



Especialización en Docencia Universitaria

**El enfoque de la Medicina Narrativa aplicado al
desarrollo de una innovación educativa en Psiquiatría**

Autora: Anahí Luján Hernández

Directora: Silvana Pujol

Codirectora: María de los Angeles Bacigalupe

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de La Plata

2024

Índice

1.- Resumen descriptivo del trabajo.....	4
2.- Caracterización del tema / problema. Contextualización y justificación.....	5
a.- Origen de mi trabajo final para la Especialización en Docencia Universitaria	5
b.- ¿Qué se observa en la práctica médica actual?.....	7
c.- ¿Qué observo en la formación médica convencional?.....	8
3.- Delimitación del objetivo general y objetivos específicos.....	12
3.1. Objetivo general.....	12
3.2. Objetivos específicos.....	12
4.- ¿Qué es la Medicina narrativa? Su origen.....	15
4.1. Beneficios de la Medicina narrativa.....	16
5.- Metodología. Recursos didácticos de la Medicina narrativa.....	17
a) El relato.....	17
b) La metáfora.....	17
c) El relato autobiográfico.....	17
d) El cine.....	18
e) El comic.....	18
6.- Propuesta de innovación educativa.....	19
7.- La Ansiedad y sus Trastornos.....	21
Trastorno de ansiedad generalizada.....	21
Trastorno de Pánico.....	22
Fobias.....	22
8.- La Depresión.....	23
9.- Proyecto de talleres de Medicina narrativa en la cursada de Psiquiatría.....	27
9.1. Actividades que se pueden realizar en taller de Medicina narrativa sobre Ansiedad y sus trastornos.....	28

Actividad 1.....	28
Actividad 2.....	30
Actividad 3.....	30
Actividad 4.....	32
Actividad 5.....	38
Actividad 6.....	39
Actividad 7.....	40
9.2. Actividades que se pueden realizar en el taller de Medicina narrativa sobre Depresión.....	42
Actividad 1:.....	42
Actividad 2:.....	44
Actividad 3:.....	44
Actividad 4:.....	45
Actividad 5:.....	46
Actividad 6:.....	46
Actividad 7:.....	48
9.3. Actividad final común a los dos talleres.....	50
9.4. Evaluación del aprendizaje y de la propuesta.....	50
10.- Conclusión.....	51
11.- Bibliografía.....	54

1.- Resumen descriptivo del trabajo

En el ámbito médico en el que considero debe primar la frase que sostiene: “Primero no hacer daño”(la reitero en latín: “Primum non nocere” para recordar a Molière y sonreír ante la burla que le surgía por el discurso médico de su época), la comunicación inadecuada puede ocasionar diferentes perjuicios como alimentar el miedo y la angustia, promover la desesperanza y propiciar equívocos entre otros.

Reflexionando sobre ello a partir de experiencias personales, tanto en posición de médico como de paciente o de allegada a éste en algunos casos, es que me interesé por la Medicina narrativa que trabaja con el relato del paciente, de la gente de su entorno familiar y social y del equipo médico.

Este movimiento que cobró identidad y recibió denominación a fines del siglo pasado destaca la importancia y la calidad de la comunicación para favorecer no sólo el primer recurso con el que contamos los médicos en nuestra actividad asistencial: la relación médico paciente sino también la interacción entre todos los actores que hacen por lo menos al alivio de la dolencia. La adecuada comunicación favorece la buena interacción y facilita el diagnóstico, el tratamiento, el sostén y el acompañamiento. Consecuentemente también mejora el pronóstico.

A medida que me enriquecía en el conocimiento de este aspecto de la Medicina a través de lecturas específicas del tema , en el acopio de relatos de pacientes, allegados y personal de salud y en el deleite de obras literarias relacionadas con este contenido como novelas, obras de teatro, poemas, de pinturas y del humor gráfico..., es que surgió en mí el deseo de introducirla como innovación educativa, proyectando e implementando dos Talleres en la cursada de Psiquiatría que tomen los recursos de la Medicina narrativa para construir conocimientos sobre la Ansiedad y sus trastornos y sobre la Depresión (ambas con elevada prevalencia en la población general)

En este trabajo cuyo objetivo general es mejorar la comunicación en la formación médica, aulé una intención personal reflexiva y crítica que considero en gran parte debida a mi paso por la Carrera de Especialización en Docencia Universitaria así como a la lectura de los libros de Paulo Freire. Me genera cierta vergüenza la anterior oración porque reconozco que no soy ni muy reflexiva ni muy criteriosa.

Por otra parte reconozco mi tendencia hedonista que me inclina a las expresiones artístico-culturales que constituyen recursos pedagógicos valiosos.

Así leyendo, buscando, imaginando, equivocándome, corrigiendo llegué a proyectar actividades para los Talleres.

Este TFI que he desarrollado da cuenta de este recorrido que parte del problema de la comunicación inadecuada, tiene por objetivo mejorarla y apuesta para ello a la innovación educativa en la cursada de Psiquiatría de introducir dos talleres sobre los trastornos psiquiátricos prevalentes bajo el modelo de la Medicina narrativa.

Palabras claves: comunicación, relación médico-paciente, Medicina narrativa, innovación educativa, talleres.

2.- Caracterización del tema / problema. Contextualización y justificación

a.- Origen de mi trabajo final para la Especialización en Docencia Universitaria

Tres vivencias relacionadas con la comunicación me han sorprendido en su momento con distintas emociones. Una de ellas, siendo estudiante en el curso de ingreso en Medicina y dos, en condición de paciente.

La primera se dio en un taller de comprensión de textos. El docente nos leyó el cuento "Tini" de Eduardo Wilde (médico, escritor, político y diplomático argentino-boliviano [1844-1913]) y cuestionó la contestación que le había dado uno de los personajes, un médico, a su paciente parturienta. Lo calificó de engreído, yo diría pedante. Esto determinó una polémica por la que la clase *echó a andar* y que evidenció la diversidad de apreciaciones. La paciente del cuento, por su parte, no objetó el comentario del facultativo que la contradecía, lo dejó pasar.

La segunda fue en ocasión de un estudio por imágenes de un nódulo al que yo suponía un linfoma. El especialista que lo observaba en la pantalla del ecógrafo llamó a una colega para que también lo mirara (hecho que me inquietó) y sin mediar palabra de mi parte me espetó: "la cadena vásculo-nerviosa del cuello del lado derecho tiene los ganglios inflamados y la del izquierdo tomados". Esta frase representó una lápida que me oprimía. Salí angustiada y perpleja y estuve ese fin de semana largo que mediaba para mi turno con la hematóloga comiendo y durmiendo a gatas y rumiando mentalmente mi muerte. Reconocí inmediatamente lo inapropiado de su información, ya que no me conocía, no era mi médico tratante y por otra parte no era una biopsia. Pensé que había hablado así en parte por su juventud e inexperiencia, por carecer de inteligencia emocional, de empatía o por absoluta torpeza de comunicación.

Relataré la tercera experiencia en forma más extensa porque, finalmente, me resultó muy graciosa.

A los cuarenta y siete años de edad, tras padecer unos días inflamación de las glándulas parótidas (parotiditis) y sequedad ocular (xeroftalmía) de larga data, caí en la cuenta que tenía el síndrome que describió el oftalmólogo sueco Sjögren y que en su honor se denomina Síndrome de Sjögren. Lo primero que me vino a la mente fue pensar graciosamente que mencionar este nombre sonaba en ciertos ámbitos como una afección más *distinguida* que decir tengo cálculos en la vesícula (litiasis biliar) o hemorroides.

Hacia ya algunos años que venía experimentando cortos períodos de sequedad (xerostomía) y dolor en la boca (estomatodinia). No dándole importancia, cambié de pasta dentífrica, una suave para niños, sin mentol, con sabor a frutilla.

En una oportunidad debí recurrir a un chicle laxante y éste se desintegró, se esfumó inmediatamente en mi boca y al no tener efecto el medicamento, fenómeno que me resultó sorprendentemente extraño; deduje que tenía la saliva alterada de tal

modo que inactivaba el principio activo (el picosulfato). Por supuesto que lo primero que hice fue constatar que el producto no estuviera vencido.

Antes de mi autodiagnóstico, confirmado por el reumatólogo que consulté, vivía con un sentimiento de fortaleza, de omnipotencia; si bien no podía jactarme de belleza ni de inteligencia, en mi interioridad me regocijaba de mi buena salud.

Con el diagnóstico, asumí que soy un ser humano y que como dice el poeta Antonio Porchia en su único libro titulado *Voces*: “la salud no respira”.

A partir de entonces, me sumí en un estado de vulnerabilidad en el que la imaginación alimentaba mi hipocondría ante la mínima molestia. Pensaba que los anticuerpos que fabricaba se rebelaban y me atacaban el hígado (era una Prometea castigada por Zeus), o peor, atacaban mis válvulas cardíacas que a diferencia del hígado no se regeneran, o el cerebro, el asiento de mi personalidad. De más está decir que una mediocre gastroenteritis era para mí el debut de una colitis ulcerosa.

En ese estado comencé a someterme a los estudios prescritos, entre ellos una ecografía de las glándulas salivales. Para ello, pedí turno en un centro de diagnóstico por imágenes que funciona en un edificio modernoso. Allí todo es blanco y gris claro, minimalista, despojado, funcional. Un lugar aséptico, silencioso, aburrido que huele a nada con personal que se mimetiza con el entorno, personal parco, correcto, distante. Un ambiente futurista que parece transportarnos a otra dimensión que consideré como “la antesala de la otra vida” (otra vida, la esperanza es lo último que pierde el hombre, en este punto cambio de mito y me identifico con Pandora).

Cualquiera que llame por teléfono para pedir un turno tendrá, con la voz del contestador, una pequeña muestra de lo que describí de ese lugar.

Respecto a la atención profesional, durante la ecografía, que duró para mí demasiado (estimo que se prolongó para satisfacer la curiosidad intelectual del profesional), la médica irrumpió en una inesperada retahíla de expresiones tales como: “¡Qué glándulas salivales raras... nunca vi unas parótidas así!” “Por lugares parece que tuvieran depósitos de cristales...no sé por qué están así afectadas” y expresiones similares.

Yo me sentí un caso clínico extravagante que tal vez mereciera la desinhibición verbal de la especialista.

A los dos años de este hecho tuve que hacerme otra ecografía. Molesta y alertada por la experiencia anterior, tras el saludo me anticipé: “Por favor no me digas, porque me afectó mucho, lo que antes exclamó una médica de acá: ¡que nunca había visto unas parótidas así!” Inmediatamente señaló resuelta y a viva voz: “¡¡¡Yo tampoco!!!”

Estos hechos me llevaron a valorar la importancia de comunicar adecuadamente, hecho que implica escuchar y contemplar, entre otros aspectos, qué decir, cómo hacerlo y cuándo para no ser lenguaraz. (Tajer, 2012).

La buena comunicación mediada por palabras, gestos y también silencios, silencio que invita al otro a expresarse y a uno -como profesional- a escuchar facilita la tarea asistencial del médico que debe diagnosticar, tratar, aliviar y/o curar y siempre, acompañar. No en vano se dice que el primer recurso terapéutico es la palabra, que bien utilizada puede establecer una buena relación humana.

Es por estas vivencias, devenidas experiencias, y de otras de esta naturaleza que se me sumaron en el transcurso de los años, que decidí en este trabajo adentrarme en el conocimiento de la Medicina narrativa y planificar una innovación educativa para implementar en la cursada de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas (UNLP), de la cual soy Profesora Adjunta, materia que hasta la actualidad se desarrolla en una sucesión de unidades temáticas teórico-prácticas. Esta innovación se materializará en dos talleres con los estudiantes, instancias que conjuguen la Medicina narrativa con las estrategias y recursos del taller, enfocados al abordaje de la persona que está deprimida y la que padece ansiedad.

Considero que esta innovación, si bien menor frente a otras innovaciones posibles, generará interés en los estudiantes y en la cátedra y menor resistencia al cambio.

Mi experiencia no solo incluye pertenecer a la cátedra como Profesora Adjunta, sino una larga trayectoria a nivel hospitalario y docente. Al año siguiente a recibirme de médica comencé simultáneamente mi actividad asistencial en el Hospital Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero, La Plata, (actualmente estoy jubilada) y la actividad docente universitaria.

b.- ¿Qué se observa en la práctica médica actual?

La confianza depositada en el crecimiento exponencial del conocimiento y del desarrollo tecnológico en las últimas décadas, entre otras cosas, ha contribuido a apartar a los médicos del diálogo, de la narrativa del paciente y de aplicar una visión holística de su cuerpo, de su personalidad y de su entorno.

Como médicos, destacamos la patología limitándola al órgano o al aparato comprometido, y no reparamos en la misma medida en los miedos, los sentimientos, los deseos, los conocimientos y los prejuicios que tiene la persona. Nos enfocamos en la teoría del diagnóstico y del tratamiento y descuidamos aquello que en todos los casos podemos y debemos hacer: aliviar y acompañar, en ocasiones, lamentablemente, a una inevitable muerte.

Además, cada vez, se generan consultas más breves y la práctica tiende a pasar de especialidades a subespecialidades. En relación con las actuales consultas breves (desde ya que algunas podrían convenientemente serlo), la entrevista médica merece ser objeto de atención. Se estima, por ejemplo, que los médicos interrumpen a los pacientes, cuando relatan su problema ¡ en menos de un minuto ! Al respecto, asocio gracias a que la recuerdo porque me agradó, una frase popular española que sostiene: “Si tienes una pena comunícala conmigo que la pena que se cuenta siempre tiene algún alivio” (se la solía decir la abuela a un docente de Psiquiatría cuando éste era niño).

El paciente necesita contar y ser escuchado por otros con empatía, dar cuenta de su padecimiento no sólo en los momentos agudos de la enfermedad, sino también en la etapa de cronicidad si la afección la tuviere. Pero cuando éste relata su vivencia con intensidad emocional, el profesional de la salud tiende a no escuchar. Por otra parte la hegemonía del discurso médico sobre la enfermedad lleva muchas veces al paciente a callar a reprimir su voluntad de contar su padecimiento. (Lekhtsier y Gotlib, 2017)

De modo anecdótico comento, que en ocasión de un control médico, un oncólogo intimidado por una crisis súbita de llanto del paciente para la que evidentemente no estaba preparado, terminó la entrevista en ese momento diciéndole: "Consulte con un psiquiatra".

Vale decir que la Medicina actual ha logrado un extraordinario desarrollo científico-técnico, pero ha descuidado la comunicación, la empatía, el ponerse al lado del otro, no en el lugar del otro (esto es imposible), y da cuenta de un pobre *humanismo* si bien paradójicamente, se habla mucho de respetar al paciente. Lamentablemente las palabras en su abuso pierden fuerza y en el accionar entonces no se concretan (Roman Maestre, 2013). Pienso que la Medicina debe renovar siempre su condición humanística, ya que todos nos superamos siendo más humanos.

La frase latina *Primum non nocere* (lo primero es no hacer daño) también debe asociarse al correcto uso de la palabra para evitar al paciente un pesar mayor innecesario.

Además, esta Medicina actual, fragmentada, sofisticada, tecnológica y deshumanizada, deja disconformes a todos, a los pacientes, a sus allegados y al personal de salud; generando en mayor o en menor medida frustración, impotencia, desaliento y/o agotamiento, sobre todo ante patologías crónicas que requieren alivio y aprender a vivir con ellas lo mejor posible o aquellas de diagnóstico difícil o incierto. El paciente necesita expresar su dolencia y las habilidades comunicacionales y de empatía son básicas e inherentes al rol médico (Carrió, 2006).

En relación con esta visión que me he formado del médico en mi condición de médico y de paciente y que en cierta medida exagero para otorgarle una cualidad efectista que la desnaturalice, es que propongo valorizar la Medicina narrativa para humanizar la formación del futuro médico y es por ello que también pretendo introducir la innovación educativa que más adelante detallo como taller en la cursada de Psiquiatría.

c.- ¿Qué observo en la formación médica convencional?

Inicialmente cito a modo de recordatorio que si bien nuestra Universidad fue fundada en 1905 por el Dr. Joaquín Víctor González, ya en 1897 funcionaba en La Plata la Escuela Preparatoria de Medicina que impartía enseñanza en Obstetricia, Medicina y Odontología. En el año 1934 la Escuela consiguió el status de Facultad de Ciencias Médicas. Desde el año 2016 goza de ingreso irrestricto (el sistema funcionó también en algunos períodos previos) pero la elevada deserción en los primeros años demuestra que no escapa al oxímoron de Ana María Ezcurra: "Una inclusión

excluyente".(Ezcurra, 2011. pág.11). Entre las cuestiones que pueden estar influyendo en este efecto de deserción, sugerimos que la situación socioeconómica baja del ingresante determina un "capital cultural", definido por Pierre Bordieu (sociólogo francés (1930-2002), alejado del "hábitus académico" esperado.

En la actualidad, en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, se pueden seguir cinco carreras de grado: Enfermería Universitaria, Licenciatura en Nutrición, Licenciatura en Obstetricia, Tecnicatura en Prácticas Cardiológicas y Medicina. ("Carreras de la Facultad de Ciencias Médicas", 2024)

La realización de la Carrera de Especialización en Docencia Universitaria me ha motivado a cuestionar y cuestionarme no sólo como docente sino también como médica y estudiante.

Considero que la formación médica convencional establece una relación asimétrica entre el docente y el estudiante (no utilizo el término alumno porque considero peyorativo su significado etimológico: privado de luz) destacando el conocimiento docente y desestimando el del estudiante, hecho que se replica en la entablada entre médico y paciente (la hegemonía médica para mí no es un cliché).

En este TFI asumo que la persona construye el conocimiento en la interacción con el otro y que la educación debe ser esencialmente dialógica no "bancaria" (Freire, 2005). Considero que la pregunta es una forma natural para alcanzar el conocimiento, ya dio cuenta de ello, hace bastante tiempo Sócrates con su método mayéutico y que no existen preguntas tontas ya que entre otras cosas, nos deben llevar a replantearnos la respuesta.

También, en este TFI adhiero a la ideología de Jerome Bruner (psicólogo estadounidense 1915-2016) y de Paulo Freire (pedagogo y educador brasileño 1921-1997), cuando considero el papel protagónico del estudiante que construye activamente el conocimiento, motivado en parte por la curiosidad y el interés, al captar, procesar y darle sentido a la realidad. Bruner desarrolló una teoría constructivista del aprendizaje centrada en el aprendizaje por descubrimiento, mientras que Freire promovió la enseñanza dialógica dada en una relación más simétrica y respetuosa entre educando y educador que la relación que se da en la que llamó educación bancaria.

Otra postura que contribuye a mi propuesta de TFI es el movimiento de la Escuela Nueva con figuras como María Montessori (pedagoga, médica, activista femenina italiana 1870-1952) quien destacó la importancia de la curiosidad e interés del niño en su educación, postura que extendiendo a los estudiantes universitarios.

El problema que observo es que en la práctica, en la interacción, en muchas ocasiones como docentes negamos o no valoramos los conocimientos del otro, que priorizamos los contenidos que particularmente nos interesan, que disponemos de su tiempo sin contemplar que su actividad académica es *maratónica* ya que cursan varias materias simultáneamente, a la vez que preparan y rinden parciales y finales. Muchos estudiantes a su vez trabajan y todos tienen ocupaciones cotidianas y requieren descanso y esparcimiento para mantener la salud.

En la práctica asistencial observo, que también los médicos en gran parte desconsideran el tiempo de sus pacientes cuando se retrasan largamente para atenderlos, sin respetar el turno, ni disculparse. Es común que el paciente concurra al horario que se le asignó y tenga que esperar considerablemente.

Como docentes, evaluamos otorgando una nota resultante de varios factores entre los que no faltan ni el azar ni nuestro accionar al respecto (Davini, 2008). Ante una nota insuficiente para aprobar, no falta el docente que exprese el argumento trillado de que los estudiantes “no estudian, no son responsables o carecen de motivación”, sin plantearse que en cierta medida el desempeño del otro también nos evalúa a nosotros y que nos indica que tenemos que desarrollar otras estrategias didácticas, reorientar la enseñanza. Por otra parte, no puedo evitar expresar una catártica digresión: ¿Por qué algunos docentes ponen tanta mayor energía en la evaluación, en relación con la que dirigen a otros aspectos de la enseñanza? ¿Qué los lleva a algunos a pensar que son mejores docentes por ser rigurosos en la evaluación cuando descuidan lo básico, que es generar un buen clima, facilitar el aprendizaje y tener en cuenta el saber omitido? A su vez, suelen no valorar o desentenderse de la devolución de la evaluación del aprendizaje, olvidando su función básica de retroalimentación que es una oportunidad para aprender (Anijovich y Cappelletti, 2017).

Recientemente me sorprendí gratamente con una pequeña intervención que hice al inicio de una evaluación escrita. Vivencí un ambiente tenso de rostros preocupados, entonces se me ocurrió con el celular irrumpir en el silencio con la melodía de la primavera del concierto “Las cuatro estaciones de Vivaldi” (afuera del aula brillaba radiante el sol, una tarde magnífica). La reacción fue unánime e inmediata, una estruendosa carcajada y el pedido “No profe apague eso” que acaté inmediatamente. Los ánimos se relajaron y las expresiones faciales cambiaron, supongo que entonces el desempeño mejoró.

De este modo, me pregunto por qué como docentes no dirigimos mayor monto de energía a mostrar entusiasmo y empatía en la cursada, a ser creativos construyendo los conocimientos del programa de la materia con los discentes. Así, también, me pregunto por qué damos por sentado que respetamos la diversidad, que mentalmente somos amplios, cuando en realidad muchas veces me sorprende con desagrado ante mis propios prejuicios que por suerte desbaratan los estudiantes, enseñándome. Qué placer cuando aprendo de ellos y me percató de cómo desarrollan su autonomía intelectual (al respecto tengo muchas anécdotas que omito para no incurrir en un exceso de narrativa personal).

¿En qué medida respondemos a la motivación e interés del estudiante y durante la actividad teórico-práctica somos más flexibles en nuestro accionar en relación con las intervenciones de ellos, participaciones que *en teoría* valoramos y que en ocasiones reclamamos?

Pienso que la actividad docente como la médica debe contar básicamente con una interacción respetuosa, más simétrica, flexible y empática, que cuide la comunicación para conocernos y comprendernos, para construir conjuntamente un conocimiento, procurando el bien común (Freire, 2002).

Destaco que son acciones básicas y permanentes cuestionarnos cada uno su desempeño desde su lugar y recrear el placer de la actividad docente en esa conjunción de procesos que es la enseñanza-aprendizaje, para que la educación sea sustentable y nos permita superarnos a lo largo de la vida (Freire, 2006). Bien sostiene Paulo Freire que el ser humano es un ser inacabado y como tal perfectible y no olvidemos por otra parte que la educación es continua (Freire, 1996).

Por experiencia, puedo señalar que la formación médica convencional enseña a los estudiantes a ver a la Medicina como a una ciencia y al médico como a un investigador imparcial, que llega al diagnóstico de la enfermedad de un paciente como si fuera el descubrimiento de una verdad o ley científica, equivalente al descubrimiento de una ley sobre el universo. Esta imagen positivista de la Medicina (la ponderada objetividad del método clínico) no refleja la práctica diaria, la realidad. Aquí también adquiere importancia la personalidad del médico ya que incide, entre otros factores, en el pronóstico del paciente; es sabido que éste depende de varios factores y no sólo del diagnóstico (Colino Rodríguez, 2017). La personalidad del terapeuta determina en gran parte su modo de interactuar y de propiciar, por ejemplo, la adhesión al tratamiento del paciente con un consecuente mejor pronóstico.

Por otra parte, se puede cuestionar la llamada *objetividad* señalando la discrepancia que puede haber entre diferentes médicos frente a un mismo caso. Los que han estudiado este fenómeno saben que el juicio clínico (hacer diagnósticos, decidir conductas terapéuticas y otros elementos de juicio) está muy lejos de ser un análisis objetivo de hechos medibles. A modo ilustrativo en un proceso judicial en nuestra ciudad peritos psicólogos y psiquiatras de extensa trayectoria sostuvieron conclusiones opuestas en relación a la salud mental de un imputado, para unos independientemente de su profesión (psicólogo o psiquiatra), éste era psicótico y consecuentemente inimputable y para otros una persona con un trastorno de personalidad, vale decir una persona no enferma a la que le corresponde pena por el delito que ha cometido. Tomé conocimiento de ello cuando tuve la oportunidad de hablar con dos peritos psiquiatras que intervinieron emitiendo los juicios contrarios citados que a su vez compartían con psicólogos.

Concluyo esta caracterización del problema señalando que la introducción de dos talleres de Medicina narrativa en la cursada de Psiquiatría puede resultar una pequeña, placentera y útil innovación para los estudiantes (futuros médicos) y para los docentes, donde estos encuentros bien podrían remplazar dos unidades temáticas (teórico-prácticas) ocupando su espacio temporal. Considero que esta actividad podría replicarse en otras cátedras clínicas para trabajar contenidos esenciales de la profesión médica, por ejemplo, cómo informar al paciente su problema de salud, las secuelas de éste, los efectos colaterales de un medicamento, cómo proceder en la comunicación antes de una cirugía y cómo aliviar a través de la palabra el estrés de los cuidadores. También podrían abordarse cuestiones álgidas de la asistencia como la comunicación de malas noticias. La Medicina narrativa debiera desarrollarse desde el inicio de las Carreras de Salud y seguir cultivándose en la posterior práctica profesional.

3.- Delimitación del objetivo general y objetivos específicos

3.1. Objetivo general

El objetivo general de mi trabajo es mejorar la comunicación médica a través de la valorización de la Medicina narrativa en la formación de grado, utilizando sus recursos como instrumentos didácticos (novelas, autobiografías, narraciones, cuentos, obras de teatro, películas, videoclips y otros), en el contexto de una innovación pedagógica con formato taller.

Se asume que estos recursos tienen el potencial de despertar interés en los estudiantes, promover la reflexión y la participación y facilitar su acercamiento a las vivencias del prójimo, no sólo del paciente y de sus allegados sino también a las de los integrantes del equipo de salud (colegas, psicólogos, acompañantes terapéuticos, trabajadores sociales y enfermeros).

La Medicina narrativa presenta una historia de larga data y se complementa con la Medicina basada en la evidencia, en una combinación donde la primera se focaliza más en el enfermo (por ejemplo, puede consistir en el relato personal de éste en relación con su padecimiento) y la segunda en la enfermedad (que está técnicamente más plasmada en la historia clínica confeccionada por el médico y en la literatura médica). Los saberes de ambas se enriquecen mutuamente.

Espero que los estudiantes de Medicina conozcan la Medicina narrativa, tengan conciencia de ella, que sepan que está implícita en sus charlas cuando expresan sus temores, sus inseguridades en relación a la práctica médica, al camino elegido, porque asumo que ella los fortalecerá preparándolos para su futura vida profesional (corriéndolos de un ficticio posicionamiento de omnipotencia), ya que la Medicina narrativa invita a las personas involucradas en el acto médico a expresar sus vivencias, a compartirlas y confrontarlas, aliviando de este modo los sentimientos displacenteros y apoyando la resiliencia.

En conclusión, para lograr el objetivo general introduciré un espacio pedagógico innovador de discusión y análisis materializado en dos talleres de Medicina narrativa con el tratamiento de los contenidos curriculares: Ansiedad y sus Trastornos y Depresión (vinculando esencialmente con la vivencia del paciente), dirigidos a los estudiantes de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP.

3.2. Objetivos específicos

Reitero que la Medicina narrativa favorece en los estudiantes el desarrollo de competencias que mejoran la comunicación. En este sentido, ellas constituyen los objetivos específicos de mi propuesta: 1. potenciar la escucha (que esta sea atenta y que el escuchante ponga en ella sus propios juicios en suspenso), 2. fomentar el juicio médico-crítico al elegir qué decir, cómo hacerlo, dónde, cuándo y a quién (aspectos de la comunicación que ameritan reflexión) y 3. desarrollar la comprensión, la empatía, el sostén y el acompañamiento a través de la palabra.

Estos objetivos específicos conducirán a lograr una mejor relación médico-paciente, , incluyendo también a la establecida con los allegados a la persona que consulta por su salud y a la mantenida con los otros miembros del equipo. Consecuentemente, este logro facilitará la construcción de un diagnóstico global, la adhesión al tratamiento y el acompañamiento, mejorando el pronóstico del padeciente y en cierta medida la calidad de vida de todos los involucrados en el proceso.

Considero que la práctica dada por la exposición y la interacción mejoran la comunicación.

Las actividades que se realizarán en los talleres requieren selección de material y planificación, procurando que resulten atractivas y ricas en contenidos significativos en relación con los temas a tratar y están dirigidas, como anteriormente señalé, a lograr objetivos específicos, consistentes en el desarrollo de habilidades comunicacionales.

Por ejemplo, a partir de la lectura del fragmento de una novela en la que un personaje manifiesta su perturbación anímica, se pueden trabajar las siguientes habilidades:

_1. Escucha apropiada: Escucha atenta con suspensión de prejuicios que optimice la comprensión, la empatía y la obtención de información.

_ 2. Pregunta apropiada: De ser este personaje su paciente en consulta, qué preguntas le formularían, reflexionando sobre qué, cómo, cuándo (por ejemplo, al inicio del diálogo o transcurrido cierto tiempo), cuánto, para qué. Argumentar al respecto.

_3. Respuesta apropiada: Aprender a responder con claridad, manteniendo una imagen cálida y solvente y cuidando la comunicación analógica gestual para no transmitir lo que no es conveniente, para no incrementar la angustia o la preocupación del paciente o bien para no exponer facialmente un juicio de valor , un prejuicio.

_ 4. Información apropiada: Qué informarle y cómo a la persona que se está asistiendo sobre su problema de salud y el consecuente tratamiento. Qué informaría de tratarse por ejemplo de Trastorno por ataques de Pánico (el paciente suele vivenciar en ellos sensación de muerte inminente y el médico de guardia suele decirle “no es nada”, le prescribe un medicamento y rápidamente lo deriva a la consulta psiquiátrica). ¿Qué inquietudes e ideas pueden surgir en el padeciente ante este accionar escueto? ¿Cómo informarle al familiar preocupado que lo acompaña y contiene? El diálogo se instala con estas premisas y conduce al estudiante a argumentar y a cuestionar los distintos puntos de vista.

_5. Indagación apropiada: ¿Cómo preguntar cuestiones de alta carga emocional tanto para el paciente como para el terapeuta? Concretamente, por ejemplo, ¿cómo indagar sobre ideación suicida para descartar este riesgo o para decidir un conducta terapéutica de internación?

_ 6. Conciencia del yo en la relación médico-paciente: Hacer conscientes las emociones que no suscita el paciente (pena, miedo, impotencia...) para racionalizarlas y poder controlarlas. Por ejemplo, que el estudiante pueda describir ¿qué le parece que sentiría y pensaría al comprobar el elevado riesgo suicida de un paciente al que atiende?

_ 7. Empatía apropiada: Desarrollar la empatía imaginando padecer un trastorno, escribiendo en primera persona un breve relato de la supuesta vivencia propia, apelando a la imaginación y a los conocimientos y teniendo en cuenta las emociones que generaría en uno.

Los objetivos específicos redundarán en el futuro médico en lograr una mejor relación con el paciente, con los allegados a éste y con el personal de salud, mejorando la comunicación y la interacción), hechos que facilitarán y mejorarán la construcción de un diagnóstico global, la adhesión al tratamiento, el acompañamiento y la calidad de vida tanto del padeciente como de su contexto y del mismo médico al aminorar su estrés laboral.

4.- ¿Qué es la Medicina narrativa? Su origen

Iniciaré este apartado con una anécdota. Al final de una clase teórica con ochenta estudiantes, les pedí que escribieran en forma anónima qué sabían de la Medicina narrativa; sólo diez, y expresando incertidumbre, se aproximaron intuitivamente a un concepto.

La Medicina narrativa actúa como un puente entre el saber del médico y del paciente y es una práctica de larga data que se ha dejado de lado en gran medida por múltiples factores que ya he citado (consultas breves, desarrollo tecnológico que conlleva a priorizar estudios complementarios, mirada clínica escotomizada, subespecialización, etc).

La Medicina narrativa emerge como un movimiento impulsado por la Dra. Rita Charon, profesora de Medicina clínica y directora del Programa de Medicina narrativa de la Escuela de Medicina de la Universidad de Columbia (Gothelf y Sayago, 2014). Ella también acuña su denominación y la introduce en un artículo que publicó en el año 2000. Se la puede caracterizar como la práctica clínica enriquecida por la competencia narrativa que permite interpretar, asimilar y ser movilizado por las historias de los enfermos.

A partir de entonces, la Medicina narrativa se difunde por otros países introduciendo cursos obligatorios y optativos para los estudiantes con el objeto de enseñar la práctica de la comunicación, la capacidad de escuchar e interpretar las historias de los pacientes.

En Medicina narrativa se trabaja tanto con el relato del paciente, con los de sus allegados y con los de los integrantes del equipo de salud. Un enfermero, un allegado del paciente, un colega del médico, el propio paciente, todos pueden dar cuenta de un aspecto que no se contempló y que es necesario comprender. El médico por su parte debe invitar al paciente a relatarle todo lo que éste considere importante (Intramed, 2011).

Los participantes de un taller que trabaje la Medicina narrativa se pueden entrenar en escribir relatos en un lenguaje cotidiano, no en el técnico utilizado en las historias clínicas, en escuchar e interpretar información y en confrontar sus ideas y vivencias con las de otros (Prieto Castillo, 1995). Esta actividad también facilita reconocer el compromiso emocional con el paciente vehiculado por miedos, dudas, impotencia y frustración, y propende a generar una contención emocional para los participantes.

La introducción de relatos en la formación médica cuestiona el modelo biomédico tradicional al valorar tanto el conocimiento subjetivo como objetivo, vale decir tanto la vivencia humana como la información científica. El ser humano es complejo y su sufrimiento cuando está enfermo, no se basa solamente en la evidencia objetiva de la patología, lo expresa en su relato con el que también hace mención a las circunstancias de su vida. Lamentablemente cuando el monto de angustia es elevado, el profesional de la salud tiende a no escuchar (Valverde, 2005).

La Medicina narrativa ofrece una respuesta a las limitaciones de la Medicina basada en la evidencia, pero no la excluye, ambas son útiles complementándose.

Por lo tanto, el desafío consiste en reunir la Medicina basada en la evidencia y la basada en la narrativa para desarrollar entonces una práctica más humanizada y lograr un juicio clínico integrado que priorice el enfermo sobre la enfermedad.

En uno de sus libros titulado “El hombre que confundió a su mujer con un sombrero”, Oliver Sacks, escritor y neurólogo británico (1933-2015) describe en el capítulo 12 a una joven mujer llamada Rebeca, que presenta retraso mental de causa genética. Primero la observa como médico evaluando sus déficits neurológicos en una situación que la torna más torpe por la ansiedad que le genera. Entonces la vivencia desmañada, como una víctima, como una criatura rota al objetivar su cuadro clínico. Luego en otra oportunidad la encuentra sentada en el banco de un parque, una tarde de primavera, tranquila, sonriente, mirando el follaje de los árboles y esta imagen le recuerda a una heroína de Chejov. Dos miradas distintas, la del médico y la del ser humano, dos miradas que se complementan. Avanzado el capítulo destaca cómo Rebeca procesó en forma madura a pesar de sus falencias (conducta que lo sorprendió), la muerte de su querida abuela, quien la había criado procurando que desarrolle en la mayor medida posible su autovalimiento.

4.1. Beneficios de la Medicina narrativa

La Medicina narrativa busca:

- Mejorar la escucha, la comunicación.
- Humanizar la asistencia médica.
- Mantener viva la sensibilidad en una cotidianidad en la que el profesional de la salud se enfrenta a situaciones de alta carga emocional y a situaciones límite.
- Reducir el estrés.
- Fortalecer la resiliencia del personal de salud como modo de prevenir el Síndrome de Burnout (consecuencia del estrés laboral crónico).
- Constituir una herramienta fundamental para adquirir, comprender e integrar los diferentes puntos de vista de todos los que intervienen en la experiencia del proceso salud-enfermedad.

5.- Metodología. Recursos didácticos de la Medicina narrativa

a) El relato

Jerome Bruner sostuvo que el docente promueve en el estudiante la construcción de los conocimientos por sí mismo, lo cual constituye un marco teórico acorde con este TFI. Este autor señaló que hay dos modalidades de funcionamiento cognitivo, dos maneras de conocer, dos modalidades de pensamiento y que cada una de ellas brinda modos característicos de ordenar la experiencia, de construir la realidad: el argumento científico y el relato (Bruner, 1988).

Un argumento científico convence de su verdad y se verifica por una prueba formal y empírica. Un relato convence por su semejanza con la vida, por su verosimilitud.

El argumento científico busca trascender lo particular yendo a niveles de abstracción cada vez más profundos. Lo contrario se da en la narrativa, que se basa en la preocupación humana particularizada, situada espaciotemporalmente y concreta.

Ambas maneras de conocer se complementan (Camargo Uribe y Hederich Martínez, 2010), un médico no puede prescindir de la literatura científica ni del relato del paciente, así como tampoco de la teoría y de la práctica. Con entrevistas cuidadosas el médico conoce la historia y la dolencia del paciente a través de su relato, aproximándose a ellas. El relato lo acerca a la realidad concreta y situada.

b) La metáfora

Cotidianamente nos comunicamos emitiendo narraciones y diálogos, pero en ellos interviene en muchas ocasiones la metáfora. Esta es más que, una figura retórica que embellece la literatura, es un recurso que permite también la comprensión de una idea al pasarla de un dominio más abstracto a otro más concreto y accesible, vale decir nos permite entender un dominio de la experiencia en términos de otro (Ciapuscio, 2011). Así un paciente en relación con su enfermedad puede expresar “estoy en la lucha o le doy batalla”, significando que adhiere al tratamiento con el deseo y la esperanza de mejorar. Por el contrario, otra oración lo posicionaría en una vivencia desalentadora que ensombrecería el pronóstico: “es una batalla perdida, no hay nada para hacer”. Dichas metáforas son útiles al equipo terapéutico para optimizar su comprensión, su contención y el acompañamiento (Tajer, 2012).

c) El relato autobiográfico

El relato autobiográfico exige recordar la vivencia, reflexionar sobre ella y recrearla. Las razones para hacerlo pueden ser muchas: hablar de sí para uno mismo para ordenar las ideas y los sentimientos, o bien para testimoniarla a los demás utilizándola como un método catártico de alivio. Ejemplificando, un oncólogo, apabullado por la crisis de llanto del paciente frente al diagnóstico de cáncer, reacciona diciendo en forma cortante “saque turno con un psiquiatra”. Con el recurso de la Medicina narrativa bien podría escribir o relatar oralmente esta experiencia a un

colega para analizar su vivencia emocional, reflexionar sobre ella y conducirse en otra oportunidad de manera más adecuada, no escapando de la situación y del paciente (Lekhtsier y Gotlib, 2017).

El relato autobiográfico hace a la identidad e interviene también en la construcción social de la realidad (Juliao Vargas, 2021).

Los relatos autobiográficos útiles en Medicina incluyen los testimonios del personal de salud, de pacientes y de sus allegados.

d) El cine

Películas o fragmentos de ellas son herramientas pedagógicas utilizadas en Medicina narrativa que resultan atractivas y ricas, y pueden recrear situaciones problemáticas referidas a la pérdida de salud.

El análisis de obras cinematográficas motiva a los estudiantes a intervenir, cuestionar, debatir, reflexionar y construir conocimientos. El arte despierta, activa y sostiene el interés por el aprendizaje a través del disfrute y de la emoción que produce (Litwin, 2008).

Existe infinidad de películas para recrear infinidad de temas. A modo de ejemplo, el film español "Solas" del año 2000, dirigida por Benito Zambrano, permite reflexionar sobre la vejez, la soledad, la violencia de género, el alcoholismo, la psicopatía, la psicosis (delirio celotípico) y el aborto. Lo utilicé por su riqueza en varias ocasiones como cierre de cursada tras consultarle a los estudiantes si lo aprobaban, y no sin cierto temor de que pudiera herir susceptibilidades.

El cine y la literatura pueden ayudar a comprender problemáticas complejas que no se tratan en el marco tradicional de la clase magistral (Loscos, Baños, Loscos F y de la Cámara, 2006).

e) El comic

El humor gráfico sorprende al lector y puede interpelar y promover la reflexión en el ámbito de la salud, ya que una imagen despierta ideas y emociones. A través del humor se pueden construir conocimientos. El cómic no es simplemente un entretenimiento sino que es otra forma de comunicación y puede ser otra herramienta para el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Sigmund Freud destacó el papel del humor como medio para conocer los deseos reprimidos de una persona y de una sociedad. También le atribuyó la capacidad de liberar tensión emocional. Vale decir que el chiste, la broma, encierra en cierta medida una verdad.

Finalizando este apartado de recursos, sintetizo que la Medicina narrativa puede utilizar como material de enseñanza novelas, poemas, cartas, obras de teatro, películas, videoclips, pinturas y otras expresiones culturales y artísticas, además de relatos de pacientes, de sus allegados y del personal de salud en formato de escritura autobiográfica.

6.- Propuesta de innovación educativa

Esta propuesta de innovación introduce en la cursada de Psiquiatría dos talleres sobre Medicina narrativa dirigidos a la vivencia de la Ansiedad y de la Depresión, y que reemplazarán a dos actividades teórico-prácticas sobre estos trastornos. Este proyecto de intervención surgió de mi experiencia sobre las dificultades en la comunicación en la asistencia médica, lo que me permite sugerir la hipótesis de acción de que estas dificultades podrían resolverse valorizando los recursos de la Medicina narrativa en la formación médica, planificándola con ella la enseñanza apelando tanto al sentido común como a la técnica y al saber profesional (Salinas Fernández, 1994). Como toda innovación educativa, la propuesta requiere planeamiento, implementación y evaluación, y un accionar democrático de los involucrados en todo el proceso, de participación y cooperación. Cooperación que constituye una fuente de intercambio y de enriquecimiento (Barraza, 2013).

La Medicina narrativa prioriza la vivencia del enfermo que es única, individual, personal, sobre la enfermedad. Esta individualidad justifica que en los talleres no se mencione el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V, Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013), que es de uso habitual en la práctica psiquiátrica (y que por ende se trata en teóricos de la cursada) y que se orienta a estandarizar signos y síntomas.

Cada taller de tres horas de duración (con un recreo de quince minutos en el medio) se desarrollará con un número reducido de estudiantes que hayan leído el tema a tratar, como máximo veinte estudiantes, pues el taller es una construcción del grupo y con mayor cantidad de participantes se puede perder la dinámica. Considerando esta cantidad de estudiantes por taller, se posibilitará que todos los que cursan lo tengan. La cursada de Psiquiatría se desdobra en dos años de un bimestre de duración cada uno, en el que se suceden ocho unidades temáticas teórico-prácticas semanales. Remplazando la unidad temática correspondiente por el taller de veinte participantes, se formarán cinco grupos, cada uno con un docente, que abarcarán cien alumnos por lo que al cabo del bimestre, todos los estudiantes habrán tenido esta experiencia (el taller sobre la vivencia de Ansiedad en el primer año de la cursada, y el referido a la de Depresión en el segundo.)

Los talleres permitirán a los estudiantes conectarse con su mundo interior, con sus sentimientos e ideas y dialogar lo más libremente posible, para ir entrenando las competencias narrativas que mejorarán la comunicación. Esto requiere tiempo de procesamiento y de reflexión para profundizar. Con ello se buscará también que involucren su persona y su futuro rol profesional con el tópico que los convoca.

El taller en el ámbito pedagógico es un encuentro, una forma de enseñar y aprender mediante la realización de una producción que en gran medida se realiza conjuntamente (Ander-Egg, 1991). En él también se aprende a trabajar en equipo, a interactuar, a cooperar y se desarrolla la metacognición. Se da una relación docente - discente más simétrica. El educador lleva a cabo una tarea de animación, orientación en un diálogo reflexivo (Davini, 2008), asistencia teórico-técnica y manejo del tiempo y el espacio (Taub y Castillo, 2005).

. El estudiante, por su parte, tiene un rol activo, construyendo el conocimiento (de ahí que el taller se sustente en el aprendizaje por descubrimiento asociado a John Dewey (pedagogo y psicólogo estadounidense 1859-1952) y Bruner y a aprender haciendo. El hacer consolida los saberes y prepara al participante para una futura actividad profesional, superando la escisión entre la teoría y la práctica.

Vale decir que el taller se distancia de lo que Freire llamó “la educación bancaria”, la mera transmisión de conocimientos de un docente que los porta y los vuelca en un estudiante que, a su vez, no los cuestiona. El taller aleja a éste de una posición pasiva y cómoda como la que puede ocurrir en una clase convencional en la que se limita esencialmente a tomar apuntes. No por ello desestimo la importancia que también puede tener una clase magistral y el imprescindible aporte basal de la teoría, de la literatura académica, ya que considero que al conocimiento se llega por distintos y múltiples caminos que no se excluyen sino que se enriquecen y complementan.

7.- La Ansiedad y sus Trastornos

Un anterior Profesor Titular de la Cátedra de Psiquiatría a la que pertenezco, el Dr. Roberto Ciafardo, definió a la ansiedad como un estado de expectativa penosa que genera inseguridad desde lo afectivo, duda desde lo intelectual e irresolución desde lo volitivo y que, a nivel corporal, puede tener múltiples manifestaciones dadas por la activación del sistema vegetativo simpático y la liberación de catecolaminas, sustancias que biológicamente tienen la función de preparar al individuo para la lucha o para la huida y que incluso, en ocasiones, llevan a paralizar la acción.

Ante una situación amenazante o vivenciada como tal, se experimenta en mayor o menor medida ansiedad, se siente inseguridad, duda, y pueden aparecer distintas manifestaciones somáticas (Diez, 2000) preferentemente involucradas con el aparato respiratorio: como taquipnea (frecuencia respiratoria rápida) y/o sensación de ahogo de falta de aire; con el aparato digestivo: gastralgia (dolor de estómago), náuseas, vómitos, diarrea, constipación, aumento o disminución del apetito (hiperorexia, hiporexia)) y con el aparato cardiovascular: taquicardia, palpitaciones, extrasístoles (latidos irregulares del corazón) e hipertensión arterial. A nivel urinario se pueden dar micciones urinarias frecuentes (polaquiuria). También en estado de ansiedad la persona puede presentar disfunciones sexuales, dificultades para conciliar o mantener el sueño, temblores, contracturas musculares, torpeza motora, sudoración, fallas en la comprensión y en la memoria. Vale decir que la ansiedad puede expresarse en múltiples manifestaciones psíquicas y físicas y de distinta magnitud (Cia, 2012).

Esta vivencia desagradable puede ser adaptativa, si nos permite prepararnos para afrontar un hecho amenazante (cierto nivel de ansiedad nos acelera la frecuencia cardíaca y la respiratoria y nos posiciona mejor para huir de un peligro) o patológica, si la expresión de su sintomatología es exagerada, si el estímulo que la desencadenó es trivial, si aparece sin desencadenante, o si se mantiene a pesar de que haya pasado el evento amenazante. Así es que la ansiedad puede constituir una reacción adaptativa, por ejemplo, cuando la experimentamos ante una evaluación y no nos invalida, o patológica, constituyendo distintos trastornos: Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno por ataques de Pánico y Fobias.

Los Trastornos de ansiedad son frecuentes, siendo su prevalencia en la población general entre el 4% y el 8%. Son más comunes en mujeres, en jóvenes y en personas de baja condición sociocultural. En ellos como en la Depresión intervienen múltiples factores etiológicos que se combinan en distintas medidas: biológicos, psicológicos y medioambientales que inciden en estructuras encefálicas (Sistema reticular ascendente, Locus coeruleus, Sistema límbico ...). Así la visión de un perro que se nos aproxima a la carrera ladrando, amenazante, desencadena una reacción de miedo mediatizada para explicarlo en forma sencilla por la amígdala cerebral (conjunto de neuronas que se hallan en el interior del lóbulo temporal).

Trastorno de ansiedad generalizada

La persona que padece este Trastorno presenta síntomas de ansiedad sostenidos en el tiempo (seis meses como mínimo menciona el DSM V, obviamente no

esperemos este tiempo para diagnosticarla y tratarla). Su curso natural suele ser crónico y recurrente con una evolución de una o varias décadas. Su inicio y sus exacerbaciones suelen estar relacionados con períodos de estrés.

Trastorno de Pánico

La persona que lo presenta padece crisis espontáneas de marcada ansiedad, habitualmente de pocos minutos de duración en las que además de las manifestaciones somáticas y psíquicas descritas con anterioridad, tiene sensación de muerte inminente, miedo a perder el control de sus actos y/o a volverse loco.

Fobias

La fobia es un trastorno de ansiedad que consiste en el temor exagerado a una situación, un objeto o un animal por lo que la persona que la presenta desarrolla una conducta evitativa. Por ejemplo, la persona con fobia a los perros se cruza de vereda o camina más de la cuenta para evitar acercarse a uno. La exposición al objeto, animal o situación fóbica provoca una descarga de síntomas ansiosos en el fóbico de ahí la consecuente evitación.

Las fobias más invalidantes son la agorafobia y la fobia social. El sujeto agorafóbico evita situaciones o desplazamientos en los que en caso de necesitar ayuda, esta se dificulte, como estar en medio de una muchedumbre, atravesar una plaza o, en un grado máximo de afectación, salir de su casa. La agorafobia suele seguir al trastorno de pánico, en este caso el individuo panicoso desarrolla un excesivo temor a presentar en la calle una crisis y no contar con asistencia, por lo que evita salir. En la fobia social la ansiedad es desencadenada al exponerse a la mirada o a la evaluación del otro, como puede resultar en un examen oral, en ocasión de hacer un trámite o de interactuar en un evento (hay personas fóbicas que no comen exquisiteces en una fiesta por la ansiedad que les genera el pensar que los otros lo observan al hacerlo y lo evalúan).

8.- La Depresión

La Depresión es una enfermedad de la incumbencia de la Psiquiatría mediada por una alteración de la bioquímica encefálica. Se hipotetiza que podría deberse a una regulación en alza de receptores de distintos neurotransmisores (Serotonina, Noradrenalina y Dopamina) vale decir a un aumento de su número y de su sensibilidad, ya que los antidepresivos requieren un lapso de algunos días o semanas de su ingestión para que se evidencie en el paciente el comienzo de la mejoría, coincidiendo ésta con la reducción del número y la sensibilidad de los citados receptores. Afectada por ella la persona experimenta múltiples síntomas, entre ellos un estado de ánimo displacentero.

Responde como los Trastornos de ansiedad a múltiples factores etiopatogénicos: biológicos, psicológicos y medioambientales (naturales ej. horas de luz solar y culturales ej. presión laboral).

Aunque en contados casos puede aparecer sin un desencadenante, las pérdidas y el estrés suelen precederla. Es harto conocido que las vivencias angustiantes y/o el maltrato en la infancia, predisponen al individuo a presentar depresión en algún momento de su vida. Cabe señalar al respecto que Sigmund Freud (médico neurólogo austriaco 1856-1939), destacó la importancia de los cinco primeros años de vida en el devenir de la personalidad y en ocasiones de la depresión (no siempre, ya que el ser humano en diferente medida cuenta con la capacidad de superación a la adversidad llamada resiliencia.) Así una persona hiperresponsable, escrupulosa, insegura y/o perfeccionista; o bien otra inestable emocionalmente con intolerancia a la frustración y /o con marcada sensibilidad social tendrían más riesgo de caer en ella dada la presencia acentuada de uno o varios de estos rasgos de personalidad.

Por otra parte, este trastorno psiquiátrico tiene elevada prevalencia ya que se estima que, a nivel mundial, 1 de cada 4 personas la sufrirá. La prevalencia de por vida de la Depresión en la población adulta está entre el 15 y el 25 %, mientras que la prevalencia puntual en una comunidad varía entre el 5 y el 9% para las mujeres y entre el 2 y 3% para los hombres de lo que se deduce que el sexo femenino es más proclive a padecerla (Liu, 2020). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que más del 30% de las personas que consultan por otra patología la presentan como comorbilidad y predice que será la primera causa de discapacidad mental en el año 2030. Los adolescentes con depresión constituyen un grupo extremadamente vulnerable ya que tienen 30 veces más probabilidades de suicidarse (Stringaris, 2017) De lo expresado se deduce la importancia de su enseñanza en el pregrado.

La guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V (sigla en inglés del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición, año 2013 de la Asociación Psiquiátrica Americana), llama a este cuadro Trastorno de depresión mayor y señala con un discurso tecnocrático, que su diagnóstico se rige por los siguientes requerimientos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) que a continuación sintetizo y enriquezco con algunas aclaraciones. No puedo dejar de expresar, valga la digresión, que considero que en docencia un exceso de palabras

favorece la confusión produciendo fastidio, perplejidad y frustración que se pueden amalgamar en la frase: “no entendí nada”. Espero que a continuación esto no le suceda al lector.

Para diagnosticar Trastorno depresivo mayor según el DSM V se deben reunir estos criterios:

A. Que cinco (o más) de los síntomas siguientes estén presentes durante un período de dos semanas por lo menos y representen un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer (no se incluyen síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica). Dentro de estos síntomas cuentan los siguientes:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días. En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de entumecimiento)
6. Fatiga o pérdida de energía (anergia), casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede llegar en contados casos a ser delirante vale decir irreductible, implicando un juicio desviado) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Que estos síntomas causen malestar clínicamente significativo o deterioro en lo familiar, social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Que el episodio no se pueda atribuir a los efectos de una sustancia (medicamento o droga) o a otra afección médica (infección, anemia, hipotiroidismo, etc.). Cabe aclarar que las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y por lo tanto pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas resulten comprensibles y apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor agregado a una respuesta inicial normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida. En pocas

palabras ante manifestaciones afectivas displacenteras después de una pérdida debemos considerar si estas son parte del proceso reactivo de duelo o si a éste se le asoció, se le agregó la Depresión complicándolo.

D. Que este episodio no se explique mejor con otro trastorno psiquiátrico, como Esquizofrenia, Trastorno delirante u otro que pueden compartir síntomas afectivos displacenteros. Así un esquizofrénico puede expresar anhedonia, hastío, desesperanza como parte de su psicosis y no tratarse de una Depresión.

E. Que el episodio no se dé como fase de un Trastorno bipolar en el que el paciente también presenta fases maníacas y/o hipomaníacas (de euforia patológica). En este caso el diagnóstico no es de Depresión sino que es de Depresión en Trastorno bipolar (sucesión de fases depresivas, maníacas y/o hipomaníacas). Afección que requiere otro tratamiento psicofarmacológico (esencialmente un fármaco estabilizante del humor y no un antidepresivo como en la Depresión monopolar). Quiero destacar en relación con este punto que siempre en un trastorno psiquiátrico, la asociación de la psicoterapia con el medicamento potencia la mejoría del paciente.

Obviamente toda esta información cobra riqueza y particularidades en el relato de un paciente deprimido.

De diferentes lecturas y experiencia clínica puedo resumir que en la Depresión se presentan un conjunto de síntomas emocionales y físicos que llevan a su detección. Los pacientes sólo manifiestan los primeros espontáneamente en el 30 % de los casos (Suárez Richards, 2012). Así, el paciente puede experimentar la llamada por Kurt Schneider (psiquiatra alemán, 1887-1967) "tristeza vital", que difiere cualitativamente de la tristeza (Gastó Ferrer, 2000) que cualquiera siente ante un hecho doloroso (tristeza reactiva normal). La tristeza vital patológica es expresada de distintas formas: "siento un vacío emocional", "estoy como anestesiado no puedo alegrarme", "perdí la alegría", "todo me produce hastío" o "me siento desesperanzado". También puede referir anhedonia (incapacidad de experimentar placer ante actividades que antes disfrutaba): "no disfruto si mi cuadro de fútbol golea al contrincante, me desconozco". En contraposición mayoritaria, en alrededor del 70 % de las presentaciones de la Depresión los pacientes destacan síntomas físicos que los llevan a la consulta y que enmascaran a los emocionales, como dolores que no arrojan en los estudios hallazgos orgánicos y que no responden a los analgésicos; alteraciones en el sueño (habitualmente insomnio caracterizado por un despertar precoz a la madrugada más que hipersomnia) y falta de energía (en términos semiológicos psiquiátricos: anergia), que el paciente expresa diciendo: "me tira la cama", "me siento cansado", "todo me significa un esfuerzo" y "no tengo pila". Así en esta presentación de la Depresión a la que llamamos Depresión somatomorfa o enmascarada reunimos de la información del paciente esencialmente la triada de dolor, trastorno del sueño y anergia.

Reitero que con más frecuencia el paciente deprimido tiene falta de apetito (hiporexia) e insomnio. Los síntomas contrarios aumento del apetito (hiperorexia) e hipersomnia (dormir más de lo habitual), son menos frecuentes por lo que se los considera atípicos.

La primera observación que podemos efectuar en la presentación del paciente deprimido es su expresión facial de penar, su grado variable de descuido personal (falta de coquetería: dejó el hábito de maquillarse, no se arregla el cabello; se ocupa en menor medida de su aseo o directamente no lo hace), su discurso que habitualmente es escaso, lento y monocorde y su motórica reducida, plasmada en su marcha lenta y su gestualidad pobre, aunque en ocasiones puede estar agitado y ansioso.

También el paciente deprimido puede quejarse y sobrevalorar sus dificultades cognitivas: “me cuesta entender lo que leo”, “no comprendo las películas”, “me falla la memoria”, “¿me estaré demenciando?”...

Desde el punto de vista social tiende a aislarse, a hablar menos, a ensimismarse en una rumiación ideica de preocupaciones con temática hipocondríaca (“tengo una enfermedad grave y/o mortal”), de ruina económica (“no podré solventar mis gastos”) y/o de culpa (“soy una mala persona, no merezco perdón”). Hipocondría, ruina económica y culpa que constituyen la tríada temática depresiva clásica. Habitualmente estas ideas son sobrevaloradas, es decir alimentadas por una carga emocional desagradable en el caso que nos ocupa, pero en la minoría de los pacientes por la magnitud del cuadro clínico, vale decir por la severidad de la Depresión, pueden constituir ideas delirantes patológicas por su irreductibilidad y que implican un juicio desviado (vale decir psicosis, específicamente : Depresión psicótica).

La disminución de la libido es también parte de esta afección.

La Depresión obviamente deteriora la calidad de vida, dificulta la mejoría o resolución de otra patología comórbida y puede conducir a la dependencia de sustancias y al suicidio.

La persona deprimida puede recurrir a consumir alcohol para experimentar un efecto euforizante transitorio o embotante que lo alivia, pero por la tolerancia que genera esta sustancia, de seguir consumiéndola incrementará su ingesta desarrollando con el tiempo dependencia, adicción alcohólica que constituye un círculo vicioso con la depresión. Podemos decir que el alcohol es un falso amigo de la depresión, alcohol y depresión mutuamente se alimentan.

La pérdida de energía y el consecuente sentimiento de impotencia, ya que todo le exige al deprimido un gran esfuerzo, son síntomas que no responden al bienintencionado consejo de un allegado que le diga. “Ponete las pilas”, “Salí”, “Arreglate”... es tan absurdo este pedido como pretender que un hipertenso descienda en una crisis su tensión arterial sin un tratamiento.

En conclusión si en una persona que consulta detectamos falta de energía, pérdida del deseo del disfrute, y descenso de la autoestima podemos pensar en la Depresión, teniendo en cuenta descartar inicialmente una causa orgánica (proceso infeccioso, hormonal, neoplásico...que origine un Trastorno afectivo orgánico) o el consumo de drogas, para diagnosticarla sin equivocarnos. La depresión puede y debe ser tratada y repito la asociación de psicofármacos y psicoterapia potencia su resolución.

9.- Proyecto de talleres de Medicina narrativa en la cursada de Psiquiatría

En este TFI propongo una serie de actividades reunidas en dos talleres de Medicina narrativa sobre la persona que padece ansiedad (primer año de la cursada) y sobre la que está deprimida (segundo año), para estudiantes de grado de Medicina que cursan Psiquiatría en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP. Es un requisito básico que los estudiantes lean previamente el tema a tratar. La bibliografía recomendada es provista por la cátedra y está disponible en el espacio del entorno educativo Moodle que usa la Facultad.

Elegí estos temas porque ambos tienen elevada prevalencia en la población general, deterioran en mayor o menor medida la calidad de vida y pueden conducir al consumo de sustancias y/o al suicidio. Lamentablemente este evento trágico constituye en la actualidad la tercera causa de muerte en los jóvenes (después de los accidentes y de las neoplasias).

Vale decir que ambos temas son contenido significativo de la materia y de la carrera, y a los estudiantes particularmente les interesa. Se espera que se genere un clima de clase que favorezca el disfrute del conocimiento en la actividad universitaria, promoviendo la motivación, el interés, la participación y contrarrestando la ansiedad que dificulta el aprendizaje. Desde mi experiencia observo que la mayoría de los estudiantes tienen plena conciencia de la importancia del disfrute, a diferencia de los docentes que en muchas ocasiones no reparan que el temor puede ser el mayor obstáculo para construir el conocimiento o para desenvolverse adecuadamente en una evaluación.

Cada actividad que propongo en los talleres de Medicina narrativa es una manera de acercarse a la vivencia de la enfermedad, a quien la padece y a quienes rodean al enfermo, y es un disparador para los aportes, las reflexiones y los intercambios en clase; de ahí que el taller como tal, se sustente esencialmente en el accionar de los participantes.

Los talleres de Medicina narrativa emplearán cuatro habilidades básicas: escuchar, hablar, leer y escribir, cuya ejercitación mejorará las competencias comunicacionales de los estudiantes, aprendiendo del error y de la interacción (Gutiérrez, 2009).

No omitiré en este escrito que al inicio del taller, obviamente nos saludaremos y brevemente todos nos presentaremos. Luego siguiendo el ejemplo de Paulo Freire en una visita a Argentina invitado por el Ministerio de Educación, en ocasión de un seminario en un centro vecinal bien podría decir como él: "No vine aquí para hacer un discurso, sino más bien para conversar. Les haré preguntas y ustedes me las harán. Nuestras respuestas, (agrego nuestros relatos) darán sentido al tiempo que pasaremos aquí". (Freire, 1986, pág. 56).

Detalle a continuación una serie de actividades que se podrán seleccionar de acuerdo con las circunstancias, ya que, por ejemplo, alguna de ellas requerirá más tiempo por el interés particular que pueda suscitar, conduciendo a que otra sea

descartada; de ahí que en cierta medida el plan sea flexible y adaptado a la situación (sabemos que las prácticas de enseñanza son complejas y su planificación requiere contemplar la inmediatez y la impredecibilidad del contexto).

9.1. Actividades que se pueden realizar en taller de Medicina narrativa sobre Ansiedad y sus trastornos

Actividad 1

Elegí como primera actividad del taller el humor gráfico de Quino y deleitándome con parte de su inteligente y gratificante producción encontré un chiste de cuatro viñetas que me resultó muy apropiado (<https://imgur.com/gallery/quino-s-ntomas-liA6g>). Utilizar este recurso es una forma lúdica de comenzar a intercambiar y construir conocimientos sobre el tema ansiedad en este caso y en particular la presentación de ella referida al estrés de la vida cotidiana, que es la forma de de su padecimiento más extendida en la población general.



Luego de que observemos estas viñetas, les preguntaré a los estudiantes: ¿Qué pensamientos les dispara este chiste? Las respuestas y también las preguntas que se generen habilitarán el debate.

Otras preguntas para la discusión:

- (a) ¿Qué otros síntomas ansiosos imaginan que podría expresar el paciente o detectar el médico? Escriban los que se les ocurra.
- (b) ¿Qué preocupaciones más allá de las económicas podrían ser otras causas de las manifestaciones de ansiedad? Escriban las que se les ocurra.
- (c) ¿Qué les parece, por qué el médico “diagnosticó” como causa del estado ansioso la falta de dinero? Continúa la lectura de los escritos, el diálogo, la interacción y la discusión.

Actividad 2

El estrés y la ansiedad reactiva constituyen un círculo vicioso en el que ambos se nutren. Cualquier persona está sometida a cierto grado de estrés dadas las preocupaciones personales y las compartidas con la población general. Este interjuego puede conducir a los llamados Trastornos de ansiedad pero también, como señalé con anterioridad, al consumo de sustancias y a la depresión.

Para intercambiar ideas y conocimientos al respecto, se dividirán los estudiantes en cuatro grupos. Cada uno de ellos (formado por cinco personas), trabajará las vivencias penosas cotidianas, explicitando sus causas y manifestaciones ansiosas por escrito. Luego cada grupo leerá su producción.

La consignas para los grupos serán: ¿Qué preocupaciones y problemas puede experimentar y qué manifestaciones ansiosas secundarias a ellos?

_ Grupo 1, una mujer con hijos pequeños.

_ Grupo 2, un adolescente.

_ Grupo 3, un hombre de cuarenta años.

_ Grupo 4, un anciano.

Actividad 3

Baldomero Fernández Moreno fue un escritor y médico rural argentino (1886-1950). Entre sus obras figura la siguiente poesía que describe las manifestaciones de ansiedad que experimenta un púber en un examen.

Procedo a repartirles una fotocopia de ella a cada estudiante y luego leo en voz alta (usando estrategias de las artes escénicas para crear clima). En cierto punto me detengo, como se leerá a continuación.

El aplazado

De pronto como un breve latigazo,
mi nombre, Friedt, estalló en el aula.
Yo me puse de pie, y un poco trémulo
avancé hacia la mesa, entre las bancas.
Era el examen último del curso
y al que tenía más miedo: la gramática.
Hice girar resuelto el bolillero.
Las dieciséis bolillas del programa
resonaron en el lúgubrementemente
y un eco levantaron en mi alma.

En este punto pregunto a los estudiantes ¿Qué vivencia les genera hasta acá la poesía? Luego de esta participación, continuó la lectura:

Extraje dos: adverbio y sustantivo.
Me dieron a elegir una de ambas
y elegí la segunda: “¿Y qué es el nombre?
Dígame uno”. Y me asestó las gafas.
Sentí luego un sudor por todo el cuerpo,
se me puso la boca seca, amarga,
y comprendí con un terror creciente
que yo del nombre no sabía nada.
Revolvía allá dentro, pero en vano,
me quedé en absoluto sin palabras.
Y empecé a ver la quinta en que vivíamos:
el camino de arena, cierta planta,
el hermano pequeño, mi perrito,
el té con leche, el dulce de naranja,
¡qué alegría jugar a aquellas horas

Y sonreía mientras recordaba.

“¡Pero señor - rugió una voz terrible -
el nombre sustantivo, una pavada!”

Torné a la realidad: sobre la mesa
los dedos de un señor tamborileaban,
cabeceaba blandamente el otro,
el tercero bebía de una taza.

Hacia gran calor.

Yo tengo una cara redonda, simple, colorada,
los ojos grises y los labios gruesos,
el pelo rubio, la sonrisa clara.

Yo quería jugar, no dar examen
darlo otro día si por la mañana...

Se me nubló la vista de repente,
los profesores se me borroneaban,
adquirió el bolillero proporciones
gigantescas, fantásticas,
oí como entre sueños: “Señor mío, puede sentarse...”

Y me llené de lágrimas.

Al finalizar la lectura de la poesía, pregunto:

¿Reconocieron haber experimentado en ocasiones algunos de los síntomas de ansiedad del niño protagonista? ¿Cuáles? ¿En qué circunstancias?

¿Algún profesor de la mesa de evaluación presentó una manifestación física de ansiedad? De considerarlo alguien y señalarlo, ¿a qué pudo ésta haberse debido?

Actividad 4

Archibald Joseph Cronin fue un médico y escritor británico (1896-1981). Entre sus obras hay una novela autobiográfica titulada: “Aventuras en dos mundos”, de la que extraje fragmentos del capítulo XI para que un estudiante-tallerista lea al grupo en voz alta.

A continuación copio estos:

Hay la creencia generalizada de que, en general, los escoceses son fríos, flemáticos e insensibles, lo cual constituye la base del carácter nacional. Durante mi permanencia en Tannochbrae, aunque relativamente breve, tuve oportunidad de descubrir personalmente esa falsedad, merced a un incidente especialmente chocante.

Un atardecer de marzo, Willie Craig hizo sonar la campanilla de Arden House con su acostumbrado aire flemático.

-Buenas tardes Janet - dijo con su hablar lento, revelador de un extraordinario dominio de sí mismo ¿Está el doctor en casa?

Willie era un hombrecito pequeño y delgado de alrededor de treinta y siete años, de rostro cetrino, bien afeitado, vestido con pulcro traje gris. Era el panadero del pueblo y su establecimiento se encontraba en la Calle Mayor, donde su esposa despachaba el pan mientras él lo amasaba y cocía. Pero aun cuando tenía merecidamente nombradía como buen panadero y comerciante honesto, la reputación de Willie descansaba en otro motivo superior a los expresados. Willie Craig era famoso por su frialdad, por su impasibilidad.

-Sí, Willie Craig es un témpano- era el veredicto aprobatorio de todo el pueblo.

Cuando por ejemplo, jugó la final del Campeonato de Bowling, venciendo a su adversario, tras enconada lucha, por el escasísimo margen de un solo punto, el público y los compañeros lo aclamaron no tanto por haber salido vencedor, sino por la manera de ganar. Pálido, sin acalorarse ni ponerse nervioso, sin que un solo cabello cambiara de lugar, había derrotado a su adversario, Gordon, cuya agitación parecía conducirlo al borde de la apoplejía. Luego en el club, Gordon que tenía ya unas cuantas copas en el cuerpo, comentaba indignado sobre Willie, no sin cierta garrulería: -No es un ser humano. Carece de sentimiento. No siente como los demás. Es como un pez metido en un bloque de hielo. ¡Eso es lo único malo de Willie Craig, no tiene imaginación!

En la consulta, le indiqué que tome asiento y le pregunté qué le pasaba.

Yo estaba abrumado de trabajo, tenía mucha prisa y ello hacía que mis modales fueran más abruptos que de ordinario. Pero a Willie Craig no pareció importarle poco ni mucho.

-Es mi lengua, doctor. Hay algo en el borde que me molesta un poco.

-¿Quiere decir que le duele?

-Bueno ...más o menos.

-Déjeme ver.

Me incliné por encima del escritorio y miré la lengua de Willie. Examiné el origen de sus molestias durante un buen rato. Luego cambiando de tono le dije

-¿Desde cuándo tiene eso Willie?

-¡Oh! Desde hace unas seis semanas, poco más poco menos. Al menos que yo recuerde. Comenzó siendo muy poca cosa, pero fue aumentando gradualmente. En los últimos tiempos comenzó a molestarme más.

-¿Fuma usted?

-Sí. En realidad soy muy fumador.

-¿Pipa?

-Pipa.

Hubo una pausa. Yo me levanté y me dirigí hacia el armario de los instrumentos. Saqué una lupa de mucho aumento y con el mayor cuidado, estudié largamente la lengua de Willie. Una fea mancha roja aparecía en el borde. Una mancha dura al tacto y que, para el ojo experimentado de un médico, sugería las más siniestras derivaciones.

Dejé la lupa y me senté en mi sillón. Para afrontar aquella situación sólo había dos caminos. El primero afectar un optimismo que no sentía; el segundo decir la verdad. Mientras reflexionaba sobre cuál de los dos seguir, contemplé a Willie cuya reputación de hombre con dominio y sangre fría yo conocía como todo el mundo. Willie me devolvió la mirada, impassible, tranquilo. Entonces decidí que era preferible decirle la verdad.

Se interrumpe la lectura y se procede a la discusión con preguntas disparadoras:

¿Qué piensan al respecto? ¿Ustedes qué le dirían al paciente? ¿Cómo se lo dirían? ¿Por qué se lo dirían? Siendo ustedes el paciente, que les parecería que tendría que decirles el médico.

La diversidad de opiniones nos revela las diferentes personalidades y nos enseña lo cautos que tenemos que ser al comunicar en Medicina.

A continuación de la discusión en grupo, se retoma la lectura de otro fragmento literario:

-Willie- dije bruscamente-, esa cosita que tiene usted en la lengua puede ser algo muy serio. O puede no ser nada.

Willie siguió imperturbable.

-Bueno, para eso vine, doctor, para saber de qué se trataba.

-Yo también quiero saber de lo que se trata, Willie. Voy a cortar un pequeño trocito de la mancha para enviarlo al departamento de patología de la

universidad, para su oportuno examen. No le va a doler y está hecho en un momento. Dentro de dos días conoceremos el resultado. Entonces sabremos si es lo que yo temo, o no.

-¿Y qué es lo que usted teme, doctor?

El silencio cayó densamente sobre la consulta. Yo sabía que lo oportuno era eludir la respuesta...

Nuevamente se interrumpe la lectura para introducir preguntas disparadoras:

¿Es conveniente para ustedes eludirla? ¿Qué podría haber dicho el médico para hacerlo? Expresen los argumentos que se les ocurren a favor o en contra.

Sigue la lectura:

Pero al contemplar los ojos grises y fríos de Craig, cambié de opinión y exclamé en voz baja:

-Temo que tenga usted cáncer en la lengua.

El silencio, apenas dispersado por aquellas pocas palabras, vibró y descendió de nuevo, de un modo sofocante, intolerable.

- Comprendo - dijo Willie sin alterarse. No es nada bueno. ¿Y qué hay que hacer si resulta cáncer?

- Tendremos que operar - dije yo, haciendo un movimiento aclaratorio con las manos.

- Operar. ¿Quiere decir que me tendrán que extirpar la lengua?

- Más o menos - dije yo moviendo la cabeza -, pero no hay que afrontar las cosas hasta que no se presenten.

- Tiene razón doctor. Es mejor esperar a que lleguen las cosas. Adelante, entonces.

Luego de la biopsia le indiqué que regresara en tres días a la misma hora y que le daría el resultado.

- Esperemos que las noticias sean buenas - dijo Willie estoicamente.

- Confíemos en que así sea - le respondí yo gravemente.

- Buenas noches, doctor.

- Buenas noches Willie.

Y me quedé mirándole mientras se alejaba, calle abajo, después de cerrar cuidadosamente la puerta del jardín. Yo no pude menos de admirar su calma, su valor frío e inmutable.

Pero ¿estuve acertado?. El hombre de hielo, el hombre sin imaginación, siguió caminando calle abajo, alta la cabeza, firmes los labios, impasible la mirada. Una imagen viva de la calma de la flema. Pero en su interior un millar de martillos batían su cerebro ferozmente. Y en sus oídos millares de voces gritaban y rugían, repitiendo una palabra sin cesar: "¡Cáncer! ¡Cáncer!"

Willie Craig advirtió que temblaba y que su corazón golpeaba tumultuosamente contra su pecho. Al doblar por la calle de la iglesia se sintió asaltado por un verdadero espasmo de debilidad y por un momento pensó que iba a desmayarse.

- Hola Willie! Qué linda tarde ha hecho para jugar un partido de bochas - le dijo Bailie Paxton, saludándole desde el otro lado de la calle, frente a su negocio. Aunque Willie no vio a Bailie Paxton, sino a una docena de Paxton danzando ante sus ojos, oscilantes, esfumándose.

- Sí, ha hecho un lindo día, Bailie.

- Nos veremos el sábado, durante el partido.

- Desde luego, Bailie. No me lo perdería por nada del mundo.

En el nombre de Dios, ¿cómo conseguía hablar?. Mientras seguía su camino sintió su cuerpo cubierto de un sudor frío y terrible. Los músculos de sus mandíbulas comenzaron a dolerle. Todo su ser parecía convertirse en fluido y estar a punto de disolverse, de escapar a su control, burlando, al fin, su permanente vigilancia.

Porque Willie Craig había luchado durante toda su vida contra sus nervios, aquellos nervios traidores que tantas veces amenazaron con venderlo. En ocasiones le había resultado más que difícil, incluso en las cosas más insignificantes. Aquel día, por ejemplo, en el que ganó el campeonato de bowling, sintiéndose tan trastornado, tan destrozado por sus nervios, que a duras penas consiguió reunir las energías suficientes para arrojar la bola final, mientras procuraba enmascarar con aparente indiferencia, sus terrores nerviosos y devoradores. Pero ahora, enfrentado con aquella espantosa perspectiva, ¿lograría dominarse una vez más? Y las voces seguían repitiendo la temible palabra en sus oídos.

Entró en su casa suavemente, tomó asiento en su sillón y se calzó las viejas zapatillas.

- ¡Qué pronto has vuelto del campo de bowling! - exclamó complacida Bessie su esposa.

Pasara lo que pasara por su interior, él no debía permitir que Bessie sospechara nada.

- No fui esta tarde al campo, aproveché que la panadería hoy está cerrada para dar un paseo por la carretera.

- Dentro de dos años, dijo su esposa, podremos construir nuestra casita. ¿Qué me dices?

¡Un año o dos! Aquellas sencillas palabras lo traspasaron como una espada hundida brutalmente en su pecho. ¡Un año o dos! ¿Qué habría sido de él para entonces?

Willie Craig se fue a dormir temprano. Habitualmente se metía en cama a la diez de la noche, pues a las cuatro de la mañana debía estar en pie para preparar la primera hornada. Aquella noche se acostó a las nueve, pero no pudo dormir.

A las cuatro de la mañana se levantó, se puso la ropa de trabajo y marchó hacia el horno. Confiaba en que la rutina cotidiana aliviara su angustia, que lo distrajera, pero no fue así. A medida que pasaban las horas, se sentía más y más desesperado. Exteriormente frío cumplió sus tareas habituales con una apariencia de absoluta normalidad, pero apenas tenía un momento libre a escondidas se dirigía a su habitación para mirar con horror en el espejo, la pequeña mancha en su lengua que parecía una extraña flor escarlata.

Todos sus sentidos se hallaban embotados y él sólo tenía fuerzas para pensar en una cosa: su propio estado. Quizás empezara a enloquecer un poco. Su imaginación, trabajando febrilmente, lo llevaba hacia nuevas fases del terror. Se vio tendido en un pequeño lecho del hospital, soportando días interminables de agonía después de la operación.

El jueves acordado se presentó a la consulta y le informé de que no había la menor huella de que fuera una lesión maligna en el informe patológico. No es cáncer sino un simple papiloma de la lengua. En un par de semanas de tratamiento le desaparecerá por completo.

Todos los sentidos de Willie se relajaron. Una oleada de alegría lo envolvió, penetrando hasta el centro mismo de su ser. Podría haber dado saltos de alegría y alivio; pero su rostro, pálido y tranquilo, no reveló nada.

- Le estoy muy agradecido, doctor - me dijo tímidamente -. Me...me alegro mucho, realmente, de que no sea nada grave.

- Supongo que estos dos días de espera no se habrá preocupado. Desde luego, no le habría dicho la verdad de haber pertenecido usted al tipo de hombres imaginativos, capaces de inquietarse.

- Cierta doctor - murmuró Willie con la mirada baja - y entonces con su eterna voz mesurada me contó lo que acabo de referir.

En este momento de la actividad se finaliza la lectura y se sugieren nuevas preguntas disparadoras de la discusión:

¿Qué reflexión les propicia a cada uno este relato? Escriban al respecto.

¿Qué preguntas les surgen? ¿Quiénes quieren contestarlas?

Actividad 5

En esta actividad apelo al relato del periodista Alejandro Belloti (Perfil, Suplemento cultural, domingo 18 de junio de 2023). A continuación copio el texto:

Hundir la mirada

El trazo es preciso, perfilado en los extremos de la hilera con el detalle ceñido de una intervención quirúrgica. Pulso firme, serena la procesión, el patrón se reproduce: unas van (sin nada), otras vienen (con la carga). Desde hace seis días y sus noches me detengo en el camino zanjado en la hierba fresca que se extiende unos veinte metros desde el arbusto descolado por intervención de las bestias extractivistas, hasta el complejo vecinal enconado que si no detengo cuanto antes (ya, luego de trenzar estas oraciones) adquirirá dimensiones totalitarias. Con movimiento elástico deposito el rostro a escasos sílabas del estupor. Lo sabemos de memoria: ejemplo de tenacidad, esfuerzo y organización, las hormigas cargan hasta cincuenta veces su peso por prepotencia de la mandíbula

. Ajá, ¿y?

La primera vez que escuché el áspero término mirmecofobia ostentaba el cabello acortinado sobre la espalda, estudiaba en la universidad y abrazaba la Revolución Cubana. Algunos episodios de ansiedad, que junto a la necesidad de evitar los lugares donde pudiera haber hormigas, fueron arrinconándome hacia el diagnóstico. Digámoslo de este modo: entonces la sola aparición de un ejemplar suponía la inmediata irrupción en mi organismo de un miedo irracional, desproporcionado a la manifestación del estímulo. El pánico sentido generaba una elevada percepción de efervescencia fisiológica, siendo habitual la sudoración, temblores, hiperventilación también (nunca taquicardia) y dilatadas alteraciones gastrointestinales como náuseas y vómitos.

El médico clínico (cabellera bien alimentada, uñas taladas), para tranquilizarme, me aseguraba que mi padecimiento no resultaba gran cosa; “en algunas situaciones”- metió sus ojos en los míos y repitió “en algunas situaciones”- puede llevar al paciente a desatar conductas verdaderamente peligrosas, como prenderse fuego para esquivar así el contacto con las hormigas. De allí en más las pesadillas se multiplicaron por años. El trip tóxico por consultorios e institutos se clausuró al encontrarme de frente a la sabiduría del Dr. V. G. especialista en fobias florecidas, sobre todo por situaciones aversivas vinculadas al elemento, en este caso las hormigas. Su apuesta, la herramienta para combatir el dolor que me tironeaba, operaba como eslabón de un rasti flexible en el marco de la teoría de la preparación de Seligman, que expresa que el miedo (pánico) a ciertas

especies animales fecunda en el desarrollo mismo de la evolución humana, que reconoce ciertas alertas al momento de enfrentar situaciones (consideradas) extremas.

Como sea, con la denominada terapia de exposición (presentar de manera gradual al paciente al estímulo temido: desde una primera y ¿simple? contemplación a distancia, hasta interactuar de forma corporal con el elemento), sin necesidad de aplicar reestructuración cognitiva regada con psicofármacos, tan solo al hundir la mirada en el abismo sin temor a sumergirme en lo insondable, en menos de un año superé la fobia. Con el tiempo perdí pelo, pasión por las gestas revolucionarias y en lugar de la mirmecofobia brotó una obsesión criminal por el exterminio. Rociador insecticida, cebo con veneno, la solución casera: hojas de laurel, vinagre y agua, granos de café y así. La porción beligerante que hay en mí experimenta estados de verdadera excitación. Tomo nota: aprovecharé el feriado de mañana para emplear un nuevo método acercado por el Dr. V. G.: con un palazo desplumar el hormiguero para nutrirlo con kerosene y darle candela. El Dr. V.G. sabe que la batalla contra las hormigas está perdida, solo pretende, con estos gestos, fertilizar la porción sensible que anida en mí.

Al finalizar la lectura del relato, se suscita la reflexión y posterior discusión de producciones con la pregunta disparadora y consigna de trabajo siguiente:

¿Qué les llama la atención de este relato? Escriban una narración, describiendo una fobia que padezcan o que imaginen. Señalen el objeto, el ser vivo o la situación que la provoca, los síntomas que experimentan y las consecuencias que produce en su comportamiento.

Actividad 6

En esta actividad utilizo parte del capítulo 33 de la novela “Un año con Schopenhauer” de Irvin Yalom (catedrático de Psiquiatría en la Universidad Stanford y psicoterapeuta), donde expresa:

De estar vivo hoy Arthur Schopenhauer (filósofo alemán 1788-1860), ¿correspondería hacerle un tratamiento psicoterapéutico? Seguramente. Buena parte de sus características así lo indican. En Acerca de mí mismo, se lamenta de que la naturaleza le haya dado un temperamento ansioso y un carácter “desconfiado, sensible, vehemente y orgulloso a tal extremo que casi no es compatible con la ecuanimidad de un filósofo”.

Describe (Schopenhauer) sus síntomas en un lenguaje muy gráfico:

He heredado de mi padre la ansiedad que maldigo y que combato con toda la fuerza de mi voluntad... de joven viví atormentado por enfermedades imaginarias... cuando estudiaba en Berlín creí que tenía tisis (tuberculosis)... me acosaba el temor de que me obligaran a hacer el servicio militar... hui de Nápoles por temor a la viruela y de Berlín por temor al cólera... en Verona me asaltó la idea de que había tomado rapé envenenado... en Manheim me abrumó

un miedo indescriptible sin ningún motivo externo... durante años me persiguió la idea de que podían entablar contra mí un proceso penal... si oía de noche un ruido, saltaba de la cama y aferraba la espada y las pistolas que siempre tenía cargadas... me veo asediado por una preocupación permanente que me hace temer peligros donde no los hay, magnifica cualquier contratiempo y dificulta todas mis relaciones con la gente.

Finalizada la lectura del texto, se apela a las preguntas disparadoras para generar la discusión:

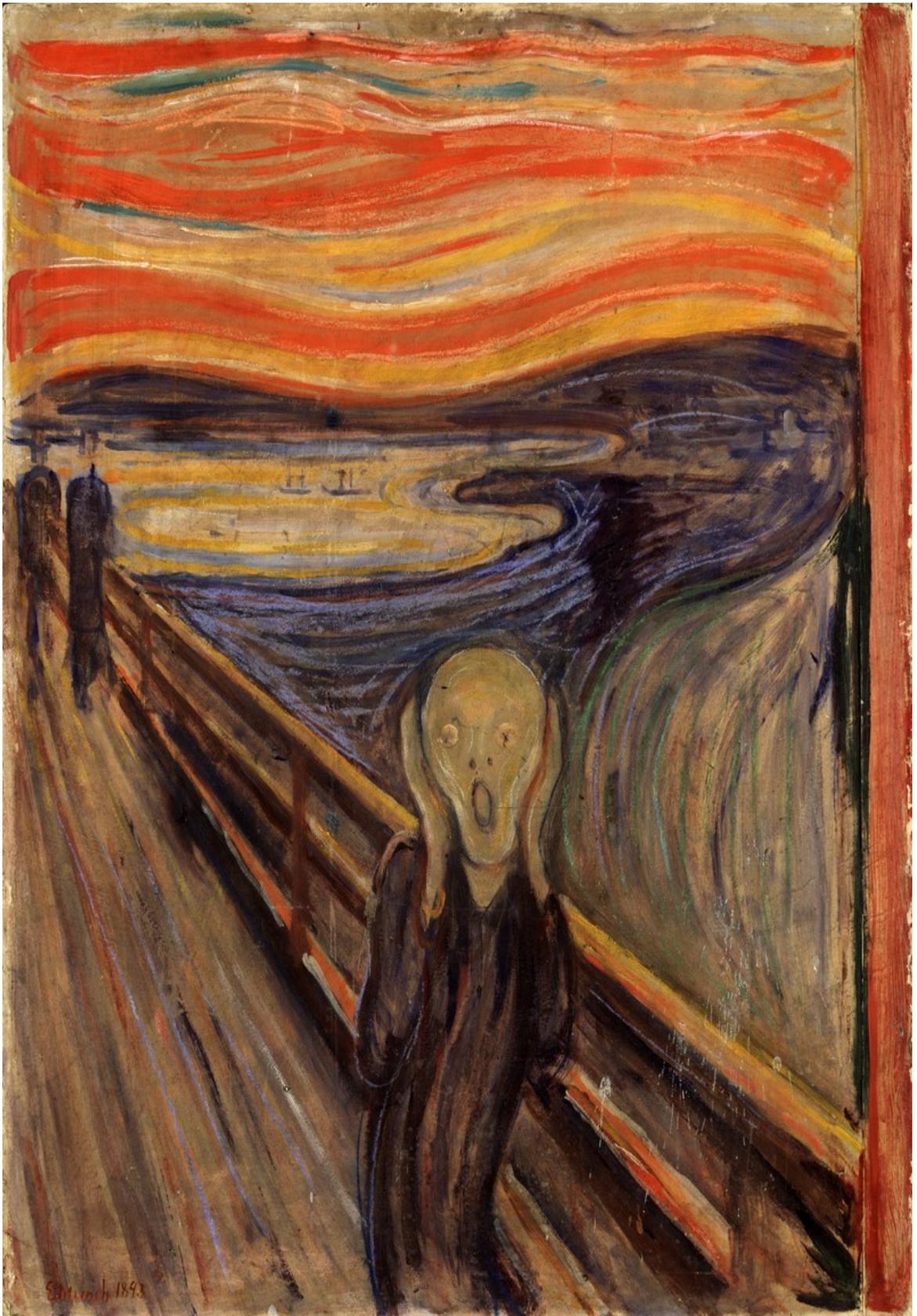
¿En qué podemos basarnos para afirmar que se trata de una personalidad ansiosa y no de un Trastorno de ansiedad generalizada?

¿Cuál consideran que es el fragmento del párrafo que da cuenta que la ansiedad es parte de su personalidad y no una manifestación de un Trastorno de ansiedad padecido en su juventud?

Se promueve el intercambio de ideas fundamentadas y el arribo a posibles respuestas a las preguntas planteadas.

Actividad 7

En esta actividad apelo al recurso artístico de la pintura con la obra titulada "El grito" del pintor expresionista noruego Edvard Munch (1863 -1944) quien ha realizado varias versiones de ella.



Se presenta la imagen, con las preguntas disparadoras.

¿Qué ven en esta imagen? ¿Qué vivencias les genera?

En relación con ella, Munch escribió en su diario íntimo:

Iba caminando con dos amigos por el paseo, el sol se ponía - el cielo se volvió de pronto rojo, yo me paré cansado me apoyé en una baranda, sobre la ciudad y el fiordo azul oscuro no veía sino sangre y lenguas de fuego -, mis amigos continuaban su marcha y yo seguía detenido en el mismo lugar temblando de miedo, y sentí que un alarido infinito penetraba toda la naturaleza.

Luego de leído el fragmento, se incita la discusión del grupo a partir de las preguntas siguientes.

En relación con el tema que tratamos en este taller: ¿con qué Trastorno de ansiedad podrían relacionar la vivencia del pintor? Argumentar.

Se acepta que el autor pudo haber sufrido una crisis de pánico, lo valioso de esta obra es que origina variadas y disímiles interpretaciones.

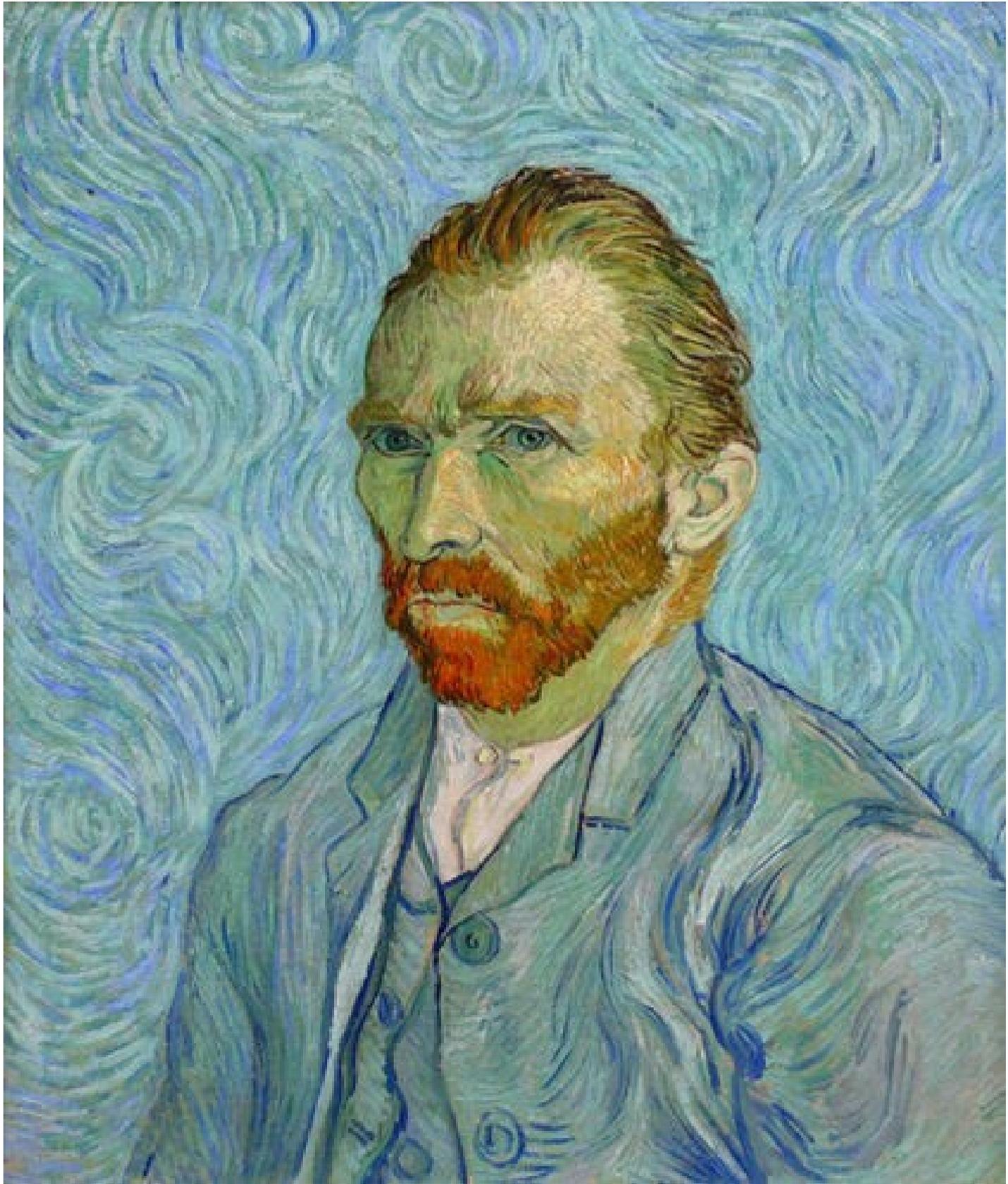
9.2. Actividades que se pueden realizar en el taller de Medicina narrativa sobre Depresión

Actividad 1:

Presento la imagen de un autorretrato de Van Gogh (S.XIX, a los 36 años del pintor, un año antes de su muerte), diciendo a los estudiantes:

Esta podría ser la cara de una persona deprimida ¿Qué ven en este rostro?

Invito a la descripción semiológica inicial.



Se inicia el diálogo (tan valorado por Paulo Freire). Desde las distintas miradas se sucederán diferentes apreciaciones como tristeza, tensión, desesperanza, miedo. Por ejemplo, puede darse un diálogo como el siguiente:

-¿Dónde ven la tensión? - Tiene la mandíbula contraída.

-¿Dónde está la tristeza? - En la mirada.

-Yo encuentro preocupación en el entrecejo fruncido.

Y así sucesivamente, favoreciendo el argumento y la construcción colectiva.

Podemos polemizar para arribar a aproximaciones de la realidad como, por ejemplo, que puede estar triste con relación a un acontecimiento, sin por ello estar deprimido, vale decir, enfermo.

Actividad 2:

En esta actividad invito a rememorar la signosintomatología de la depresión previamente estudiada en la teoría e invito a que cada uno de los participantes del taller, elija un síntoma para relatar como si lo estuviera padeciendo.

¿Cómo podría dar cuenta, a través de las palabras, una persona depresiva del síntoma anergia, por ejemplo; qué les parece que el paciente podría decir?

En esta actividad también se ponen en juego los conocimientos, la imaginación y la empatía.

Actividad 3:

En esta actividad se apela a un relato anónimo de un paciente que describe el episodio depresivo que experimentó.

Se lee el relato:

¡Qué mal estuve! Me despertaba a las tres y media de la mañana y no me volvía a dormir. Pasaba horas pensando y sufriendo por todo lo que tendría que hacer en el transcurso del día. ¿Cómo levantarme a las siete para prepararles el desayuno a los chicos y llevarlos a la escuela si hasta cepillarme los dientes me significaba un esfuerzo sobrehumano? Me sentía sin pila, atornillada a la cama. El mundo se me venía encima. Hacía lo mínimo y mal, pensando y reprochándome mi inutilidad. Me sentía una mala persona, una mala madre. Me apenaban mis hijos.

A continuación se suscitan las preguntas del debate:

¿Qué piensan de este testimonio cuya autora es una mujer de treinta años de edad?

¿Qué imaginan que podría relatar un hombre de setenta años deprimido?

¿Qué imaginan que podría relatar cada uno de ustedes estando deprimido?
Escriban un breve texto.

El texto se comparte en pequeños grupos y luego se hace una puesta general y síntesis guiada por la docente-tallerista.

Actividad 4:

Esta actividad utiliza como recurso un poema.

Se inicia el encuentro introduciendo el tema.

En cada persona la Depresión se presenta de una manera particular. En algunos pacientes se destaca una manifestación somática, un dolor como puede ser cefalea; dolor que no obedece a una lesión orgánica y que no responde a la ingesta de un analgésico, pero sí a la de un antidepresivo.

¿En este conmovedor y bello poema de Miguel Hernández (poeta y dramaturgo español, 1910-1942) de tratarse de su depresión, qué verso daría cuenta de una manifestación somática dolorosa depresiva que, como tal, no responde a la toma de un analgésico y si a un antidepresivo?

Umbrío por la pena, casi bruno
porque la pena tizna cuando estalla,
donde yo no me hallo, no se halla
hombre más apenado que ninguno.
Sobre la pena duermo solo y uno
pena es mi paz y pena mi batalla,
perro que ni me deja ni se calla
siempre a su dueño fiel, pero importuno.
Cardos y penas llevo por corona,
cardos y penas siembran sus leopardos
y no me dejan bueno hueso alguno.
No podrá con la pena mi persona
rodeada de penas y de cardos:
¡cuánto penar para morirse uno!

Luego de la lectura se trabaja reflexionando sobre las respuestas.

Actividad 5:

En el taller que estoy describiendo, si observo mantenimiento del interés, continúo con la siguiente propuesta.

En la depresión, a veces, prevalece la rabia, la irritabilidad sobre el síntoma de la tristeza (síntoma éste al que los psiquiatras solemos llamar específicamente tristeza vital, para marcar su diferencia con la tristeza reactiva a un hecho desafortunado). La irritabilidad, la ira, pueden destacarse en un adolescente deprimido y provocarnos rechazo, dificultándonos el diagnóstico, al prejuizar “tiene una personalidad insoportable”. Es bueno reparar en lo que sostenía Rousseau: “no burlarse, no prejuizar, siempre comprender”.

Esta idea se puede recrear con un relato mitológico en el que dos ninfas, Tristeza e Ira, retozan en un estanque en un claro del bosque. Al percatarse, luego de cierto tiempo, que un fauno las espía desde la espesura, se cubren con sus túnicas y escapan. Pero en el apuro Tristeza se pone la ropa de Ira y viceversa (de utilizar este relato que he sintetizado, utilizaría prosa lírica y una actitud declamatoria para contarle, dado mi rasgo lúdico de personalidad).

Actividad 6:

A veces en contados casos, la severidad de la depresión puede desviar el juicio y entonces esta comporta psicosis por lo que el paciente experimenta síntomas psicóticos: alucinaciones y/o ideas delirantes. Los estudiantes saben de los teóricos que la idea delirante es patológica porque es irreductible, vale decir que a pesar de todas las pruebas en contra la persona psicótica la sigue sosteniendo. Los temas delirantes de la Depresión psicótica pueden girar alrededor de la culpa, la hipocondría, la ruina económica y la ideación delirante nihilista o de negación.

Para esta actividad utilizaré un cuento de Leopoldo Lugones (Revista Caras y Caretas, Buenos Aires, 1907), donde el autor describe a una persona que bien podría padecer una depresión psicótica con ideas delirantes nihilistas.

El hombre muerto

La aldeíta donde nos detuvimos con nuestros carros, después de efectuar por largo tiempo una mensura en el despoblado, contaba con un loco singular, cuya demencia consistía en creerse muerto.

Había llegado allí varios meses atrás, sin querer referir su procedencia, y pidiendo con encarecimiento desesperado que le consideraran difunto.

De más está decir que nadie pudo deferir a su deseo; por más que muchos, ante su desesperación, simularan y aquello no hacía sino multiplicar sus padecimientos.

No dejó de presentarse ante nosotros, tan pronto como hubimos llegado, para implorarnos con una desolada resignación, que positivamente daba lástima, la

imposible creencia. Así lo hacía con los viajeros que, de tarde en tarde, pasaban por el lugarejo.

Era un tipo extraordinariamente flaco, de barba amarillosa, envuelto en andrajos, un demente cualquiera; pero el agrimensor resultó afecto al alienismo, y no desperdició la ocasión de interrogar al curioso personaje. Este se dio cuenta, acto continuo, de lo que mi amigo se proponía, y abrevió preámbulos con una nitidez de expresión, por todos conceptos discordante con su catadura.

- Pero yo no soy loco - dijo con una notable calma, que mal velaba, no obstante, su doloroso pesimismo -. Yo no soy loco, y estoy muerto, efectivamente, hace treinta años. Claro. ¿Para qué me morí?

Mi amigo me guiñó disimuladamente. Aquello prometía.

- Soy nativo de tal punto, me llamo Fulano de Tal, tengo familia allá...

(Por mi parte, callo estas referencias, pues no quiero molestar a personas vivientes y próximas.)

- Padecía de desmayos, tan semejantes a la muerte, que después de alarmar hasta el espanto, concluyeron por infundir a todos la convicción de que yo no moriría de eso. Unos doctores lo certificaron con toda su ciencia. Parece que tenía la solitaria.

“Cierta vez, sin embargo, en uno de esos desmayos, me quedé. Y aquí empieza la historia de mi tormento; de mi locura...

“La incredulidad unánime de todos, respecto a mi muerte, no me dejaba morir. Ante la naturaleza, yo estaba y estoy muerto. Mas para que esto sea humanamente efectivo, necesito una voluntad que difiera. Una sola.

“Volví de mi desmayo por hábito material de volver; pero yo como ser pensante, yo como entidad, no existo. Y no hay lengua humana que alcance a describir esta tortura. La sed de la nada es una cosa horrible.”

Decía aquello sencillamente, con un acento tal de verdad, que daba miedo.

- ¡La sed de la nada! Y lo peor es que no puedo dormir. ¡Treinta años despierto! ¡Treinta años en eterna presencia ante las cosas y ante mi no ser!

En la aldea habían concluido por saber aquello de memoria. Pasaron a ser vulgares sus reiteradas tentativas para obligarlos a creer en su muerte. Tenía la costumbre de dormir entre cuatro velas. Pasaba largas horas inmóvil en medio del campo, con la cara cubierta de tierra.

Tales narraciones nos interesaron en extremo; mas cuando nos disponíamos a metodizar nuestra observación, sobrevino un desenlace inesperado.

Dos peones que debían alcanzarnos en aquel punto, arribaron la noche del tercer día con varias mulas rezagadas.

No los sentimos llegar, dormidos como estábamos, cuando de pronto nos despertaron sus gritos. He aquí lo que había sucedido.

El loco dormía en la cocina de nuestro albergue, o aparentaba dormir entre sus velas habituales -la única limosna que nos había aceptado.

No mediaban dos metros entre la puerta donde se detuvieron cohibidos por aquel espectáculo, y el simulador. Una manta le cubría hasta el pecho. Sus pies aparecían por el otro extremo.

- ¡Un muerto! - balbucearon casi en un tiempo. Habían creído en la realidad.

Oyeron algo parecido al soplo mate de un odre que se desinfla. La manta se aplastó como si nada hubiera debajo, al paso que las partes visibles - cabeza y pies - trocáronse bruscamente en esqueleto.

El grito que lanzaron púsonos en dos saltos ante el jergón.

Tiramos de la manta con un erizamiento mortal.

Allá, entre los harapos, reposaban sin el más mínimo rastro de humedad, sin la más mínima partícula de carne, huesos viejísimos a los cuales adhería un pellejo reseco.

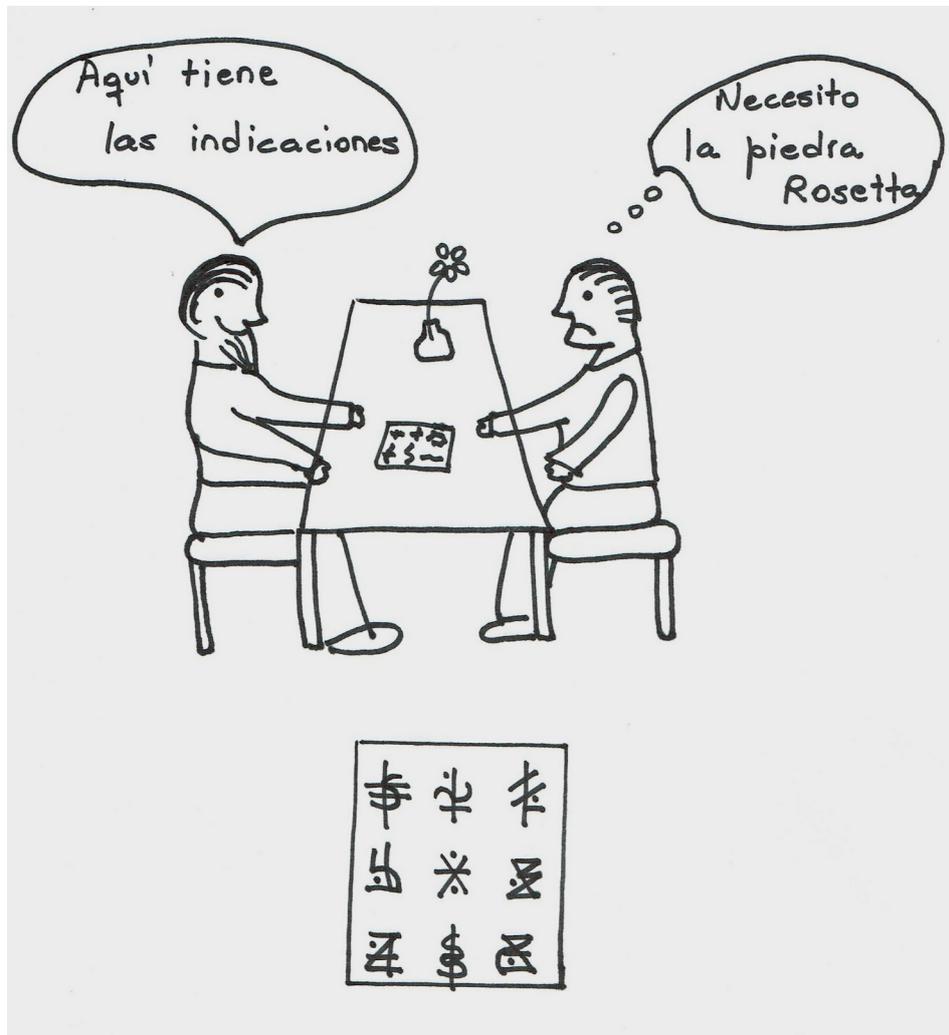
FIN

Terminada la lectura de este cuento fantástico y fantástico, se procede al debate sobre el tema, el que puede ser enriquecido con la propia experiencia asistencial de la docente-tallerista. He conocido a pacientes similares al protagonista de este cuento en el Hospital " Dr. Alejandro Korn " de Romero depresivos psicóticos que afirmaban estar muertos, además de decir que no comían porque no tenían estómago, que no respiraban, que al día siguiente los llevarían a la morgue...

Actividad 7:

Para finalizar el taller se propone la siguiente actividad.

Se supone que hablamos y acordamos con el paciente el tratamiento, en ocasiones se suma un allegado de éste que lo acompaña. Le o les entregamos un recordatorio escrito (la persona deprimida puede quejarse también de fallas de memoria, por eso el escrito contribuye a que tome la medicación adecuadamente).



¡Atención con la caligrafía! Muchas personas se horrorizan con las faltas de ortografía, pero éstas no invalidan la comunicación, la letra ilegible sí.

¿Qué pensaría un paciente deprimido ante un escrito de estas características?

¿Y un paciente no deprimido?

Las alternativas son múltiples, de ahí lo rico de la actividad, que se espera genere un debate entre los estudiantes con ideas originales y diferentes.

Si mi ánimo y el ambiente lo propician, como docente y animadora de la dinámica del taller, podría finalizar con un acto, a modo de despedida, interpretando un fragmento del aria "Lascia ch'io pianga" ("Deja que lllore") de Jorge Federico Handel que le cantaba Farinelli, un famoso cantante italiano, al rey de España Fernando VI, a

pedido de la esposa Bárbara de Braganza, con la intención de “rescatarlo” de la depresión. Este rey tenía el Trastorno bipolar y en él predominaban las fases depresivas, en una época en la cual no se contaba con estabilizantes del ánimo (S. XVIII). Link al audio: <https://voca.ro/14FxtTq5r12> “deja que llore la cruda suerte y que suspire por la libertad”.

9.3. Actividad final común a los dos talleres

Las consignas y comentarios de la docente-tallerista, en el cierre de cada taller, debieran apuntar también a que los asistentes se preguntaran, por ejemplo ¿Qué me pasa a mí con la ansiedad y la depresión de los otros? ¿Qué me despierta? ¿Qué puedo hacer con las emociones, sentimientos, sensaciones que emergen en mí o que imagino podrían emerger, ante el padecimiento de una persona con uno o ambos de estos trastornos, ya que pueden coexistir y en tal caso incrementar el riesgo suicida?

Estas son el tipo de preguntas que no suelen tener lugar en las clases “tradicionales” en las que predominan las preguntas ficticias, porque quien las formula en rol de docente, ya sabe la respuesta. Las preguntas genuinas no evitan la incertidumbre e indagan en la vivencia emocional de los estudiantes. Este tipo de preguntas que no son ficticias sino que apuntan al sentir y al hacer personal, podrían constituir la actividad final del taller, su cierre. Las secuencias de preguntas estimulan la reflexión y permiten alcanzar la comprensión de los saberes. (Grisales, 2012).

La capacidad discursiva de los participantes dará cuenta de lo que acontece en el aprendizaje y se evidenciará en su participación.

A modo de reflexión destaco que la riqueza del encuentro surgirá esencialmente de las intervenciones de los participantes, si bien tengo en cuenta mi entusiasmo que hace en parte “el rol vital del docente”, y recuerdo que la calidad de la enseñanza depende sobretodo de las relaciones entre las personas que participan, al clima que se genera y no solamente a un documento bien escrito (Salinas Fernández, 1994).

9.4. Evaluación del aprendizaje y de la propuesta

La evaluación del aprendizaje será formativa y se basará en la participación de los estudiantes-talleristas, la resolución de preguntas y la búsqueda de alternativas, siguiendo un pensamiento divergente e involucrándose completamente en las actividades.

La propuesta será evaluada mediante un grupo focal donde siguiendo preguntas orientadoras sobre la docencia, la dinámica, los materiales, el tiempo y el clima de clase, los estudiantes-talleristas puedan opinar sobre el desarrollo de los talleres, su contribución a la teoría y al aprendizaje y pueda, de este modo, obtenerse información valiosa para la retroalimentación y optimización de la propuesta.

10.- Conclusión

Espero que disfrutemos trabajando para lograr los objetivos comunicacionales en los Talleres de Medicina narrativa, sabiendo que los errores que cometamos forman parte del aprendizaje y que no pasarán de ser una nimia herida narcicista, ya que no participaran pacientes que podrían resultar afectados.

Es mi propósito que aquellos estudiantes que hasta entonces no lo hicieron, tomen plena conciencia de la importancia de una adecuada comunicación, particularmente en el ámbito de la Salud.

Si bien mi TFI concluyó, aprovecho la oportunidad y cedo a la tentación (no soy ni buena ni... soy incorregible) de responder a dos preguntas que me formularon en la Carrera.

1) - ¿Por qué me inscribí?

2) - ¿Qué es ser docente universitaria hoy?

Mi respuesta a la primera es simple y sintética. Desde pequeña tuve inclinación por la docencia, de hecho tengo muy presente el recuerdo de que ayudaba a mis compañeros a realizar las tareas escolares si tenían dificultades, les explicaba, los alentaba. De adulta sentí la necesidad de adquirir conocimientos y estrategias para desenvolverme mejor y disfrutar más de mi actividad en la Cátedra de Psiquiatría y la Especialización se convirtió en una de mis asignaturas pendientes. Jubilada de mi trabajo hospitalario y con mis hijos grandes, dispuse del tiempo para hacerla y empoderarme.

En relación con la segunda pregunta me surgió un relato en el que me exployo más libremente desde mi condición de docente de la Universidad pública, institución que contempla la garantía de acceso a ella y en la que me desempeño en el área de la enseñanza-aprendizaje: ¿qué es para mí ser docente universitaria hoy?

Para guiarme en mis reflexiones, en este presente particularmente penoso, vuelco mi mirada en el estudiante ya que es éste quien sustenta esencialmente mi rol con sus requerimientos. Traigo a colación para ello el poema épico griego del siglo VIII A. de C .titulado: "La Odisea". Esta obra de Homero relata las desventuras sufridas por Ulises para regresar, luego de participar en la Guerra de Troya, a su hogar, a su isla natal. Este viaje le demandó varios años en los que debió sortear muchos obstáculos.

Realizo esta narración porque asocio el término odisea, con el período de dificultades, que debe afrontar y superar un estudiante universitario para alcanzar su anhelado título. En este caso se trata de un Ulises generalmente adolescente que debe integrarse a una nueva cultura, adquiriendo el rol de estudiante universitario y partiendo habitualmente de una condición personal que no responde a lo esperado

académicamente, es decir careciendo de un adecuado bagaje cultural y socioeconómico que le facilite la tarea y que le permita prescindir de una actividad laboral simultánea, generalmente precaria.

A fin de la década del 40, se inició un incremento de ingresos en la universidad que eclosionó en ocasión de la recuperación de la democracia en nuestro país en los 80. Este fenómeno está magníficamente expresado en la frase: “Una inclusión, excluyente”; ya que también aumentó el número de estudiantes que abandonaron los estudios (particularmente en los dos primeros años de la carrera) y el tiempo necesario para obtener el título (Ezcurra, 2011).

A las circunstancias actuales desfavorables de la Argentina, se le suma la etapa vital del estudiante, en la que es vulnerable, ya que no ha consolidado totalmente su personalidad ni alcanzado probablemente una autoestima equilibrada y estable, por lo que es mayor el riesgo de que vivencie frustración, sentimientos de desesperanza e impotencia y de que caiga en la ansiedad, la depresión y/o el consumo de drogas o bien que abandone sus proyectos.

Como no recordar en las “desventuras del viaje”, cayendo en una digresión, la eclosión de la pandemia de coronavirus que nos obligó como estrategia inicial al aislamiento social hasta alcanzar el 80% de la población vacunada. Esta medida necesaria, coartó entonces las expectativas de los noveles estudiantes universitarios de sociabilizar y de interactuar personalmente con las nuevas amistades, cercenando estas fuentes de gratificaciones que favorecen la integración y a los estudiantes avanzados, les ocasionó un cambio significativo en su rutina que implicó angustia e incertidumbre pero que consecuentemente determinó un incremento significativo de la comunicación virtual entre docente y discente, (nunca recibí ni respondí tantos mails como en ese período). Surge entonces en este contexto de peste el protagonismo de la virtualidad que permitió sostener la educación, pero con el costo de una merma cualitativa. No está de más decir que obviamente las consecuencias más dolorosas que la pandemia deparó, fueron las muertes y el incremento de la pobreza y de la desigualdad social. Pobreza y desigualdad social que actualmente se elevan.

Ante esta experiencia penosa recientemente vivida y ante la también penosa incertidumbre argentina actual con todo lo que ella depara, me repregunto: ¿Qué es ser docente universitario hoy?

Pienso y me reitero que como siempre en todas las épocas, con las dificultades que cada una acarreó, es esencial propiciar que “nuestro Ulises” llegue a buen puerto, a su lugar deseado en el mundo, a integrarse satisfactoriamente lo que redundará en su propio beneficio y en el de los demás.

Para ello como docente, tengo que ser creativa, versátil, recurrir a distintas estrategias (la simulación reemplazó en parte a la entrevista al paciente cuando por distintos motivos no contábamos con éste aún a pesar de su deseo de intervenir; la virtualidad a la presencialidad en el confinamiento, y se puede recurrir al juego de roles cuando es necesario estimular la participación en un grupo de estudiantes introvertidos y/o inseguros). Obviamente, también valoro y aplico rescatando de su insidioso desplazamiento a la Medicina narrativa que propicia el diálogo. Tengo que

lograr que el estudiante disfrute en construir el conocimiento, que incorpore herramientas para ello, que aprenda a aprender consolidando su autonomía y que desarrolle una actitud crítica que le permita pensar más allá de lo que dice el texto o yo, a esto se le suma la conveniencia, dado el incremento exponencial de los conocimientos, que aprenda a desenvolverse satisfactoriamente trabajando en equipo.

Para todo ello como docente, lo acompaño “en un tramo de su viaje”, procurando conocerlo, empatizar, vivenciar en parte su lugar en una relación asimétrica de poder (valorando mi experiencia pasada de haber sido estudiante y la actual de seguir siéndolo al elegir formarme en Docencia y en hacer cursos de actualización en mi materia); instándolo a que puede, destacando sus logros; fortaleciendo su autoestima, allanándole de ese modo el camino. En siete palabras: Facilitar el aprendizaje y acompañar siendo creativa.

Esta acción docente básica e importante de acompañar, ya ejercida por el pedagogo del Imperio romano, pienso que hoy más que nunca debe recrearse, así como la narrativa en la enseñanza en mi caso de la Medicina. Pongamos en valor lo bueno, lo que no debe perderse, mejoremos lo que lo requiere, sigamos una pulsión de vida, no de muerte.

Como todo ser humano imperfecto pero perfectible, el docente puede encontrar como siempre satisfacción en superarse en su rol propiciando que el estudiante también lo logre, formándose para pasar para pasar a la vida profesional. De este modo se alimenta la esperanza y la probabilidad de un futuro mejor. ¡Viva la Universidad Pública!

¡Qué satisfacción compartida! ¡A buen puerto llegó Ulises!

11.- Bibliografía

1. Ander-Egg, E. (1991). El taller como sistema de enseñanza-aprendizaje. En *El taller una alternativa de renovación pedagógica* (pp. 09-19). Editorial Magisterio del Río de La Plata.
2. Anijovich, R. y Cappelletti, G. (2017). La evaluación en el escenario educativo. En *La evaluación como oportunidad* (pp. 13-38). Paidós.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Trastornos depresivos. En *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (pp. 103-127). Editorial médica panamericana.
4. Barraza, M. (2013). *Cómo elaborar proyectos de innovación educativa* (pp.12-28). Editorial Universidad Pedagógica de Durango.
5. Bruner, J. (1988). Dos modalidades del pensamiento. En *Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia* (pp. 21-53). Gedisa.
6. Camargo Uribe, A. y Hederich Martínez, C. (2010). Jerome Bruner: dos teorías cognitivas, dos formas de significar, dos enfoques para la enseñanza de la ciencia. *Psicogente*, 13(24), 329-346.
7. Carreras de la Facultad de Ciencias Médicas. (2024). <https://www.med.unlp.edu.ar/index.php/carreras>
8. Carrió, S. (2006). Aproximaciones a la medicina narrativa. *Educación médica*, 26(1), 14-19.

9. Cía, A. H. (2012). Trastornos de ansiedad y adaptativos. En M. Suárez Richards (Comp), *Introducción a la psiquiatría* (pp.343-367). Polemos.
10. Ciapuscio, G. E. (2011). De metáforas durmientes, endurecidas y nómades: un enfoque lingüístico de las metáforas en la comunicación de la ciencia. *Arbor*, 187(747), 89–97.
<https://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/1284/1293>
11. Colino Rodriguez, M. (2017). "*Storytelling: el poder de las historias*". *Usos contemporáneos de la narración oral*. [Tesis de Final de Grado, Universidad Complutense de Madrid].
<https://hdl.handle.net/20.500.14352/20562>
12. Davini, M. C. (2008). Evaluación. En *Métodos de enseñanza: didáctica general para maestros y profesores* (pp.213-226). Santillana.
13. Davini, M. C. (2008). Métodos para la asimilación de conocimientos y el desarrollo cognitivo. En *Métodos de enseñanza: didáctica general para maestros y profesores* (pp.103-110). Santillana.
14. Diez, C. (2000). Clínica. En J. Vallejo Ruiloba y C. Gastó Ferrer, *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp.33-40). Editorial Masson.
15. Ezcurra, A. M. (2011). Igualdad en Educación Superior. Un desafío mundial. *Cuestiones de Sociología*, 8.
<https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/33641>
16. Freire, P. (1986). *Hacia una pedagogía de la pregunta: conversaciones con Antonio Faundez* (p.56). La Aurora.
17. Freire, P. (1996). La educación permanente y las ciudades educativas. En *Política y educación* (pp. 19-30). Siglo XXI Editores.

18. Freire, P. (2002). Enseñar no es transferir conocimiento. En *Pedagogía de la autonomía* (pp. 22-41). Siglo XXI Editores.
19. Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido* (2da edición). Siglo XXI Editores.
20. Freire, P. (2006). Práctica de la pedagogía crítica. En *El grito manso* (pp. 27-38). Siglo XXI Editores.
21. Gastó Ferrer, C. (2000). Melancolía. En J. Vallejo Ruiloba y C. Gastó Ferrer, *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp.242-253). Editorial Masson.
22. Gothelf, E. y Sayago, P. A. (2014). Medicina y narrativas: Un nuevo paradigma o un viejo conocido que debe re-conocerse? *S.O.G.B.A.*, 15(232/233), 155-161.
23. Grisales, L. M. (2012). La pregunta didáctica de la enseñanza universitaria: una síntesis para la comunicación y la comprensión del sentido de los saberes. *Praxis*, 8(1), 118-137.
<https://doi.org/10.21676/23897856.710>
24. Gutiérrez, D. (2009). El taller como estrategia didáctica. *Razón y palabra*, (66).
25. Tortolo M. (2011). Medicina narrativa: las historias que cuentan la medicina. Entrevista a la Dra. Rita Charon en Nueva York. Intramed.
<https://www.intramed.net/content/69837>
26. Juliao Vargas, C.G. (2021). El relato autobiográfico: narrar la experiencia como ejercicio de escritura de sí mismo y construcción social de la

realidad. *Revista de filosofía*, 78, 79-95. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-43602021000100079>

27. Lekhtsier, V. y Gotlib, A. (2017). Medicina narrativa enfocada a la investigación empírica social: el contexto ruso. *Salud colectiva*, 13(2), 239-252. <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1159>
28. Litwin, E. (2008). Reflexiones en torno a cómo enseñar. En *El oficio de enseñar: Condiciones y contextos* (pp. 63-88). Paidós.
29. Liu, Q., Hea H. et al. (2020). Changes in the global burden of depression, from 1990 to 2017: Finding from the Global Burden of Disease Study. *Journal of Psychiatric Research*, 126, 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002>
30. Loscos, J., Baños, J., Loscos, F. y de la Cámara, J. (2006). Medicina, cine y literatura: una experiencia docente en la Universidad Autónoma de Barcelona. *Revista de Medicina y Cine*, 138-142.
31. Prieto Castillo, D. (1995). Las prácticas del aprendizaje. En *Educación con sentido* (pp. 55-76). Ediciones Novedades Educativas.
32. Roman Maestre, B. (2013). Tomando en serio el respeto al paciente: una cuestión "compleja". *Revista de medicina de familia y atención primaria*, 17, 6-10.
33. Salinas Fernández, D. (1994). La planificación de la enseñanza: ¿Técnica, sentido común o saber profesional? En J. Angulo y N. Blanco (Coord), *Teoría y desarrollo del currículum* (pp. 135-160). Ediciones Aljibe.

34. Stringaris, A. Editorial: What is depression? *J Child Psychol Psychiatr*, 2017, 58: 1287-1289. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12844>.
35. Suárez Richards, M. (2012). Trastorno del humor. Trastornos depresivos. En M. Suárez Richards (Comp), *Introducción a la psiquiatría* (pp. 391-410). Polemos.
36. Tajer, C. (2012, 21 de agosto). El médico lenguaraz. Convocatoria a un registro multicéntrico. En *Revista Argentina de Cardiología. Blogs invitados a la RAC*. <https://revistaargentinadecardiologia.wordpress.com/2012/08/21/el-medico-lenguaraz-convocatoria-a-un-registro-multicentrico/>
37. Tajer, C. (2012). Metáforas para pensar la medicina. *Revista Argentina de Cardiología*, 80(6). https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482012000600019&lng=es&tlng=es
38. Taub, J. y Castillo, L. (2005). La modalidad de taller en el aula universitaria. En E. Vásquez y A. Quiroga Tovar, *Desarrollo integral de la investigación en el sistema educativo del Caquetá* (pp. 3343-3349). Universidad de la Amazonia.
39. Valverde C. (2005). ¿Quién está escuchando? La narrativa del paciente, caos y cronicidad. *Atención primaria*, 36(3), 159–161. <https://doi.org/10.1157%2F13077485>