

ARTÍCULO ESPECIAL



Gac Med Bilbao. 2019;116(1):43-47

Literatura, memoria, Medicina

Literature, memory, Medicine

Literatura, memoria, Medikuntza

Conferencia pronunciada por Alberto Infante el día 24 de enero de 2018, pronunciada en la villa de Madrid y enmarcada dentro de las actividades culturales periódicas de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas. (ASEMEYA).

Comenzaré mi conferencia de esta noche con una pregunta: ¿qué tienen, o pueden tener, en común la Literatura, la memoria y la Medicina? Y responderé de inmediato: la competencia narrativa.

En Literatura, sobre todo en géneros como la narrativa o el ensayo, esto es muy evidente.

Por lo que se refiere a la memoria, a primera vista, puede serlo menos. Pero, a poco que reflexionemos, enseguida nos daremos cuenta de que nuestros recuerdos no son estáticos sino móviles, que cambian a lo largo de la vida. Más aún, sobre un mismo suceso o experiencia, a menudo necesitamos darnos (y dar) explicaciones sucesivas y complementarias, articular un cierto relato que resulte inteligible.

Antes de seguir debo aclarar que me refiero aquí a lo que la neurología moderna denomina “memoria autobiográfica”. Y no a otros sistemas de memoria (por ejemplo, la memoria episódica, la memoria semántica o la memoria de trabajo) involucrados en la codificación, el almacenamiento y la recuperación de información¹.

Muchas veces lo que llamamos “recuerdo” no queda claramente establecido hasta que lo verbalizamos. Y a partir de esa primera formalización sufre modificaciones, incorpora elementos adicionales y ofrece nuevos matices en las sucesivas versiones que de él (nos) ofrecemos. En gran medida recordamos a partir del relato de nuestros recuerdos.

En realidad, de un mismo recuerdo solemos elaborar distintas versiones en función de nuestro estado de ánimo y, también, de a quién se lo contemos. Y, cosa curiosa, todas ellas pueden parecernos ciertas. Dentro ciertos límites, por supuesto, traspasados los cuales entraríamos en el terreno de la invención, la fantasía o la fábula.

La realidad, solemos decir, es compleja. Se puede observar desde distintos ángulos y describirse de muy diversas maneras. La veracidad no está reñida con la sutileza y la reflexión.

Reflexión no solamente sobre el suceso que se recuerda sino también sobre los otros sucesos con que éste aparece relacionado. Y cuanto más reflexionamos sobre la trama de relaciones que el suceso inicialmente recordado mantiene con esos otros, más aspectos del mismo adquirirán nueva luz, variarán de importancia o simplemente aparecerán en nuestra memoria por vez primera.

De hecho, algunos recuerdos cumplen el papel de “nodos” a partir de los cuales se organizan y logran ser evocados, muchos otros. Es lo que algunas investigado-

1 Para una discusión detallada de estos conceptos y, en general, de los recientes hallazgos sobre los distintos tipos de memoria y sus complejas inter-relaciones puede verse: F Manes. *Memoria: saber recordar y saber olvidar*. En: *Usar el cerebro*. Paidós 2015, págs. 89-131.

ras como Miren Llona², han denominado “enclaves de memoria”.

Recordar es, también, investigar y, a menudo, descubrir.

Un aspecto notable de la memoria es que uno no recuerda lo que quiere sino lo que puede. No solamente desde el punto de vista evolutivo (por ejemplo, los seres humanos no estamos dotados para pensar el sextillón de estrellas del universo y ni podemos abarcar tales dimensiones ni recordar en esos términos) sino también individual.

Desde Freud, si no desde antes, sabemos que a la conciencia afloran solo una pequeña parte de los elementos psicológicos que constituyen nuestra vida mental. El resto —de una vastedad equiparable a la del cosmos³— permanece inconsciente. Hasta que, llegado el caso, algunas porciones dejan de estarlo.

Otro aspecto notable es que muchos, si no todos, los recuerdos afloran provistos de una importante carga afectiva. Afectos que tienen que ver con los predominantes en el momento del suceso y, a menudo, con los desencadenados por el hecho mismo de recordarlo. Los periodistas y especialistas en historial oral saben bien lo cargado de sentimientos que puede estar el hecho de evocar y verbalizar los recuerdos —las dificultades de hacerlo— para quien recuerda.

O, alternativamente, lo inhumanos que nos parecen quienes, recordando haber cometido hechos atroces, los verbalizan de forma fría y distante, como si tal cosa, como si los hubiera cometido otro. Solemos considerarlo un rasgo patológico. Les denominamos psicópatas o sociópatas, estableciendo una clara barrera entre ellos y nosotros, conjurando así nuestro temor a pertenecer a la misma especie que tan despiadados criminales.

Recordar no suele ser una operación intelectual pura y dura sino una operación re-creativa: involucra a la entera personalidad de quien recuerda. A finales de los años 90, en su famoso libro *El error de Descartes*⁴, el neurólogo Antonio Damasio mostró que pensamiento y sentimientos van unidos, que pensamos sintiendo y sentimos pensando, que no existe algo que pueda denominarse pensamiento puro o razón pura.

Mi primer libro de relatos se titula *Dicen que recordar*⁵. Lo publiqué en 2003, al poco de regresar de Estados Unidos y, más allá del contenido de los doce relatos que lo forman —muchos de ellos ligados al tema de la memoria—, implicó la verbalización narrativa de recuerdos recientes y antiguos: algunos me habían acompañado desde mi infancia.

Publicarlo tuvo un valor sanador. Yo me había ido desengañado y desencantado, y no pensaba volver. Sin embargo, había vuelto. Y lo había hecho feliz y por decisión propia. Naturalmente, en el libro no hablaba de eso. O no lo hacía de forma explícita. Pero con el tiempo me he dado cuenta de que, para mí, su significado profundo fue ése.

Mucha gente escribe diarios, cuadernos de notas, autobiografías. Cada vez más, los historiadores profesionales se interesan en las “historias de vida” de los protagonistas más o menos anónimos de los procesos históricos. Las consideran una fuente muy valiosa para comprender esos procesos.

Hacer Historia no consiste solo en contar, de forma más o menos cronológica, lo que pasó, sino en aproximarse también a cómo lo vivieron quienes lo vivieron. A diferencia de lo que comúnmente se acepta para las ciencias físicas, en las ciencias sociales no hay una distinción nítida entre lo objetivo y lo subjetivo: son dos aspectos distintos de una misma realidad.

Tantas veces como volvamos sobre un determinado proceso o periodo histórico, incluso el más estudiado, descubriremos hechos, aspectos, detalles nuevos... o que a la luz del momento en que se re-investigan o re-escriben, adquieren significados nuevos.

Por eso la Historia está siempre en construcción. Como la memoria. No para negar lo que sucedió sino para entenderlo mejor. Que es una forma de entendernos mejor a nosotros mismos.

Porque si el presente es esa fina, difusa intersección entre nuestro pasado y nuestras expectativas, podríamos decir que en gran medida somos memoria, ése que está recordando siempre. Es decir, el relato, inconcluso y cambiante, que de nuestro pasado y del de quienes forman parte de él, nos contamos permanentemente.

Por eso saber narrar es importante. Para los individuos y para las sociedades.

Y también para los médicos. De hecho, durante la mayor parte de la historia de la Medicina, el papel fundamental de los médicos ha sido escuchar, observar y narrar. Es decir, reinterpretar lo escuchado y lo observado —y, paulatinamente cada vez más, también lo explorado— para transformarlo en un relato dotado de sentido.

En el plano individual, ese relato se llamó historia clínica. Y en el plano colectivo, mediante un proceso de agregación de casos, y de selección y descripción de elementos comunes, enfermedad.

Los médicos hemos sido grandes elaboradores —cuando no directamente inventores— de relatos (y de

2 M Llona (coordinadora) *Entreverse. Teoría y metodología práctica de las fuentes orales*. Bilbao, UPV, 2012, 244 páginas. Las estrechas relaciones entre este concepto y las modernas teorías sobre el funcionamiento de las redes neuronales del cerebro humano quedan fuera del alcance de esta conferencia.

3 Al inicio de su libro *Incógnito* (Anagrama, Madrid, 2013) David Eagleman señala: “Una neurona típica lleva a cabo unas diez mil conexiones con sus neuronas adyacentes. Teniendo en cuenta de que disponemos de miles de millones de neuronas, eso significa que hay tantas conexiones en un centímetro cúbico de materia cerebral como estrellas en la Vía Láctea”.

4 A Damasio. *El error de Descartes*. Destino, 2011 400 páginas.

5 A Infante. *Dicen que recordar*. Ex Libris. Madrid. 2003.

enfermedades). Unos más que otros, desde luego. Pues cuanto más holística e integradora pretendía ser la aproximación al paciente, mayor importancia adquiría el relato.

Con todo, desde la revolución flexneriana de la enseñanza de la Medicina a comienzos del siglo XX, hasta el cirujano especializado y el investigador debían formarse antes como médicos y aprender, por tanto, a escribir historias clínicas, dos de cuyos apartados obligatorios eran la anamnesis familiar y la anamnesis personal.

“Anamnesis”, que viene del griego y significa, precisamente, “recuerdo”.

Después, la experimentación la especialización y la tecnificación de la Medicina avanzaron. Y, con ellas, una marcada parcelación de los pacientes en aparatos, sistemas, órganos e incluso tejidos y células. Cada vez más médicos historiaban cada vez menos. La visión de una Medicina multi-paramétrica y semi-automatizada, formalizable en algoritmos de diagnóstico y tratamiento, se fue abriendo paso como el paradigma de la cientificidad.

Al menos en los hospitales. Porque en la salud pública, la atención primaria y las especializadas vinculadas con la salud mental el proceso no fue exactamente ése.

El paciente ingresaba, el médico interno le interrogaba y escribía la historia clínica. A continuación, exploraba, formulaba una hipótesis diagnóstica y solicitaba las primeras pruebas. Y después, normalmente a la mañana siguiente, leía todo esto a sus jefes quienes aprobaban, desaprobaban o corregían.

Llegados a este punto, permítanme una pequeña digresión. Leer no es un proceso mecánico sino reflexivo. A diferencia de lo que implica ver una película, uno puede leer más deprisa o más despacio; puede retroceder y releer, o avanzar a grandes saltos; puede subrayar términos y pasajes y también copiarlos. Pero, sobre todo, puede meditar sobre lo que lee, concordar o disentir, intercalar sus propias evocaciones y vivencias.

A poco detenida que sea la lectura, el lector aporta, y mucho, al texto leído. Lo leído es casi siempre una mezcla de lo que el autor escribió y de lo que el lector cree haber leído. Los resúmenes de un texto, literario o no, suelen ser tantos como lectores. Hace poco, Antonio Basanta defendía la “lectura profunda, sensitiva y emocional” como un antídoto contra el vacío. Sostenía que solo así, los datos logran convertirse en reflexión y ésta en conocimiento⁶.

Mi generación vivió la transición entre una Medicina de base empírica y discursiva —la de los discípulos de Marañón y Jiménez Díaz—, a otra mucho más tecnificada, más fragmentada y, en ciertos aspectos, deshumanizada. Mi segunda novela se titula *Constantes Vitales*⁷ y

trata de describir, con tono testimonial, el contexto social y político, y también el régimen emocional, en que dicha transición tuvo lugar.

Ese proceso aportó, y sigue aportando, avances sustanciales en el combate contra determinadas enfermedades. Sin duda, ha contribuido y contribuye a añadir más años a la vida. Pero, en mi opinión, ha sido menos efectivo a la hora de añadir más vida a los años y más salud a la vida. Lo cual sin duda se debe a que los elementos que contribuyen a ello se encuentran, en lo sustancial, fuera de su alcance. Tienen más que ver con el medio ambiente, las condiciones de vida, la educación y los hábitos que con la práctica clínica propiamente dicha.

Además, las poblaciones de los países desarrollados han aumentado sus expectativas de vida y cada vez hay más personas que conviven durante cada vez más tiempo con más de una enfermedad o situación que requiere atención clínica. Historiar bien esas pato-biografías cada vez más complejas se hace, por tanto, si cabe aún más necesario que en las épocas en que predominaban las poblaciones jóvenes, las enfermedades agudas y los episodios singulares y aislados.

Por si fuera poco, la complejidad de la práctica médica actual, en su mayor parte realizada en equipo, en el seno de centros, redes e instituciones cuya lógica y cuyo gobierno a menudo escapa a la comprensión y al control de los propios profesionales, hace que éstos tengan una necesidad creciente de explicarse a sí mismos y de discutir con otros las dinámicas explícitas e implícitas que rigen el contexto administrativo y gerencial donde desarrollan su actividad.

Un aspecto que se ve reforzado porque las expectativas de los pacientes con relación a los médicos también han cambiado. Son más cultos, están más (aunque no siempre mejor) informados y suelen ser más exigentes que antes.

Como también ha ido cambiando la imagen del médico en la sociedad. El clásico modelo de relación basado en la confianza ciega y el paternalismo médico está hace tiempo en crisis. El médico o la médica, y también el enfermero o enfermera, es visto cada vez más como un consejero, alguien con unos conocimientos específicos que se pone a disposición de la persona enferma y le acompaña en el proceso de vivir y, ojalá, de superar su enfermedad. O al menos le ayuda a minimizar los impactos de esta sobre su vida cotidiana y la de quienes le rodean.

Como han señalado distintos autores^{8, 9}, contar con referentes adecuados que les permitan orientarse y disponer de competencias narrativas sobre estos asuntos es cada vez más necesario para un número cada vez mayor de profesionales de la salud.

Para comprender mejor a sus pacientes. Para relacionarse con sus colegas, con otros profesionales de la

6 A Basanta. *Leer contra la nada*. Siruela. Madrid. 2017.

7 A Infante. *Constantes Vitales*. Dejaque ediciones. Madrid. 2017.

8 M Faith McLellan, A Hudson Jones *Why literature and medicine?* The Lancet. Vol 348. July 13, 1996.

9 R Charon, J Trautmann Banks, et al. *Literature and Medicine: Contributions to Clinical Practice*, Ann Intern Med 1995; 122:599-606.

salud y con las instituciones donde trabajan. Para comprenderse y relacionarse mejor con ellos mismos.

En síntesis, los médicos, y otros profesionales de la salud deberían poder *leer* al paciente como una historia que se desarrolla y, también, verse a sí mismos como una *historia evolutiva* que tiene el potencial de ser transformada por las relaciones con sus pacientes. Solo así serán capaces de desarrollar la compasión y la empatía indispensables para reconocerlos como personas, para tratarlos de igual a igual, para practicar una atención humanizada.

De unos años a esta parte, cada vez más facultades y escuelas de Medicina incluyen estos temas en sus programas¹⁰. Sobre todo, en el mundo anglosajón.

En Estados Unidos el primer programa de Literatura en una facultad de Medicina se inició en la Pennsylvania State University College, en Hershey, en 1972. En la actualidad esta materia está presente en los planes de estudio de aproximadamente dos tercios de las facultades de Medicina de Estados Unidos. Existe, asimismo una prestigiosa revista especializada, *Literature and Medicine*, publicada por John Hopkins University Press de forma ininterrumpida desde 1982.

Una lista nada exhaustiva de temas que podrían abordarse desde este enfoque incluiría: la enfermedad narrada en primera persona; las repercusiones psicológicas de la enfermedad crónica y/o irreversible; los aspectos sociológicos de las enfermedades; el ejercicio de la Medicina como profesión en sus distintos ámbitos; el médico enfermo; los enfoques de género en la enseñanza y la práctica médicas; el acompañamiento al bien morir; los dilemas éticos de la profesión; el manejo del dolor; las condiciones y límites de la investigación.

Todo lo anterior no hace sino proponer un cierto reequilibrio del paradigma vigente en la enseñanza y la práctica médica con el fin de aumentar el peso del componente humanístico de la Medicina y de otras ciencias de la salud.

En España, se han publicado diversos artículos y algunos libros que exploran las relaciones entre Literatura y Medicina. Por ejemplo, *Médicos escritores y escritores médicos* de Fernando Navarro¹¹; *Con otra mirada*¹², una colección de textos sobre la enfermedad de once escritores españoles recopilada por Miguel García Posada; y *Alquimia del dolor* de Luis Montiel¹³.

Con el título *Medicina y Literatura en la formación del médico residente de medicina interna*, F. J. Barbado, del servicio de Medicina Interna del Hospital La Paz de Ma-

drid, publicó en 2007 un artículo¹⁴ donde sostenía que “la medicina basada en pruebas y la medicina humanitaria basada en narrativas y valores deben ir necesaria y eficazmente juntas”. En él revisaba los trabajos previos sobre el tema, discutía para qué sirve la Literatura en la formación del médico residente de medicina interna, y exponía el contenido de una actividad complementaria incluida en el programa de docencia de la especialidad.

Se ha señalado que las humanidades ofrecen un marco idóneo para abordar los aspectos no materiales de la enfermedad, ayudando a diferenciar ésta como entidad física, de la experiencia vivida, o vivencia, que la rodea y en la que está inserta. No hay enfermedades sino enfermos, me enseñaron en mis ya lejanos tiempos de la facultad de Medicina.

Sin embargo, excepto algún que otro esfuerzo personal valioso (por ejemplo, del ya citado profesor Luis Montiel en la Universidad Complutense) las relaciones entre Literatura y Medicina no se han introducido de forma reglada en los *currícula* de las facultades de Medicina españolas. A diferencia del mundo anglosajón, entre nosotros la Literatura no se ha empujado de forma sistemática para completar la formación de los estudiantes de Medicina o de Enfermería y de los especialistas en formación.

Sin embargo, la Literatura y las Humanidades proporcionan un medio muy valioso para comprender mejor el sufrimiento de los/las pacientes y sus múltiples significados. Algo que, entre otros autores, ya propuso hace setenta años, nada más salir del campo de concentración de Auswichtz, el neuro-psiquiatra austríaco Victor Frankl, en una obra célebre: *The man in search of meaning*¹⁵. O con posterioridad, durante las décadas de los 70 y los 80 del siglo pasado, Susan Sontag en sus clásicos ensayos *La enfermedad y sus metáforas* y *El sida y sus metáforas*¹⁶.

El arte en general y la Literatura en particular pueden ayudar a desarrollar una clínica más humanista, más satisfactoria para los profesionales y para los pacientes.

No hay contradicción entre Medicina científica y Medicina humanística. Al final, los profesionales de la salud estamos ahí para aliviar el sufrimiento. Unas pocas veces, de común acuerdo con los pacientes, lo conseguimos. De forma temporal en todo caso, pues el sufrimiento y la muerte forman parte de la condición humana. No importa. Nuestro mandato consiste en aliviarlo, acompañando a los pacientes a lo largo de la vida, desde el nacimiento hasta el final. Y en ayudarles cada vez que nos lo demandan, de acuerdo a los valores, prin-

10 Parte de lo que sigue está tomado del blog Regimen sanitatis, (www.regimen-sanitatis.com) mantenido desde hace varios años por el doctor José Rodrigo Gutiérrez, a quien deseo manifestarle mi agradecimiento.

11 F Navarro. Médicos Escritores y escritores médicos. *Ars Medica. Revista de Humanidades* 2004; 1:31-44.

12 VV. AA. *Con otra mirada*. Taurus y Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid, 2001.

13 L Montiel. *Alquimia del dolor*. Publicaciones URV 2009.

14 FJ Barbado. *Medicina y literatura en la formación del médico residente de medicina interna*. *An. Med. Interna (Madrid)* vol.24 no.4 abr. 2007.

15 V Frankl. *El hombre en busca de sentido*. Herder. Madrid, 2013.

16 S Sontag. *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Debolsillo, Madrid, 2011.

principios y reglas que rigen nuestra profesión, utilizando los medios de que disponemos.

Nuestra actitud, nuestra disponibilidad, nuestra receptividad, nuestra capacidad de comprensión, son medios muy poderosos. Deberíamos cuidarlos, desarrollarlos, actualizarlos. Eso, desde luego, incluye el uso juicioso y responsable de los cuantiosos medios que la sociedad pone a nuestra disposición. Es decir, practicar no solamente una ética de las virtudes sino complementarla, como proponen el nuevo profesionalismo y el recientemente aprobado *Código Ético de la Profesión Médica Iberoamericana*¹⁷, con una *ética de las responsabilidades*¹⁸.

Después de todo, no se trata de un empeño nuevo. Apolo, el dios griego de la Medicina y la Poesía, simbolizaba ya este matrimonio. Y a mediados del siglo XIX, José Letamendi, el gran patólogo español de la época, sentenciaba: "Quién sólo sabe de Medicina, ni de Medicina sabe".

Por su historia y su ideario, ASEMEYA es una asociación bien posicionada para contribuir, junto con otras instituciones —por ejemplo, las Academias de Medicina—, a que la Literatura, el Arte y las Humanidades vayan penetrando cada vez más en los programas de las Facultades de Medicina y, también, en la formación de los médicos internos y residentes.

Se puede empezar por poco. Un taller, un seminario, un acuerdo con una Facultad, un hospital o una Academia de Medicina. Identificando y estableciendo relaciones con profesionales y centros que muestran interés o

están trabajando en ello. En definitiva, sumando fuerzas y contribuyendo a crear tendencia.

Termino.

Anatole Broyard, crítico y editor del *New York Times Book Review*, describió sus catorce meses de enfermedad terminal por un cáncer de próstata, hasta su fallecimiento en octubre de 1990. El libro se titula *Ebrio de enfermedad*¹⁹, fue concluido por su esposa Alexandra, y lleva un prólogo del recién desaparecido Oliver Sacks. En ese libro el autor describe, con extraordinaria lucidez, la clase de médico con quien le gustaría poder hablar en sus últimos días.

Y lo que busca en un médico que sepa leer a fondo la enfermedad y que sea un buen crítico de la medicina... que no sólo sea un médico de talento, sino que sea por añadidura un poco metafísico... (es decir, uno que sea) capaz de ir más allá de la ciencia y llegar a la persona... capaz de imaginar la soledad en que viven los enfermos críticos. Quiero que sea mi Virgilio, que me guíe por mi purgatorio o mi infierno, señalando todo lo que haya que ver por el camino.

Tal vez la Literatura, en la medida que nos ayuda a desarrollar un buen juicio libre de prejuicios, la empatía y las competencias narrativas, pueda acercarnos a ese tipo de médico.

Intentarlo merece la pena. Muchas gracias.

Dr. Alberto Infante

17 OMC. *Carta de Identidad y Principios de la Profesión Médica Latino-Iberoamericana*. Madrid, junio, 2016.

18 A Infante. *Nuevo profesionalismo, educación médica y sistemas de salud*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.6, pp.2725-2732. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600011>.

19 A Broyard. *Ebrio de enfermedad*. La uña rota. 2013.