5.1.2 IATROFILOSOFÍA PRÁCTICA CLÍNICA: TERAPIA PHD

En segundo lugar, la iatrofilosofía práctica clínica incluiría las técnicas de psicoterapia integradora de tercera generación. Un ejemplo de aplicación de la iatrofilosofía clínica sería la psicoterapia Fenomenológico Hermenéutico Dinámica (PHD) desarrollada por Giovanni Stanghelini ⁽²⁴⁾, modelo que utilizaremos en la parte final de este trabajo.

Esta terapia se fundamenta en la idea de que “ser humano” implica el diálogo, tanto con uno mismo como con los demás; por tanto, la patología mental supondría una interrupción de este diálogo. Desde un punto de vista práctico, en la psicoterapia PHD encontramos tres momentos clave ⁽²¹⁾:

El primero (P) es el despliegue fenomenológico, que tiene por objeto el conocimiento sistemático de los fenómenos anormales que afectan al paciente. En el segundo momento, denominado análisis hermenéutico (H), se dilucida la manera en la que la persona construye sentido para sus experiencias. De ello deriva una articulación dialéctica entre la persona y sus experiencias anormales, una actitud que estructura su

visión del mundo. La tercera y última fase es el análisis dinámico (D). En ella el sujeto reelabora la narrativa mediante la que la persona se relaciona con la alteridad, narrativa que se rompió en alguna situación límite de extrema vulnerabilidad existencial. En la parte final del trabajo desarrollaremos cómo se estructura esta forma de psicoterapia.

6. MÉTODO

6.1 ORIGENES DE LA MEDICINA NARRATIVA

En 2001, la doctora Rita Charon popularizó el término Medicina Narrativa para referirse a un programa educativo llevado a cabo por ella misma en la facultad de Medicina de Columbia; el objetivo de este fue enseñar a los alumnos habilidades narrativas a través de disciplinas humanísticas, principalmente la literatura.

La Medicina Narrativa aúna aspectos del conocido modelo biopsicosocial y de la medicina centrada en el paciente. El ya mencionado modelo biopsicosocial de Engel ⁽²⁶⁾ es una “filosofía de la atención clínica”, un modelo médico holístico en contraposición al biomédico reinante a mediados del siglo XX. Engel postuló que la salud es una combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, y no puramente biológicos. Propone un modelo de causalidad circular (en lugar del clásico causa-efecto), donde varios factores se influyen mutuamente dando lugar a una situación clínica concreta. De esta idea nace la Medicina centrada en el paciente introducido por Balint ⁽²⁷⁾, proponiendo que la realidad del paciente se interprete a través del diálogo, que nos ofrecerá una narrativa, una historia que será necesario comprender si queremos entender su enfermedad, averiguando cuáles son sus creencias y expectativas, y haciéndolo participe en el proceso de toma de decisiones respecto a su salud.

En este contexto, es imprescindible señalar la importancia del psiquiatra Arthur Kleinmann, el cual propuso un modelo y una tipología a la que Vargas denomina como “tríada médica” ⁽²¹⁾ para distinguir la patología (*disease*) característica de la perspectiva biomédica, el dolencia (*illness*) que implica la perspectiva del paciente, y la enfermedad (*sickness*) que tiene raíces socioculturales y se expresa de manera colectiva en un contexto específico ⁽²⁸⁾. Para Kleinmann, la clave sería aunar la experiencia del paciente (*illness narrative*) con el relato del profesional, pues es quien posee el conocimiento científico sobre la enfermedad.

6.2 CONCEPTO ACTUAL DE LA MEDICINA NARRATIVA

El papel de la Medicina Narrativa, según Urday-Fernández y Cuba-Fuentes ⁽²⁹⁾ se agruparía en cuatro apartados:

Proceso diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">– Permite explorar la forma en que los pacientes experimentan la salud y la enfermedad.– Fomenta la empatía y promueve el entendimiento entre clínico y paciente– Permite la construcción del significado de la experiencia
Proceso terapéutico	<ul style="list-style-type: none">– Fomenta un enfoque holístico– Puede sugerir o precipitar opciones terapéuticas adicionales– Efecto intrínsecamente terapéutico
Educación del paciente y profesionales	<ul style="list-style-type: none">– Se basan en experiencias de la vida real– Experiencias a menudo memorables– Conduce a la reflexión
Investigación	<ul style="list-style-type: none">– Desafía los conocimientos adquiridos– Favorece una agenda centrada en el paciente– Genera nuevas hipótesis

Tabla 2. El papel de la Medicina Narrativa tomada de Urday- Fernández: Urday-Fernández D, Cuba-Fuentes M. Medicina narrativa. An Fac med. 2019;80(1):109-13 DOI: 10.15381/anales.v80i1.15880

Para profundizar en el significado de la Medicina Narrativa, es indispensable mencionar a varios autores, entre ellos, Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, John Launer y Rita Charon.

Para Greenhalgh y Hurwitz, enfermar y, recuperarse o empeorar, son narrativas, capítulos, dentro de una historia más amplia: la vida del paciente. Estas narrativas nos ofrecen una ventana a la que asomarnos para comprender al paciente en su totalidad; nos ayudan a explorar aspectos fundamentales del ser como el sufrimiento, la desesperanza y el dolor que acompañan a la enfermedad ⁽³⁰⁾.

John Launer se centra en el poder del lenguaje: la conversación se convierte en nuestra arma más poderosa, invitando al cambio, y dando especial importancia a la entrevista motivacional. Para Launer, tenemos que “*considerar la realidad como un tapiz de lenguaje que se teje continuamente... construimos nuestra visión de la realidad contando historias*” ⁽³¹⁾. Identificó siete habilidades básicas que deben regir nuestro

acercamiento al paciente: Conversación, Curiosidad, Complejidad, Desafío (Challenge), Precaución (Caution), Contexto y Cuidado.

Por último, Rita Charon plantea la idea de que, sin ser conscientes de que la enfermedad lo cambia todo en la vida del paciente, seremos incapaces de comprenderla por completo, y es que no hay que olvidar que “quien posee la enfermedad posee a su vez una fuente infinita de generosa información”. Establece cuatro dimensiones básicas que forman parte de la experiencia del paciente y que debemos explorar: el miedo a la muerte, el contexto de la enfermedad, la creencia sobre su causalidad y los sentimientos de vergüenza, culpa y miedo. La autora compara al enfermo con un texto literario: algunos son fáciles de entender, llegamos y conectamos con ellas rápido. Sin embargo, otras requieren más tiempo y atención. Tras el encuentro con un paciente, se invita a la reflexión posterior sobre nuestro papel y sobre la interacción, favoreciendo también la introspección y por ende el crecimiento personal del médico⁽³²⁾.

6.3 REVISIÓN DE LA LITERATURA EXISTENTE SOBRE MEDICINA NARRATIVA

En cuanto a una práctica médica con técnicas basadas en la narrativa, recientemente se han realizado varias revisiones sistemáticas para analizar el impacto de su aplicación, algunas de las cuales hemos resumido en la Tabla 3.³

³ Sin afán de exhaustividad, y sin que sea una revisión sistemática, que no es objeto de este trabajo, en la Tabla 3 se da cuenta de algunos artículos que a nuestro criterio resultan especialmente relevantes.

Título de la revisión	Autores	Diseño del estudio	Año	Resumen de las conclusiones
Content and outcomes of narrative medicine programmes: a systematic review of the literature through 2019 (37)	Remein CD, Childs E, Pasco JC, Trinquart L, Flynn DB, Wingerter SL	Revisión sistemática: 5 publicaciones	2020	Mejora en competencias narrativas, comunicación y empatía. Fomento de la reflexión sobre la identidad profesional, así como del trabajo en equipo. Aumento en la capacidad de detectar y mitigar el agotamiento entre los profesionales, proponiéndolo como posible herramienta para la disminución de la depresión y las tasas de suicidio entre los médicos.
Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review (36)	M M Milota, GJM van Thiel, JJM van Delden	Revisión sistemática: 36 publicaciones	2019	La MN puede dar resultados positivos al obtener una visión más integradora y holística de los pacientes y una mayor capacidad de autorreflexión. Definió la MN como una herramienta pedagógica efectiva, con una estructura y metodología replicable.
Is there a need for Narrative Medicine in medical education? A literature review (35)	Wieżel I, Horodeńska M, Domańska-Glonek E, Torres K.	Revisión sistemática: 31 publicaciones	2017	Potencial beneficio en las habilidades de los estudiantes en las universidades en las que se forma en MN, entre ellas en las relaciones sociales e interpersonales además de una mejora en la capacidad reflexiva y empática.
Can narrative medicine contribute to the delivery of compassionate care? A review of the literatura (34)	S Barber, C.J Moreno-Leguizamon	Revisión sistemática: 9 publicaciones	2017	Acerca de la existencia de evidencia sobre si la MN resulta en una atención más compasiva, concluyendo en que aumenta la comunicación entre el médico y el paciente, el crecimiento personal y la autorreflexión.
A guiding framework to maximise the power of the arts in medical education: a systematic review and metasynthesis (33)	Haidet P, Jarecke J, Adams N	Revisión sistemática: 17 estudios	2016	Mejora en habilidades comunicativas, razonamiento ético, empatía y observación en los estudiantes que participaron en dicho programa.

6.4 COMPETENCIAS NARRATIVAS

Rita Charon sentó las bases de la Medicina Narrativa en su libro *“Honoring the Stories of Sickness”* ⁽⁹⁾, explicando varios métodos de aprendizaje en habilidades narrativas.

En primer lugar se propone el entrenamiento en escritura reflexiva. Shapiro, Kasman y Shafer ⁽³⁸⁾ publicaron un modelo teórico sobre el impacto de la escritura reflexiva en medicina, concluyendo en que esta ofrece una serie de resultados pedagógicos que incluyen desarrollo personal y profesional, aumento del bienestar y calidad de vida y mejora de las habilidades de cuidado. Para Charon, este proceso de escritura es sinónimo de reflexión; escribir es la manera de dar forma, de plasmar lo que hemos percibido con el paciente, haciendo que afloren pensamientos de los que previamente no habíamos sido conscientes, e intentar darles un sentido.

En segundo lugar, el *“parallel chart”*. Consiste en que, después de las consultas, los alumnos escriban historias en formato narrativo. Se basa en intentar plasmar sentimientos, emociones, que no tienen cabida en una historia clínica formal. Charon, en el libro mencionado ⁽⁸⁾, explica las instrucciones que da a sus alumnos al empezar esta tarea:

“Todos los días, escribe en las historias del hospital sobre cada uno de tus pacientes (...) Si tu paciente muere de cáncer de próstata y te recuerda a tu abuelo, que murió de esa enfermedad el verano pasado, y cada vez que entras en la habitación del paciente le recuerdas, no puedes escribirlo en la historia clínica del hospital; y, sin embargo, tiene que poder escribirse en algún sitio. Escríbelo en la historia paralela.” ⁴

Por último, considerada la más importante por la autora, el *‘close reading’* o lectura atenta. El objetivo es profundizar en los textos leídos, animándose a preguntas cada vez; no se busca entrenar lectores ávidos, sino buenos escuchantes, capaces de obtener matices, saber leer entre líneas, exprimir al máximo cada texto para que, en una entrevista clínica, seamos capaces de escuchar atentamente a los pacientes y actuar en consecuencia. Charon comenta que el objetivo de esta técnica no es enseñar a los profesionales de la salud acerca de las complejidades de la teoría literaria, sino dotarles

⁴ FUENTE: Traducción propia del inglés del libro *“Honoring the Stories of Sickness”*: página 155. El *parallel chart* puede ser una solución a la pérdida de competencias narrativas por los profesionales médicos a causa de la inclusión herramientas como la historia clínica electrónica, la inteligencia artificial o la telemedicina.

de las habilidades necesarias para abrir las historias de sus pacientes a una comprensión detallada.

Así mismo explica metafóricamente que el lector, al entrar en un texto, tiene numerosas tareas pendientes. Una de ellas es buscar el “lector implícito” más fructífero para cada texto, seleccionando entre los innumerables lectores posibles el más prometedor para esa historia, novela o poema. Un lector puede adoptar cualquier enfoque interpretativo de un texto, del mismo modo que un clínico puede movilizar cualquier acto terapéutico con un paciente. El lector o el clínico experto aprenden a elegir un intérprete que «se adapte» al texto o al paciente en cuestión; por ejemplo, algunos textos necesitan un lector indulgente en lugar de uno escéptico, y algunos pacientes necesitan un médico autoritario en lugar de uno asertivo. Desarrollar la habilidad como lector o clínico implica saber cuál de los innumerables registros personales debe utilizar en cada situación ⁽⁹⁾.

En este sentido, *The Lancet* publicó un artículo ⁽³⁹⁾ sobre cómo los profesionales de la medicina podían beneficiarse de leer ficción ⁵

“Hay algo en la práctica de la lectura... que obliga a uno a escuchar a la gente... con una mayor capacidad de aceptar la ambigüedad y la incertidumbre... La lectura reflexiva ayuda a desarrollar la observación, el análisis y la reflexión, habilidades fundamentales para brindar una buena atención médica. Las historias ofrecen oportunidades para el evadirse, pero también sirven para reflexionar sobre ética, y preparar a los lectores para giros inesperados en la trama”.

A modo de ejemplo sobre cómo llevar la MN a la consulta, Rita Charon explica en su primer libro cómo es su proceder:

“Al empezar la entrevista, comienzo con un “Buenos días, seré tu doctor. Cuéntame todo lo que crees que necesito saber sobre tu cuerpo, tu salud y tu vida”. Cuando empiezas a hacer esto y dejas que el paciente simplemente responda, y dejas de escribir continuamente en tu ordenador listas interminables de síntomas, te das cuenta de que el paciente no sólo es capaz, si no que está deseando, contar detalladamente su historia. De esta forma podemos entender que la Medicina, y más allá de ella, la propia vida, se rige a través del contacto, de la comunicación. Esta manera de trabajar no sólo establece una relación fuerte y duradera entre el médico y el paciente, si no que ofrece datos útiles para el diagnóstico y tratamiento que, de un modus más tradicional, se habrían escapado”. ⁶

⁵ FUENTE: Traducción propia de *The Lancet: Literature and medicine: why do we care?*

⁶ FUENTE: Traducción propia del inglés del libro “*Honoring the Stories of Sickness*”: página 177.

6.5 APLICACIÓN DEL MÉTODO DE MEDICINA NARRATIVA ‘LECTURA ATENTA’ EN EL PRESENTE ESTUDIO

En esta última parte de nuestro TFG pasaremos a mostrar un ejemplo de la aplicación de herramientas narrativas a la práctica médica. Para ello, nos basaremos en la técnica del “*close reading*” o “lectura atenta” comentada en el anterior apartado.

Para ello, usaremos “*La sombra del ciprés es alargada*” de Miguel Delibes (40). En respuesta a por qué la elección de esta novela, utilizaremos una frase de Ramón García, biógrafo y amigo personal del autor: “*un hombre, Miguel Delibes; un paisaje, Castilla; y una pasión, narrar*”⁽⁴¹⁾. Como estudiante de la Universidad de Medicina de Valladolid, y habiéndome criado en esta ciudad, vimos una oportunidad perfecta para rendirle homenaje en un Trabajo de Fin de Grado que ensalza la importancia de la narrativa. La obra elegida, marcada por un aire de estoicismo, la idea de la omnipresencia de la muerte, su influjo sobre las decisiones de los hombres y cómo afrontar la pérdida, hacen de ella la base idónea para nuestro estudio de Medicina Narrativa.

Así pues, a través de la lectura atenta de esta obra, intentaremos mostrar cómo la lectura de determinados textos puede ayudarnos en nuestra vida profesional; en este caso, utilizaremos el desarrollo del personaje principal de la novela como ejemplo para explicar las tres partes de la terapia PHD comentada al inicio. Al igual que la Medicina Narrativa, esta forma de psicoterapia también tiene su fundamentación teórica en la importancia del diálogo y la apertura a los demás como herramienta terapéutica, resultando oportuna para ser aplicada en nuestro trabajo.

7. RESULTADOS: APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA MEDICINA NARRATIVA A LA OBRA DE MIGUEL DELIBES

7.1 “LA SOMBRA DEL CIPRÉS ES ALARGADA”: ARGUMENTO DE LA OBRA

Pedro, un niño huérfano que conserva de sus padres poco más que el recuerdo de sus nombres, es enviado por su tío a la ciudad de Ávila, a la casa de Don Mateo Lesmes, un maestro al que se encarga su formación académica, en medio de un ambiente dominado por la falta de cariño y la rigidez, donde la idea que se repite es la “teoría del desasimiento”: para lograr la felicidad, es necesario evitar las emociones y las relaciones de afecto, y cultivar el “desapego”: “*en la vida es mejor no ganar ni poseer nada, para luego no sufrir por su pérdida*”.

Más adelante llegará a esta casa un nuevo pupilo, Alfredo, con el que va a poder compartir juegos y sueños infantiles y alejarse por momentos del ambiente frío y rígido en el que se encuentran, lo que supondrá un respiro para Pedro. Sin embargo, esta fase

será breve, pues Alfredo enferma de tuberculosis y fallece, lo que hunde a Pedro en la tristeza y en la situación de finalizar su preparación académica en soledad y en medio de pensamientos sobre la vida y el futuro, planteándose cuestiones como el sentido de la vida, lo inexorable de la muerte, o la relevancia del amor y de la amistad. Y es en esta situación, cuando en una visita al cementerio, cobra conciencia de que “la sombra del ciprés es alargada” y de que divide lo que toca en dos mitades.

Una vez finaliza sus estudios universitarios, Pedro, un chico de interior, ingresa en la marina mercante en busca de la libertad y, sobre todo, del alejamiento de relaciones humanas que le ofrece el mar, aunque en un viaje a Norteamérica, va a conocer a Jane, de la que se enamorará. Siguiendo su teoría sobre el desapego, intenta evitar este nuevo sentimiento, pero finalmente, deja de lado su filosofía, para volver con Jane, con la que termina casándose. Aquí será importante el encuentro en Bilbao con Martina, la hija de su maestro, que le descubre los fallos de la filosofía de vida de Don Mateo, y los consejos de amigos, sobre todo de Doña Sole y su teoría sobre la ley del contraste y el equilibrio, que rige el mundo.

Así, Pedro decide casarse con Jane e iniciar una vida juntos en Santander, pero la ilusión de esos días finaliza con una nueva desgracia, cuando Jane, embarazada, fallece ahogada en un accidente, al precipitarse su coche al mar, desde el muelle del puerto en el que también se encontraba Pedro, que ve todo desde la cubierta de su barco. Pese a lo trágico de esta pérdida, Pedro afronta la situación como un hombre nuevo y asume el dolor como parte integrante de la vida. Así, regresa a Ávila y en una visita a la tumba de su amigo Alfredo, introduce el anillo de Jane por una rendija. En ese momento dice experimentar una extraña sensación *“Ahora ya estaban eslabonados, atados, mis afectos...”*, de forma que *“Cuando una hora más tarde abandonaba el cementerio me invadió una sensación desusada de relajada placidez. Se me hacía que ya había encontrado la razón suprema de mi pervivencia en el mundo. Ya no me encontraba solo. Detrás dejaba buen recaudo mis afectos. [...] Del otro lado de la muralla permanecían Martina, doña Gregoria y el señor Lesmes. Y por encima aún me quedaba Dios.”*

7.2 TERAPIA PHD

En esta parte, utilizaremos la obra de Miguel Delibes *“La sombra del ciprés es alargada”* como enlace para explicar las tres etapas propias de la psicoterapia PHD comentada al inicio del trabajo ⁽²⁴⁾: fenomenología, análisis hermenéutico y análisis dinámico.

7.2.1 P: PHENOMENOLOGY

En el despliegue fenomenológico se trata de delimitar algunas de las principales metáforas del relato. Aquí, siguiendo a Vargas (21), tomaremos la metáfora del nudo personal. El personaje principal, Pedro, desde muy temprana edad vive difíciles situaciones que acabarán por conformar su carácter, los llamados “nudos personales”, entre los que destacamos dos hechos principales:

En primer lugar, la orfandad. Pedro, a raíz de la ausencia de sus padres (la cual no llegamos a saber si es por abandono del menor o por fallecimiento de los progenitores) acaba viviendo con su tío Félix, el cual decide relegar su tutela a Don Mateo, quien pasará a encargarse de su educación y manutención. Este sentimiento de desamparo y soledad a raíz de la ausencia de sus padres y el abandono por parte de su tío, la única persona en el mundo con la que se siente vinculado se ve plasmado en las citas 1-5.⁷

El segundo hecho que marca la vida de Pedro es la muerte a temprana edad de su único y mejor amigo, Alfredo, comentado en las citas 6-11.

7.2.2 H: HERMENEUTIC

Análisis hermenéutico. Descripción de la red semántica en la que los nodos descritos en la dimensión del padecimiento se relacionan entre sí, con las patologías y con la dimensión de enfermo.

Los hechos comentados guiarán el desarrollo argumental de la novela: la idea de que el tiempo puede obligarle a desprenderse de sus seres queridos atormenta al protagonista que decide adoptar entonces la “*teoría del desasimiento*” inculcada por su maestro: para ser feliz, debemos evitar cualquier lazo que nos una a algo perecedero, a fin de evitar el sufrimiento que conlleva su pérdida. Conformarse con poco es la manera en la que logramos no sufrir con lo no conseguido ni con lo perdido. Por tanto, mantener una actitud distante y fría con el mundo es la forma en la que Pedro intenta superar sus nudos personales. Este proceso se ve reflejado en las citas 13-17.

7.2.3 D: DINAMIC

Análisis dinámico. Resignificar el problema de salud de manera más saludable, haciendo un uso prudente de la concordia terapéutica.

El momento en el que Pedro comprende por primera vez los fallos de su instaurada teoría del desasimiento comienza con su inesperado reencuentro con Martina, la hija de

⁷ Las citas a las que nos referiremos en este apartado se encuentran reflejadas en el anexo 1.

su tutor (esta, sintiéndose emocionalmente abandonada, decide marcharse de su hogar; así pues, la marcada ausencia de afecto en su niñez hace que, ahora de adulta, sea incapaz de reconocer el verdadero amor del falso). Tras el reencuentro con Martina, Pedro comienza a reestructurar su pensamiento de manera distinta; ya no se niega a recordar su pasado, aunque esto le resulte doloroso. Este proceso se ve reflejado en las citas 18-19.

El segundo hecho, y la clave que hace a Pedro escapar del letargo emocional que impone el desasimio es una conversación con doña Sole (familiar de uno de sus compañeros de navegación), enmarcada en la cita 20. Este diálogo es el inicio de una nueva manera más sana de enfrentarse a las adversidades inevitables de la vida, la *“ley del contraste”*: la vida es un constante equilibrio entre situaciones buenas y malas, encontrándose la virtud en apreciar las primeras sintiéndote privilegiado de experimentarlas, y aceptar las segundas tratando de restarles importancia.

Pedro, al fin, cae en la cuenta de que el verdadero error en la vida no es dejarse influir por la vida, sino oponerse a ella. Una vez comprendido esto, y habiendo empezado a cimentar una vida con su esposa Jane, la trágica muerte de esta es la demostración final del cambio de mentalidad de Pedro, una resignificación de sus problemas, plasmada en la cita 21. La muerte de su esposa ya no supone el desequilibrio vital que supuso la muerte de su amigo Alfredo, pasando a comprender la pérdida como una parte más de la vida, a las que debemos intentar sobreponernos si queremos seguir avanzando.

8. DISCUSIÓN

- Comprender la ruptura biográfica y el profundo cambio que ocasiona el dolor crónico

En la introducción comentábamos cómo el dolor crónico supone una pérdida de función, bienestar y calidad de vida, siendo necesaria una reestructuración y adaptación a una nueva forma de vivir. Es una patología multidimensional, que requiere un enfoque que tenga en cuenta la dimensión subjetiva de la enfermedad, pues la simple explicación fisiológica, en el dolor crónico, acaba resultando limitada. Por ello, proponemos en su atención una disciplina que pone el foco en la vivencia personal de cada enfermo, en su biografía: la Medicina Narrativa.

- Explicar el concepto de Medicina Narrativa, así como su utilidad en la formación del estudiante de medicina

Como hemos comentado al inicio de este trabajo, la Medicina Narrativa es una herramienta para la atención poco conocida en España por lo que, aunque se tratara de

una elección un tanto arriesgada en ciertos aspectos, decidimos desarrollar una disciplina que complementara mi formación como médico en esta parte menos trabajada a lo largo de la carrera. La finalidad de la Medicina Narrativa es comprender, interpretar y responder a los relatos, promoviendo por tanto la empatía, la reflexión, el compromiso profesional y el establecimiento de una relación de confianza con el paciente; ir más allá de la tecnicidad, centrándose en la importancia de una buena relación clínica entre paciente y profesional, y en comprender que la toma de decisiones individual depende del contexto de cada persona. Para ello, utiliza competencias narrativas que obtiene de otras ramas como la filosofía o la literatura.

En relación a *¿qué puede aportar la Medicina Narrativa a la formación del alumno pregrado?*, recordar que todos los profesionales de la medicina, aun dedicándose a ámbitos radicalmente distintos, tienen algo en común que va implícito en nuestra profesión: la narración, el diálogo. La anamnesis, la historia clínica o el momento de comunicar al paciente un diagnóstico o tratamiento, todo ello pasa por escuchar o contar una *“historia”*. Teniendo esta idea presente, parece indudable la importancia de formar a los nuevos médicos en competencias narrativas. Retomando la Tabla 3, donde se resumen las conclusiones de varias revisiones sistemáticas realizadas en relación a los beneficios de la aplicación de la Medicina Narrativa, destacamos por su importancia: la mejora en competencias narrativas, comunicación y empatía, una visión más integradora y holística de la realidad de los pacientes, fomento de las habilidades interpersonales y una atención más compasiva.

- Aplicar la Medicina Narrativa a través del método *“close reading”* en la obra *“La sombra del ciprés es alargada”* de Miguel Delibes y emplear esta novela como ejemplo para explicar la terapia PHD

Basándonos en el método *“close reading”* o *“lectura atenta”* propuesto por Rita Charon en *“Honoring the Stories of Sickness”*, fuimos detenidamente analizando la novela elegida, *“La sombra del ciprés es alargada”* de Miguel Delibes. Así, fuimos seleccionando razonadamente las citas más representativas para utilizarlas como ejemplo de cómo se llevaría a cabo la terapia PHD de Giovanni Stanghelini, además de su utilidad en la reflexión sobre el afrontamiento de la pérdida, el duelo y el sentido vital.

Una vez obtenidas las citas, fuimos estructurándolas en las diferentes etapas de la terapia PHD: despliegue fenomenológico, hermenéutica y análisis dinámico. Proponemos por tanto utilizar la novela seleccionada, junto al análisis realizado, para entender la psicoterapia fenomenológica-hermenéutica.

- Proponer unas directrices de utilización de la obra comentada como método de consejo terapéutico en medicina del dolor

En relación a la utilidad de *“La sombra del ciprés es alargada”* en el ámbito del dolor crónico, la clave radica en la disyuntiva entre decidir o no adoptar la *“teoría del desasimiento”* como forma de afrontar la enfermedad. El protagonista, Pedro, encuentra al inicio en esta actitud estoica del desasimiento una guía para sobreponerse a sus *“nudos personales”*. Existen varios puntos que enlazan el desasimiento con el estoicismo, como la *“dicotomía del control”* o la aceptación estoica e indiferencia. El estoicismo tenía como objetivo alcanzar la virtud, vinculada estrechamente a la tranquilidad, entendida como un estado psicológico representado por la ausencia de emociones negativas (42).

Sin embargo, Pedro acaba por adoptar una perspectiva distinta de la vida, entendiendo que dentro de esta existe un constante equilibrio entre la felicidad y la desdicha, entre la ganancia y la pérdida, la salud y la enfermedad: la *“ley del contraste”*. Al igual que el desasimiento se acerca a la corriente filosófica del estoicismo, la ley del contraste podría asociarse al epicureísmo (43): el objetivo de la vida humana es encontrar el placer y evitar el dolor, siempre de manera racional para evitar los excesos, causantes de sufrimiento en el futuro (es decir, tender al mencionado equilibrio). Además, aboga por no entender la muerte ni el destino mediante el miedo.

Por tanto, la lectura de esta obra puede servir como reflexión sobre cómo afrontar el duelo por la pérdida de la salud; podemos ser el Pedro de la primera parte de la novela, impasible y con un absoluto autocontrol sobre sus emociones, decididos a que nada nos afecte, o el Pedro de la segunda parte, que acepta la pérdida como una parte fundamental de la existencia:

“Me percaté entonces de que la alegría es un estado del alma y no una cualidad de las cosas. Que las cosas en sí mismas no son alegres ni tristes, sino que se limitan a reflejar el tono con que nosotros las envolvemos” (Delibes, 2011, p118)

9. CONCLUSIÓN

La medicina narrativa es un ámbito emergente en España, pero con ampliamente establecido de manera internacional. La formación en esta disciplina en las sucesivas etapas de nuestra educación como profesionales sanitarios desencadena un proceso de transformación que culmina con el aprendizaje e integración de habilidades y actitudes que acabarán repercutiendo positivamente en la relación médico-paciente, rehumanizando la medicina.

Pone el foco en las historias de los pacientes, su biografía y la dimensión subjetiva de la enfermedad, aspectos clave en procesos como el dolor crónico. Por ello, hemos propuesto a lo largo de este trabajo el campo de la Medicina Narrativa como nueva herramienta para abordar esta patología. Esta disciplina utiliza competencias narrativas que obtiene de ramas humanísticas, como las mencionadas “*escritura reflexiva*”, “*parallel chart*” o la utilizada en nuestro trabajo “*lectura atenta/close reading*”. Basándonos en esta técnica, hemos utilizado “*La sombra del ciprés es alargada*” como base para explicar la psicoterapia PHD que, al igual que la Medicina Narrativa, comprende el diálogo como método de curación. Además, hemos propuesto la lectura de esta novela como forma de consejo terapéutico en dolor crónico, reflexionando sobre el afrontamiento de la pérdida de salud siguiendo la línea de la elección entre la teoría del desasimio y la ley del contraste.

Por último, “*La sombra del ciprés es alargada*” encarna un profundo análisis en torno a la amistad, la soledad, la infancia o la muerte, temas tan humanos como médicos pues, terminando con una cita de Hipócrates, “*donde hay amor por la medicina, hay amor por la humanidad*”.

10. RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS UTILIZADOS

1. IASP Announces Revised Definition of Pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). [citado 22 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
2. Definitions of Chronic Pain Syndromes [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). [citado 22 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/definitions-of-chronic-pain-syndromes/>
3. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. 8 de abril de 1977;196(4286):129-36.
4. Dysvik E, Natvig GK, Furnes B. A narrative approach to explore grief experiences and treatment adherence in people with chronic pain after participation in a pain-management program: a 6-year follow-up study. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:751-9.
5. Jongen PJ, Ruimschotel RP, Museler-Kreijns Y, Dragstra T, Duyverman L, Valkenburg-Vissers J, et al. Improved health-related quality of life, participation, and autonomy in patients with treatment-resistant chronic pain after an intensive social cognitive intervention with the participation of support partners. *J Pain Res*. 1 de diciembre de 2017;10:2725-38.
6. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet Lond Engl*. 29 de mayo de 2021;397(10289):2098-110.
7. Vargas ML, Ortega E. Depresalgia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2023;30(3):151.
8. Jadhakhan F, Evans DW, Falla D. The role of post-trauma stress symptoms in the development of chronic musculoskeletal pain and disability: A systematic review. *Eur J Pain Lond Engl*. febrero de 2023;27(2):183-200.

9. Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. First issued as an Oxford University Press paperback. Oxford New York: Oxford University Press; 2008. 266 p.
10. Mainetti JL, Mainetti JA. Bioética narrativa. 2014.
11. Ortega y Gasset J. Vitalidad, alma y espíritu. Taurus; 1916. (Obras completas).
12. Lovecchio C. Ética y medicina narrativa: una perspectiva filosófica [Internet]. Universidad de Salamanca; 2009. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/76290>
13. Marrero Díaz MD. Impacto de la formación en Medicina Narrativa en Medicina. Revisión sistematizada de la literatura y estudio de intervención en médicos de familia [Internet]. Universidad de La Laguna; 2017. Disponible en: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/5898>
14. Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. 2003.
15. Laín Entralgo P. Historia de la medicina [Internet]. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes; 2014. Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcqj991>
16. Riera J. Historia, medicina y sociedad. Madrid: Ediciones Pirámide; 1985.
17. Gracia Guillén D. Fundamentos de bioética. 3a. ed. Madrid: Triacastela; 2008.
18. Ricoeur P. La vida : un relato en busca de narrador. enero de 2006 [citado 14 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/1316>
19. Ricoeur P. Time and narrative. 3. Chicago: Univ. of Chicago Pr; 1988. 355 p.
20. Gadamer HG, Machain N, Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Barcelona: Editorial Gedisa; 2001. 190 p. (Serie Cla De Ma).
21. Vargas-Aragón ML. La angustia de circunstancia: un modelo iatrofilosófico para la depresión. Estud Filos Univ Antioquia. forthcoming;
22. Moratalla TD, Grande LF. Bioética narrativa. 2020.
23. Moratalla TD, Grande LF. Bioética narrativa aplicada. 2020.
24. Stanghellini G. The PHD Method for Psychotherapy: Integrating Phenomenology, Hermeneutics, and Psychodynamics. Psychopathology. 30 de julio de 2019;52(2):75-84.
25. Stewart M, Brown JB, Weston WW, Freeman T, Ryan BL, McWilliam CL, et al. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method [Internet]. 4.ª ed. Boca Raton: CRC Press; 2024 [citado 14 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781003394679>
26. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. mayo de 1980;137(5):535-44.
27. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. J R Coll Gen Pract. mayo de 1969;17(82):269-76.
28. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books; 1989. 284 p.
29. Urdy-Fernández D, Cuba-Fuentes MS. Medicina narrativa. An Fac Med. 27 de marzo de 2019;80(1):109-13.

30. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: Why study narrative? *BMJ*. 2 de enero de 1999;318(7175):48-50.
31. Launer J. *Narrative-based practice in health and social care*. Second edition. Abingdon, Oxon New York, NY: Routledge; 2018.
32. Charon R. *Narrative Medicine: Attention, Representation, Affiliation*. *Narrative*. 1 de octubre de 2005;13:261-70.
33. Haidet P, Jarecke J, Adams N. A guiding framework to maximise the power of the arts in medical education: a systematic review and metanalysis - PubMed [Internet]. [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26896017/>
34. Sarah Barber, Carlos J Moreno-Leguizamon. Can narrative medicine education contribute to the delivery of compassionate care? A review of the literature. *Med Humanit*. 1 de septiembre de 2017;43(3):199.
35. Wieżel I, Horodeńska M, Domańska-Glonek E, Torres K. Is There a Need for Narrative Medicine in Medical Students' Education? A Literature Review. *Med Sci Educ*. septiembre de 2017;27(3):559-65.
36. Milota M. Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review - PubMed [Internet]. [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30983460/>
37. Remein CD, Childs E, Pasco JC, Trinquart L, Flynn DB, Wingerter SL, et al. Content and outcomes of narrative medicine programmes: a systematic review of the literature through 2019. *BMJ Open*. enero de 2020;10(1):e031568.
38. Shapiro J, Kasman D, Shafer A. Words and Wards: A Model of Reflective Writing and Its Uses in Medical Education. *J Med Humanit*. 7 de diciembre de 2006;27(4):231-44.
39. Lancet T. Literature and medicine: why do we care? *The Lancet*. 10 de enero de 2015;385(9963):90.
40. Delibes M. *La sombra del ciprés es alargada*. Barcelona: Destino; 2011.
41. NORTE E. El Norte de Castilla. 2014 [citado 15 de mayo de 2024]. Expertos en Delibes analizan su obra y su legado. Disponible en: <https://www.elnortedecastilla.es/20140407/cultura/expertos-delibes-analizan-obra-201404072147.html>
42. Connery A, Cavanna AE, Coleman R. Can Stoicism inspire stuttering intervention? The clinical usefulness of an ancient philosophy. *Int J Lang Commun Disord*. mayo de 2023;58(3):977-87.
43. Solberg CT, Gamlund E. The badness of death and priorities in health. *BMC Med Ethics*. 14 de abril de 2016;17:21.

ANEXO 1

Cita 1

“De mi primera niñez bien poco recuerdo. Casi puede decirse que comencé a vivir, a los diez años, en casa de don Mateo Lesmes, mi profesor.” (Delibes, 2011, p.13)⁸

Cita 2

“Antes de nada -me dijo mi tío al verse a solas conmigo-, para cuando lo necesites, sabe que tu padre se llamó Jaime y tu madre María. -(En toda mi vida tuve otra idea de mis padres. En adelante, siempre que sus nombres debían figurar en algún documento, lo hice constar así, añadiendo, entre paréntesis, «fallecido», aun cuando, en realidad, nadie me hubiera asegurado tal desenlace.)” (Delibes, 2011, p.14)

Cita 3

“... esas maravillosas dotes que mi tío Félix acababa de atribuirme un tanto arbitrariamente. Eran tan falsas unas y otras manifestaciones que, a pesar de mi corta edad, no dejé de ver que las de mi tío las patrocinaba su ferviente deseo de deshacerse de mí” (Delibes, 2011, p.17)

Cita 4

“Mi tío justificó su desapego hacia mi pobre humanidad alegando las muchas dificultades que le creaba su nuevo cargo de representante de no sé qué casa comercial” (Delibes, 2011, p.17)

Cita 5

“Cuando me apeé en la puerta de don Mateo me invadió una sensación de soledad como no la había sentido nunca. Me hacía el efecto de que nadie en el mundo daría un paso por afecto hacia mí. Yo era un estorbo que únicamente por dinero podía aceptarse” (Delibes, 2011, p.132)

Cita 6

“Venía esperando esto desde hacía tanto tiempo que estoy convencido de que ni un solo músculo de mi cuerpo se alteró. Percibí, uno a uno, aquellos leves indicios, suficientes para explicar lo sucedido. Apreté las mandíbulas y me

⁸ En todo este anexo, las citas a las que nos referiremos son obtenidas del libro “La sombra del ciprés es alargada. Delibes M. Barcelona: Destino; 2011”

encaminé a la habitación de Alfredo. Había luz en ella y llanto. Entré. Alfredo seguía sonriendo, pero sobre el embozo de la sábana había vuelto a surgir la terrible mancha roja. El señor Lesmes apoyaba su oído sobre el pecho de Alfredo. Al incorporarse dijo que «no» con la cabeza” (Delibes, 2011, p.135)

Cita 7

“La sensación de embotamiento que me ocupó en el momento crucial de desasirme de Alfredo se prolongó hasta el instante de enterrarle (...) Mantenía íntegra mi capacidad de comprensión, pero las consecuencias de mis percepciones no pasaban de la superficie de la piel, no trascendían a mi centro nervioso. Asistía como un espectador desapasionado a un espectáculo cualquiera. Veía, pero la visión no me dejaba la más mínima huella; me hacía cargo de todo sin que ese todo influyese para nada en mi vida interior, absolutamente nula, despegada y obtusa.” (Delibes, 2011, p.135)

Cita 8

“Empecé a percatarme de que iba acompañando a Alfredo en su último viaje, de que la caja estaba cerrada y que ya jamás volvería a verle. Me encontré inquieto, aturdido, débil... Me di cuenta de que mis temores se habían cumplido en un plazo relativamente corto. Sin embargo, la lucidez no había vuelto del todo a mi cerebro. Aún no calibraba debidamente las dimensiones de mi desgracia, no aquilataba en todo su alcance la magnitud de mi renuncia” ((Delibes, 2011, p.139)

Cita 9

“En tanto, Alfredo proseguía su camino callado hacia la tumba. Nada importaba él. Era menos que un grano de arena (...) Si su muerte siquiera hubiera sido violenta merecería el aplauso y el recuerdo de su acción, y tal vez una estatua en una apartada plaza pública si su facción lograba la hegemonía. Mas él había desaparecido en óbito, silenciosa, apagadamente y en la cama. Tal vez el mundo acabaría dándose cuenta algún día de que hay también héroes que mueren en la cama” (Delibes, 2011, p.139)

Cita 10

“Yo me sentía flotar en el espacio blanco. Acompañaba en su último viaje al último y único amigo” (Delibes, 2011, p.140)

Cita 11

“No puedo precisar qué otro impulso me movió. Tan sólo recuerdo que de un tirón me desprendí de la tibia caricia de don Mateo y me arrojé sobre el féretro blanco llamando a mi amigo a grandes voces. Recuerdo que hicieron falta muchos hombres para arrancarme de aquel postrer abrazo” (Delibes, 2011, p.142)

Cita 12

“Más tarde completé esta sensación con la de eternidad; este vacío no podría remediarle en los años que me restaban de existencia. Es decir, estaba solo y para siempre. Una tercera impresión vino a redondear mi percepción cabal del momento. Yo no olvidarla nunca a Alfredo, no podría olvidarlo, aunque lo intentase. Estas tres impresiones, fundidas, creaban a mi alrededor una atmósfera densa, irrespirable” (Delibes, 2011, p.145)

Cita 13

“Hacen falta años para percatarse de que el no ser desgraciado es ya lograr bastante felicidad en este mundo. La ambición sin tasa hace a los hombres desdichados si no llegan a conseguir lo que desean. La suprema quietud con poco se alcanza, meramente con lo imprescindible (...) Tal vez el secreto - añadió don Mateo- esté en quedarse en poco: lograrlo todo no da la felicidad, porque al tener compañía siempre el temor de perderlo, que proporciona un desasosiego semejante al de no poseer nada. Debemos vigilar nuestras conquistas terrenas tanto como a nosotros mismos. Son, casi siempre, la causa de la infelicidad de los hombres (...) No es lo mismo perder que no llegar. Si os dan a elegir, quedaos con lo último.” (Delibes, 2011, p.68-69)

Cita 14

“La felicidad o la desdicha era una simple cuestión de elasticidad de nuestra facultad de desasimiento. La vida transcurría en un equilibrio constante entre el toma y el deja. Y lo difícil no era tomar, sino dejar, desasirnos de las cosas que merecen nuestro aprecio (...) Por ello tal vez el secreto básico estuviese contenido en el hecho de no tomar nunca para no tener que dejar nada. Era un remedio negativo, de renunciación, pero, con certeza, el adecuado a mi calidad humana, desprovista de reservas y de capacidad de sacrificio” (Delibes, 2011, p.76)

Cita 15

“Al hombre, por el mero hecho de vivir, le era necesario aprender antes a deshacerse de todo con una sonrisa de escepticismo. La vida y el mundo corrían lo mismo en la felicidad que en la desgracia. Nadie podía dormirse en la euforia del optimismo o en la angustia del dolor” (Delibes, 2011, p.99)

Cita 16

“Mi facultad de desasimiento era rígida y sin reservas; ni aun esforzándome podría darle la elasticidad mínima para discurrir por la vida como un individuo normal. Habla de sujetarme, de prejuzgar el alcance de mis acciones antes de consumarlas, de vigilarme noche y día para evitar un encadenamiento sentimental que con el tiempo podría costarme caro” (Delibes, 2011,p.161)

Cita 17

“Me decidí, al fin, por una carrera que, conservándome en el mundo, me permitía al propio tiempo mantenerme apartado de él. Decidí hacerme marino mercante. Esta profesión aunaba todas mis ambiciones. Su carácter variable, la constante movilidad de horizontes y de personas, rimaba a la perfección con mi deseo de evitar tratos y relaciones reiterados o permanentes” (Delibes, 2011, p.163)

Cita 18

¡Pobre pequeña Martina! La analicé ahora fríamente, como una víctima inmolada al egoísmo pesimista de su padre. Él tuvo la culpa. Él, que trató de imponer pasivamente a cuantos le rodeaban la sombra alargada, sutil, que dividía su corazón en dos mitades” (Delibes, 2011, p.258-259)

Cita 19

“¡Qué sentimientos tan inefables le inundan a uno cuando después de una ausencia de muchos años se vuelve a poner el pie en el lugar por donde discurrió la primera infancia!” (Delibes, 2011, p.261)

Cita 20

“Todo está regido por un perfecto equilibrio -continuó-. La naturaleza, las plantas, los animales, el hombre, toman y dan con una armoniosa ponderación. Junto a las altas montañas ve usted siempre los valles profundos; a la fresca lozana de la primavera sucede la yerta esterilidad del invierno; al lado del capullo están siempre las espinas; las épocas de abundancia son coronadas por épocas de escasez; la guerra sigue a la paz y la paz a la guerra, formando unos estratos semejantes a los del suelo... Ésta es la ley del contraste que rige el mundo. Pero al mismo tiempo es la razón de que todo, todo, tenga su sentido en el universo. Doña Sole hizo otra breve pausa y prosiguió: -Pero este equilibrio, esta alternación de lo bueno y lo malo, no puede bastar para enfangarnos en el pesimismo. El pesimismo sólo nos deja ver las espinas en los rosales, la muerte en el hombre, la carne en el amor. Alimentados de pesimismo no vivimos la vida, la sufrimos. Todo lo malo de la vida se agiganta para el pesimista, y, además, lo bueno lo hace malo, precisamente porque de todo escoge su fachada negativa. Y aquí está el error; la contradicción con Dios; la contradicción con nosotros mismos. Cuando la vida es amarga, hay que suavizarla con la representación de un Gólgota, y cuando es dulce, mitigar sus dulzuras pensando que otros sufren por lo que nosotros no sufrimos. Siempre tendiendo al equilibrio, que es el camino de la verdad”. (Delibes, 2011, p.287-288)

Cita 21

“Cuando me contemplé desfilando entre dos hileras de muertos sentí abalanzarse sobre mí una oleada de infinita paz; me hizo el efecto de que dejaba en la puerta una insoportable carga de sinsabores y pesadumbres. «Mi sitio está aquí -me dije-;entre los vivos y mis muertos, actuando de intercesor.» Sentí agitarse mi sangre al aproximarme a la tumba de Alfredo (...) así permanecí un rato, absorto, renovando en mi mente los primeros años de mi vida, el latente

sabor de mi primera amistad. Luego, casi inconscientemente, extraje de un bolsillo el aro de Jane circundado, por la inscripción de Zoroastro y me aproximé a la tumba de mi amigo. Por un resquicio de la losa introduje el anillo y lo dejé caer. Experimenté una extraña reacción al sentir el tintineo del anillo al chocar contra los restos del fondo. Ahora ya estaban eslabonados, atados, mis afectos; las dos corrientes que vitalizaran mi espíritu habían alcanzado su punto de confluencia. Cuando una hora más tarde abandonaba el cementerio me invadió una sensación desusada de relajada placidez. Se me hacía que ya había encontrado la razón suprema de mi pervivencia en el mundo. Ya no me encontraba solo. Detrás dejaba a buen recaudo mis afectos". (Delibes, 2011, p.347)

Dolor crónico y afrontamiento: un estudio de Medicina Narrativa desde la obra de Miguel Delibes

Alumna: Raquel Calderón Álvarez
Tutor: Vargas Aragón, Martín L.

RESUMEN

El objetivo de este TFG es desarrollar un trabajo de Medicina Narrativa que pueda ser aplicable en el ámbito de la medicina del dolor. El dolor crónico es una patología cuyo entendimiento necesita de una perspectiva multidimensional al ser decisivos factores emocionales, cognitivos y sociales más allá de los puramente biológicos. En este contexto, proponemos la Medicina Narrativa, definida como “el ejercicio de la medicina utilizando competencias narrativas, es decir, centrada en recibir, interpretar y absorber las historias de los pacientes y actuar movidos por ellas” como herramienta terapéutica en pacientes con este tipo de patología, en la que la biografía del paciente representa un papel esencial. Entre las competencias narrativas mencionadas, se encuentra la lectura; para este estudio utilizaremos “La sombra del ciprés es alargada”, de Miguel Delibes, en la que mediante la técnica close reading intentaremos dar las claves para el entendimiento de la psicoterapia PHD (phenomenology, hermeneutic, dinamic) y su posible uso como consejo terapéutico en el dolor crónico.

INTRODUCCIÓN

1. Dolor crónico como enfermedad en sí misma: resultado de la interacción de componentes neurofisiológicos, psicológicos y sociales, pudiendo subyacer o no componentes patológicos
2. Necesidad de utilizar un enfoque holístico: incorporar la perspectiva narrativa al tratamiento del dolor, aplicando la Medicina Narrativa
3. Nuevo enfoque dentro de la medicina: reconoce la importancia de las historias de los pacientes en la comprensión de su enfermedad.
4. Reconoce que la medicina no sólo trata de síntomas y diagnósticos, sino también de las experiencias, emociones y significados que las personas atribuyen a su proceso, aspectos de importancia conocida en el caso del dolor crónico

OBJETIVOS

1. Comprender la ruptura biográfica y el cambio que ocasiona el dolor crónico
2. Explicar el concepto de Medicina Narrativa y su utilidad en la formación del estudiante
3. Aplicar la Medicina Narrativa a través del método “close reading” en la obra “La sombra del ciprés es alargada” de Miguel Delibes
4. Emplear esta novela como ejemplo para explicar la terapia PHD
5. Proponer unas directrices de utilización de la obra como método de consejo terapéutico en medicina del dolor

MÉTODO

El método utilizado es la Medicina Narrativa, cuya referente es Rita Charon. Sentó las bases con su libro “Honoring the Stories of Sickness”. En él explica varios métodos de aprendizaje en competencias narrativas:

- Escritura reflexiva
- Parallel chart
- Close reading/Lectura atenta

En nuestro trabajo aplicaremos el método “close reading” a “La sombra del ciprés es alargada” de Miguel Delibes

RESULTADOS

Utilizamos la obra de Miguel Delibes “La sombra del ciprés es alargada” como enlace para explicar las tres etapas propias de la psicoterapia PHD.

P: PHENOMENOLOGY. Metáfora del nudo personal. Dos hechos principales: orfandad y muerte de su único amigo. Citas 1-11.

H: HERMENEUTIC. Análisis hermenéutico. Descripción de la red semántica en la que los nodos descritos en la dimensión del padecimiento se relacionan entre sí, con las patologías y con la dimensión de enfermo. “Teoría del desasimiento”: para ser feliz, debemos evitar cualquier lazo que nos una a algo perecedero. Citas 12-17.

D: DINAMIC. Análisis dinámico. Resignificar el problema de salud de manera más saludable, haciendo un uso prudente de la concordia terapéutica. “Ley del contraste”: la vida es un constante equilibrio entre situaciones buenas y malas, encontrándose la virtud en apreciar las primeras sintiéndote privilegiado de experimentarlas, y aceptar las segundas tratando de restarles importancia. Citas 18-21.

DISCUSIÓN

- Dolor crónico: patología multidimensional; disciplina que ponga el foco en la vivencia: la Medicina Narrativa.
- Medicina Narrativa: comprender, interpretar y responder a los relatos. Mejora en competencias narrativas, visión más integradora y holística, fomento de las habilidades interpersonales y una atención más compasiva.
- “Close reading”: analizamos la “La sombra del ciprés es alargada” de Delibes. Selección de las citas más representativas para utilizarlas como ejemplo de cómo se llevaría a cabo la terapia PHD
- Estructuración de las citas en las diferentes etapas de la terapia PHD: Proponemos por tanto utilizar la novela seleccionada, junto al análisis realizado, para entender la psicoterapia fenomenológica-hermenéutica.
- Ámbito del dolor crónico: disyuntiva entre decidir o no adoptar la “teoría del desasimiento” como forma de afrontar la enfermedad.

CONCLUSIÓN

- Medicina Narrativa: ámbito emergente en España, pero con amplio potencial para el desarrollo de habilidades que repercutan positivamente en la formación del estudiante
- Importancia de la biografía y la dimensión subjetiva de la enfermedad: aspectos clave en el dolor crónico
- “La sombra del ciprés es alargada” para explicar la psicoterapia PHD
- Lectura de esta novela como consejo terapéutico en dolor crónico: afrontamiento de la pérdida de salud



Acceso a las citas comentadas
en el apartado “Resultados”

