

Cuidados paliativos geriátricos en atención primaria: una mirada desde la medicina narrativa

Geriatric Palliative Care in Primary Care: A View From Narrative Medicine

Jaime Jaramillo-Mejía,¹ Lizeth X. Morales-Ceballos,² Heider A. Bautista-Mier,³ Jorge A. Sánchez-Duque.^{4*}

Resumen

La Medicina Basada en Narrativa (MBN) surge como un modelo de atención sistemático e integral, que implementa herramientas cualitativas y cuantitativas para la toma de decisiones en el adulto mayor con enfermedad terminal. Mediante el fomento de una conexión auténtica, se devuelve su identidad y el control de su tratamiento. La construcción de una historia multidimensional permite guiar la toma de decisiones, centrando la atención en lo “realmente importante”. Este artículo presenta un contexto general que facilita su comprensión y aplicación desde atención primaria hacia otras especialidades. Este documento de actualización y síntesis, basado en la evidencia y práctica de expertos en el campo de las diferentes especialidades médicas implicadas, configura una herramienta valiosa para una correcta aplicación de la MBN, la cual incluye a los modelos de Atención Centrada en el Paciente (ACP), Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y nuevas tecnologías basadas en inteligencia artificial, para abordar la complejidad de los cuidados paliativos geriátricos en la salud pública.

Palabras clave: medicina narrativa, geriatría, cuidados paliativos, cuidado terminal.

Sugerencia de citación: Jaramillo-Mejía J, Morales-Ceballos LX, Bautista-Mier HA, Sánchez-Duque JA. Cuidados paliativos geriátricos en atención primaria: una mirada desde la medicina narrativa. *Aten Fam.* 2025;32(1):69-73. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2025.1.90134>

Este es un artículo open access bajo la licencia cc by-nc-nd (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Recibido: 19/08/2024
Aceptado: 07/10/2024

¹Unidad de Cuidados Paliativos y Medicina del Dolor, Departamento de Anestesiología, Hospital Universitario Nacional de Colombia - HUN, Bogotá D.C.

²Grupo de Investigación Epidemiología, Salud y Violencia. Unidad de Epidemiología, Departamento de Medicina Comunitaria, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira, Risaralda, Colombia.

³Grupo de Investigación GeriaUNAL - Griego. Unidad de Geriatría, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C., Colombia.

⁴Grupo de Investigación Salud, Familia y Sociedad. Unidad de Medicina Familiar, Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. Popayán, Cauca, Colombia.

*Correspondencia:
Jorge A. Sánchez-Duque
jorandsanchez@utp.edu.co

Summary

Narrative-Based Medicine (NBM) emerges as a systematic and comprehensive model of care that implements qualitative and quantitative tools for decision making in the terminally ill older adult. By fostering an authentic connection, their identity and control of their treatment is restored. The construction of a multidimensional story allows decision making to be guided, focusing attention on what is “really important.” This article presents a general context that facilitates its understanding and application from primary care to other specialties. This update and synthesis document, based on the evidence and practice of experts in the field of the different medical specialties involved, configures a valuable tool for a correct application of MBN, which includes the models of Patient-Centered Care (PCC), Evidence-Based Medicine (EBM) and new technologies based on artificial intelligence, to address the complexity of geriatric palliative care in public health.

Keywords: Narrative medicine; geriatrics; palliative care; terminal care.

Introducción

En la actualidad, el modelo biomédico hegemónico en la práctica clínica sostiene que toda condición patológica tiene un origen fisiopatológico. Esta visión considera que mente y cuerpo son entidades independientes o poco relacionadas.¹ Sin embargo, en la mente de cada individuo, la enfermedad puede constituir un fenómeno de origen desconocido que establece un antes y un después, con potencial de desencadenar la sensación de vulnerabilidad, ideas de auto culpabilidad, e incluso vergüenza.

En estos casos, las alternativas terapéuticas buscan ofrecer un espacio para desahogarse, mediante la escucha atenta, la empatía, la comprensión y el consuelo, lo cual es intrínsecamente terapéutico.²

La conversación médico-paciente debe ser un acto de reflexión, en que el médico analiza la salud y la enfermedad desde las posibles perspectivas del paciente. A pesar del entrenamiento recibido en comunicación asertiva durante la formación médica, en la práctica diaria es frecuente incurrir en suposiciones que nublan la perspectiva global del paciente.²

La insuficiencia del modelo biomédico para explicar las enfermedades ha generado el surgimiento de otros modelos de atención como el enfoque biopsicosocial, la ACP y la MBN.² La MBN configura un enfoque de la atención médica con inclusión de aspectos ontológicos del humanismo, como el ser y la espiritualidad. En este artículo se sintetizan las generalidades y la aplicación de la medicina narrativa en los cuidados paliativos geriátricos en atención primaria.

Medicina Basada en Narrativa

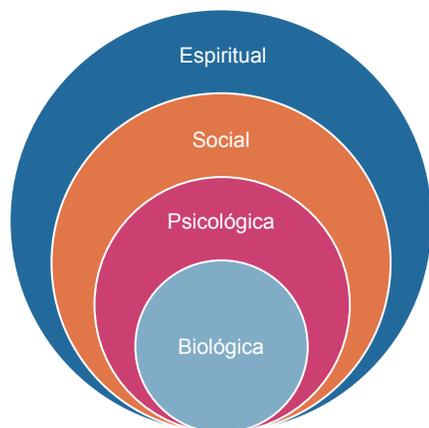
La MBN fue desarrollada a partir de 1980 en la Escuela de Medicina de Harvard por Arthur Kleinman y Byron Good, quienes diferenciaron entre patología, que se refiere a la alteración fisiopatológica, y enfermedad, que hace referencia a la experiencia subjetiva del paciente.³ Años más tarde, Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz fueron autores de los primeros artículos científicos sobre MBN publicados en *The British Medical Journal*, mientras Rita Charon logró lanzar una maestría en ciencias de la medicina narrativa en la Universidad de Columbia.⁴ Desde entonces, la MBN se

ha consolidado como una herramienta para reconocer, comprender e interpretar las perspectivas de quienes participan en la experiencia de la enfermedad, aplicando conocimientos interdisciplinarios (historia, filosofía, ética, terapia familiar, psicología, trabajo social, entre otros) a la práctica de la medicina, un enfoque impulsado por la medicina familiar.⁵

En 2014, durante la conferencia de consenso del Instituto Italiano de la Salud se estableció como directriz el término medicina narrativa, haciendo referencia a: “Una metodología de asistencia clínica basada en una competencia comunicativa específica. Una herramienta para adquirir, comprender e integrar los diferentes puntos de vista de quienes intervienen en una enfermedad y en el proceso de tratamiento, cuyo objetivo es desarrollar un plan de tratamiento personalizado e integrado con la MBE, haciendo que las decisiones de asistencia clínica sean más completas, personalizadas, efectivas y adecuadas”.^{4,6,7}

Con base en esta definición, el médico de cabecera que practica la MBN debe escuchar y explorar activamente la historia de su paciente mientras desarrolla una visión global y dinámica en la cual se fortalece la comprensión, se logra empatizar y se construye una relación médico-paciente-familia, explorando no solo la enfermedad, sino también, el contexto psicosocial y la experiencia misma en su totalidad, alcanzando la construcción conjunta de una narración detallada, producto de un mayor grado de reflexión y empoderamiento.⁵ La MBN aporta una visión holística y multidimensional de gran utilidad en la atención de adulto mayor con enfermedad avanzada que requiere de cuidados paliativos.⁶ Ver figura 1.

Figura 1. Dimensiones de la MBN en la atención de adultos mayores con enfermedad avanzada, que requieren de cuidados paliativos



Medicina basada en la narrativa en la práctica clínica

La MBN requiere de habilidades en comunicación, como neutralidad, cuestionamiento circular y formulación de hipótesis.⁵ El profesional de la salud requiere neutralidad para poder facilitar el desarrollo de una historia clínica sin generar barreras en la relación, creando un bucle de pregunta | respuesta | pregunta, en el que se utilizan las hipótesis como una poderosa herramienta de comprobación y construcción narrativa.⁵

Durante la atención, se requiere de la edificación de una nueva historia, la cual germina con la voluntad de permitirle contar su historia mientras se efectúa una escucha interesada (verbal), se observa con deferencia (no verbal) y se establece una conexión empática y de valor, al mismo tiempo que se reflexiona y analiza el discurso global, incluyendo significados explícitos e implícitos que facilitan una aproximación favorable a la singularidad de cada paciente.^{2,5} Brindar importancia genuina al paciente requiere de la exploración del contexto del pa-

ciente, incluyendo aspectos relacionados con su familia, trabajo, comunidad, espiritualidad y expectativas futuras.² La fabricación de una historia conlleva un nivel de complejidad que suele verse como una distracción, un prejuicio aprendido de la práctica médica tradicional, en el que solo se concibe como válida la explicación biomédica. Esta última visión considera poco confiables las narrativas de los pacientes y familiares.⁷

La MBN no implica escuchar genéricamente todo lo que el paciente tiene que decir a pesar de la carga horaria, tampoco hace referencia a una atención exageradamente amable y condescendiente, mucho menos corresponde a prácticas integrativas o idealistas, sino más bien, a un modelo de atención en salud sistemático e integral en el que se busca sanar y recuperar el sentido moral de la vida de cada paciente y su familia.³ En este sentido, la implementación de un enfoque de MBN en un modelo de APS liderado por medicina familiar facilita la toma activa de conductas en población geriátrica con enfermedad avanzada,

mientras se confiere relevancia a factores que el modelo biomédico infravalora, relacionados con esferas psicológicas, sociales y espirituales.⁴ Por ello, la MBN requiere una priorización mutua y una conexión auténtica, en la que información complementaria como la duración del síntoma, su significado personal, la búsqueda y desenlace de tratamientos previos, así como la experiencia con profesionales anteriores, amplíen la visión clínica, permitiendo así ofrecer intervenciones de cuidado efectivas que respeten la dignidad del paciente.⁷

Es importante aclarar que el modelo de la MBN no es excluyente ya que las historias solo son útiles si se interpretan correctamente. Para aumentar la precisión diagnóstica, mejorar la idoneidad terapéutica, fomentar la adherencia, reforzar la alianza terapéutica y reducir los costos, es necesaria la integración de la MBE, la medicina personalizada y las nuevas tecnologías, como la inteligencia artificial.⁴

Medicina basada en narrativa y adultos mayores

El desarrollo médico continuo, caracterizado por nuevas opciones terapéuticas con mayor efectividad y mejor perfil de seguridad, contribuye a la mejora en la supervivencia.⁸ Como consecuencia, el mundo experimenta una transición demográfica caracterizada por una esperanza de vida prolongada y un aumento en la proporción de adultos mayores, que pasará de 12% de la población global en 2020, a más del 20% para el 2050.^{9,10}

Simultáneamente, el número de adultos mayores con enfermedades crónicas complejas y avanzadas (en estado terminal o fase de fin de vida) de difícil manejo, como la fragilidad severa o la demencia avanzada, especialmente en

presencia de dificultades sociofamiliares (como una red de apoyo limitada o sobrecarga del cuidador primario), sigue en aumento. Esto genera un problema de salud pública global y la necesidad urgente de reflexionar sobre el desafío de los cuidados paliativos geriátricos, particularmente en áreas rurales o remotas donde el acceso a la medicina especializada es limitado.^{8,9,11-13}

En los modelos tradicionales, el adulto mayor a menudo se percibe principalmente en términos de la progresión o regresión de su enfermedad, lo que puede llevar a que su individualidad y sus necesidades personales queden desatendidas o minimizadas en el proceso de atención.^{14,15} Este fenómeno se evidencia tras un inadecuado reconocimiento del paciente por los profesionales de la salud quienes se refieren a “el paciente con multimorbilidad, fragilidad y polifarmacia”; o por sus familiares y cuidadores como “el viejo” o “la vieja”; sin embargo, en su autopercepción es “yo”, un ser susceptible con sentido vital quien busca cuidado y ayuda para sanar.^{3,16}

Un adulto mayor no reconoce las enfermedades de forma independiente, sino como un todo, es decir, un “yo” en un cuerpo y con una identidad que le diferencia de cualquier otro. Para lograr un plan personalizado en adultos mayores con enfermedad avanzada, se debe entender el rol protagónico del paciente, orientar la realización de procedimientos diagnósticos y la interpretación de imágenes o pruebas de laboratorio en función de síntomas, molestias, funcionalidad y calidad de vida, respetando la decisión de ser o no comunicado de la condición, especialmente si la posibilidad de curación es escasa.^{3,15}

Debe reconocerse que algunos pacientes que desean seguir viviendo a toda

costa y durante el mayor tiempo posible para ver el diploma de grado o las fotos de la boda de sus nietos, recibirán una mezcla de medicamentos aceptando el riesgo de sus efectos secundarios; mientras que, aquellos que quieren pasear una vez más por el parque con sus hijos recibirán una combinación de intervenciones predominantemente paliativas, con el menor impacto posible sobre su movilidad.^{3,17}

La MBN ofrece herramientas para reducir la distancia y crear un plan centrado en el individuo, y no en la enfermedad regresando a la persona el control sobre su existencia, en el que las decisiones están tomadas en consideración de paciente-familia-médico.^{4,17}

De este modo, el motivo del tratamiento guiará el enfoque, actuando como un filtro para seleccionar las alternativas con mayor respaldo científico. Es importante destacar que la medicina de precisión no debe limitarse a la genómica, ni la MBE a los resultados de revisiones sistemáticas con metaanálisis; ambas deben también anclarse en la identidad y las particularidades de cada individuo.^{3,16}

Atención primaria y cuidados contemplativos en fase de fin de vida

La asistencia sanitaria es una profesión humana, por lo cual, el modelo exclusivamente biológico es insuficiente, especialmente en estados avanzados de la enfermedad.¹⁴ Según Manrique-Hernández y col.,⁹ una vez identificado el adulto mayor con enfermedad en fase de fin de vida, el médico de atención primaria debe gestionar y coordinar las intervenciones multidisciplinares con fines paliativos, las cuales no incluyen trámites de remisión a medicina especializada ni medidas invasivas, limitándose exclusivamente a manejo sintomático y un abordaje psico-social-espiritual, en

atención primaria.⁹ Dos modelos que entienden este enfoque, son la MBN y el cuidado contemplativo (CC), caracterizados por abogar por la humanización de la práctica clínica.¹⁴⁻¹⁶ En consecuencia, el objetivo de estas prácticas no se centra en escuchar o reflexionar literariamente en las historias del paciente, sino más bien, en contemplar sus necesidades y deseos humanos.^{14,18}

Mientras la MBN combina la medicina con artes y humanidades para atender las necesidades paliativas, el CC combina la atención médica con una variedad de tradiciones religiosas para atender las necesidades espirituales.^{14,18} Dos movimientos paralelos en tendencia a la integración, tanto por la similitud en la visión del problema, como por la complementariedad de sus fortalezas en cuanto a una atención empática y compasiva.^{15,19}

Limitaciones y barreras de la medicina basada en narrativa en atención primaria

Actualmente, estamos en una era de medicina orientada al consumo, en la que las aseguradoras médicas han influido negativamente en la atención a la narrativa del paciente, reduciendo el tiempo de consulta y generando críticas hacia los profesionales de la salud por no abordar adecuadamente las preocupaciones de los pacientes.⁵ El acceso al sistema de salud varía y a menudo es inequitativo: quienes cuentan con un seguro médico prepago o complementario pueden acceder rápidamente al profesional o procedimiento de su elección en la clínica que prefieran, mientras que aquellos sin estas opciones pueden enfrentarse a largas esperas o a una saturada sala de emergencias en la red pública, con limitaciones en el acceso a unidades de

larga estancia, hospicios o programas de atención domiciliaria y hospitalización en casa.

En contraste con la medicina orientada al consumo y las limitaciones en el acceso equitativo al sistema de salud, un modelo adecuado de atención primaria se basa en centros de atención primaria y en comunidades capacitadas para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.¹ Sin embargo, a pesar de los esfuerzos crecientes para impulsar este modelo de atención primaria de la salud (APS), promovido por la OMS, las estrategias implementadas han mostrado resultados limitados, con un impacto incipiente en los determinantes sociales de la salud (DSS) y en la reducción de las consultas a servicios de urgencias.⁷

Los determinantes sociales de la salud (DSS) destacan la integración de la persona en su entorno social, político y económico.⁷ A pesar de la crisis sanitaria, que afecta tanto los costos y el acceso como la sensibilidad hacia factores psico-socio-espirituales, es esencial cambiar el enfoque de 'curar' a educar y 'cuidar' desde etapas tempranas, una visión preventiva propia de la medicina familiar.²⁰⁻²³

Conclusión

La MBN ofrece un modelo de atención para pacientes geriátricos en estado terminal que devuelve a los pacientes el control de su tratamiento y reafirma su identidad. Al promover una alianza y una reflexión profunda, se logra un abordaje diagnóstico y terapéutico adecuado que facilita la adherencia y el seguimiento. Aunque su implementación puede tener limitaciones, una vez establecida, la MBN en cuidados paliativos geriátricos resulta intrínsecamente terapéutica en contextos de expectativa de vida limitada.

Cuando se ejecuta correctamente, la MBN no implica problemas de tiempo o costo en sí misma. Por el contrario, su enfoque dinámico y su capacidad para integrar otros modelos, como la MBE, la ACP y el CC, la convierten en un mediador eficaz en la personalización de la medicina para adultos mayores con enfermedades avanzadas. A pesar de los avances científicos en el control de síntomas en pacientes geriátricos terminales, este trabajo destaca la necesidad de un enfoque que recupere la humanidad del paciente y su familia, haciendo un llamado urgente a la medicina familiar.

Financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento externo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

- Galvis-Acevedo S, Suarez-Orozco L, Blanco-Betancur M, Sánchez-Duque JA. Medicina familiar durante y después de la COVID-19. *Aten Fam.* 2021;28(4):280-283.
- Zaharias G. What is narrative-based medicine? Narrative-based medicine 1. *Can Fam Physician.* 2018;64(3):176-180.
- Cenci C. Narrative medicine and the personalization of treatment for elderly patients. *Eur J Intern Med.* 2016;32:22-25.
- Charon R. What to do with stories: the sciences of narrative medicine. *Can Fam Physician.* 2007;53(8):1265-1267.
- Zaharias G. Narrative-based medicine and the general practice consultation: Narrative-based medicine 2. *Can Fam Physician.* 2018;64(4):286-290.
- Zaharias G. Learning narrative-based medicine skills: Narrative-based medicine 3. *Can Fam Physician.* 2018;64(5):352-356.
- Murphy JW. Primary health care and narrative medicine. *Perm J.* 2015;19(4):90-94.
- Solarte-Adrada W, Preciado-Casierra CJ, Galvis-Acevedo S, Sánchez-Duque JA. Determinantes psicosociales y adherencia farmacológica en pacientes geriátricos. *Aten Fam.* 2022;29(2):126-129.

- Manrique-Hernández EK, Sánchez-Duque JA. Cuidados paliativos en la atención primaria de salud. *MEDISAN.* 2024;28(2):e4800.
- Sánchez-Duque JA, Tascón-Hernández JD, Orozco-Muñoz JS, Serrato-Yunda D. Adultos mayores durante la pandemia: una mirada desde la atención primaria. *Rev Peru Investig Salud.* 2021;5(1):54-56.
- Londoño-Morales VA, Bautista-Mier H, Parra-Saldarriaga J, Sánchez-Duque JA. Síndrome de fragilidad en ancianos: enfoque de atención primaria en salud. *Medicina (B Aires).* 2024;84(1):179-182.
- Marín-Medina DS, Bautista-Mier H, Perilla-Orozco DM, Sánchez-Duque JA. Geriatric palliative care in advanced dementia. *Rev Clin Esp (Barc).* 2024;224(2):117-118.
- Perilla-Orozco DM, Pantoja-Molina AD, Sánchez-Duque JA. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios: una mirada desde la atención primaria. *Rev Arch Med Familiar Gen.* 2021;18(2):27-29.
- Lewis B. Narrative medicine and contemplative care at the end of life. *J Relig Health.* 2016;55(1):309-24.
- Makoff EL. Healing through story: Palliative care and narrative medicine. *J Palliat Med.* 2023;26(4):587-588.
- Blinderman CD. Considering narrative therapy in palliative care practice. *Ann Palliat Med.* 2023;12(6):1475-1479.
- Kitta A, Masel EK. Unveiling narrative medicine in palliative care. *Ann Palliat Med.* 2024;13(4):751-753.
- Gómez-González JF, Cortés-López V, Basante-Muñoz LY, Gaviria-Zuluaga K, Blanco-Betancur M, Sánchez-Duque JA. Humanización de los cuidados intensivos: un llamado a la acción durante y después del COVID-19. *Rev Arch Med Familiar Gen.* 2021;18(1):5-9.
- Marini MG, Reale L, Cappuccio A, Spizzichino M, Zini P, Amato F, et al. Narrative medicine to highlight values of Italian pain therapists in a changing healthcare system. *Pain Manag.* 2014;4(5):351-362.
- Paul TK, Aglio T, Dalgo A, Kaye EC. Narrative medicine in hospice and palliative care: a longitudinal fellowship curriculum pilot. *Am J Hosp Palliat Care.* 2024;41(10):1161-1165.
- Fenstermacher E, Longley RM, Amonoo HL. Finding the story in medicine: the use of narrative techniques in psychiatry. *Psychiatr Clin North Am.* 2021;44(2):263-281.
- Lee DR, Chavez K. More than words: reflections to build resilience during the COVID-19 pandemic. *Perm J.* 2020;24:20.149.
- Laskow T, Small L, Wu DS. Narrative interventions in the palliative care setting: a scoping review. *J Pain Symptom Manage.* 2019;58(4):696-706.