




## PUBLICACIÓN ADELANTADA

## Narratividad del miedo y ética del cuidado como formas estéticas del acto médico

María Victoria Builes-Correa<sup>1</sup><sup>1</sup>Docente Titular, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

INFORMACIÓN ARTÍCULO	RESUMEN
<p><b>PALABRAS CLAVE</b></p> <p><i>Acto Médico;</i> <i>Humanización de la atención;</i> <i>Literatura;</i> <i>Miedo</i></p> <p><b>Recibido:</b> mayo 02 de 2024 <b>Aceptado:</b> julio 23 de 2024 <b>Disponible en línea:</b> enero 27 de 2025</p> <p><b>Correspondencia:</b> María Victoria Builes-Correa; <a href="mailto:maria.builes@udea.edu.co">maria.builes@udea.edu.co</a></p> <p><b>Cómo citar:</b> Builes-Correa MV. Narratividad del miedo y ética del cuidado como formas estéticas del acto médico. Iatreia [Internet]. 2025. <a href="https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.314">https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.314</a></p> 	<p><b>Introducción:</b> la enfermedad y la muerte se ponen en evidencia en muchas obras literarias, tornándose en una rica fuente de inspiración que ayuda al equipo de salud a comprender estos complejos fenómenos en claves nuevas y creativas que trascienden la mirada morbicéntrica del proceso de enfermar.</p> <p><b>Objetivos:</b> identificar las formas estéticas en el acto médico que se despliegan a partir de la obra literaria “Lo que no tiene nombre”.</p> <p><b>Metodología:</b> cualitativa con enfoque hermenéutico.</p> <p><b>Resultados:</b> del análisis surgieron dos categorías: la narratividad del miedo y el acto médico como obra de arte.</p> <p><b>Conclusiones:</b> el acto médico se embellece a partir del encuentro con el otro que puede narrar el miedo y hacerle frente, en este proceso el equipo de salud se humaniza en tanto transita de la ética del funcionario a la ética del cuidado. En este proceso el equipo de salud-enfermo-familia adquiere formas nuevas y estéticas.</p>

Este manuscrito fue aprobado para publicación por parte de la Revista Iatreia teniendo en cuenta los conceptos dados por los pares evaluadores. **Esta es una edición preliminar, cuya versión final puede presentar cambios.**



AHEAD OF PRINT PUBLICATION

## Narrativity of Fear and Ethics of Care as Aesthetic Forms of the Medical Act

María Victoria Builes-Correa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Full Professor, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

---

### ARTICLE INFORMATION

#### KEYWORDS

*Fear;*  
*Humanization of Care;*  
*Literature;*  
*Medical Act*

**Received:** May 02, 2024

**Accepted:** July 23, 2024

**Available online:** January 27, 2025

**Correspondence:** María Victoria Builes-Correa; [maria.builes@udea.edu.co](mailto:maria.builes@udea.edu.co)

**How to cite:** Builes-Correa MV. Narrativity of Fear and Ethics of Care as Aesthetic Forms of the Medical Act. *Iatreia* [Internet]. 2025.

<https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.314>



### ABSTRACT

**Introduction:** Illness and death are prominently featured in numerous literary works, becoming a rich source of inspiration that helps healthcare teams understand these complex phenomena through novel and creative perspectives that transcend the disease-centric view of the illness process.

**Objective:** To identify the aesthetic forms in medical practice that emerge from the analysis of the literary work "That Which Has No Name" ("Lo que no tiene nombre").

**Methods:** A qualitative study with a hermeneutic approach was conducted.

**Results:** Two main categories emerged from the analysis: the narrativity of fear and the medical act as a work of art.

**Conclusions:** The medical act is enhanced through the encounter with patients who can narrate and confront their fears. In this process, the healthcare team becomes more humanized as they transition from bureaucratic ethics to an ethics of care. Through this transformation, the healthcare team-patient-family dynamic acquires new and aesthetic forms.

## **INTRODUCCIÓN**

En las últimas tres décadas la narrativa ha tomado relevancia en tanto filósofos, sociólogos, historiadores, teóricos de la literatura, han reconocido la importancia de ésta en la comprensión de la vida de los sujetos (1). La medicina narrativa bebe de esta influencia porque su quehacer tiene estrecha relación con los relatos de padecimiento de los sujetos, interpretándolos y capturando su belleza (2). En este proceso de capturar el sufrimiento del enfermo a través de su voz, el equipo de salud puede encontrar su propia fragilidad y puede tejer puentes que le ayuden a fortalecer la salud mental, lo blinden del agotamiento (3) y lo ayuden a humanizar el cuidado.

La medicina narrativa busca, como disciplina intelectual y clínica, fortalecer el cuidado a partir de las historias de los consultantes (3-8). También enfatiza la crítica frente a las políticas y prácticas de inequidad e injusticia que se implementan en la atención (3).

La literatura es una herramienta que ayuda a comprender los padecimientos del enfermo, introduce elementos diferentes a los disciplinares que a veces pueden torpedear la comprensión del sujeto enfermo (9-11) y deshumanizar la atención. Además, plantea Charon (9) ayuda a comprender la fragilidad humana, el contexto en el que emerge el proceso de enfermar, puede dignificar y honrar la vida de los sujetos (5). La literatura puede introducir metáforas que ayudan en la comprensión e incrementan la empatía.

## **METODOLOGÍA**

El presente estudio se ocupó de los significados y narrativas que emergen a partir de la obra “Lo que no tiene nombre” de Piedad Bonnett. Su método fue cualitativo, éste se ocupa del mundo interior de las personas (12), el enfoque fue hermenéutico. La hermenéutica (13-15) defiende la tesis ontológica de que la experiencia vivida es en sí misma un proceso interpretativo al que se accede leyendo textos escritos y orales para comprender los significados desplegados y acceder a la vida de los sujetos.

A partir de la obra literaria “Lo que no tiene nombre” se buscó identificar las narrativas que estetizan el acto médico y las narrativas del miedo que acompañaron la partida del hijo.

En el proceso de análisis se usó el Atlas ti, versión 6, que favoreció el proceso de codificación y permitió la construcción de un sistema categorial que promovió la comprensión del texto, los significados y metáforas alrededor del acto médico y las narrativas ante la partida del hijo.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

A partir de la lectura y análisis hermenéutico de la obra emergieron dos categorías:

- Narratividad del miedo.
- El acto médico como obra de arte.

### ***Narratividad del miedo***

Se evidenció en la obra fragmentos de dolor y miedo narrados a partir del antes, durante y después de la partida de su hijo Daniel Segura Bonnett sin despedida, él decidió volar quizá como antídoto para aliviar su insoportable dolor ocasionado por una enfermedad mental. Estas narrativas del miedo develan la fragilidad y potencia de la familia, la torpeza y sordera del equipo de salud en muchos momentos, así mismo, del camino con luciérnagas que se fue iluminando tenuemente para poder seguir viviendo; ésta ruta emergió a partir de artimañas estéticas que con las palabras y la literatura va enredando la autora (16).

«[...] hay algo crispado en nuestro silencio [...] un turbión de emociones nos agita por dentro» (p9), lo inesperado de la partida, la violencia del acto, va llevando a no poner en palabras, a que caiga el dolor como aguacero devastador sobre la familia. Este turbión llega como tsunami que arrasa y deja desolación.

«[...] dos ancianas muy ajadas nos dan un ramito de flores y una tarjeta, y nos abrazan, conmovidas» (pp10-11), la devastación no se queda solo en el ámbito íntimo, las vecinas sienten compasión, la familia ampliada que son multitud, se sienten solidarias y acompañan el dolor con símbolos silenciosos: flores, escrito y abrazo. No hay nada que decir, hay flores con pétalos suaves para acariciar, calidez escrita como alivio del dolor.

«[...] las palabras de la directora, de sus hermanas y sus amigos desatan nuestras emociones, también las contienen: el dolor se apacigua al ser compartido con otros» (p21): la palabra narrada cumple una doble función, desata el dolor y se vuelve bálsamo que sosiega.

«¿Por qué si sólo un 10 o 15 % de los enfermos que intentan suicidarse lo logran? Puedo contestarme que mis preguntas son absurdas pues nunca hay un porqué, ni un sentido» (p42), el porqué es quizá la búsqueda de un sentido que procure disminuir el vacío que deja su partida. Con el tiempo ella va captando que no hay respuestas ni sentidos que mengüen la pena, rendirse ante la racionalidad y la necesidad de entender puede ir abriendo compuertas a aceptar el misterio que habita el suicidio para ver la fragilidad humana que no lo puede todo.

«Sé por alguna novia que a medianoche despertaba muchas veces aterrorizado, daba un salto, y salía de la habitación para regresar al rato. Que, en sus crisis, según le confesó a su psiquiatra, una de esas voces le decía al oído: “mátese, mátese”» (p60). Al habitar el dolor de la partida ella va atando cabos, va buscando indicios para comprender el misterio del vuelo de Daniel, igual que el amado de Ariadna, que buscaba con el ovillo salvarse, salir del laberinto, quizá ir narrando y anudando el miedo y el sufrimiento, que ella no conocía del todo en su hijo, le fue ayudando a tejer su salida del desgarramiento, del dolor lacerante que le perturbaba de día y de noche y no le dejaba salir.

Insistimos: después de este intento de quitarse la vida ¿podrá Daniel seguir persistiendo en su sueño? ¿Podremos nosotros tener un mínimo de tranquilidad cuando viva lejos? Estamos pendientes de la respuesta de este hombre al que estamos agradecidos, al que perdonamos su frialdad y su distancia.

—Claro que sí —dice—, Daniel será totalmente capaz. (p67).

En este caso el oráculo médico falló, dado que ningún saber puede ser absoluto y fiable, lo humano es tan complejo e inaprensible. Doble error, creer y creerse oráculo. Ambos, la familia y el profesional, se ubican desde el deseo de certeza, de salvación. La familia procuró aliviar el miedo confiando en la sapiencia del médico, quien, a pesar de

sus formas distantes, expresa lo que quieren oír todos, una suerte de esperanza frente al futuro del hijo.

### **Provocaciones para el acto médico**

El enfermar o la muerte de un ser querido conlleva emociones como el miedo, ¿se va a recuperar o no? ¿Cómo vivir luego de la pérdida? ¿Este dolor pasará? Esto obedece a que tanto la enfermedad como la muerte enfrentan a los sujetos con su propia fragilidad. El miedo, es connatural a lo humano (14), históricamente él ha acompañado a los sujetos; miedo a la guerra, la enfermedad y muerte, lo diferente, el hambre, entre otros.

Delemeu (14), atribuye dicho miedo a lo frágil de lo humano. Frente al miedo los sujetos han procurado resolverlo creando medicamentos, armas, conservando alimentos. Este combate para hacerle frente ha sido fuente de aprendizaje, de transformación y reconocimiento en tanto saberse frágil por sentirlo y potente por sobreponerse a él.

Saber que el miedo existe, que es plural, que se puede hablar de él y deconstruirlo en la narración, puede ser fuente de belleza, esto podría introducir un bálsamo en el acompañamiento de los enfermos y el equipo de salud. Obstruir su narración en la atención puede prolongar o hacer más doloroso el proceso.

*¿Qué aspectos del médico pueden posibilitar el incluir la narratividad del miedo en la conversación?*

- Que el médico sepa de sí en tanto frágil y limitado; que se conozca. Esto en el mundo antiguo se denominaba cuidado de sí (15). Son ejercicios que buscan saber del propio límite, decir la verdad, escuchar, leer, entre otros. La finalidad es construir una fortaleza interior y dominio de sí (*enkrateia*) para blindarse del oleaje externo.
- Interés por tejer una ética intersubjetiva (17) a través de la relación con el consultante, donde la conversación no busque solo un diagnóstico (ética instrumental) o enfermedad, que se ocupe del enfermo y familiares que sufren, temen. Implicaría,

resistirse al discurso dominante médico centrado en la enfermedad y no en el sujeto que la padece (1).

- Convicción de que narrar y renarrar el miedo con el enfermo y la familia crea confianza y ayuda a otorgar nuevos significados, embelleciendo el dolor, y que en esta labor narrativa todos se vuelvan cómplices para enfrentar el padecimiento (18).

En este proceso de *narratividad del miedo* se pone en conocimiento la potencia y la fragilidad, los sujetos involucrados se transforman y el acto médico trasciende la enfermedad para acoger la humanidad propia y del enfermo y se torna labor resistencial y estética.

### ***El acto médico como obra de arte***

Esta categoría evidenció cómo en la relación con médicos y terapeutas la autora experimento desosiego por los silencios, las palabras, la distancia, la pobre escucha, que dejaban ver la frialdad ante el dolor y el desconocimiento que ella, su hijo y su familia tenían frente a la enfermedad.

Su denuncia del borrado de la palabra y la no escucha en la atención convocan a la reflexión sobre formas estéticas y resistenciales de re-crear el acto médico, que tengan como centro la palabra y la acción terapéutica para acompañar el proceso de enfermar o morir, donde la *ética del cuidado* sea el centro y no la *ética del funcionario* que hace del acto instrumentalización y mercantilización.

«Un psiquiatra que consulto me dice que su mundo mental necesariamente era distinto al nuestro. Que su enfermedad convierte la vida en una interminable pesadilla» (pp31-32). Hay una explicación sobre la enfermedad mental que nombra la carga emocional de este mundo, el combate y que trae la metáfora para acercar la realidad de Daniel, este relato puede poner a la madre en contexto, darle imágenes y palabras al sufrimiento del hijo.

Todo es espectral y desasosegante en el consultorio del psiquiatra al que nos ha remitido la psicóloga: la luz enfermiza de la lámpara, las paredes despojadas, el pasillo incierto, y el médico mismo, un hombre sin sonrisa. (p41).

El acto y la palabra son los que definen al sujeto (19), para ella el acto médico estuvo enmarcado en la falta de compasión, sus formas verbales y físicas daban cuenta de ello. El no hablar en ocasiones puede ser una forma de violencia (20), que suscita más dolor.

—Señora, sólo cumplo órdenes. Es lo que ordena el protocolo.

Insisto.

Ahora mi voz suena desesperada. Mis explicaciones se atropellan, suenan torpes, ingenuas.

—Es que mi hijo está esperando esa llamada, por favor. Va a creer que lo abandonamos.

La voz no vacila. Comprendo que hablo con un muro y cuelgo, desolada. (p57).

Esta era la respuesta que repetían los nazis frente a su responsabilidad en el genocidio judío. Los protocolos pueden servir, pero plegarse a ellos a veces deja por fuera el cuidado de las personas, la vida no se rige por protocolos, ella es más compleja que eso, se transforma, sucumbe los límites.

«En la literatura médica hay un dato que todos los especialistas repiten: el gran detonante de las enfermedades relacionadas con la esquizofrenia es el estrés. No tenía eso claro mientras Daniel vivía conmigo en Bogotá —los médicos que lo trataron se negaron siempre a pasar de tres palabras con la familia—» (p69). Muchas veces para ella y su familia el acto médico fue mudo, en consonancia con Virgilio. La pregunta sería porque enmudecen los médicos, una posible respuesta es concentrarse en la enfermedad, desatendiendo el dolor y el sufrimiento que la enfermedad suscita.

### **Provocaciones para el acto médico**

La explicación del psiquiatra procuraba posiblemente ayudar a la madre a comprender y al comprender ella pudo probablemente estetizar el dolor en tanto hacerlo más llevadero. La explicación puede provenir del saber médico, de la literatura, la poesía, el dibujo, la metáfora, el enfermo o la familia, entre otras; éstas ayudan a acercar y hacer inteligible la enfermedad al sujeto enfermo y su familia. En este intento por explicar el médico es un invitado (21) a la



vida del enfermo, dado que no sabe de la experiencia particular de este, como buen invitado puede escuchar con respeto, honrar, evidenciar interés genuino, tener en cuenta el relato del enfermo o su familia y a partir de este puede co-construir nuevas narrativas que hagan posible comprender lo que acontece.

En esta labor de re-creación puede recurrir a los discursos de la medicina u otras fuentes que colorean y dan calidez a la vida de la persona. En esta conversación colaborativa entre médico-enfermo-familia, se tejen relatos nuevos frente al enfermar o morir que pueden deconstruir discursos dominantes frente a la fragilidad, la dependencia, la muerte misma, facilitando procesos de duelo y transformando a las personas que se involucran en ella. Saberse frágil por parte del equipo de salud puede ser una fuente de salud mental en tanto no lo pueden todo.

En la experiencia que va teniendo la autora con la medicina, surge la pregunta por cómo hacer del acto médico una labor mediada por la compasión. El lenguaje que puede ofrecer un espacio físico, la postura y gestualidad del médico, las palabras usadas, pueden emerger como elementos fundantes, por ello en el mundo antiguo, la palabra era fuente de cura (22).

Posteriormente, en las postrimerías del siglo XVIII (17) la medicina cada vez más se radicaliza en la objetividad borrando la palabra. Volver a la palabra como cura es resistir las perspectivas neoliberales centradas en el mercado que instrumentalizan la labor centrándola en la enfermedad y no en la persona que sufre (23-26). La ética instrumental usa la palabra para llegar al diagnóstico, se promueven exámenes de alto costo y tratamientos farmacológicos que tienen evidencia, sin embargo, lo complejo del enfermar y lo limitado del ser humano muestran que, con los avances y la tecnología, no siempre se llega a un diagnóstico y no siempre hay cura.

En la obra de Bonnett (16) esta ética instrumental trae reiteradamente desolación frente al equipo de salud. Prácticas como la hostilidad, el silencio, los “protocolos” la legitiman.

Su denuncia es un llamado a trascender lo que en este estudio se denomina la *Ética del funcionario* que hace referencia a la frialdad, a los protocolos y las normas como excusas para no ayudar, no escuchar, no solidarizarse con el dolor ajeno.

Un sujeto que opera desde este lugar no reconoce el rostro (27) de quien sufre, no lo ve como igual en tanto tiene dolor, derechos, deberes y limitaciones. Bajo esta ética no se hace responsable de sus actos u omisiones, sigue órdenes, homogeniza lo humano, sigue las lógicas de la sociedad de la transparencia que dirá Han (28) borra la singularidad de lo humano, le aplana sus relieves y resistencias.

Se propone entonces resistir y transitar de la ética del funcionario a la ética del cuidado planteada por Carol Gilligan (29), esta hace referencia a como la moral femenina gravita alrededor del cuidado y la masculina de la norma. La primera prioriza la relación intersubjetiva y la segunda la autonomía. Ambas son necesarias en la construcción de lo humano. Un acto médico que integre estas dos lógicas re-crea prácticas y discursos que hagan posible la no estandarización de lo humano, el capturar la otredad y a partir de ésta flexibilizar la norma, poniéndola al servicio del cuidado. El pensar la atención del equipo de salud como una creación y re-creación permanente introduce entonces belleza, contexto, imaginación en la labor, lo que ayuda a desalojar el agotamiento y la monotonía en el equipo de salud, reivindica como centro del acto médico la ética intersubjetiva (17) que conlleva el diálogo, la empatía, la escucha, lo particular como horizonte de la labor (26,30-32).

## CONCLUSIONES

A partir de la obra surgen algunas provocaciones estéticas para embellecer el acto médico:

- Narratividad del miedo: abrir las compuertas para que la persona enferma y su familia puedan expresar sus temores y rabias frente al proceso de enfermar o morir, a partir de estos relatos se pueden re-narrar historias que provengan de ellos, del médico o de la literatura, el cine y la poesía, que pueden introducir nuevas metáforas que transformen los significados del proceso y creen alternativas frente al dolor o la no aceptación, en este proceso tanto el médico-enfermo-familia se pueden ir dando formas nuevas.

- De la ética del funcionario a la ética del cuidado: interrogar los protocolos, flexibilizarlos a partir de los contextos particulares, de tal manera que la primacía no esté en estos sino en el cuidado de las personas y la relación, transitando así de una ética instrumental a una ética intersubjetiva.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad de Antioquia por apoyar el placer de leer, pensar y escribir.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

## **REFERENCIAS**

1. Áhlzen R. Narrativity and medicine: some critical reflections. *Philos Ethics Humanit Med* [Internet]. 2019;14(9):1-10. <https://doi.org/10.1186/s13010-019-0078-3>
2. Charon R. What to do with stories. *Can Fam Physician* [Internet]. 2007;53(8):1265-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949238/>
3. Charon R, Dasgupta S, Hermann N, Irvine C, Marcus E, Rivera E, et al. *The Principles and Practice of Narrative Medicine* [Internet]. New York: Oxford University Press; 2017. <https://doi.org/10.1093/med/9780199360192.001.0001>
4. Santillán-Doherty P. Medicina, narrativa y ser. *Neumol Cir Torax* [Internet]. 2014;73(2):102-105. <https://doi.org/10.35366/51622>

5. Guidi C, Traversa C. Empathy in patient care: from 'Clinical Empathy' to 'Empathic Concern'. *Med Health Care Philos* [Internet]. 2021;24:573-585. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10033-4>
6. Carrió S. Aproximación a la medicina narrativa. *Rev Hosp Ital B Aires* [Internet]. 2006;26(1):14-19. Disponible en: [https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/10423\\_26-1%2014-19.Educacion.pdf](https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/10423_26-1%2014-19.Educacion.pdf)
7. Rosas-Jimenez CA. Medicina narrativa: el paciente como "texto", objeto y sujeto de la compasión. *Acta Bioeth* (En línea) [Internet]. 2017;23(2): 351-9. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2017000200351>
8. Kottow M. ¿Bioética narrativa o narrativa bioética? *Rev Latinoam Bioet* [Internet]. 2016;16(36-2):58-69. <https://doi.org/10.18359/r/bi.1763>
9. Charon R. Narrative Medicine A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA* [Internet]. 2001;286(15):1897-902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
10. Charon R. The Reciprocity of Recognition - What Medicine Exposes about Self and Other. *N Engl J Med* [Internet]. 2012;367(20):1878-81. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1210787>
11. Kampourelli V. Historical empathy and medicine: Pathography and empathy in Sophocles' *Philoctetes*. *Med Health Care Philosop* [Internet]. 2022;25:561-575. <https://doi.org/10.1007/s11019-022-10087-y>

12. Bolívar-Botia A, Domingo-Segovia J, Fernández-Cruz M. La investigación biográfico–narrativa en educación. Guía para indagar en el campo. Madrid: Universidad de Granada; 1998. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=205910>
13. Sandoval-Casilimas CA. Investigación cualitativa. Bogotá: Corcas Editores; 1996.
14. Delemeu J. El miedo en occidente. Madrid: Taurus; 1989.
15. Foucault M. Hermenéutica del sujeto. México: FCE; 2002.
16. Bonnett P. Lo que no tiene nombre. Bogotá: Alfaguara; 2013.
17. Builes M. Bedoya M. El acto médico como ética de la relación. Iatreia [Internet]. 2009; 22(1):47-54. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.13957>
18. Rolland J. Familia, enfermedad y discapacidad. Buenos Aires: Gedisa; 2009.
19. Arendt H. La condición humana. Buenos Aires: Paidós; 1993.
20. Arendt H. Sobre la violencia. México: Cuadernos de Joaquín Mortiz; 1970.
21. García, A (editora). Terapia colaborativa: relaciones y conversaciones que hacen una diferencia. Taos Institute Publications; 2020.
22. Laín-Entralgo P. La cura por la palabra en la antigüedad clásica. Barcelona: Anthropos, 2005.

23. Kaplan-Liss E, Mitchell L, Crossno C, Lantz-Gefroh V. Finding the Story. *J Clin Transl Sci* [Internet]. 2022;6(1):e25. <https://doi.org/10.1017/cts.2022.6>
24. Tonini MC, Fiorencis A, Iannacchero R, Zampolini M, Cappuccio A, Raddino R, et al. Narrative Medicine to integrate patients', caregivers' and clinicians' migraine experiences: the DRONE multicentre project. *Neurol Sci* [Internet]. 2021;42(12):5277-88. <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05227-w>
25. Davies EA. Why we need more poetry in palliative care. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2018;8(3):266-270. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-001477>
26. Salana K, Maty S, Hage R. A Whole Other Story: Interpreting Narrative Medicine. *Glob Adv Health Med* [Internet]. 2021;10:1-6. <https://doi.org/10.1177/21649561211031880>
27. Levinas E. *Ética e infinito*. Madrid: Visor; 1991.
28. Han, B. *La sociedad de la transparencia*. Barcelona: Herder; 2013. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt9k5qb>
29. Gilligan C. El lugar de la mujer en el ciclo vital del hombre. En: *La moral y la teoría: Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica; 1982. p. 13-48.
30. Fenstermacher E, Longley RM, Amonoo HL. Finding the Story in Medicine: The Use of Narrative Techniques in Psychiatry. *Psych Clin North America* [Internet]. 2021;44(2):263-81. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2021.03.006>
31. Childress AM, Poythress EL, Toussant R, Stolar A, Laufman L, Appelbaum NP, et al. Using Narrative Medicine Workshops to Improve Empathy and Emotional Intelligence and

Address Burnout Among Medical Students. Acad Med [Internet]. 2022;97(11S):S120-S120.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004863>

32. Castro K. Relación médico-paciente: Experiencias de comunicación y relatos de Medicina Narrativa [Internet]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2020.

Disponible en: <http://pucespace.puce.edu.ec/handle/23000/5887>

EDICIÓN PRELIMINAR