

Bioética clínica narrativa: de los fundamentos a la práctica

Juan Alberto Lecaros

Centro de Bioética. Facultad de Medicina.
Clínica Alemana-Universidad del
Desarrollo.
jlecaros@udd.cl

Resumen

La medicina, como arte de curar y cuidar, tiene una esencia narrativa invariable. Pero el hecho de que la relación entre el médico y el enfermo sea narrativa en su esencia no significa que históricamente esta esencia haya estado presente en el pensamiento de la medicina occidental. En este artículo se pretende revisar el paso de las éticas hermenéuticas contemporáneas a la medicina narrativa y la bioética narrativa que encuentran su fundamento precisamente en estas éticas.

Palabras clave

hermenéutica, ética narrativa, identidad narrativa, medicina narrativa

Abstract

Medicine as a healing and caring art, embraces an unchanging narrative essence. However the fact that the relationship between doctor and patient has a narrative character does not mean that this essence has been historically present in Western medicine. This article reviews the passage of contemporary hermeneutic ethics in narrative medicine and in narrative bioethics, both of which find their basis precisely in this ethical approach.

Keywords

hermeneutics, narrative ethics, narrative identity, narrative medicine

Introducción

Si pensamos la medicina como un saber práctico de una persona calificada, el médico, quien ausculta las voces del cuerpo doliente de un individuo concreto, y escucha el relato de su padecer, dentro de un contexto de vida familiar, social y cultural, con el fin de buscar el restablecimiento de su salud, entonces la estructura narrativa de la vida humana está en el centro de esta práctica. Por eso se puede afirmar sin temor que la medi-

Pero el hecho de que la relación entre el médico y el enfermo sea narrativa en su esencia no significa que históricamente esta esencia haya estado presente en el pensamiento de la medicina occidental

cina, como arte de curar y cuidar, tiene una esencia narrativa invariable.

Pero el hecho de que la relación entre el médico y el enfermo sea narrativa en su esencia no significa que históricamente esta esencia haya estado presente en el pensamiento de la medicina occidental. Desde la antigüedad hasta la modernidad, la medicina se ha enmarcado en el paradigma de una racionalidad abstracta y universal, depurada de los contextos y la

vida concreta de los seres humanos, y esto ha traído como consecuencia que la esencia narrativa de la medicina se haya ocultado a la reflexión.

En la medicina de la antigüedad, la función principal del médico consistía en ayudar a recuperar el orden o equilibrio natural del cuerpo que se había perdido con la enfermedad. En este contexto, el relato de la experiencia vivida por el paciente no era lo prioritario, por lo que este conocimiento en primera persona estaba más bien supeditado a la imposición, incluso por la fuerza, de las reglas del arte médico. Con la llegada de la medicina moderna, el lugar que ocupa el conocimiento de la vivencia del enfermo en la relación médico-paciente asume otra forma de ocultamiento: las sensaciones subjetivas narradas por el paciente son objetivadas en datos clínicos. La ciencia médica moderna está centrada en la objetivación del cuerpo y las enfermedades para el control de su diagnóstico, pronóstico y tratamiento terapéutico.

No cabe duda que la medicina contemporánea aún es tributaria de este modelo objetivista, que ha alcanzado su máxima expresión con la medicina basada en la evidencia. Lo que está por venir, debido al desarrollo de una medicina predictiva gracias a la ingeniería genética, sin duda abre un horizonte cargado de temores sobre la posibilidad de conservación de esta esencia narrativa del encuentro clínico.

Es por todos conocido que la crisis de este modelo objetivista de la rela-

ción médico-paciente fue una de las razones del nacimiento de la bioética. En el contexto de una medicina altamente tecnificada e institucionalizada, esta disciplina se hizo cargo de reflexionar sobre la necesidad de humanizar la alianza terapéutica. Las emociones, sentimientos, creencias y valores del paciente y los contextos familiares y culturales pasaron a ocupar un lugar prioritario en esta reflexión. Estos aspectos subjetivos de la relación clínica, que solo es posible tomar en cuenta a partir de un proceso de diálogo y que tiene inicio con el relato del paciente, están en la base de una de las aportaciones más importantes de la bioética clínica: la teoría del consentimiento informado. Así fue como, a partir de la reflexión bioética, la esencia narrativa de la medicina comenzó a dejar de estar oculta.

Sin embargo, los orígenes de la bioética clínica no se orientaron en un principio a buscar los fundamentos filosóficos del carácter narrativo de

la experiencia humana en la relación terapéutica y sus implicaciones para las deliberaciones y decisiones ético-clínicas. Esta, más bien, se ocupó en desarrollar un cuerpo de principios, reglas éticas y métodos de aplicación a las situaciones concretas, donde los relatos del paciente tienen una función más bien secundaria de contextualización o de complemento para el esclarecimiento y resolución del conflicto moral.

Así, el enfoque principialista construye su fundamentación combinando unos principios éticos abstractos, que obligan *prima facie*, con los contextos de aplicación, mediante la especificación de reglas morales, manteniendo en el proceso un constante equilibrio reflexivo o de coherencia teórica. Frente a esta fundamentación más abstracta y universalista de la bioética, la crítica que hace el enfoque casuista se acerca más a la tradición hermenéutica y narrativa, a partir de la tradición medieval inspirada en la

ética aristotélica, al tomar como punto de partida el caso concreto y desde ahí alcanzar, por medio de casos similares, máximas morales que orienten el juicio prudente para la toma de decisiones en los conflictos éticos de la clínica.

En esta tensión por una apropiada fundamentación de la bioética, sin embargo, la importancia de comprender que la identidad personal del paciente en la relación clínica, sus emociones, creencias y valores, son construcciones narrativas intersubjetivas en contextos socioculturales en el interior de una determinada comunidad, seguía sin hallar su fundamento filosófico propio.

El giro hermenéutico y narrativo de la ética

Solo a partir de la influencia de las investigaciones éticas de filósofos contemporáneos que recogen la tradición de la ética aristotélica del juicio práctico, la deliberación y la prudencia (en especial con H. G. Gadamer, P. Ricœur y A. MacIntyre), la bioética clínica empieza a desarrollar una fundamentación basada en lo hermenéutico, cultural y narrativo. Antes de describir la construcción de la bioética narrativa y de la medicina narrativa, y comprender sus diferencias y aproximaciones, hay que revisar el giro hermenéutico y narrativo de la filosofía contemporánea del que se alimentan. Hans Georg Gadamer y Paul Ricœur vienen de la tradición de la hermenéutica filosófica y de la fenomenología de Martin Heidegger, quien, a su vez, retoma la crítica que hace su maestro Husserl al olvido del mundo concreto de la vida por el dominio del positivismo del s. XIX, y que reduce el sentido de la experiencia a los meros hechos. Orientado por la pregunta por el ser, Heidegger, en *Ser y Tiempo* (1927), da un giro ontológico a la hermenéutica



como ciencia de la comprensión de los fenómenos históricos para entenderla como una estructura del ser humano (*Dasein*) que permite a éste la comprensión del ser en el tiempo y la historia.

La hermenéutica de Gadamer en *Verdad y método* (1960) enfatiza el hecho de que todo fenómeno de interpretación y comprensión, el cual está siempre mediado por el lenguaje, se da siempre en un contexto histórico, en un diálogo entre distintos horizontes de tradiciones, por lo que nunca es posible una razón abstracta y descontextualizada. Esto, a su juicio, tiene fuertes implicaciones para la ética. En efecto, hermenéutica y ética están hermanadas porque son saberes de aplicación a situaciones concretas. Por eso toma sentido para Gadamer la ética de la prudencia de Aristóteles que enseña que en el razonamiento práctico, propio de la ética, no existen acciones buenas o justas en sí, independientes del contexto que las rodean. Gadamer fue además visionario en extender la experiencia hermenéutica al mundo de la práctica médica, analizando desde las experiencias de la muerte y la objetivación del cuerpo por la actual ciencia médica, hasta el diálogo hermenéutico que se da entre médico y paciente.¹

La influencia más decisiva en el desarrollo de la ética narrativa y su extensión metodológica al campo de la medicina y la bioética clínica, vino de la mano de la hermenéutica narrativa de Ricœur. Los inicios de su filosofía estuvieron ligados a la búsqueda de la comprensión hermenéutica de la estructura del ser humano (fenómenos de finitud y labilidad) por la mediación de los relatos culturales (mitos, ritos, símbolos, etc.). A partir de ahí, desarrolla el vínculo entre la capacidad del ser humano de construir relatos y la descripción de la experiencia humana como esencialmente dada

en términos de una estructura narrativa. La vida propia y en comunidad adquiere sentido porque las acciones humanas tienen la trama de un relato (agentes, pacientes, circunstancias, etc.), llevan un simbolismo implícito (signos, normas, valores, etc.) y la experiencia humana en general está envuelta en los relatos que otros hacen de nosotros y en relatos culturales más amplios.

Estas ideas permiten a Ricœur entender la identidad del ser humano y la identidad de las comunidades en términos de «identidad narrativa». Cada uno de nosotros no es un yo abstracto e invariable fuera del tiempo (*idem*) ni un sí mismo sin identidad disuelto en el tiempo, sino una identidad que se construye con el otro en el tiempo (*ipse*). Nos comprendemos contando a otros y a nosotros mismos nuestras vidas y escuchando lo que otros (individuos y comunidad) cuentan de nosotros. A partir de este concepto de identidad narrativa, Ricœur desarrolla una ética narrativa que ha tenido un impacto decisivo, como luego veremos, para la elaboración de una bioética narrativa.²

Otra de las figuras fundadoras de la ética narrativa, Alasdair MacIntyre, en coincidencia con Ricœur, también piensa que la forma de entender la acción humana es a través de la idea de «unidad narrativa de la vida», porque nuestras prácticas éticas toman sentido cuando narramos nuestro actuar y sus logros y cuando estos son valorados por otros narrativamente, de modo que solo es posible la ética dentro del conjunto de relatos morales de una comunidad. La posibilidad de asumir responsabilidad y que otros nos la imputen, tiene que ver con esta estructura narrativa de la experiencia: el dar cuenta de nuestro actuar y pedir cuenta a los demás es posible porque estamos entreverados en una comunidad moral de relatos.³

Las ideas de MacIntyre tuvieron una acogida inmediata en el contexto de la ética médica a través de un artículo de unos colegas suyos, que proponían una alternativa a la ética de principios. S. Hauerwas y D. Burrell, en *From system to story: An alternative pattern for rationality in ethics*,⁴ afirmaron que los principios morales son abstracciones cuya significación sigue dependiendo de los contextos narrativos de los que surgen. Con estos aportes de la filosofía anglosajona, comienza a crecer la sensibilidad por lo narrativo en el ámbito de la ética médica, con la llamada «medicina narrativa».

La medicina narrativa

Las investigaciones sobre la ética narrativa, llevadas a cabo en el ámbito del encuentro clínico, tienen como motivación hacer frente al creciente proceso de deshumanización de la medicina tecnificada e institucionalizada y a la medicalización de la vida y la muerte. Así, empiezan a desarrollarse nuevos conceptos para enfrentarse a estos problemas, tales como *illness narratives vs. disease narratives and sickness narratives* (Kleinman)⁵ y *narrative based medicine vs. evidence based medicine* (Greenhalgh & Hurwitz).⁶

La medicina narrativa consiste en un enfoque, con distintas líneas de trabajo, más que en una teoría unitaria, pero que tiene en común el aplicar la ética narrativa y las técnicas narrativas para mejorar el encuentro clínico. Para ello se pone atención a los relatos de los pacientes y el sentido holístico que éstos tienen para su vida en su contexto familiar y cultural, y así permitir al paciente ser coautor de su vida (sujeto moral) junto con el médico, en un momento existencial en el que la enfermedad y el contexto hospitalario lo vuelve extraño a sí mis-

mo. Todo ello con el fin de mejorar la calidad ética del vínculo terapéutico.

En el enfoque de la medicina narrativa coexisten distintos énfasis. Unos ponen el acento en las competencias narrativas a cultivar en los médicos como un complemento para que tomen mejores decisiones éticas, y, otros, en la relación moral entre médico y paciente que debe estar centrada en la escucha empática de la *illness narrative* del paciente. Rita Charon representa este primer énfasis, que denomina «contribuciones narrativas a la ética médica» más que una ética narrativa propiamente tal, ya que considera que las competencias narrativas de los médicos (habilidades para reconocer, comprender, interpretar y validar la historia del paciente) deben contribuir a una mejor deliberación ética según el método principialista.⁷ En cambio, para Kleinman, que representa el segundo énfasis, la medicina narrativa es el núcleo ético de la relación clínica, ya que la clave está en combinar el relato de la experiencia vivida de la enfermedad por el paciente (*illness narrative*) con el relato del médico, en tanto que profesional que conoce la enfermedad del paciente (*disease narrative*).

La bioética narrativa: fundamento y práctica

Si entendemos que la bioética narrativa es la ética médica referida a la medicina, entonces resulta difícil distinguirla de los diversos enfoques de la medicina narrativa que recién describimos. Pero si se la entiende como un nuevo paradigma de la bioética, tanto en su fundamentación como en su metodología deliberativa, que utiliza la ética hermenéutica «más allá de los límites de la bioética clínica, para conectar con otras dimensiones de las humanidades médicas, la filosofía, la ética y la literatura»,⁸ entonces esta-

mos hablando de un proyecto de mayor envergadura que busca instalarse con propiedad dentro de las corrientes de fundamentación de la bioética.

Como dijimos, es la ética hermenéutica de Ricœur la primera en ser usada para fundamentar esta bioética, pues este filósofo tuvo especial consideración por los problemas éticos de la práctica médica, planteando un esquema en tres niveles para la bioética clínica.⁹ En el primer nivel, pone el juicio prudencial del médico frente a la situación concreta del paciente, que considera el corazón de la ética médica, pues conserva el pacto de confianza terapéutico. Los otros dos niveles complementan este núcleo ético: el nivel deontológico, que permite generalizar la situación particular con deberes generales del médico, y el nivel reflexivo, que permite fundamentar los niveles anteriores por medio de una reflexión sobre la condición humana (enfermedad, sufrimiento, salud, etc.) en la relación clínica. Por más rica e integradora que la reflexión de Ricœur sea para una bioética narrativa, esta sigue siendo insuficiente para pensar su fundamentación, porque la bioética nos pone ante desafíos éticos que van más allá del ámbito clínico, como lo son los impactos de la biotecnología en el ser humano y la biosfera, la crisis socioecológica, la justicia global, entre otros. En este sentido, aún queda un largo trecho para articular la trama de un nuevo paradigma narrativo en bioética.

No hay que perder de vista que una forma de contribuir a pensar la bioética narrativa es utilizar sus herramientas de metodología deliberativa en la enseñanza a través del estudio de casos.¹⁰ Pues, a través de la puesta en ejercicio del método de aplicación se puede ver si las propuestas de fundamentación resultan coherentes.

Referencias bibliográficas

1. Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa; 2001.
2. Ricœur P. Sí mismo como otro. Madrid: Siglo XXI; 1996.
3. MacIntyre A. Tras la virtud. Barcelona: Crítica; 1987.
4. Burrell D, Hauerwas S. From system to story: An alternative pattern for rationality in ethics. En: Engelhardt T, Callahan D, eds. The Foundations of Ethics and Its Relationship to Science: Knowledge, Value, and Belief. Hasting-on-Hudson: Hasting Center; 1977. p.111-152.
5. Kleinman A. The Illness narratives: suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books; 1997.
6. Greenhalgh T, Hurwitz B, eds. Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books; 1998.
7. Charon R. Narrative contributions to medical ethics: recognition, formulation, interpretation, and validation in the practice of the ethicist. En: Du Bose ER, Hamel RP, O'Connell LJ. eds. A matter of principles?. Ferment in U.S. Bioethics, Valley Forge: Trinity Press International; 1994. p. 260-283.
8. Domingo T, Feito L. Bioética narrativa. Madrid: Escolar y Mayo Editores; 2013.
9. Ricœur P. Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada. Madrid: Trotta; 2008.
10. Beca JP, Razmilic M. Bioética clínica narrativa. Santiago Chile: Mediterráneo; 2014.