



IMPLEMENTACIÓN DE UN DISPOSITIVO DE ATENCIÓN EMOCIONAL CON EL ENFOQUE DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA NARRATIVA

IMPLEMENTATION OF A EMOTIONAL CARE DEVICE WITH THE FOCUS OF NARRATIVE EVIDENCE-BASED MEDICINE

IMPLEMENTAÇÃO DE UM DISPOSITIVO DE CUIDADO EMOCIONAL COM A ABORDAGEM DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NARRATIVAS

Guillermo Enrique Cribb Libardi¹
Stella Maris Muñoz²

ARK CAICYT: <https://id.caicyt.gov.ar/ark:/s27187519/mqfcfdwpj>

Resumen

Este trabajo es parte de un Proyecto de Rehabilitación de la Inteligencia Emocional en miembros del Programa de VIH, Hepatitis Virales e Infecciones de Transmisión Sexual, en Posadas (Misiones, Argentina). Implementamos un Dispositivo de Atención Emocional con quienes poseen una Adherencia Terapéutica subóptima, a partir del enfoque de la Medicina Basada en la Evidencia Narrativa (MBEN), en tres situaciones clave del proceso de atención: diagnóstico, reinicio(s), mudanza(s). De esta manera buscamos: mejorar la comprensión mutua, a través de los Relatos de padecimiento relacionados con situaciones clave, correlacionar Adherencia Terapéutica y sus indicadores, recabar indicios de Vulnerabilidad Psicosocial y activar la reflexividad de los miembros involucrados del programa. Las personas con VIH mayores de 18 años, seleccionados del universo de miembros del Programa, accedieron voluntariamente a la intervención emocional, entre noviembre '20 y abril '24. La metodología implementada fue el Estudio de Consulta; se recogieron los relatos en Textos de Campo, que fueron procesados y se cristalizaron en Relatos Vitales anonimizados. El dispositivo, conducido por el terapeuta habitual en un espacio cuidado, resultó apto para comprender el sufrimiento extra relacionado a las situaciones clave y facilitar la morigeración del padecimiento, al proveer el cambio de la significación sentida.

Esta sistemática sería adecuada para comprender los trastornos de afrontamiento, ocasionados por el sufrimiento existencial preexistente, que son el telón de fondo de la Adherencia Terapéutica subóptima, pero desatendida en la práctica médica hegemónica.

Palabras clave: Medicina Narrativa, Relato de padecimiento, Vulnerabilidad Psicosocial, Textos de Campo

Abstract

This work is part of an Emotional Intelligence Rehabilitation Project in members of the HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections Program, in Posadas (Misiones, Argentina). We implemented a Emotional Care Device with those who have a suboptimal Therapeutic Adherence, based on the Narrative Evidence-Based Medicine (NEBM) approach, in three key situations of the care process: diagnosis, restart(s), move(s). In this way we seek to: improve mutual understanding, through the Stories of illness related to key situations, correlate Therapeutic Adherence and its indicators, collect

evidence of Psychosocial Vulnerability and activate the reflexivity of the members involved in the program. People with AIDS over 18 years of age, selected from the universe of members of the Program, voluntarily accessed the emotional intervention, between November '20 and April '24. The methodology implemented was the Consultation Study; The stories were collected in Field Texts, which were processed and crystallized into anonymized Life Stories. The device, conducted by the usual therapist in a cared-for space, was suitable for understanding the extra suffering related to key situations and facilitating the mitigation of the suffering, by providing the change of the felt meaning. This system would be adequate to understand the coping disorders, caused by preexisting existential suffering, which are the background of suboptimal Therapeutic Adherence, but neglected in hegemonic medical practice.

Keywords: Narrative Medicine, Suffering Story, Psychosocial Vulnerability, Field Texts

Resumo

Este trabalho faz parte de um Projeto de Reabilitação da Inteligência Emocional em integrantes do Programa de HIV, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, em Posadas (Misiones, Argentina). Implementamos um Dispositivo de Cuidado Emocional com aqueles que têm Adesão Terapêutica subótima, baseado na abordagem da Medicina Baseada em Evidências Narrativas (MBEN), em três situações-chave do processo de cuidado: diagnóstico, reinício(s), movimento(s). Desta forma procuramos: melhorar a compreensão mútua, através de relatos de sofrimento relacionados com situações-chave, correlacionar a Adesão Terapêutica e seus indicadores, recolher indícios de Vulnerabilidade Psicossocial e ativar a reflexividade dos membros envolvidos no programa.

As pessoas com HIV maiores de 18 anos, selecionadas do universo de membros do Programa, acederam voluntariamente à intervenção emocional, entre novembro de 20 e abril de 24. A metodologia implementada foi o Estudo de Consulta; as histórias foram coletadas em Textos de Campo, que foram processados e cristalizados em Histórias Vitais anonimizadas. O dispositivo, conduzido pelo terapeuta habitual em um espaço bem cuidado, mostrou-se adequado para compreender o sofrimento extra relacionado às situações-chave e facilitar a atenuação do quadro, ao proporcionar uma mudança no significado sentido. Essa sistemática seria adequada para compreender os transtornos de enfrentamento, causados pelo sofrimento existencial pré-existente, que são pano de fundo para uma adesão terapêutica subótima, mas negligenciada na prática médica hegemônica.

Palavras-chave: Medicina Narrativa, História de sofrimento, Vulnerabilidade Psicossocial, Textos de Campo

Recepción: 18/02/2025

Evaluado: 27/03/2025

Aceptación: 29/03/2025

Introducción

La implementación del Dispositivo de Atención Emocional se ha realizado en la Sede del Programa de VIH, Hepatitis Virales e Infecciones de Transmisión Sexual, en el Hospital de Enfermedades Infecciosas “Dr. Pedro Baliña”. Las personas que viven con VIH (PcVIH) se caracterizan por tener que afrontar una enfermedad más o menos ominosa, con una

realidad personal y en un contexto relacional habitualmente esquivo al quehacer del médico clínico.

El estrés asociado a ese afrontamiento interpela la homeostasis emocional de la persona y la realidad familiar construida dentro de sí, pero a su vez, altera la realidad relacional intrafamiliar, porque pone en tensión el equilibrio dinámico e inestable del balance de las cuentas pendientes de la mayoría de los integrantes de la familia.

Habitualmente, nuestro servicio de atención ambulatoria provee la atención que considera adecuada, en un contexto ideal, según la escolaridad del paciente, el estado socio económico y la situación de vulnerabilidad social supuesta. Esto entró en crisis con la pandemia COVID19 y tuvimos que reinventarnos; a partir de noviembre de 2020, iniciamos la primera etapa de esta experiencia.

Marco teórico

La Medicina Narrativa (MN), según Greenhalgh (1998), es un enfoque en la atención de la salud que se centra en la importancia de las historias de los pacientes en el proceso de diagnóstico y tratamiento. Nosotros venimos desarrollando una versión, la Medicina Basada en la Evidencia Narrativa (MBEN), que intersecta con la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), con el objetivo en común de obtener y aplicar la mejor evidencia para la práctica clínica. La MN “genérica” enfatiza su enfoque en el contexto de la atención clínica, porque proporciona significado, contexto y perspectiva *sobre* la situación del paciente, como *ayuda* para el diagnóstico y el tratamiento y para la *comprensión* del paciente como persona. Nosotros sostenemos que la reciprocidad es la base del contrato de salud, por lo que el paciente también debe recuperar significado, contexto y perspectiva *sobre* la situación del médico y el sistema de salud en la que se encuentra: ambos son miembros del mismo grupo, a bordo de la misma barca.

Launer (2018) desarrolló con Lindsey una variante llamada Medicina Basada en Narraciones (MBN); actualmente la denomina “Conversaciones que invitan al cambio” (CIC). Por medio de la *conversación clínica*, se crea un entendimiento compartido, una nueva historia; para el médico, esta comprensión es una aproximación más cercana a la realidad del paciente; para el paciente, opera un discernimiento de lo que es importante con respecto a su salud y lo que debe hacer. Destacamos, también, que este conocimiento del paciente incrementa la confianza en el Programa y la certidumbre de que en este ámbito es pertinente hablar de sentimientos.

Para la Dra. en Literatura Rita Charon (2021), “cuando llegan a conocer la singularidad del paciente, los médicos parecen más decididos a reconocer su propia singularidad”. Resume la MN en tres movimientos: *atención*, focalizada en el paciente; *representación*, cuando se pone por escrito la narrativa escuchada; y la *afiliación*, al entender que ambos son miembros de un mismo grupo, de la propia humanidad. La MBEN propone, además, una rehabilitación del sistema de neuronas-espejo (Gallese, 2011) y sus conexiones neurales. Según la manera en que se articulen las sucesivas experiencias vitales (Guidano, 1990) (*mismidad*) y sus correspondientes narrativas (*ipseidad*), podremos observar que algunas personas desarrollan baja autoestima frente a las experiencias de devaluación y discriminación y se comportan más sumisas (que no significa *obedientes* y *adherentes*), mientras otras simulan permanecer relativamente indiferentes al estigma o reaccionan con empoderamiento y enojo. Esto pone en *evidencia* que los eventos traumáticos no resueltos, en momentos cruciales de su existencia, interfieren en las modalidades de afrontamiento de una persona en cuestión. Por ello, reconocemos que detrás de una adherencia terapéutica subóptima se encuentra el padecimiento por la enfermedad, agravado por el sufrimiento existencial preexistente.

Desarrollo

Medicina Basada en la Evidencia Narrativa

Para desarrollar la empatía compasiva y así poder *comprender* el sufrimiento del paciente y actuar en consecuencia, resulta imperativo el reconocimiento de ambas partes del dipolo terapeuta-paciente: nadie está libre de decir que no posee diversos grados de experiencias de discriminación en sus propias vidas, las cuales merecerían ser auto-examinadas, autoevaluadas y auto-superadas, para producir narraciones alternativas superadoras de las historias oficiales cristalizadas.

Este proceso permite encarar un proceso de auto-desestigmatización, capaz de lograr una mejor calidad de vida y un restablecimiento de los lazos sociales factibles, tanto en lo individual como comunitario.

El afrontamiento del estigma a través de terapias psi, incluida nuestra propuesta de MBEN, suele ser la más eficiente y recomendable. Cuando esto último es encarado desde el inicio por el terapeuta responsable de la atención de la condición mórbida crónica, es resultado suele ser excelente, duradero y liberador. Tal como es citado por un terapeuta narrativo conductual (Boevnick, 1996):

Creo que mi recuperación comenzó en el momento en que me atreví a mirar para atrás en mi vida. Hasta entonces, sólo había existido una historia oficial. Por mucho tiempo, sólo existió una versión de la historia de mi vida. De acuerdo a esta versión, tenía un trastorno psiquiátrico que me había depositado en una institución. Había recibido tratamiento allí y, pese a que no me había curado del todo, al menos podía vivir con lo que me quedaba. Aquella no es mi historia. No creo en ella y no me sirve más. Mi propia versión es diferente (Adaptado).

Relato de padecimiento

Cuando el doliente reflexiona sobre su sentimiento doloroso, a través de una narración autobiográfica, suspende a su *sí mismo doliente*³ y lo reemplaza con su *mí vidente y narrador*. Ese *yo ejecutivo* que ve al otro *yo doliente* es ahora el yo presente, aquel que mira con "ojos de adulto" a un evento pasado, y puede cambiar la historia desde las resignificaciones en un "aquí y ahora". Esto funciona tanto para el sufrimiento como para el padecimiento, aunque vale el esfuerzo hacer la distinción⁴.

Crear una narrativa o escucharla es un proceso activo y constructivo que depende de los recursos personales y culturales. Aunque siempre se narra por y para alguien, co-producir una historia pone en movimiento la búsqueda de significados posibles: la mitopoiesis compartida produce el surgimiento de otra narrativa co-construida entre el mundo de la historia y la historia del mundo en que es narrada, "donde se sitúa el padecimiento encarnado" según Kristeva⁵.

La práctica psicoterapéutica contemporánea es afín al rol de las narrativas en la decodificación y enmarcación del pasado, aunque no todas sus variantes buscan acordar significados alternativos a los eventos traumáticos o los desencadenantes, sino que suelen buscar narrativas ajustadas a las expectativas disciplinarias. En la MBEN, con el faro seguidor de la intervención emocional, los eventos traumáticos logran una explicación coherente y un modo de resolución aceptable, el paciente deja de asumirse como víctima de lo inexplicable o lo incontrolable, aprende nuevas herramientas de inteligencia emocional e incrementa su autoestima.

Un relato vital permite apreciar desde otras perspectivas y con una edición alternativa, las complejidades que por lo general rodean al sufrimiento o al padecimiento, en cada momento significativo. Este es el formato prevalente en una Intervención Emocional, durante una Conversación Terapéutica, según el modelo de la MBEN.

Vulnerabilidad Psicosocial

Cuando se inquiere sobre la realidad relacional de las personas, suele emerger el concepto de *vulnerabilidad psicosocial*, pasible de ser entendido como una característica o condición personal diferencial, que incrementa la probabilidad de padecer enfermedades, accidentes o lesiones (Pérez, 2003), propias o del entorno afectivo, y sufrir por ello de manera diferencial. Según este autor, la omisión de implicación y de responsabilidad con las principales esferas de la vida (familia, trabajo, amistades y amores, e ideas religiosas y filosóficas), está presente en la gran mayoría de estas personas. Esta falta de involucramiento en “el sentido de la vida” y una percepción de un “destino incierto” marcaría un riesgo diferencial en ideaciones y conductas autolesivas.

Si bien la génesis de la vulnerabilidad depende de condiciones macro histórico-sociales y del entorno grupal, cada quien la desarrolla en mayor o en menor medida según su historia personal, el grado de avance de su inteligencia emocional y la calidad de su sistema de relaciones, en especial, con el tema de la discriminación.

El estigma social depende de una mirada prejuiciosa de *los otros* sobre uno mismo, por lo que el verdadero problema está en los otros; con una autoestima alta, cada quien decide si la opinión ajena es valedera y, por tanto, merecedora de consideración, pero no es sencillo evitar la vergüenza y el escarnio cuando la autoestima está dañada severamente. Livingston y Boyd (Livingston, 2010), luego de realizar un meta-análisis de 45 estudios de Trastornos Mentales Severos, han definido al *estigma internalizado* como “un proceso subjetivo, imbuido en un contexto socio-cultural, que se caracteriza por sentimientos negativos (sobre sí mismo), comportamientos desadaptativos, transformación de la identidad o aplicación de estereotipos resultantes de una experiencia individual, percepción o anticipación de reacciones sociales negativas...”.

Textos de Campo

El dispositivo implementado fue el encuadre institucional de cada Estudio de Consulta de la MBEN. Se recogieron los relatos en Textos de Campo (Clandinin, 2008), que incluyeron: la historia clínica (todas sus variantes), la foja de dispensación de medicamentos, los informes de laboratorio (todas sus variantes), los reportes verbales de los auxiliares del servicio, un resumen situacional y los relatos vitales del paciente (dentro de una Intervención Emocional). Fueron cristalizados en Relatos vitales Anonimizados (RA) por razones metodológicas. Cada relato está estructurado en información contextual (justificado con una sangría), la voz del narrador (centrado), la voz del médico (alineado a la izquierda), la voz del/a paciente (alineada a la derecha), la mínima didascalia (centrada, entre paréntesis) y el texto foráneo incrustado (justificado, con sangría derecha e izquierda). A continuación, un breve ejemplo:

FABRIZIO

Han pasado tres años de su diagnóstico, pero estos últimos dos años no ha concurrido a control, aunque sí a la dispensación del TARV. (...)

Tiene la mirada evasiva y muy triste. Evidencia incomodidad, a pesar de que fue su idea consultar sin turno previo. No dejo de buscar su mirada, en busca de un contacto franco, tratando de empatizar. (Luego de la consulta me enteré que

había sido *motivado fervientemente* por nuestro consejero, para que aproveche esta oportunidad. Ocurre que estamos con horario de verano, con feria administrativa y licencias de la mitad del personal; soy el único médico atendiendo, todos los días por la mañana.)

(...)

- ¿Por qué estás tan triste? ¿Pasó algo en tu casa?
 - Es que no puedo superarlo...
 - ¿Qué es lo que no podés dejar atrás?
 - Esta condición de mierda...
 - ¿Tenés malos recuerdos de cómo te dieron el diagnóstico?
 - Aquello fue raro, no lo voy a negar; pero los médicos me hablaron muy bien, durante todo el proceso. En menos de un mes se llegó a la confirmación. El asunto vino después.
 - ¿Con el tratamiento o tus familiares?
 - El tratamiento...bien. Develar mi condición con mis afectos y mis familiares, cada cosa fue todo un tema.
- (...)
- Porque les tuve que pedir que todos se hagan el test rápido, porque ninguno de nosotros era de cuidarse mucho en las relaciones íntimas.
 - ¿Tenías miedo que estén contagiados?
 - ¡Claro! Porque yo era uno que decía que esos cuidados estaban demás. Que la sífilis y la gonorrea se curan fácilmente con antibióticos; que el VIH era solo de los desviados y drogadictos...
 - ¿Qué significa esta condición para vos? ¿Un castigo, quizás?
 - Algo así, de alguna manera, ...aunque no; pero no se me quita el miedo de que alguno más de los míos también estuviera contagiado. Yo era mujeriego, quizás me la pesqué esa vez que estuve con la entrerriana (muy limpita ella), porque esa vez no usé preservativo.
 - ¿No me habías dicho que no te cuidabas habitualmente?
 - Suficientemente, quise decir. Para ponerla, siempre usaba, o casi siempre, para el sexo oral, nunca...
 - Realmente, no podés saber con quién te contagiaste y a quiénes pudiste haber transmitido.
 - Eso lo aprendí después, cuando ya estaba de este lado. Si yo hubiera sabido todo lo que sé ahora...
Esa revelación secesionista, viciada de prejuicios, se la dejo pasar por el momento, porque hay temas emergentes más importantes.
 - ¿Seguiste averiguando con tus contactos íntimos en qué condición están?
 - (a) Mi esposa, que no sé cómo me perdonó y sigue conmigo, le dio negativo hasta ahora; mis parientes y amigas, también.
Sólo desconozco la situación de aquellos contactos ocasionales.
 - ¿Y todavía no te podés perdonar el riesgo en que pusiste a tus afectos?
 - Mire si yo los arrastraba a este mundo...
 - Seguís insistiendo en un discurso prejuicioso. ¡Me parece que es eso lo que no te podés perdonar! ¿Quién hablaba así en tu casa paterna?
 - Mi abuela por parte de padre; era muy severa la vieja...
 - Fabrizio: en momentos de la vida que provocan desazón, uno suele recurrir a ideas preconcebidas, esto es, pensadas por otros para ciertas realidades de otro tiempo y rara vez analizadas detenidamente cuando las aplicás. Es lo que se

tiene a mano, aunque no sea útil o pertinente. Pero la reflexión ocurre de modo subconsciente y produce turbación y vergüenza; ...

- ¡No lo había pensado así!
- ...Frente a un determinado problema, de algún modo similar a otro vivido por tus antepasados, aparece una respuesta automática parcialmente adecuada en algún sentido, que es lo mismo que decir inadecuada a la realidad actual.
- ¿No se usa así la experiencia?
- La experiencia su uso de modo creativo, a partir de una reformulación de la respuesta para sostener una conjetura novedosa. El prejuicio es el mejor exponente de una actitud anti creativa, de un pensamiento cristalizado.
- ¿Y eso es lo que me tengo que perdonar?
- Si no lo hacés, va a ser muy difícil que te vuelvas a armar, mejor dicho, que te vuelvas a amar. Y aquel que no se ama, no se valora; si no se valora, no se encuentra motivado de manera suficiente, no tiene por qué cuidarse...
- ¡Si yo me cuido!
- ¡Ah! Por eso te hacés los controles y actualizás tus vacunas (con sarcasmo) ...
- Me comprometo a perdonarme y realizar mis cuidados como corresponde.
La verdad que seguir flagelándome no me llevará a nada bueno. Muchas gracias, doc.
- Hasta la próxima. Sanate de los prejuicios, por el bien de todos.
- Ahora entiendo por qué me *alentaron* para que hable con usted (mascullando y sonriendo) ...

En este fragmento se pueden apreciar: la información contextual, el funcionamiento del DAE (disrupción del protocolo oficial), la comunicación no verbal, la indagación emocional de apertura, el lenguaje coloquial, la develación de los motivos de sufrimiento, algunos prejuicios, automatismos de pensamiento, el cambio de perspectiva, la resignificación, el cambio de ánimo y de conducta de autocuidado.

Dispositivo de Atención

Un Dispositivo de Atención Emocional (DAE)⁶ es un conjunto de protocolos, articulados y *disruptivos*⁷, para la atención deferente de pacientes con enfermedades crónicas, con foco en lo emocional.

La consulta de salud con perspectiva existencial, como todo acto que implique reciprocidad, se compone de tres momentos: el *propositivo*: dar u ofrecer algo éticamente; el *responsivo*: responder a ese algo; y el *aceptivo*: que es intermedio entre el ofrecer y el responder y que actúa de filtro bidireccional para el establecimiento y la continuidad de la relación. Si el destinatario de la oferta no la acepta ‘tal cual’ y el oferente no acepta las modificaciones propuestas, el acto colaborativo no ocurre.

La dimensión comunicativa, que subyace al nivel de la aceptación, debería cumplir con las tres pretensiones de validez, esto es, veracidad, verdad y justicia (Habermas, 2001): el destinatario de la oferta debe entender que esta es sincera y honesta, que es posible y realizable y que es moralmente válida; si así no fuera, no resulta lícito reclamar su adherencia. Sin embargo, aquellas pretensiones de validez que parezcan rotas o cuyo cumplimiento despierta dudas o suspicacias razonables son posibles de restablecer a través del diálogo.

La aceptación de la ayuda también se halla mediada por una dimensión emotiva, la cual debería cumplir con tres expectativas de afectividad: interés, preferencia y consecuencias (Calvo, 2020). Es decir, que a la contraparte le interese el ofrecimiento,

que puede que no, por más bueno que parezca; por otro lado, que considere que el ofrecimiento está dentro de sus preferencias presentes o futuras, por lo que crea que implica; finalmente, que consienta las consecuencias derivadas de su aceptación, aunque no las tenga muy claras.

Las Unidades de Análisis han sido PcVIH mayores de 18 años que brindaron su consentimiento, en acuerdo con los implementadores de la innovación⁸.

La atención está centrada en la persona, acotando la semiosis situada⁹ a un conjunto de relaciones de significación, que resultan pertinentes y relevantes para la interpretación de las unidades de sentido.

La implementación es progresiva: los casos se diversifican, se incorporan nuevas situaciones clave y los protocolos se ajustan.

Criterios de alta calidad

- Registro de habla: considerar el pasaje a un lenguaje coloquial sin jerga médica, para salir de la Zona Formal y pasar a la Zona Franca, lo cual facilita la conversación empática, la reflexividad y la indexicalidad.
- Actitud "samaritana": consiste no solo en *reconocer* al paciente con alteración emocional, sino que se adquiere *conciencia y convicción* de que este otro necesita ayuda afectiva y se sale a su *encuentro*, movido por la *misericordia*.
- Actitud empática: se establece una relación de *proximidad*, se mira a los ojos cordialmente, se confirma la conjetura de vulnerabilidad desde el lenguaje corporal y se ofrece el camino alternativo.
- Indiferencia etnometodológica: actitud del profesional "narrativista" para que se suspenda cualquier prejuicio particular o social.
- Desquiciamiento controlado: simula un "experimento de ruptura" (Garfinkel, 2006), pero es una alternativa de emancipación en una persona bloqueada.
- Promoción de la autoeficacia: fomenta que los pacientes se conviertan en defensores de su propia salud, alentándolos a hacer preguntas y expresar sus preocupaciones durante las consultas de seguimiento.
- Respeto por la autonomía: reconoce y respeta las decisiones del paciente sobre su atención, involucrándolo en el proceso y respetando sus preferencias y valores.

Resumen

El Estudio de Consulta es el *modus operandi* de la MBEN cuando se realiza una investigación narrativa. En esta etapa, solo los RA fueron socializados entre los implementadores de la iniciativa y se incluyeron en la Historia Clínica, pero los RV nativos han sido la fuente de investigaciones locales concurrentes que se publicarán por separado.

De esta manera hemos logrado: mejorar la comprensión mutua a través de las narrativas biográficas en situaciones clave, correlacionar adherencia terapéutica y sus indicadores, recabar indicios de vulnerabilidad psicosocial y activar la reflexividad de los miembros involucrados del programa.

El dispositivo resultó apto para apreciar el sufrimiento extra relacionado a las situaciones clave y facilitó la morigeración del padecimiento. El cambio vulnerable que ocurre tras una intervención emocional pareciera ser producto de la interacción comprensiva y certera con el terapeuta (Gendlin E. T., 1962).

Referencias bibliográficas

Boevnick, W. (1996). Life after psychiatry. Presentation given at the S.H.A.V.E. conference in Wales on selfharmabuseandthevoicehearing experience.

- Calvo, P. (2020). Ética de la reciprocidad: la dimensión comunicativa y afectiva de la cooperación humana. (U. J. I, Ed.) *Revista de Filosofía, Volumen 77*, 67-82.
- Charon, R. (2021, abril 19). "El que escucha tiene que poder recibir, como una gran vasija de arcilla". *Intramed*. (D. p. Flichtentrei, Interviewer) Recuperado en mayo 19, 2021, de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=93237&pagina=2>
- Clandinin, D. S. (2008). *Creando espacios de investigación narrativa en la formación del profesorado*. Mar del Plata, 59-83.: Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Gallese, V. (2011, febrero). *Neuronas Espejo, Simulación Corporeizada y las Bases Neurales de la Identificación Social. Clínica e Investigación Relacional*, 5 (1): 34-59. [ISSN 1988-2939]. Recuperado de Gallese, V. (2011). *Neuronas Espejo, Simulación Corporeizada y las Bases Neurales de la Identificación Social. Clínica e Investigación Relacional*, 5 (1): 34-59 <http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline>
- Garfinkel, H. (2006). *Estudios en Etnometodología*. España: Anthropos.
- Gendlin, E. (1967, junio 20). *Los valores y el proceso de experimentar*. En A. Mahrer (Ed.), *Los objetivos de la psicoterapia*, pp. 181-205. Nueva York: Appleton-Century. De http://previous.focusing.org/gendlin/docs/gol_2100.html. Retrieved from <http://previous.focusing.org>: http://previous.focusing.org/gendlin/docs/gol_2100.html
- Gendlin, E. T. (1962). *Experiencing and the Creation of Meaning. A philosophical and psychological approach to the subjective*. New York: The Free Press of Glencoe.
- Greenhalgh T. (2016). *Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Greenhalgh T., H. B. (1998). *Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. London, UK: BMJ Books.
- Greenhalgh, T. (2016). *Contextos culturales de la salud: el uso de la investigación narrativa en el sector salud*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa.
- Guidano, V. (1990). De la revolución cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad: La relación entre teoría y práctica en la evolución de un terapeuta cognitivo. *Revista de Psicoterapia*, 10,113129.
- Habermas, J. (2001 (1989)). *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. (M. J. Redondo, Trans.) Madrid: Cátedra.
- Livingston, J. y. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71, 2150-2161
- Launer, J. (2018) *Práctica basada en la narrativa en la salud y la asistencia social- Conversaciones que invitan al cambio*. ISBN 9781138714359. Routledge, 164p.
- Pérez, R. (2003). La vulnerabilidad psicosocial, la estrategia de intervención y el modo de vida sano. (U. M. Moscú, Ed.) *Revista Psicología Científica* (5 (6)). Retrieved mayo 2024, from <https://psicologiacientifica.com/vulnerabilidad-psicosocial>
- Salum, J., Stolkner, A., & D'Agostino, A. (2022). La noción de dispositivo en el campo de la Salud Mental. *Revista de Psicología*, 21(2), 29-47.

Notas

¹ Datos autor

² Datos autor

³Ortega y Gasset (O.C., VI, 252), respondiéndole a Husserl, citado por Pedro Laín Entralgo en "Teoría y Realidad del Otro" (424 p.), Tomo II Otredad y Proximidad en la pág. 40. Reproducido por Selecta 32 de Revista de Occidente - Bárbara de Braganza, 12, Madrid.



⁴Según el Diccionario del NCI, el sufrimiento es un sentimiento crónico de dolor físico o angustia emocional, social o espiritual, que lleva a una persona a estar triste, asustada, deprimida, ansiosa o sola. Padecimiento es lo que sufre el paciente por el daño a la salud que efectivamente tiene en el presente; puede estar formado por varias enfermedades simultáneas, por un sólo fragmento de una enfermedad o no corresponder a ninguna nosología conocida.

⁵ El “padecimiento encarnado” es una síntesis interpretativa que se obtiene al cruzar las nociones de crisis existencial, la transformación de la subjetividad y la manifestación física del dolor, derivada de una crisis de identidad a partir de la experiencia de la maternidad. Así, el análisis de Kristeva sobre la desaparición del “alma” en términos tradicionales, la importancia del lenguaje en la construcción del yo y la experiencia de lo abyecto permite reconstruir de forma indirecta esta idea.

⁶ “Llamo dispositivo a todo aquello que tiene, de una manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos” (Agamben, citado por Salum, Stolkiner, & D’Agostino, 2022). Dialoga con el dispositivo naturalizado e invisible del Modelo Médico Hegemónico.

⁷ Es una ruptura brusca en la práctica de salud ambulatoria, en los dominios de consejería, enfermería, administración y consulta médica.

⁸ Agradecimiento especial a Eduardo (consejero), Silvia (enfermera) y Noelia (administrativa).

⁹ Nos referimos al proceso de creación de significado en este contexto específico, considerando las circunstancias culturales, sociales y situacionales en las que ocurre la intervención. Implica entender cómo los significados sobre la salud, la enfermedad y el tratamiento son construidos y negociados en situaciones concretas.