

## 8

### La Historia Clínica Paralela

Para dar vida a los marcos conceptuales de la escritura narrativa y demostrar los métodos pedagógicos que hemos desarrollado y probado en el entrenamiento de la escritura narrativa en entornos clínicos, quiero ofrecerles una puesta en escena de una sesión de escritura real en el hospital. En lugar de incluir un CD-ROM o DVD de una sesión de enseñanza, intentaré ofrecer una transcripción virtual de lo que podría ocurrir en una sesión de enseñanza.

Cinco estudiantes de medicina se sientan en mi despacho del Hospital Presbiteriano. Son estudiantes de tercer año de medicina interna, cada uno de ellos asignado a un equipo de sala, admiten pacientes cada cuatro noches, hacen rondas, escriben en las historias clínicas del hospital y —dentro de los límites de su experiencia— son médicos para sus pacientes. Soy su preceptor, una designación que requiere que me reúna con el grupo tres veces por semana durante una hora y media cada vez durante las cinco semanas de su pasantía en el Presbiteriano. Al igual que mis colegas internistas que actúan como preceptores, pido a mis estudiantes que presenten casos en nuestras sesiones de preceptoría y les asigno temas para que investiguen y se enseñen unos a otros sobre enfermedades como el cáncer de mama, la fibrilación auricular o la ictericia indolora.

A diferencia de mis colegas, también les pido que escriban sobre sus pacientes en lenguaje ordinario. Hace años, me disgustaba que mis estudiantes no tuvieran un método rutinario con el que considerar las experiencias de enfermedad de sus pacientes o examinar lo que ellos mismos experimentan al atenderlos. Enseñábamos a los estudiantes de forma muy eficaz los procesos biológicos de la enfermedad, y les enseñábamos sistemáticamente a hacer punciones lumbares y a presentar casos en las rondas, pero no éramos rigurosos en ayudarlos a desarrollar su vida interior como médicos. Tampoco estábamos modelando métodos para reconocer lo que los pacientes y sus familias sufren en manos de la enfermedad y, de hecho, en nuestras propias manos en el hospital.

En 1993, inventé una herramienta pedagógica a la que llamé “Historia Clínica Paralela” y que he venido utilizando desde entonces. Es un instrumento muy sencillo. Les digo a mis alumnos:

Todos los días escribes en la historia clínica sobre cada uno de tus pacientes. Sabes exactamente qué escribir y de qué forma hacerlo. Escribes las

molestias actuales del paciente, los resultados del examen físico, hallazgos de laboratorio, opiniones de los consultores y el plan. Si tu paciente moribundo de cáncer de próstata te recuerda a tu abuelo, que murió de esa enfermedad el verano pasado, y cada vez que entras en la habitación del paciente lloras por tu abuelo, no puedes escribirlo en la historia clínica del hospital. No te lo permitimos. Pero tiene que estar escrito en algún sitio. Lo escribes en la Historia Clínica Paralela.

Estas son las únicas instrucciones que reciben los alumnos. Les pido que escriban al menos una entrada en la Historia Clínica Paralela cada semana y que estén preparados para leer en voz alta lo que escriban a sus compañeros y a mí en la sesión de preceptoría. Dedico una de nuestras tres sesiones semanales a que los alumnos lean en voz alta lo que han escrito en la Historia Clínica Paralela. Desde el principio, los estudiantes han escrito de manera impactante sobre su profundo apego a los pacientes, su asombro ante la valentía de los pacientes, su sensación de impotencia ante la enfermedad, su enojo ante la injusticia de la enfermedad, la vergüenza y la humillación que experimentan como estudiantes de medicina y los recuerdos y asociaciones desencadenadas por su trabajo. Les ha reconfortado oírse unos a otros leer las anotaciones de la Historia Clínica Paralela, comentando a menudo que ya no se sienten solos en su duelo, tristeza o culpa.

Desde el principio de la Historia Clínica Paralela, la he distinguido de los grupos de apoyo, las sesiones de desahogo o la terapia de grupo. Aunque creo firmemente que los estudiantes obtienen beneficios emocionales de su escritura y lectura (una creencia que se basa, en parte, en lo que los estudiantes me dicen), su bienestar emocional no es el objetivo principal de la Historia Clínica Paralela. Por el contrario, los objetivos son permitirles reconocer más plenamente lo que sus pacientes soportan y examinar explícitamente sus propios viajes a través de la medicina. Este trabajo textual es una parte práctica y, creo, esencial de la formación médica, diseñada para aumentar la capacidad de los estudiantes para un trabajo clínico eficaz.

He llegado a hacer estas distinciones por razones prácticas. La sentencia de muerte de cualquier innovación en medicina o educación médica es que se la etiquete como “cursi” o “blanda”. Este tipo de intervenciones, como los grupos de apoyo informales, no suelen durar en la facultad de medicina. Asistir a ellos es señal de debilidad o necesidad para algunos estudiantes, y los que más los necesitan no asistirán. La escritura reflexiva en medicina no está hecha para reparar enfermedades psiquiátricas ni para

proporcionar apoyo en salud mental. No debe reservarse a los estudiantes que no se encuentran bien o a los que les cuesta hacer frente a la formación. Por el contrario, debe considerarse como una parte integral y continua de la formación de los clínicos.

Mi garantía para exigir y supervisar este trabajo es que soy médica formada en estudios literarios. No soy una profesional de la salud mental ni he recibido formación para dirigir sesiones de terapia de grupo. (Me aseguro de decírselo a los estudiantes cuando empezamos las sesiones para disipar los temores de que vaya a indagar en sus pensamientos internos o a diagnosticar sus problemas psiquiátricos). Las habilidades que apporto al trabajo son textuales: soy una buena lectora. Sé lo que la gente intenta hacer con el lenguaje. Creo que sé bien cómo seguir el hilo narrativo de una historia, el lenguaje figurado, los giros narrativos y cosas por el estilo. No creo, hay que decirlo rápidamente, que uno necesite una formación doctoral en estudios literarios para hacerlo bien. Tampoco hay que ser médico para hacerlo, aunque sí se necesita un mínimo de familiaridad y simpatía hacia la tarea clínica. He entrenado a varios de mis colegas internistas de Columbia para llevar a cabo sesiones de historias clínicas paralelas de forma muy eficaz. El entrenamiento que necesitaban estaba, en efecto, contenido en los capítulos anteriores de este libro sobre lectura y escritura.

Hago más distinciones. Les digo a los alumnos que la Historia Clínica Paralela no es un diario. No es lo mismo escribir entradas en la Historia Clínica Paralela que escribir una carta a tu hermana. Por el contrario, es parte de la formación clínica. Lo que quiero que escriban está relacionado con un paciente concreto. No es una exploración general de la vida y los tiempos de uno. Es, en cambio, escritura narrativa al servicio del cuidado de un paciente concreto. El requisito de que los alumnos lean en voz alta lo que escriben en la Historia Clínica Paralela indica el nivel adecuado de exposición para este ejercicio. Sólo una vez, en los más de diez años que llevo haciendo este trabajo, he tenido que impedir que un alumno leyera su entrada en la Historia Clínica Paralela, porque me parecía que estaba revelando material indebidamente privado sobre sí mismo.

Al escribir sobre los pacientes, por supuesto, los estudiantes escriben mucho sobre sí mismos. La biografía del paciente siempre está entrelazada con la autobiografía del estudiante. Una de las lecciones más duraderas de mi trabajo en Historia Clínica Paralela es qué central y *expuesto* está el yo del médico en el cuidado de los pacientes. Cuando reflexionamos sobre los pacientes y la mejor manera de atenderlos, nuestros propios recuerdos, asociaciones y disposiciones pasan a primer plano. Los alumnos reconocen

esta presencia del yo con toda su fuerza mientras escriben sus propias historias paralelas y leen y escuchan las de los demás.

Algunos estudiantes se resisten a escribir. Los que me asignaron en junio de su tercer año —tras once meses del trabajo más duro que habían hecho nunca— estaban demasiado agotados para contemplar las exigencias emocionales de esta actividad. “Doctora Charon, ¿quiere que hagamos qué?”. Tuve que aceptar la observación de que la escritura narrativa supone una exigencia significativa para el alumno, y que los profesores deben ser discretos a la hora de saber cuándo pueden esperar que los alumnos se unan a ella. Otras resistencias son individuales. Una estudiante, deportista, contradijo mi sugerencia de que la escritura nos ayuda a reflexionar sobre nuestra experiencia. Nunca le ha parecido útil escribir, afirmó con vehemencia; en cambio, escribir es una tarea desagradable para ella. “Cuando quiero pensar en cosas, salgo a correr unos ocho kilómetros y, cuando vuelvo, veo que las cosas se han ordenado en mi mente”. Le dije: “Bien. Cuando vuelvas de correr ocho kilómetros, haz una lista de las cosas que han pasado por tu cabeza. Esa será tu anotación en la Historia Clínica Paralela”. Lo hizo obedientemente y produjo fragmentos que, al final de cada lista, se unificaron. Le dije que había inventado un género literario. He aquí un ejemplo:

No es un buen paciente para ti, no es interesante.

—no comunicativo

¿no comunicativo?

“Conoces este ♂?”

Un brillo de ojos, un movimiento de cabeza, una mirada socarrona

calidad

ESRD\* + Hct de 44, explicar la paradoja, Lillian —esto es interesante

Hmm... Ah PCKD autosómica dominante, cromosoma —un examen físico interesante, un hx familiar interesante

“¿Tu padre tenía esta enfermedad? ¿La tiene tu hijo?”

---

\* En esta cita, aparecen varias abreviaturas usuales en medicina. ESRD: eritrosedimentación. Hct: hematocrito. PCKD: enfermedad poliquística renal congénita. Hx: historia. GI: gastrointestinal. [N. de T.]

Ronda médica —un paciente interesante, una familia encantadora, el hijo de DC  
Entre la espada y la pared: hemorragia GI o ictus  
El hijo quiere hablar de calidad de vida  
Cromosoma autosómico dominante, probabilidad del 50%  
¿Lo tiene? ¿Lo sabe?

En la última sesión de historias paralelas, esta estudiante trajo copias para todos sus compañeros del poema de Dylan Thomas “Do Not Go Gentle into That Good Night”, (“No te vayas mansamente hacia esa buena noche”), porque quería que todos sus compañeros lo tuvieran, que tuvieran la verdad de esas palabras, junto con su propia creación:

NO TE VAYAS MANSAMENTE HACIA ESA BUENA NOCHE

Lo queremos todo hecho.

No te vayas mansamente hacia esa buena noche.

Las enfermeras no creen que ella necesite medicamentos para el dolor.

No te vayas mansamente.

Dile a tu esposo que deje de torturarme.

No te vayas mansamente hacia esa buena noche.

Eres un mentiroso, no estás cuidándolo. Olvida la orden de no resucitar.

No te vayas mansamente.

Si tan solo pudieran enfurecerse.

## Proceso pedagógico

Para la sesión de hora y media dedicada a la Historia Clínica Paralela, mis alumnos traen cada uno algo que hayan escrito sobre uno de sus pacientes. Les pido que limiten la extensión a no más de una página para que cada alumno tenga tiempo de leer en voz alta lo que ha escrito. Dado que estamos intentando enseñar a los alumnos a escuchar atentamente las historias (sus pacientes no les traerán textos escritos cuando hablen con ellos en el consultorio), no he adoptado la práctica de pedir a los alumnos que hagan copias de su texto para distribuirlas al grupo. Así que, cuando los alumnos leen en voz alta lo que han escrito, todos escuchamos con mucha atención. Generalmente, tomo muchas notas mientras el escritor lee, para guiar mis propios pensamientos y

para ayudarme a hacer comentarios del texto después. Al final de la sesión, los alumnos me entregan los papeles en los que han escrito. Escribo a mano los comentarios en los papeles y se los devuelvo a los estudiantes en la siguiente sesión, abriendo así un diálogo privado con cada escritor sobre sus textos.

A lo largo de los años, he aprendido qué tipo de respuestas son más fructíferas en las sesiones de Historias Paralelas. Desde que desarrollé el método para estudiantes de medicina de tercer año, lo he introducido en una amplia gama de entornos de enseñanza: trabajando con enfermeros y trabajadores sociales en unidades de hospitalización, realizando talleres intensivos con médicos de muchas especialidades en reuniones profesionales, entrenando a internos y residentes para que escriban sobre sus pacientes ambulatorios. En todos los contextos y con alumnos de todos los niveles, me he guiado por los mismos principios y he seguido más o menos el mismo proceso:

*Honrar el texto.* El objetivo de nuestra escritura es profundizar en la capacidad de los escritores para captar las percepciones y representarlas plenamente. Es el acto textual —y no inicialmente el comportamiento clínico o las emociones que surgen de la situación— lo que debe ponerse en primer plano. Mis comentarios iniciales suelen referirse al género, la temporalidad, las metáforas, la situación narrativa o la estructura de lo escrito. (He visto cómo los grupos de escritura perdían el aliento cuando un clínico-facilitador bien intencionado pero sin formación textual respondía a un escrito diciendo: “Vaya, lamento que te pasara eso”, o “Eso me recuerda a un paciente mío que...”). Enseño mi ejercicio de lectura a cada grupo de estudiantes y los animo a estar atentos al marco, la forma, el tiempo, la trama y el deseo mientras escuchan las historias de los demás.

*Pida al escritor que lea el texto.* Los escritores inexpertos suelen intentar hablar de lo que escriben en lugar de leerlo. Yo insisto en oír las palabras tal y como aparecen en la página, porque gran parte de lo que se puede sacar del ejercicio se deriva de ver *cómo* está construido el texto.

*Escuche con la intención de descubrir el estilo de cada escritor.* No todos los escritores saben que tienen un estilo y una voz. Haga comentarios sobre escritos anteriores del autor a medida que se desarrolla el proceso de lectura. Deje que se revele la continuidad —y la singularidad— de la escritura de cada escritor a lo largo del tiempo.

*Invite a los asistentes a responder al texto.* Los escritores necesitan lectores que puedan revelar lo que el propio escritor no puede ver en el texto creado. Creo que a los escritores les ayuda mucho saber lo que otros oyen o leen en sus palabras. He descubierto que tres preguntas sencillas son útiles

cuando los oyentes responden a un texto leído en voz alta: ¿qué ves? ¿Qué oyes? ¿Sobre qué quieres saber más? Estas preguntas permiten a los oyentes dar una respuesta beneficiosa al escritor, a la vez que implican a cada lector en un proceso dialógico individual de descubrimiento. El hecho de que cada oyente vea, oiga y sienta curiosidad por algo diferente (y a menudo contradictorio) demuestra la ambigüedad y pluripotencia de cualquier texto que creamos; qué lección tan poderosa aprender que no hay una única lectura “correcta” posible, que las posibles lecturas tienen poco que ver con la intención consciente del autor, sino que cada interpretación contradictoria *aporta algo* a la verdad de la obra.

*Elogie algo acerca de la escritura.* Dado que nuestros estudiantes o clínicos suelen carecer de experiencia como escritores, me ha parecido importante hacer muchos comentarios positivos al escuchar sus textos. Siempre hay algo hábil en un escrito, y estoy resuelta a elogiar en voz alta los elementos que reflejan habilidad.

Permítanme intentar recrear una sesión de Historias Paralelas, aportando una glosa metanarrativa sobre el proceso del grupo. Cambiaré los detalles que deba en los textos para proteger la privacidad de los pacientes y de los estudiantes-escritores. (Dado que algunos de estos textos se escribieron hace muchos años, no puedo solicitar el consentimiento de los pacientes, por lo que he alterado los detalles clínicos para hacerlos irreconocibles). También me tomaré la libertad de seleccionar textos de Historias Paralelas escritos en los últimos años de docencia, mezclando alumnos de diferentes años en un grupo virtual para reproducir aquí algunos de los principales elementos del proceso pedagógico. Se incluyen aquí historias clínicas paralelas escritas por cinco estudiantes de medicina de tercer curso: tres hombres, dos mujeres; tres blancos, uno asiático, uno africano; tres licenciados en ciencias, uno en inglés, uno en historia. Ningún estudiante se opone a escribir o leer la Historia Clínica Paralela. Estos estudiantes se conocen desde su primer día en la facultad de medicina y han trabajado juntos en las salas durante muchos meses.

## David

David lee de su Historia Clínica Paralela:

SC es una mujer negra de 79 años con ICC,\* multitud de problemas médicos y mal pronóstico. Nuestro equipo no tiene mucho que ofrecerle.

---

\* ICC: insuficiencia cardíaca congestiva. [N. de T.]

Mantendremos sus síntomas bajo control y evaluaremos cuánto tiempo le queda de vida, pero en realidad no conseguiremos grandes logros médicos en su vida. Pero lo que hemos hecho es darle la sensación de que estamos aquí, de que estaremos a su lado. Y sólo eso ha marcado la diferencia en su mundo. Tiene miedo, pero está tranquila. Está preocupada, pero agradecida y confiada. Acepta el final de su vida con gran dignidad.

*Ella es* el tipo de persona que quiero ser cuando me enfrente a mi propia fragilidad y decadencia. *Quiero ser como ella* cuando me esté muriendo. Quiero que mi corazón sea tan *suave* como el suyo cuando termine mi vida. Me encuentro a menudo soñando despierto sobre cómo esta mujer hace frente a la debilidad y la desesperación. Quiero aprender de esta mujer. Quiero escucharla. Quiero entenderla. Tengo la suerte de disponer del tiempo que tengo para estar con ella y cuidarla.

David lee despacio y con seriedad. Cuando llega al final de su lectura, comienzo el debate llamando la atención sobre la estructura y la voz narrativa de su historia. Hay dos párrafos. El primero está escrito en primera persona del plural y el segundo, en primera persona del singular. Me llama la atención que David se ha dado cuenta de la diferencia entre el trabajo colectivo de la medicina y el trabajo individual de la medicina: el “nosotros” y el “yo”.

Con sus compañeros de equipo, como se representa en el primer párrafo, está al lado de la paciente. Con ellos, ofrece atención médica a la paciente y, juntos, la acompañan en su insuficiencia cardíaca. El diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico y el apoyo se hacen colectivamente en la socialidad de la medicina. Al escuchar el primer párrafo, me pregunté si David, al igual que la paciente, se tranquilizaba gracias a sus compañeros de equipo, si su preocupación se veía aliviada por su aprecio y confianza en lo que sabían sus compañeros de equipo. Este indicio de identificación entre paciente y estudiante se confirma en el siguiente párrafo.

El segundo párrafo cambia de voz y de postura. Si el primer párrafo empieza con una dicción médica muy familiar —“SC es una mujer negra de 79 años con ICC”—, el segundo comienza con un vínculo personal entre la paciente y el escritor. “*Ella es* el tipo de persona que quiero ser cuando me enfrente a mi propia fragilidad y decadencia” es casi impactante en su intimidad. Aquí tenemos a un hombre blanco, graduado universitario de la Ivy League, robusto en su evidente buena salud, de unos 20 años, estableciendo una poderosa conexión interior con una anciana negra, enferma, pobre, sin una buena educación. La acepta como modelo de vida. Apoya su bondad, su suavidad, y la acepta como su ideal *al final, cuando importa*. El corazón que le falla cerca de la muerte es fuerte —en su suavidad— como



su modelo al morir. Por supuesto, este párrafo no puede escribirse en plural, porque esta parte de su relación con ella es privadamente intersubjetiva. Es entre ella y él, dos seres humanos singulares, juntos solos.

A continuación, pregunto por la trama de la historia. ¿Qué ocurre en el transcurso de la historia? El diagnóstico y el pronóstico ya se han llevado a cabo cuando empieza la historia o se llevarán a cabo en el futuro; son reportados en el primer párrafo, pero no son la acción de la historia. Lo que ocurre en el presente de la historia es que el hablante *quiere* algo y *se encuentra* haciendo algo. Quiere ser como SC, aprender de ella, escucharla y comprenderla. Se encuentra soñando despierto con ella. La historia trata *acerca* del deseo: el deseo de estar cerca de ella, de absorber su sabiduría y de experimentar indirectamente, en el sueño diurno, su vida a través del debilitamiento y la desesperación. Es un retrato notable de un acto muy audaz de transparencia. ¿De dónde sacó David el coraje para abrirse a tales revelaciones, a tales anhelos? Querer ser como alguien tan distinto de él mismo, con la diferencia más acuciante de que ella está muy enferma y pronto morirá, requiere la valiente comprensión de que él mismo morirá. David acepta su propia mortalidad en el transcurso de estos dos párrafos con algo parecido a la dignidad de SC.

La última línea cumple una importante labor metafórica. “Tengo la suerte de disponer del tiempo que tengo para estar con ella y cuidarla” traslada el trabajo de la medicina al plano de la espiritualidad. La paciente de David se convierte en una ocasión de gracia; sus cuidados, en sacramentales. Una humildad espiritual se hace presente aquí, en la ajetreada sala, a través de un médico cuidadoso y una paciente valiente.

A los demás estudiantes les impresionó la gratitud de David hacia su paciente y su trabajo. Ellos también habían experimentado esa sensación de que la medicina era un privilegio, que les *proporcionaba* cosas que no se imaginaban que podrían obtener de esta. Se preguntaron si la paciente de David sabía el poderoso papel que desempeñaba para él, y hablamos durante algún tiempo sobre cómo transmitir a nuestros pacientes nuestra admiración y amor por ellos. Todos nos sentimos agradecidos de que David nos transmitiera un sentimiento de reverencia e, incluso ante la muerte, una sensación de serenidad compartida.

## Nancy

Nancy lee a continuación.

Mi interna parecía estresada mientras salía corriendo de la habitación de uno de sus pacientes. Yo estaba en la estación de enfermería hablando

de uno de mis pacientes con el residente *senior*. Ella irrumpió en nuestra conversación y le dijo al residente *senior*: “¿Puedes venir conmigo?”. Se apresuraron a volver a la habitación del paciente y yo y los demás estudiantes de nuestro equipo los seguimos, con la esperanza de poder aprender algo o ser de ayuda. Cuando entré en la habitación, mi interna estaba poniendo una mascarilla de O<sub>2</sub>\* a la paciente y mi *senior* estaba auscultando su corazón. Se quitó el estetoscopio de las orejas y le dijo al marido de la paciente: “¿Puede salir un momento, señor?”. El marido parecía confundido. Se quedó observando y finalmente se alejó mirando por encima de su hombro. “Está muerta”, dijo mi residente. “Quítale la máscara”. Mi interna dudó. Buscó el pulso. “Es DNR\*\*”, dijo. Le quitó la mascarilla y suspiró con fuerza. Miró el reloj. “9:20”, dijo. “¿Qué le decimos a su marido?”, preguntó. “Le decimos que ha fallecido”, dijo nuestro residente. Todos nos quedamos parados un momento. Miré a la paciente mientras la interna le tapaba la cara. Su rostro ictérico y edematoso no mostraba angustia.

Salimos lentamente de la habitación. Los otros estudiantes y yo nos dirigimos a la estación de enfermería en silencio. La voz de nuestro residente se desvaneció detrás de nosotros. Entonces oímos los fuertes y tristes lamentos del marido de la paciente que llenaban el pasillo. Todos en el puesto de enfermería se detuvieron y miraron. “Pobre hombre”, pensé. Había firmado el formulario de no reanimación dos días antes. La había visto mejorar y recaer durante las últimas semanas, pero esta mañana pensaba que “estaba dormida”.

Mi interna volvió a la enfermería. “Llevaba sesenta años casada”, dijo. Sentí su soledad. Mi residente *senior* regresó al puesto de enfermeras a los pocos minutos y continuamos la ronda. La paciente y su marido ya no eran nuestro problema. Miré hacia el pasillo y vi a la enfermera con el brazo alrededor del hombro del marido de la paciente. Mi interna se volvió hacia mí y me dijo: “Vamos a avisar y a escribir la nota de defunción”.

Deseé de inmediato que esta escritora y sus oyentes se dieran cuenta de lo que había logrado en esta historia elegantemente estructurada. Al escucharla, me pareció que se aproximaba al control narrativo que Hemingway modeló en sus historias de Nick Adams. La focalización permanece infaliblemente en el narrador: “mi” interno, “nuestro” residente, los “otros estudiantes de medicina y yo”. Esto es sorprendente a la vista de la producción de la historia: todos pudimos ver que Nancy estaba leyendo su historia a partir de un

---

\* O<sub>2</sub>: Símbolo químico del oxígeno. [N. de T.]

\*\* DNR: directiva avanzada de no resucitar. [N. de T.]

trozo de hoja de continuación de la historia clínica del hospital, garabateada en tinta con algunas tachaduras e inserciones desordenadas. Era evidente que se trataba de un trabajo apresurado, que no había sido elaborado con esmero, sino un primer borrador fresco y brillante. Tanto más importante era el control del punto de vista de sus propios ojos, informando de los acontecimientos sólo dentro de su visión y en su conocimiento.

Los lectores recibimos la visión cinematográfica de esta estudiante sobre los acontecimientos en un escenario telegráfico que evoluciona rápidamente. El primer párrafo comienza con un torbellino de actividad: la interna se apura, irrumpe en la conversación, los médicos se apresuran a volver a la habitación de la paciente. Nuestra narradora, sin embargo, va detrás de ellos, transmitiendo su sensación de inseguridad o confusión o, en su defecto, falta de capacidad de acción “esperando que pudiéramos aprender algo o ser de ayuda”. A los lectores nos llegan las escenas que siguen exactamente como le llegaron a la narradora, lo que nos lleva a sentirnos muy cerca de ella en esta experiencia.

Lo que ella presencia y nos ofrece es la escena de la muerte. La frenética actividad da paso a un sombrío cuadro: el residente inclinado sobre el silencioso pecho de la paciente, el marido desamparado al ser expulsado de la habitación, la interna buscando vacilante el pulso ausente, la estudiante observando cómo se cubre el cadáver. 9:20 marca el presente y el final de la vida de esta anciana.

A pesar de la gravedad de los hechos, la escritora no pierde el control. Los acontecimientos “fuera de cámara” se describen sólo con su banda sonora. Todos en la habitualmente frenética enfermería se detienen y miran al oír los lamentos tristes del afligido marido. Y entonces el lector obtiene una visión interior de los sentimientos del narrador. “‘Pobre hombre’, pensé [...] Sentí su soledad”. La realidad de este momento parece alcanzar a la estudiante. Recordada por la interna de su matrimonio de sesenta años, la estudiante parece compadecerse de este hombre, que se embarca a las 9:20 de la mañana en una vida en soledad. El hecho de que sean las enfermeras, y no los médicos, quienes se encarguen de su cuidado no hace sino intensificar la sensación de la estudiante de medicina de haber sido encapsulada lejos de la inmediatez de la experiencia. Su trabajo es “avisar y escribir la nota de defunción”, y no abrazar a este pobre anciano cuya vida acaba de cambiar irrevocablemente.

Cuando pregunté a los alumnos oyentes qué oían en la historia de Nancy, coincidieron en que transmitía tristeza, abandono y silencio. Aunque había diálogo y acción en la escena, el ambiente general era de distancia, como si percibiéramos los acontecimientos a través de una densa niebla. Y quizá esta

sea la verdad más urgente que Nancy transmite en su historia, de nuevo no necesariamente por las palabras o la trama, sino por cómo se entrega: su experiencia como estudiante de medicina de tercer año la separa de la experiencia de este desafortunado hombre. Se encuentra a una distancia insalvable de él, de su confusión, de su vigilia durante las últimas semanas y, ahora, de su agudo sufrimiento. (Tal vez estén unidos textualmente en su confusión compartida, tanto la estudiante como el marido vagando detrás de la certeza en la intención de todos los demás). Ella está encapsulada en su propia inexperiencia, sus responsabilidades —como así son— acotadas a las tareas profesionales de la medicina, dejando a las enfermeras que lleven a cabo las tareas *más reales* y más humanas de atender al sobreviviente.

Para nuestro grupo, la escritura de Nancy abrió una tristeza inquietante: que los pacientes sufren auténticas pérdidas mientras que nosotros, los médicos (y no tanto los enfermeros), a veces, en comparación, parecemos sufrir sombras de esas experiencias. Cuando pedí al grupo que reflexionara sobre el *deseo* aparente en esta historia, según mi pauta de lectura, algunos pensaron que Nancy parecía anhelar liberarse de la niebla hermética, estar *presente* con este marido o incluso con esta mujer moribunda, que murió fuera de la vista, sola ella misma ahora después de sesenta años de matrimonio. El silencio y la quietud del sombrío cuadro presentado por la autora nos señalaban un peligro. Que el autor, dentro de esta historia, fuera incapaz de atravesar la niebla y alcanzar un rol, ya sea con la propia paciente o con el marido, indica al menos un anhelo, una necesidad y un “estar listo” para la presencia y la acción en el futuro. De hecho, la siguiente anotación que Nancy escribió en su Historia Clínica Paralela relataba cómo había diagnosticado ella sola un abdomen agudo un sábado por la mañana temprano, llevando a los cirujanos a la cabecera de la cama de una anciana y pronto al quirófano, tras haber reconocido una urgencia quirúrgica. Fue una tremenda celebración del juicio clínico y la valentía de la estudiante, en claro contraste (y quizás no sin relación) con la silenciosa pasividad de la escena anterior.

## Tolulope

Tolulope, un nigeriano que se trasladó a este país cuando era adolescente, había sido asignado al servicio de oncología en sus prácticas de medicina y atendía a pacientes muy enfermos y moribundos. Sin embargo, escribió en su Historia Clínica Paralela acerca de un “huésped”, un paciente que no tenía cáncer pero que fue ingresado en oncología porque no había espacio para él en otro sector. Como suele ocurrir cuando los pacientes son especialmente complejos o exigentes, el estudiante escribió sobre este paciente

más de una vez. A lo largo de dos anotaciones en la Historia Paralela, Tolu describió sus intentos de cuidar a este joven con sida:

He tenido momentos de extrema tristeza al pensar en el pronóstico de algunos de mis pacientes oncológicos. He tenido que cuestionar algunas de mis creencias más arraigadas. Incluso me he cuestionado cuál va a ser mi papel en la medicina y por qué me dedico a ella en primer lugar. [...] He aprendido que curar a un paciente no es lo único en lo que consiste la medicina. [...] He trabajado con un excelente interno y residente [...] que me han enseñado mucho sobre cómo tratar a los pacientes para que se sientan mejor. [...] He visto cómo expresaban emociones de tristeza y felicidad evocadas por los pacientes.

Ayer, mientras estaba de guardia, me enviaron a urgencias a ver a un hombre HIV+ que iba a ingresar en mi servicio para que lo evaluaran por una diarrea grave... LD está en sus tempranos 30 años, en 1990 le dijeron por primera vez que tenía el HIV, pero se negó a tomar ninguno de los fármacos contra la infección. En 1997, desarrolló una neumonía PCP.\* En ese momento recibió tratamiento y se lo convenció para que empezara a tomar HAART.\*\* Así lo hizo hasta 1999, cuando conoció a una chica que pronto se convirtió en su novia. (Cuando le pregunté por qué había dejado [la HAART], me dijo que no quería que ella supiera que tenía el HIV). Su novia es ahora HIV+ (no está claro si contrajo el virus de él) y tiene un hijo con ella que nació dos semanas antes del momento en que lo conocí y que sigue internado en la UCI neonatal por complicaciones. (Desconozco el estado serológico de HIV del niño, pero sé que la madre no tomó la profilaxis adecuada durante el embarazo). Se trata de un inmigrante... que lleva mucho tiempo sin trabajar, recibiendo asistencia social y tiene Medicaid.\*\*\*

A medida que aprendía más y más sobre este paciente, me di cuenta de que me estaba enfadando o incluso enfureciendo. [...] Curiosamente, el hecho de que yo era tan consciente de sentirme furioso me permitió dejar a un lado mis sentimientos y ocuparme del paciente apropiadamente. Creo que no es consciente de las consecuencias que su comportamiento tiene para él y para su familia. [...] Básicamente ha traído un niño a este mundo, que

---

\* PCP: neumonía causada por el hongo *pneumocystis jirovecii*. Afecta a pacientes inmunodeprimidos. [N. de T.]

\*\* HAART: iniciales de *Highly active antiretroviral therapy*, terapia antirretroviral de elevada efectividad. [N. de T.]

\*\*\* Medicaid Managed Care es el programa de asistencia médica para personas de bajos recursos en Estados Unidos. [N. de T.]

tiene pocas posibilidades de salir adelante. [...] Como inmigrante que soy, creo que da mala fama a todos los inmigrantes.

No hay forma posible de que pueda sentir empatía (ser consciente, sensible y experimentar indirectamente los sentimientos, pensamientos y experiencias de otro) por él. [...] Mi imaginación no es tan vívida como para permitirme verme a mí mismo en sus zapatos. [...] Para imaginarme en sus zapatos, básicamente tengo que imaginarme siendo alguien a quien odio, alguien que es totalmente opuesto a mí ahora. Es básicamente imposible. Así que he pasado mucho tiempo pensando qué emoción me llevó a querer ayudar a este paciente. Se me ocurrió la lástima (pena compasiva por alguien que sufre). Realmente sentí lástima por este hombre. Este era un hombre que a sus 30 años tiene sida, un hijo recién nacido, una gran negación de su condición, pero se da cuenta de que está enfermo. Probablemente es consciente de su deterioro y sabe que el final está cerca. [...] Siento pena por él, no empatía, sino lástima. Eso es lo que me hace querer ayudarlo.

Los estudiantes comprendieron la importancia del escrito de Tolu. Todos habían estado luchando con la *realidad* de lo que habían aprendido en abstracto sobre la empatía y las relaciones clínicas. A menudo sentían las distancias que los separaban de sus pacientes y lidiaban con las dificultades de salvar estas diferencias. Los párrafos de Tolu representan esa lucha. Interior y afectiva, la trama describe un cambio lento y activo del punto de vista del estudiante hacia el reconocimiento de la situación de este paciente. Al escuchar este texto, los demás alumnos pudieron apreciar el logro de Tolu al *llegar a* este paciente a pesar de la furia que generaba su comportamiento.

Este texto es, al mismo tiempo, un resumen clínico escrito con pericia sobre el curso complejo de una enfermedad y un doble retrato afectivamente denso de un paciente desafortunado y de su médico, que se siente indignado y compadecido por el paciente. Uno de los elementos que permiten al texto desempeñar su doble tarea es el despliegue de varios registros distintos, que coexisten o se escuchan en rápida sucesión. En el primer párrafo, se hace una reflexión doliente sobre el pasado clínico reciente y se cuestionan, en un autoexamen ontológico, las creencias y los motivos que llevaron al escritor a elegir la medicina. El segundo párrafo se aleja de un registro privado e interior para acercarse a un narrador distanciado que relata acontecimientos clínicos acelerados en la sala de urgencias. Chirriante por comparación, este registro hospitalario es discordante, brusco e impersonal, relegando casi por completo al narrador en primera persona a expresiones secundarias entre paréntesis. A continuación, el texto vuelve a un ámbito interior, esta vez no

en forma de autoexamen autobiográfico, sino intersubjetivo, sondeando la relación entre el escritor y su nuevo paciente. Este último ámbito combina la comprensión cognitiva de ciertas emociones con una percepción personal del significado de las emociones generadas por el cuidado de este paciente.

Tolu está de acuerdo en que haber escrito esta anotación en la Historia Paralela le permitió comprender lo que representaba. Antes de escribirla, no se había dado cuenta de que había dejado a un lado su furia para atender al paciente. Tampoco había analizado sus propias emociones hacia el paciente hasta escribir. Buscando las definiciones de las palabras “empatía” y “lástima”, esperaba de sí mismo la misma claridad al analizar sus sentimientos que al presentar los acontecimientos clínicos. Como resultado de representar tanto las acciones del paciente como sus propias respuestas, descubrió las dualidades de este cuidado: dos inmigrantes, uno inconsciente y el otro consciente, uno enfermo y el otro comprometido con su cuidado. Lo que impresionó a los oyentes de la historia de Tolu fue la exigente demanda que el escritor se impuso a sí mismo para visualizar, comprender y reivindicar su propio y lento movimiento hacia este paciente, reflejando en la gravedad de su prosa el peso de su propio deber profesional. Todos estuvimos de acuerdo en que, después de todo, Tolu había logrado empatizar con su paciente, pues su piedad le permitía ver los acontecimientos desde la perspectiva del paciente, no sólo reconociendo los aspectos declarados de la situación, sino incluso imaginando los temores del paciente por su futuro.

## Bijan

Bijan leyó a continuación su texto. Estaba ayudando a cuidar a un hombre de 65 años con fibrosis pulmonar idiopática, una enfermedad pulmonar debilitante cuyo único tratamiento definitivo es el trasplante de pulmón. Este paciente había estado en la lista para recibir un trasplante de pulmón durante los últimos nueve años, pero no había tenido la suerte de recibir uno de los escasos órganos donados. El estudiante acaba de enterarse de que el paciente ha sido retirado de la lista debido a su edad.

    Mi mente empezó a divagar mientras colgaba el teléfono y empezaba a escribir en la historia clínica. [...] Recién había terminado de hablar con el neumólogo del señor Encarnación, el doctor M, sobre por qué el señor Encarnación había sido retirado recientemente de “la lista” para un trasplante de pulmón y la posibilidad de una nueva vida. El doctor M me había informado con bastante naturalidad de que la edad “límite” para los trasplantes de pulmón se situaba en torno a los 60 años, y que el señor

Encarnación, al tener 65 años, *se volvió* inlegible debido a que su edad presagiaba un mal pronóstico. [...]

Independientemente del motivo por el que el señor Encarnación había sido retirado de la lista, lo que yo tenía ante mí era que *había* sido retirado de ella, y ahora se quedaba sin la única cura conocida para su enfermedad inexorablemente progresiva. Y cuando empecé a escribir mi nota, la palabra “límite” me miró fijamente desde la nítida página en blanco que había debajo. Una palabra graciosa, pensé; ¿acaso el doctor M se daba cuenta del retorcido juego de palabras que contenía su propia frase? Para él —para ser justos, para el racionalista—, el límite era una cifra austera y desprejuiciada que indicaba que los riesgos del trasplante superaban a los beneficios. Pero, para mí, el “límite” era un concepto que evocaba la imagen de soñar vívidamente caer por un acantilado rocoso. [...] Este “límite”, pequeñas letras negras, con el rastro de una mancha de tinta, significaba para mí cortar una vida.\* Debido a la simplicidad de un número arbitrario, todas las esperanzas del señor Encarnación durante los últimos nueve años se habían extinguido y se le estaba dejando morir.

No pude evitar pensar en cómo había afrontado el señor Encarnación la noticia cuando se había enterado por primera vez, y en cómo afrontaría yo una noticia así si alguna vez estuviera en el extremo receptor. Cómo diablos había llegado al punto de poder decirme con una sonrisa irónica que apenas asomaba por detrás de su verde máscara de oxígeno: “Antes era fuerte como un toro. Eso nunca volverá a ser posible”. ¿Habría llorado al enterarse? ¿Se había sentido extrañamente aliviado de que su espera en la incertidumbre hubiera terminado? ¿O simplemente se había tomado las cosas con calma, sabiendo desde el principio que la esperanza era inútil? En aquel momento, ni siquiera era capaz de adivinarlo. Ahora me doy cuenta de que podría haberse preguntado; podría haberme armado de valor para levantarme y caminar por el pasillo, pasando por encima de mis propios miedos, que hacían que el pasillo fuera tan poco acogedor, y cruzar el umbral de su habitación. [...] Él me habría respondido con calma y yo habría quedado aplastado por visiones de mi propia mortalidad y una existencia efímera y frágil; habría salido de la habitación como un estudiante iluminado pero quebrado.

Pero nunca entré en su habitación; terminé mi nota y me fui a comer porque no tenía fuerzas para enfrentarme a la inevitabilidad de mi propia muerte —posiblemente, con suerte, con muchos años por delante—. En ese

---

\* El párrafo contiene un juego de palabras no traducible. La expresión para *límite* es el sustantivo *cut-off*; que también puede utilizarse como verbo en el sentido de cortar. “*This ‘cut-off [...] signified to me the cutting off of a life’*”. A esto se suma metafóricamente la referencia al sueño donde la caída por el acantilado se expresa como *falling off*. [N. de T.]



momento, estaba demasiado cerca; tan cerca que no podía enfrentarme a la aceptación por parte del señor Encarnación, de su destino; era demasiado inquietante, demasiado antinatural y muy muy aterrador.

Aquí hay muchos “yoes”: el yo que escribe en la historia paralela, el yo que está en la enfermería intentando escribir una nota en la historia, el yo de hace unos días hablando con el señor Encarnación y, por supuesto, el yo de Bijan sentado con nosotros en la habitación, leyendo lo que había escrito. Observar los tiempos verbales que marcan el andamiaje temporal de la historia permite al lector apreciar el complejo desarrollo de los distintos acontecimientos: el participio en el pretérito pluscuamperfecto “recién había terminado de hablar” se distingue del pretérito perfecto simple en “mi mente empezó a divagar”. En las dos primeras frases, el lector o el oyente se dan cuenta de que estos periodos de tiempo se superponen como transparencias. No es hasta el final del texto cuando nos damos cuenta de hasta dónde llega esta transparencia en la vida del autor.

Lo que me impresiona de este escrito es la forma en que el autor ha accedido a la *conexión* entre estos diferentes yoes, aprovechando de hecho el poder del proceso autobiográfico. Desde su posición actual, inspecciona sus pensamientos, sentimientos y acciones del pasado inmediato y del pasado un poco más remoto. Al representarse a sí mismo mientras está sentado escribiendo su nota, recaptura —o probablemente capta por primera vez— las complejas emociones y comprensiones que emergen en la escena. *Descubre* que es el miedo a su mortalidad lo que le impide entrar en la habitación del paciente. Este descubrimiento no sólo se basa en la trama del suceso, sino también en la forma en que se narra. Por ejemplo, el uso de la palabra “límite” es complejo e instructivo. Se convierte en un fetiche en la historia —un objeto, manchado en la página—, así como en una metáfora que conecta la pesadilla de “caer por un acantilado rocoso”<sup>\*</sup> con el concepto de límite de edad para el tratamiento médico.

A medida que el lector hace malabarismos con los muchos periodos de tiempo que tiene simultáneamente en mente —colgar el teléfono y vagar por la mente—, se inmiscuyen sucesos más remotos tanto en el pasado como en el futuro. El paciente dice en un pasado indeterminado: “Antes era fuerte como un toro”, y el narrador imagina el futuro condicional de “yo habría quedado aplastado”. Por último, en lo que el escritor espera que sea el futuro remoto pero ahora es visible en virtud de su creación narrativa está el momento de su propia muerte.

---

\* Ver la explicación en la N. de T. anterior. [N. de T.]

Una semana después de que el estudiante escribiera esta redacción y la leyera a sus compañeros, visitó al señor Encarnación conmigo. Durante nuestra visita a la cabecera de la cama (yo estaba allí para observar cómo realizaba una entrevista clínica y no aporté nada a la conversación real), el estudiante preguntó al paciente y a su mujer cómo se habían sentido cuando el doctor M les dijo que el señor Encarnación ya no era candidato a un trasplante de pulmón. Tanto el paciente como su mujer lloraron al oír la pregunta del estudiante. Hablaron largo y tendido de sus hijos y nietos y expresaron con gran elocuencia su confianza en Dios y la aceptación de su destino terrenal. A partir de entonces, Bijan fue el miembro de mayor confianza del equipo médico de la familia Encarnación, que confiaron en su consejo y orientación para tomar todas las decisiones médicas futuras.

Meses más tarde, se pidió al alumno que comentara lo que había escrito en la Historia Clínica Paralela:

En uno o dos casos, escribí sobre algo que había visto y que no me “parecía bien”; mientras escribía, me di cuenta de que era algo que en realidad me estaba molestando sin darme cuenta. [...]

Después de escribir mis pensamientos para cada anotación de la historia, los desarrollé, tratando de encontrar temas y organizando mis pensamientos para hacer que cada anotación en la historia pudiera “tener un significado” y fuera capaz de mantenerse por sí misma como una muestra de escritura (y no sólo como un trozo de papel con pensamientos escritos en él). Al hacerlo, me di cuenta de que mis pensamientos estaban más estructurados y que lo que antes había sido simplemente una expresión de “no sentirme bien” ahora podía traducirse en algo más significativo. *En otras palabras, intenté transformar el sentimiento en un tema organizado.* Como resultado, pude descubrir que lo que realmente me hacía sentir incómodo con el señor Encarnación y su terrible experiencia era el hecho de que me resultaba difícil enfrentarme a mis propias debilidades y mortalidad. No creo que hubiera sido capaz de descubrir esto si me hubiera limitado a escribir mis pensamientos y dejarlos ahí sin editar, para encontrar un significado a lo que había escrito. Del mismo modo, tampoco habría podido descubrirlo si me hubiera limitado a hablar sobre el tema. [...]

Creo que este autodescubrimiento me permitió mejorar mi trato con cada paciente; sentirme más cómodo con mis propios sentimientos me permitió centrarme en los problemas del paciente. Por ejemplo, cuando abordamos el tema de la muerte con el señor Encarnación, estaba seguro de cómo me sentía al respecto y pude concentrar mis esfuerzos en intentar que el señor Encarnación se sintiera mejor. [Cursivas en el original].

Capaz de informar sobre las actividades de la mente errante de su yo pasado, este escritor utilizó la práctica de la escritura autobiográfica para escuchar de manera inadvertida el lenguaje de su yo que experimentó previamente. Al escribir y editar el texto resultante, el estudiante se convierte en su propio lector e intérprete, utilizando el vacío autobiográfico como una invitación a reflexionar sobre sí mismo. Que el alumno atribuya a su escritura y reescritura la comprensión y capacidad necesaria para hacer lo que hay que hacer clínicamente —para hablar con el paciente y su familia sobre esta grave evolución de su salud— nos anima a pensar que la formación narrativa tiene consecuencias prácticas para el estudiante o el profesional de la salud.

## Nell

Nell fue la última alumna en leer su Historia Clínica Paralela.

Un día de la semana pasada, durante la segunda hora y media de ronda, vi a un joven que caminaba por el pasillo del hospital hacia mí. Los siete miembros de mi equipo estábamos de pie formando un círculo, los dos internos, los dos adjuntos, el residente y mi compañero estudiante; yo era la única que miraba en su dirección. Era discreto, de estatura y contextura mediana, pelo castaño ondulado, ojos verdes y gafas. No llevaba zapatos, sólo unos relucientes calcetines blancos. Intentaba llamarme la atención, como si me conociera, mientras caminaba hacia nosotros por el pasillo. Tenía una sonrisa pícara en la cara. Cuando estaba a medio metro del grupo, me guiñó un ojo. Rápidamente. Alegrementemente. Como si estuviéramos juntos en una gran broma. No sé si fue la falta de sueño o la sangre que me corría por el cerebro después de estar tanto tiempo de pie, pero pensé: ¿y si este joven, que parece querer hacerme partícipe de su broma, fuera Dios? La idea me llenó de alegría. Era revitalizante. ¡Qué pensamiento tan extraño! ¿Por qué iba a pensar eso?, me pregunté. En primer lugar, este es exactamente el lugar donde Dios querría estar, en un hospital entre enfermos y moribundos y entre los que siempre están alrededor de los enfermos y moribundos. Y así es exactamente como Dios querría aparecer, como un paciente, aunque inexplicablemente alegre ante el sufrimiento. ¿Y por qué no? Él está en la broma que el resto de nosotros no. Por último, Dios no querría llevar zapatos. No me imagino a Dios con zapatos.

Esperaba que Dios visitara a algunos de mis pacientes. Que los hiciera partícipes de lo que resultaba tan gracioso. Esperaba que pasara por la habitación de mi paciente de 35 años con fibrosis quística, ahora tres

años mayor de lo que jamás debiera haber sido. Dios podría ponerse sus precauciones de aislamiento de contacto y entrar a charlar, poner sus pies en el borde de la ventana. Podría explicar por qué una mujer de 35 años está en el hospital, ahogándose. Por qué es la persona más joven del piso por cuarenta años. Por qué cuenta el resto de su vida en meses.

Después de que Dios le contara su broma a aquel paciente, tal vez podría moverse por el pasillo y echar un vistazo a otro paciente mío. Su ELA\* lo ha dejado atrapado en un ataúd que una vez fuera su cuerpo, sin poder ya comer, orinar, moverse y casi respirar. Cualquiera día y eso también desaparecerá. De todos modos puede entender, su mente sigue ahí. Le gustaría conocer la broma de Dios, creo que lo apreciaría. Si es un buen día, mi paciente podría ser capaz de guiñarle un ojo.

Y, por último, espero que Dios vuelva a mi camino y me cuente el secreto. Quizá entonces sepa cómo manejar el dolor y la enfermedad a diario, cómo dar la bienvenida a la muerte en el segundo caso y aceptarla en el primero. Cómo soportar el sufrimiento, la ira y el arrepentimiento sin querer evitarlos y salvarme. El secreto debe ser cómo sacrificar la idea de justicia por la de paz, cómo sustituir el miedo por la ciencia.

Pero Dios no se detiene a contarme el chiste, todavía no. Sólo sonrío misteriosamente, guiña un ojo y se aleja por el pasillo.

Nos quedamos sentados como terneros aturridos cuando Nell terminó de leer. Durante minutos, nadie dijo nada. Nell había captado el salvajismo subyacente de la enfermedad, su falta de sentido, su crueldad aleatoria, de modo que todos nos sentimos expuestos como charlatanes. A diferencia de la reverente invocación de David al lenguaje de la espiritualidad en el primer texto que habíamos escuchado aquel día, la evocación de Dios por parte de Nell socavaba cualquier atisbo de consuelo que alguien pudiera obtener de la fe; ridiculizaba el impulso hacia la búsqueda de sentido en la medicina.

Sentí que tenía que encontrar una manera de dar sentido a la elevada experiencia de lo absurdo a la que nos había sometido esta obra escrita con una habilidad impresionante. Había hecho falta valor para imaginarlo y escribirlo; nos había exigido valor a todos para escucharlo. Nell lloraba sentada en su asiento habitual, en el rincón más alejado de mi oficina. Vestida como de costumbre, en tonos pastel, con perlas en el cuello, una joven elegante, aunque de aspecto algo frágil que me había impresionado por su comprensión de —y su asombro ante— los fundamentos científicos

---

\* Sigla de esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad muy invalidante. [N. de T.]

básicos de la medicina, acababa de revelarnos un reconocimiento hasta entonces oculto de la brutalidad de la que estamos rodeados.

Así pues, mi recurso, al comentar los elementos formales de su escritura, cumplió algo más que sus objetivos típicos de mostrar al escritor y a los lectores el significado “interno” de un escrito. Esta vez, fue nuestro salvavidas para volver al mundo de la coherencia. Y, sin embargo, incluso ahora, en retrospectiva, puedo reconocer que mis comentarios sobre el género y la metáfora no sólo fueron instructivos, sino que además fueron las respuestas más responsables a este escrito y, lo que es más importante, a esta joven escritora.

Empecé con unas palabras sobre la ironía. Cuando un autor dice lo contrario de lo que quiere decir, la dislocación establece dos niveles dentro del texto: lo dicho es falso; lo no dicho, opuesto a lo dicho, es verdadero. Se recurre a la ironía en situaciones en las que lo verdadero no puede decirse directamente. La ironía, la convención más salvaje de la escritura, confiere distancia al autor, que a menudo la elige cuando se acerca a una verdad demasiado dolorosa de decir. La elección de este modo de escritura por parte de Nell significaba que intentaba representar algo tan candente, tan provocativo, tan potencialmente destructivo que tuvo que hacerse a la inversa.

Pero este escrito no es una simple ironía. Su elaborada fantasía cómica de Dios en calcetines aporta un elemento de surrealismo, transportando al lector a un mundo sumamente inestable en el que nada es lo que parece. ¿Hay algún joven en el servicio sin zapatos? ¿Está realmente Nell teniendo una experiencia casi sincopal de alteración del estado mental? Habíamos escuchado las eruditas presentaciones de Nell sobre estos dos pacientes en sesiones anteriores de preceptoría, detallando la fisiopatología de sus enfermedades, la justificación del tratamiento, los pronósticos médicos, las pruebas diagnósticas, los hallazgos físicos. Qué vacíos de significado se revelaban a sí mismos ahora estos antiguos debates sobre la enfermedad. Qué irrelevantes son para estos dos pacientes, que, de hecho, simplemente están esperando la muerte.

El retrato de Dios como bromista le despoja de toda misericordia. Despiadado, su alegría vilipendia cualquier pequeño esfuerzo que pudiéramos hacer hacia la aceptación o el consuelo. El texto equivale a una renuncia a Dios, a la fe, a un compromiso con el sentido de la vida humana. Este cosmos ha sido abandonado por su creador, que ahora se regodea en la difícil situación de sus desventurados súbditos.

Me di cuenta de que era posible otra lectura de este texto, aunque mi impulso inicial fue descartar esta lectura más suave por considerarla autoprotectora. No obstante, pensé que podría ayudar al grupo preguntarse en

voz alta si el Dios de los calcetines no sería irónico, sino providencial. Tal vez, pensé, *exista* algún orden cósmico que podamos contemplar en última instancia. Tal vez la visión de Nell signifique que Dios, por las razones que sean, no puede revelar el significado de nuestra experiencia de la enfermedad y la muerte, y sin embargo Él tal vez sepa lo que todo esto significa. En lugar de regodearse en sus víctimas, en esta interpretación Dios nos suplica que seamos pacientes con él, mientras mantiene la esperanza —con la humildad de su acercamiento sin zapatos— de que finalmente seamos capaces de percibir la benevolencia y el sentido de lo que a nosotros nos parece cruel e injusto.

Dos frases del texto merecen una inspección más detenida en beneficio del escritor. “Yo era la única que miraba en su dirección”. Esta estudiante ha sido abandonada, tal vez por el poder de su visión, a *ver* todo esto sola. Los demás miembros de su equipo están sumidos en sus decisiones fisiopatológicas y de gestión sobre los quince o veinte pacientes del servicio. No son conscientes de la brutalidad de lo que ve Nell. Están cegados por sus propias pequeñas tareas, quizá sin sentido, ante la salvaje imagen global. La otra frase que requiere atención urgente resume el curso de acción de la estudiante ante su descubrimiento. “El secreto debe ser cómo sacrificar la idea de justicia por la de paz, cómo sustituir el miedo por la ciencia”. Quizá se pueda animar a la estudiante a sustituir el miedo por otras cosas además de la ciencia. De hecho, la ciencia ayuda, pero uno de los beneficios de la escritura de Nell en su Historia Clínica Paralela fue escuchar a sus compañeros y a mí sugerir amablemente que otras cosas funcionan para contrarrestar el miedo: la generosidad, la benevolencia, tal vez simplemente ser testigo de los pacientes en su temor.

Ya antes de esta sesión me había dado cuenta de que Nell parecía especialmente angustiada por las sesiones de historias clínicas paralelas. A menudo se le saltaban las lágrimas al leer sus propios textos o al escuchar y comentar los de sus compañeros. Le había preguntado en privado si la escritura reflexiva suponía una carga emocional demasiado grande para ella. “¿Esto es demasiado para ti?”, le pregunté muy directamente. Me contestó rápidamente que la redacción de la Historia Clínica Paralela era para ella la mejor parte de este período de prácticas. Le resultaba muy útil escribir sobre sus experiencias y escuchar la respuesta del grupo. “Le envié a mi madre los escritos de la Historia Clínica Paralela”, dijo. “Por primera vez en la carrera, siento que ella sabe por lo que estoy pasando”. Me di cuenta entonces de que el hecho de que ella escribiera sobre Dios en calcetines no *creó* la brutalidad, no la llevó a la renuncia. Pero, en virtud de la escritura, Nell ya no estaba sola con su visión apocalíptica.

Mi preocupación más inmediata a medida que la sesión se acercaba a su fin era asegurarme de que el grupo se recuperaba de la brutal visión de Nell, y la forma más coherente de hacerlo era devolvernos a la transparente humildad de David con la que habíamos empezado. Su apego a su paciente moribundo nos había preparado para el salvajismo del repudio del significado de la enfermedad de Nell, pero también podría habernos proporcionado con un final alternativo a su texto. Quizá la confianza y el aprecio tengan un lugar junto a la ciencia y el miedo. Quizá estar al lado de los pacientes en su padecimiento *sea importante* para ellos y, en consecuencia, también para nosotros.

## Para resumir

Nuestra hora y media estaba a punto de terminar. Cada estudiante del grupo había tenido la oportunidad de leer en voz alta a sus compañeros su Historia Clínica Paralela y de escuchar y debatir las formas, las tramas, los estados de ánimo y las implicaciones de los textos de los demás. A lo largo de la sesión habíamos compartido una experiencia intertextual que, por sí misma, requería un comentario.

He observado que resulta útil resumir la sesión con comentarios sobre algunas similitudes entre los textos. Yo misma reuní estos textos en la sesión virtual de la Historia Clínica Paralela que se presenta en este capítulo, por lo que no puedo informar sobre lo que se dijo realmente tras estas cinco lecturas. Y, sin embargo, si se hubieran leído juntos, puedo predecir que habríamos hablado al final sobre la proximidad de la muerte, el problema de la acción y el puerto seguro que proporcionan a los estudiantes sus estados reflexivos de interioridad.

Todos estos textos tratan de la muerte. Esto no es inusual en la escritura de los estudiantes de medicina de tercer año, que por primera vez se encuentran cara a cara con la mortalidad de sus pacientes, y los buenos se encuentran simultáneamente cara a cara con la suya propia. El "límite" de Bijan no fue muy distinto de la densa niebla de Nancy, pues ambos cortaron la conexión de los pacientes con el futuro, con ellos mismos, en un esfuerzo por hacer frente a la muerte de sus pacientes. La compasión de Tolu hacia su paciente seropositivo y la experiencia soñada de David con SC los situaron a ambos al lado de un paciente gravemente enfermo o moribundo. En virtud de sus tareas clínicas, todos estos estudiantes tuvieron que imaginar, aun brevemente, sus propios finales.

En varios de estos textos, los estudiantes se encontraron, al menos temporalmente, sin posibilidad de actuar. Nancy se arrastra con lentitud tras su equipo, excluida de la capacidad de consolar al afligido marido por las

realidades del rol de la sala. Bijan tiene que huir del servicio porque no puede juntar el coraje para *actuar*, de volver a entrar en la habitación del señor Encarnación para hablar con él sobre el límite. Y es difícil saber qué hace Nell con su salvaje perspectiva. Espera a que la incluyan en la broma.

Varios de los estudiantes hallan un refugio seguro en los ricos y complejos estados mentales imaginativos en los que se encuentran como resultado de su escritura narrativa. Una y otra vez, el escritor se retiró del fragmentado o incoherente servicio para entrar en una ensoñación, una mente errante, una profecía, una experiencia mística de ver a Dios, lo que me sugiere lo inadecuado de la *realidad* cotidiana para comprender todo lo que presencian en su nueva vida. Estos estados mentales alterados podrían ser rejuvenecedores para estos jóvenes agotados, que se enfrentan diariamente a la crudeza de la enfermedad y a la impotencia de la medicina ante tantas cosas. De hecho, como sugiere Guy Allen, la narrativa personal puede funcionar como un patio de recreo winnicottiano en algún lugar entre la realidad interna de uno y la realidad externa del mundo, sirviendo como un lugar seguro donde representar en la fantasía lo que luego se “intentará” en la realidad. Cuando nos despedimos unos de otros al final de las sesiones de la Historia Clínica Paralela, a menudo lo hacemos con la sensación de volver al campo de batalla, pero habiendo encontrado serenidad, perspectiva y un refugio de reflexión bendecido.

La propia sesión de historias clínicas paralelas funciona como un puerto seguro para estos escritores, como se desprende de sus respuestas a las preguntas de evaluación sobre la práctica. Estas son algunas de las respuestas a la pregunta: “¿Cómo te sentiste después de escribir los textos en la Historia Clínica Paralela? ¿Después de las sesiones de la Historia Clínica Paralela?”, formulada a los alumnos de tercer curso que la utilizaron.

Me sentía bien después de escribir anotaciones. Sentía como si, al escribir, me obligara a comprender lo que sentía y a enfrentarme a algo que estaba evitando. Después de las sesiones, me sentía agotada, desinhibida, cómoda, clara, frágil pero consciente de mi delicadeza.

Me sentí mejor, aliviada de cierta ansiedad y angustia. Reunirme con los demás también fue muy útil. Era un ambiente de apoyo y me dio una sensación de camaradería y esperanza.

A veces hacía que las cosas fueran más personales y difíciles desde el punto de vista emocional. Otras veces, fue algo liberador: me permitió tener más empatía y también más distancia.



Los estudiantes suelen considerar beneficiosa la Historia Clínica Paralela. (En una serie de 49 estudiantes que fueron asignados al azar para añadir sesiones a sus prácticas de medicina, el 82% de los estudiantes lo consideraron beneficioso, terapéutico o catártico). Los escritores se dieron cuenta de que comprendían sus propias emociones con mayor claridad gracias a la escritura y la lectura en voz alta de su experiencia. También descubrieron que comprendían mejor a sus pacientes:

Aprendí lo vulnerables que se sienten muchos pacientes. También tienen miedo y, sin embargo, confían tanto en el médico. Me hizo reconocer la necesidad de ser siempre amable y cuidadoso, ya que muchos pacientes se encuentran en un estado tan vulnerable.

El proceso me ayudó a reconocer mi papel y a ver a los pacientes con más claridad. El proceso fue un ejercicio de algo en lo que ya creía: que la relación entre el paciente y el médico/estudiante de medicina no es pasiva y que analizar mis respuestas me ayudó a ver a los pacientes con más claridad y, probablemente, a ser más eficaz.

No fui consciente de que sentía tanta empatía por un paciente en particular hasta que escribí una anotación en la Historia Clínica Paralela. Sí, creo que fui más generosa conmigo misma, más abierta sobre mi vida fuera de la medicina.

Una investigación que se está llevando a cabo para caracterizar los resultados de la escritura de la Historia Clínica Paralela por parte de estudiantes de medicina está demostrando que los estudiantes asignados aleatoriamente a grupos de escritura son calificados por sus profesores como más eficaces a la hora de realizar entrevistas médicas.<sup>1</sup> Los estudiantes que utilizan

---

<sup>1</sup> La Fundación Fan Fox y Leslie R. Samuels, de Nueva York, ha financiado un proyecto de investigación externo en la Universidad de Columbia para probar la hipótesis de que escribir en la Historia Clínica Paralela mejora la empatía, la toma de perspectiva y el rendimiento clínico de los estudiantes de medicina en tareas interpersonales. Se tomaron medidas cuantitativas y cualitativas de un grupo de estudiantes experimentales asignados aleatoriamente a escribir en la Historia Clínica Paralela y de estudiantes de control que realizaron las prácticas de medicina al mismo tiempo que el grupo experimental sin el entrenamiento en la Historia Clínica Paralela. Los resultados cuantitativos son los indicados anteriormente. El equipo de investigación está realizando actualmente un análisis detallado del contenido de los datos cualitativos. Los resultados de la investigación se publicarán en

métodos de Historia Clínica Paralela manifiestan una mayor confianza en su capacidad para atender a pacientes gravemente enfermos y moribundos y para comunicar malas noticias. Al administrar a los estudiantes escalas psicológicas que miden la empatía y la adopción de perspectivas, estamos generando pruebas de que los estudiantes que escriben tienen más probabilidades que los que no escriben de mejorar su capacidad para adoptar las perspectivas de los demás. Lo que entendemos o concluimos tentativamente de este proceso es que la escritura narrativa clínicamente relevante y el examen disciplinado de esa escritura en grupos mejora las habilidades de los estudiantes para ver desde el punto de vista de sus pacientes, una capacidad que requiere flexibilidad cognitiva e imaginativa. La capacidad de cambiar la propia perspectiva para ver los acontecimientos desde el punto de vista de los demás puede ser una habilidad crítica y actualmente ausente en los profesionales de la salud, y que puede enseñarse.

Concluyo este capítulo con una evaluación extendida de la Historia Clínica Paralela escrita por una estudiante de tercer año en su rotación de medicina:

Escribir la evolución en la historia clínica de mi... la señora a la que acabamos de diagnosticar un cáncer terminal agresivo fue un esfuerzo, porque aún no había abordado realmente mis sentimientos sobre la situación y me había mantenido distante, excusándome en los apuros por mantener su atención médica. Me sentí fría y formal, sobre todo después de tener “la charla” con ella sobre su pronóstico. Incluso al escribir la historia clínica, me sentí fría y temerosa de mi frialdad. Siempre fui amable, dulce y atenta al escucharla. Pero me fui aturdida por no haber sentido más, y me fui corriendo a una conferencia.

Pero en la sesión de la Historia Clínica Paralela, cuando por fin me atreví a leer sobre ello, a contar a mis amigos la historia de esta... señora, y mi miedo a su muerte y a mi muerte y a mi trabajo, todo me golpeó, y rompí a llorar. Y una vez que por fin pensé, hablé y lloré sobre esta situación, me liberé de mi miedo y pude volver a la habitación de la paciente, sentarme con ella y preguntarle sobre sus pensamientos y miedos. Pude volver a asociarme con ella, acercarme a ella y preocuparme por su bienestar emocional. Fue un gran paso. [...] Creo que no tiene precio.

---

la literatura médica adecuada una vez finalizado el estudio. También estamos intentando repetir el estudio en otro centro médico académico.