

# 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

### PALABRAS CLAVE

Acto Médico;  
Humanización de la Atención;  
Literatura;  
Miedo

**Recibido:** mayo 02 de 2024

**Aceptado:** julio 23 de 2024

### Correspondencia:

María Victoria Builes-Correa;  
maria.builes@udea.edu.co

**Cómo citar:** Builes-Correa MV. Narratividad del miedo y ética del cuidado como formas estéticas del acto médico. *Iatreia* [Internet]. 2025 Jul-Sept;38(3):439-447. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.314>



Copyright: © 2025

Universidad de Antioquia.

## RESUMEN

**Introducción:** 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.

**Objetivos:** identificar las formas estéticas en el acto médico que se despliegan a partir de la obra literaria *Lo que no tiene nombre* de Piedad Bonnett.

**Metodología:** el estudio se realizó como un análisis cualitativo con un enfoque hermenéutico.

**Resultados:** del análisis surgieron dos categorías: la narratividad del miedo y el acto médico como obra de arte.

**Conclusiones:** el acto médico se embellece a partir del encuentro con el otro, quien puede narrar el miedo y hacerle frente. En este proceso, el equipo de salud se humaniza en cuanto transita de la ética del funcionario a la ética del cuidado; entretanto, la dinámica de relacionamiento entre el personal de salud y el enfermo y su familia adquiere formas nuevas y estéticas.

# 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

### Correspondence:

María Victoria Builes-Correa;  
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 Jul-Sept;38(3):439-447. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.314>



Copyright: © 2025  
Universidad de Antioquia.

## 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 *Lo que no tiene nombre* ("That Which Has No Name").

**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 la medida en que filósofos, sociólogos, historiadores y teóricos de la literatura han reconocido la importancia de esta 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 ver reflejada su propia fragilidad y 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 introduciendo elementos diferentes a los disciplinarios, los cuales a veces pueden torpedear la comprensión del sujeto enfermo (9-11) y deshumanizar la atención. Como lo plantea Charon (9), la literatura ayuda a comprender la fragilidad humana en contextos en los que emerge el proceso de la enfermedad, de manera que puede dignificar y honrar la vida de los sujetos afectados (5). Además, la literatura hace uso de metáforas que ayudan en la comprensión de otras realidades e incrementan la empatía por el otro.

## 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, y que se manifiestan en el mundo interior de las personas (12), motivo por el que se abordó con un enfoque cualitativo y 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 de la autora. En el proceso de análisis se utilizó el software ATLAS.ti, v6, que favoreció el proceso de codificación y permitió la construcción de un sistema categorial que facilitó la comprensión del texto, las metáforas y sus significados en relación con el acto médico y las narrativas ante la partida de un hijo.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

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

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

### Narratividad del miedo

En la obra *Lo que no tiene nombre* se evidencian fragmentos de dolor y miedo narrados por Piedad Bonnett antes, durante y después del proceso de partida de su hijo, Daniel Segura Bonnett, de quien no pudo despedirse debido a las trágicas circunstancias que rodearon su muerte: Daniel decidió quitarse la vida, quizá como antídoto para aliviar el insoportable dolor que sentía a causa de la enfermedad mental que padecía. Las narrativas del miedo que se manifiestan en la novela de Bonnett devuelan no solo la fragilidad e impotencia de la familia, sino también la negligencia que en muchos casos tuvieron que afrontar debido a la torpeza y la 'sordera' del equipo de salud. Con

todo, este miedo no se limita a enunciar los reveses de la experiencia traumática, sino que también describe de forma poética el ‘camino con luciérnagas’ que se fue iluminando tenuemente para que, ante la muerte de su hijo, la madre pudiera seguir viviendo; que la autora lograra vislumbrar este camino para su vida se debe únicamente a la literatura, por su capacidad de hilvanar, haciendo uso de recursos estéticos, las palabras apropiadas para tramitar su dolor (16).

«[...] hay algo crispado en nuestro silencio [...] un turbión de emociones nos agita por dentro» (p. 9): lo inesperado de la partida, la violencia del acto puede llevarnos a no poner en palabras lo que sentimos, a que caiga el dolor como aguacero devastador sobre nosotros mismos o, como en el caso de Bonnett, sobre la familia. Ese turbión llega como un tsunami que arrasa y deja desolación.

«[...] dos ancianas muy ajadas nos dan un ramito de flores y una tarjeta, y nos abrazan, como-vidas» (pp. 10-11): la devastación no se queda solo en el ámbito íntimo; las vecinas sienten compasión, la familia ampliada, que son multitud, se siente solidaria y acompaña el dolor con símbolos silenciosos: flores, escritos y abrazos. No hay nada que decir: solo las flores, con sus pétalos suaves para acariciar, y la calidez desprendida por la tinta 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» (p. 21): la palabra dicha cumple una doble función, desata el dolor y se vuelve bálsamo que sosiega.

«¿Por qué, si solo 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» (p. 42): el porqué es, quizás, la búsqueda de una explicación que pueda disminuir el vacío que deja la partida del ser querido. Con el tiempo, ella va comprendiendo que no hay respuestas ni sentidos que men-güen la pena; rendirse ante la racionalidad y la necesidad de entender puede ir abriendo compuertas hacia la aceptación del misterio que habita el suicidio, para así desnudar 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”» (p. 60): al habitar el dolor de la partida, ella va atando cabos, va buscando pistas para comprender el misterio de la trágica decisión de Daniel, quien, al igual que el amado de Ariadna, buscaba con el ovillo salvarse, salir del laberinto. Seguramente, la posibilidad de narrar y anudar 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 (p. 67).

En este caso el oráculo médico falló, dado que ningún saber puede ser absoluto y fiable: lo humano es sumamente complejo e inaprensible. Doble error fue creer y creerse oráculo. Ambas partes, la familia y el profesional, se ubicaron 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*

La enfermedad 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?»... El hecho de experimentar estas dudas 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) e históricamente él ha acompañado a la humanidad: desde el miedo a la guerra, a la enfermedad y la muerte, a lo diferente, al hambre, entre otras manifestaciones.

Delemeu (14) atribuye dicho miedo a lo frágil de la existencia humana. Frente al miedo, los sujetos han procurado resolverlo creando medicamentos y armas o conservando alimentos. Este esfuerzo interminable por contrarrestarlo ha sido fuente de aprendizaje, de transformación y reconocimiento, en cuanto nos sabemos frágiles por sentirlo y potentes por sobreponernos a él.

Saber que el miedo existe, que es plural y que se puede hablar de él y deconstruirlo a través de la narración puede ser fuente de belleza. Este reconocimiento y aceptación pueden representar un alivio tanto para los enfermos como para el equipo de salud en el proceso de acompañamiento y cuidado de la enfermedad. Silenciar o minimizar su narración en la atención puede prolongar o intensificar el sufrimiento.

*¿Qué aspectos del médico pueden posibilitar la inclusión de la narratividad del miedo en la conversación?*

- Que el médico se conozca y reconozca en sí mismo su fragilidad y sus propias limitaciones. Esto en la cultura grecorromana del mundo antiguo se denominaba 'cuidado de sí' (*epiméleia heautoû*) (15), que consiste en ejercicios para conocer los límites propios, decir la verdad, escuchar, leer, entre otros. La finalidad es construir una fortaleza interior y el 'dominio de sí' (*enkreteia*) para blindarse del oleaje externo.
- El 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, sino que se ocupe del enfermo y familiares que sufren, temen. Esta posición implica resistirse al discurso dominante médico centrado en la enfermedad y no en el sujeto que la padece (1).
- La 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; en esta labor narrativa, todos se vuelvan cómplices para enfrentar el padecimiento (18).

En este proceso de *narratividad del miedo* se ponen a prueba la resistencia y la fragilidad; los sujetos involucrados se transforman y el acto médico trasciende la enfermedad para acoger la humanidad propia y la del enfermo, tornándose en una labor tanto ética como estética.

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

Esta categoría evidenció cómo, en la relación con médicos y terapeutas, la autora experimentó desasosiego por los silencios, las palabras, la distancia y la falta de escucha, actitudes que dejaban ver la frialdad y el desconocimiento ante el dolor que ella, su hijo y su familia estaban experimentando frente a la enfermedad.

Su denuncia del silenciamiento de la palabra y de la no escucha en la atención en salud invita a reflexionar sobre formas éticas y estéticas de replantear el acto médico, centradas en la palabra y en la acción terapéutica como modos de 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 médico una forma de 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» (pp. 31-32). 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. (p. 41).

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, solo cumple 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 (p. 57).

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 trajeron se negaron siempre a pasar de tres palabras con la familia—» (p. 69). 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 cuanto lo hacía 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 cuanto 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 emergir 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 o 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 un igual que siente dolor, que tiene 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 descrita por Byung-Chul 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 Healt Car Phil* [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%202014-19.Educacion.pdf](https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/10423_26-1%202014-19.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/rb.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-Botía 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. *latreia* [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: Sicología del desarrollo femenino*. México: Fondeo 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://pucedspace.puce.edu.ec/handle/23000/5887>