

Neurología y literatura

A. J. Larner

Unidad de Función Cognitiva. Walton Centre for Neurology and Neurosurgery, Liverpool, Reino Unido.

RESUMEN

En este breve artículo se analiza la relación entre el estudio de la neurología y el de la literatura, y cómo beben ambas disciplinas la una de la otra a pesar de sus aparentes diferencias, centrándonos en la estructura narrativa de las descripciones neurológicas y del paciente/autor. El relato literario de la patología neurológica ayuda a entender cómo experimenta el paciente la enfermedad, de la misma manera en que la descripción de estos trastornos puede estimular la creatividad de los escritores. Es por tanto que el intercambio de ideas en este campo interdisciplinar puede ser productivo.

PALABRAS CLAVE

Neurología, literatura, historia, paciente, enfermedad neurológica, relato neurológico

Introducción

En la introducción de su monografía *Neurology and literature, 1860-1920*,¹ Anne Stiles afirma que “la neurología y la literatura son disciplinas que en un principio parecen tener poco, si no nada, que ver entre sí”¹. Señala la dicotomía entre la neurología como ciencia y la literatura como arte y contrapone la ostensible objetividad de la primera con la naturaleza subjetiva de la segunda, lo que explicaría que la neurología solo sea accesible a los profesionales de dicha área mientras que la literatura está (en teoría) al alcance de cualquier persona que sepa leer. En el periodo analizado por Stiles la neurología y la literatura compartían en gran medida las estrategias retóricas y las premisas culturales. Sin embargo, desde entonces las diferencias entre ambas disciplinas no han cesado de crecer (las “dos culturas” de C.P. Snow), como muestra la sumamente especializada y cada vez más técnica jerga neurológica, que hace que los textos sean de difícil comprensión para el lector lego que desconoce el lenguaje de esta disciplina.

Sin embargo, existen sin duda puntos de contacto e intercambio entre la neurología y la literatura. Ambos son elementos culturales, y sus profesionales pueden usar estrategias retóricas similares. Este breve artículo pretende explorar algunas de las conexiones entre estas dos disciplinas.

Desarrollo

El paciente como texto

La práctica clínica, como ilustran los protocolos de registro de la historia del paciente (anamnesis) y el examen físico, se centra principalmente en la interpretación. Puede que en ningún otro ámbito de la medicina este proceso interpretativo, esta atención al reconocimiento de patrones, sea más crucial que en la neurología, dada la amplia variedad de signos neurológicos con valor semiótico, tanto en términos de localización de los procesos patológicos dentro del sistema nervioso como en el diagnóstico de enfermedades neurológicas

específicas². Sin embargo, buena parte de las patologías neurológicas (por ejemplo, cefaleas, trastornos sensoriales), y todas las enfermedades psiquiátricas, solo se detectan gracias al relato subjetivo del paciente, del que dependen completamente los médicos.

Stephen L. Daniel propuso un modelo hermenéutico del proceso de toma de decisiones clínicas en el que el paciente debe verse como un texto³, un planteamiento que ha sido adoptado por otros autores⁴. Aunque este tipo de conceptualización puede parecer peligrosamente reduccionista, al materializar o ignorar la individualidad del paciente y su experiencia con la enfermedad (en la obra *The Cocktail Party* de T.S. Eliot, el psiquiatra Sir Henry Harcourt-Reilly sentencia: “Todos los casos son únicos, y a la vez muy parecidos”^{5(p402)}), conlleva algunas implicaciones interesantes. Un texto poco cuidado es susceptible de ser malentendido o malinterpretado. No entender o malinterpretar a un paciente como texto puede llegar a tener consecuencias nefastas para el diagnóstico y el tratamiento.

No obstante, en la opinión de este autor no parece cierto el antiguo dicho que afirma que todo lo que debe hacer un médico en la práctica clínica es escuchar al paciente y este le dará el diagnóstico. Aunque esa primera escucha incondicional, libre de escepticismo, supone una forma adecuada de consulta que garantiza que el paciente se sienta escuchado, el relato durante la misma debe ser considerado como un texto que, como todas las obras literarias, necesita ser descodificado, incluso deconstruido, pues pueden ser elaborados y sus narradores, poco fiables (en su autobiografía, el dramaturgo John Osborne afirma que “Somos lo que recordamos [...] Nos convertimos en reflejos de nuestro pasado”^{6(p525)}). El paciente sin relato (ya sea porque se encuentre inconsciente, amnésico o afásico, por ejemplo) supone un reto mayor, que hace necesario encontrar una historia paralela o aportada por un testigo. Por tanto, entrevistar o preguntar específicamente sobre la historia clínica resulta necesario para distinguir aquellos elementos que resultan clave para el diagnóstico.

En este sentido, debe realizarse una distinción entre los textos literarios, que son básicamente pasivos, y los pacientes como textos, que son principalmente activos y susceptibles de aportar más información. Una de las limitaciones de cualquier relato literario es el «problema del marco», ya que estos ofrecen solo una visión limitada de la realidad del pasado⁷. Por ejemplo, ante la falta de

información más completa y concluyente, como la que un médico podría obtener a través de la historia clínica, el examen y el análisis, no se conocen con certeza las causas de la incapacidad para andar en cuatro casos pediátricos ficticios, llegando a ignorarse si los niños padecían paraplejía, entendido como daño o patología de la médula espinal⁸. Al debatir estos mismos cuatro casos ficticios, Lois Keith señala que “el novelista romántico recurre al drama, por encima de la verosimilitud médica, y deja de lado toda lógica médica para permitir que sus personajes vuelvan a andar”⁹. En estos libros, como en cualquier otro¹⁰, la enfermedad y la recuperación pueden servir de metáfora para la transformación y la renovación, y la incapacidad para andar puede simbolizar malestar psicológico.

El relato del paciente es fundamentalmente episódico o autobiográfico. Aunque a veces se intenta explicar en términos legos los síntomas del paciente, la evaluación semántica de la historia es un privilegio del clínico, quien se basa en la valoración e interpretación de los datos, usando su conocimiento especializado, formación y experiencia previa. “La cuidadosa vuelta a la historia”^{11(pXXIII)} del clínico supone un “relato interpretativo que apunta al final de la misma”^{11(p5)}, ya sea un diagnóstico definitivo o un plan de acción a futuro (observación, investigación, tratamiento). Los textos literarios, por otro lado, pueden contener tanto elementos episódicos como semánticos, gracias a la figura del omnipresente narrador.

El médico como lector

La consecuencia ineludible de la concepción del “paciente como texto” es “el médico como lector”¹¹. Esta posición implica no solo el compromiso con la práctica clínica en el abordaje de pacientes como textos sino también el compromiso con los textos literarios; estas dos facetas se considerarán de forma individual.

La labor del clínico como lector de pacientes-textos es interpretar y darle forma a la historia autobiográfica: “La experiencia de la enfermedad del paciente [...] se interpreta y transforma en una versión médicamente contextualizada...y luego se compara no sólo con los argumentos estandarizados de los manuales [...] sino también con los de casos comparables procedentes de la experiencia del médico”^{11(p45)}. De este modo se reducen las diferencias entre el caso individual y el principio general.

Hunter lo ha caracterizado como la “metahistoria de la enfermedad”^{11(p13)}, que facilita el entendimiento, y con suerte, el tratamiento. El juicio clínico es la “habilidad para discernir un argumento”^{11(p45)}, la producción de un relato por parte del clínico basado en la reinterpretación del relato del paciente.

Puede que las preguntas clave a la hora de decodificar o deconstruir cualquier texto sean: ¿Cuál es el contexto? ¿Quién enmarca la narración? Imbuidas con un espíritu de escepticismo sano, y reconociendo que la incertidumbre reside en el corazón del esfuerzo médico, estas preguntas pretenden retar a cualquier narrador aparentemente omnisciente (el paciente o el texto literario). Ya estamos familiarizados con este tipo de enfoque a la hora de abordar las afirmaciones de los líderes autodesignados, autoproclamados o autoerigidos, generalmente procedentes de las clases políticas o dirigentes (burocráticas), con su conocida tendencia a sobrevalorar ideas (sin fundamento empírico) que podrían acabar en (o incluso surgir de) una ideología engañosa o del autoengaño. Dicho de otra manera, en estos relatos se ignora el contexto, deliberadamente o no, de forma que una narración en particular puede recibir más crédito que otras que posiblemente sean más verosímiles. Esta es la retórica del error, del fin epistemológico, a la que el escepticismo médico aborrece. Los pacientes que acuden a las consultas de neurología con múltiples síntomas sin explicación neurológica, a pesar de un detallado (y a veces repetido) examen y análisis, pueden ser reticentes a aceptar el relato del clínico de hipocondría o somatización, yendo en contra de la evidencia de un trastorno subyacente grave.

Volviendo a los textos literarios, fuera de los círculos académicos, la lectura de dichas obras es un pasatiempo, una actividad que generalmente se lleva a cabo por placer o para informar, formar y entretener. Sin embargo, como neurólogo formado en el reconocimiento de patrones, no siempre es posible desconectar y quitarse las «gafas neurológicas» del día a día al leer dichos textos. De ahí la inclinación a buscar ejemplos de (lo que podrían ser) descripciones de enfermedades neurológicas. Por ejemplo, mi primera experiencia con este tipo de diagnóstico involuntario vino de la mano de la lectura de *El perezoso viaje de dos aprendices ociosos*, una obra de Charles Dickens publicada en 1857. Uno de los personajes de dicha obra parecía tener síntomas de parkinsonismo acompañados de un trastorno oculomotor, que

parecían indicar parálisis supranuclear progresiva¹², una enfermedad que no se describió formalmente hasta los años 60.

Este enfoque podría ser tildado de anacronista, ya que impone conceptos modernos del diagnóstico o criterios diagnósticos en periodos de tiempo anteriores. En mi opinión, existe aquí tensión entre la obviedad de que los conceptos se van creando con la historia y que el discurso médico se debe interpretar en relación con la cultura imperante, y la posibilidad de que las enfermedades del sistema nervioso sean categorías atemporales y trascendentes. ¿Creemos los neurólogos que las enfermedades del cerebro y del sistema nervioso no existían antes del nacimiento de la neurología como término (1660-1679) o como disciplina clínica (1860-1879)? Creo que para la mayoría de los neurólogos la respuesta sería un no rotundo.

El relato de Dickens también demuestra que una persona sin formación médica específica pero dotada de un gran poder de observación y buenas habilidades de descripción, puede llegar a narrar fenómenos clínicos con la precisión suficiente para permitir el diagnóstico clínico. En cierta medida, nos basamos en esto a la hora de realizar la historia clínica, sabiendo que algunos pacientes son mejores historiadores que otros.

Cuanto más miramos como neurólogos, más descripciones textuales de (posibles) trastornos neurológicos vemos. Por ejemplo, la sección «Neurological Literature» de la revista *Advances in Clinical Neuroscience & Rehabilitation* (www.acnr.co.uk) ha incluido colaboraciones en forma de relatos literarios de migraña, epilepsia, trastornos cognitivos y trastornos del sueño. Estas patologías neurológicas son denominadores comunes de la experiencia humana, conocidas de primera o segunda mano por un porcentaje elevado de la población, por lo que no resulta sorprendente que los novelistas usen en ocasiones estas enfermedades como fuente para la elaboración de sus relatos. En los últimos años, la creciente demanda de algún tipo de estudio de humanidades en la carrera médica refleja cómo ambas disciplinas pueden beneficiarse la una de la otra.

La neurología como narrativa

Las narraciones de los pacientes, además de su interés intrínseco, aportan una perspectiva del paciente, por oposición a la de los facultativos, sobre las enfermedades

del sistema nervioso y por tanto aumentan nuestra sensibilidad médica y mejoran nuestra percepción de los aspectos relacionados con la experiencia de la enfermedad, contribuyendo a lo que Kathryn Montgomery Hunter ha denominado “la estructura narrativa del conocimiento médico”¹¹. La importancia epistemológica del relato para la medicina clínica es incuestionable, como demuestra la importancia de los informes de casos clínicos y las series de casos como instrumentos pedagógicos y heurísticos.

Es bien conocido que la descripción narrativa de la enfermedad de pacientes individuales, o caso clínico, evolucionó durante el siglo XIX a la par que la ficción detectivesca, convirtiéndose ambos en ejemplos de investigación de casos^{11,13}. Una elegante descripción de caso clínico es la siguiente: “la construcción retrospectiva de un relato hipotético para desentrañar la relación entre los signos en una cronología admisible”¹¹.

Estos principios siguen dando forma a la producción de textos heurísticos hoy en día. La mayoría de los estudios de casos siguen una estructura lineal estandarizada, una regularidad fija que resulta apropiada para el género narrativo, pero que puede ir en contra de la experiencia vivida, que a veces se sucede de una forma caótica y fragmentada¹⁴.

El médico como escritor

La práctica clínica se construye alrededor de la producción de relatos por parte de los médicos, por lo que no resulta sorprendente que esta situación a veces se extienda a la producción de obra escrita, no sólo de textos médicos sino también de obras literarias.

Algunos ejemplos conocidos de médicos que también se han dedicado a la producción literaria¹⁵ son Anton Chekhov, Sir Arthur Conan Doyle, Oliver Wendell Holmes, Arthur Schnitzler, A.J. Cronin y W. Somerset Maugham. Podría decirse que la forma en la que Conan Doyle caracteriza los métodos de Sherlock Holmes es especialmente “neurológica”, al basarse en los métodos diagnósticos de Joseph Bell, profesor de Doyle en Edimburgo¹⁶. Muchos son los ejemplos de referencias neurológicas en las novelas de Sherlock Holmes¹⁷. Se ha sugerido una analogía entre los métodos de deducción de Holmes y la estructura narrativa del conocimiento médico: “el razonamiento clínico, como el de Sherlock

Holmes, es un [...] proceso dialéctico de descubrimiento y comprensión [...] bien adaptado a la representación narrativa”^{11(p68)}.

Además de estos ejemplos, los grandes de la investigación neurológica y neuroanatómica, como Silas Weir Mitchell y Santiago Ramón y Cajal, también escribieron obras de ficción. En esta línea, la obra del primero de estos autores ha llamado especialmente la atención^{18,19}. Su primera publicación sobre lo que más tarde decidió denominar “miembros fantasmas” (la sensación de la presencia de un brazo o pierna después de ser amputados) apareció en una revista literaria unos cinco años antes de la publicación científica que describía este mismo fenómeno.

Respuestas literarias a la neurología

Los médicos son personajes habituales en las obras literarias²⁰⁻²³, aunque en contadas ocasiones se especifica que son neurólogos. Los médicos y las ideas médicas han sido desde hace tiempo estímulo e inspiración para los escritores creativos, lo que indica una interacción cultural entre la medicina y la literatura creativa. Escritores como H.G. Wells, Robert Louis Stevenson y W. Wilkie Collins usaban hipótesis neurológicas en sus obras^{1(p2)}.

Un ejemplo de este intercambio podría venir de la mano de las posibilidades literarias que ofrecen las investigaciones neurofisiológicas del cerebro. Por eso quizás no resulta llamativo que los autores del amplio género de la “ciencia ficción” se hayan sentido atraídos por las implicaciones tecnológicas de la electroencefalografía (EEG) en el registro y monitorización del sistema nervioso humano. Tanto Philip K. Dick como Ursula K. Le Guin, figuras clave en el campo de la novela de ciencia ficción, han explorado algunas de las implicaciones de la EEG²⁴. El “órgano de ánimos Penfield”, descrito por Dick en su novela de 1968 *¿Sueñan los androides con ovejas eléctricas?* (en la que se inspiró la película de 1982 *Blade Runner*), permitía seleccionar al usuario el estado de ánimo a través de la estimulación artificial del cerebro. Esto es sin duda un guiño a Wilder Penfield (1891-1976), cuyo trabajo (con Herbert Jasper) sobre la estimulación de la corteza cerebral de pacientes epilépticos despiertos durante procesos quirúrgicos le permitió realizar el mapa de las funciones en las diferentes regiones del cerebro.

Conclusiones

Tanto la neurología como la literatura están relacionadas con la narrativa, por lo que se trata de disciplinas afines que pueden beneficiarse del intercambio de ideas. Esta debe considerarse un área de estudio interdisciplinar que trasciende los límites de las categorías profesionales. La práctica clínica en neurología implica la construcción de relatos basados en la narración del paciente, que sirven no solo para emitir el diagnóstico sino también para comprender la patología neurológica. Los textos literarios podrían considerarse como “un índice de reacciones culturales a los conceptos científicos”^{25(p165)}. Volviendo a Anne Stiles,¹ autora con la que comenzamos el artículo, la relación entre la neurología y la literatura no es meramente reflexiva, sino que podría calificarse más precisamente como dialógica o circular^{1(p2)}.

Agradecimientos

A la Dra. Lauren Frataglia por sus comentarios sobre este manuscrito.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Financiación

Este estudio no ha recibido financiación.

Bibliografía

1. Stiles A, ed. *Neurology and literature, 1860-1920*. Basingstoke (RU): Palgrave Macmillan; 2007.
2. Larner AJ. *A dictionary of neurological signs*. 4ª ed. Londres: Springer; 2016.
3. Daniel SL. The patient as text: a model of clinical hermeneutics. *Theor Med*. 1986;7:195-210.
4. Aaslestad P. The patient as text: the role of the narrator in psychiatric notes, 1890-1990. Oxford: Radcliffe Publishing; 2009.
5. Eliot TS. *Complete poems and plays*: T.S. Eliot. Londres: Faber and Faber; 1969.
6. Osborne J. *Looking back: never explain, never apologise*. Londres: Faber and Faber; 1999.
7. Rosetti AO, Bogousslavsky J. Dostoevsky and epilepsy: an attempt to look through the frame. En: Bogousslavsky J, Boller F, eds. *Neurological disorders in famous artists*. Basilea: Karger; 2005. p. 65-75.
8. Larner AJ. Some literary accounts of possible childhood paraplegia and neurorehabilitation. *Dev Neurorehabil*. 2009;12:248-52.
9. Keith L. *Take up thy bed and walk: death, disability and cure in classic fiction for girls*. Londres: Routledge; 2001.
10. Sontag S. *Illness as metaphor*. Nueva York: Farrar, Straus and Giroux; 1978.
11. Hunter KM. *Doctors' stories: the narrative structure of medical knowledge*. Princeton: Princeton University Press; 1991.
12. Larner AJ. Did Charles Dickens describe progressive supranuclear palsy in 1857? *Mov Disord*. 2002;17:832-3.
13. Kempster PA, Lees AJ. Neurology and detective writing. *Pract Neurol*. 2013;13:372-6.
14. Ghadiri-Sani M, Larner AJ. How to write a case report. *Br J Hosp Med*. 2014;75:207-10.
15. Cooper DKC, ed. *Doctors of another calling: physicians who are known best in fields other than medicine*. Newark (EE UU): University of Delaware Press; 2014.
16. Godbee DC. Joseph Bell (1837-1911): a clinician's literary legacy. *J Med Biogr*. 1999;7:166-70.
17. Larner AJ. Neurological literature: Sherlock Holmes and neurology. *Adv Clin Neurosci Rehabil*. 2011;11(1):20-2.
18. Hawgood BJ. Silas Weir Mitchell (1829-1914): toxicologist, neurologist and novelist. *J Med Biogr*. 2000;8:63-70.
19. Satz A. “The conviction of its existence”: Silas Weir Mitchell, phantom limbs and phantom bodies in neurology and spiritualism. En: Salisbury L, Shail A, eds. *Neurology and modernity: a cultural history of nervous systems, 1800-1950*. Basingstoke (RU): Palgrave Macmillan; 2010. p.113-29.
20. Posen S. *The doctor in literature*. Vol. 1, Satisfaction or resentment? Oxford: Radcliffe; 2005.
21. Posen S. *The doctor in literature*. Vol. 2, Private life. Oxford: Radcliffe; 2006.
22. Surawicz B, Jacobson B. *Doctors in fiction: lessons from literature*. Oxford: Radcliffe; 2009.
23. Bogousslavsky J, Dieguez S, eds. *Literary medicine: brain disease and doctors in novels, theater, and film*. Basilea: Karger; 2013.
24. Larner AJ. Neurological literature: neurophysiology. *Adv Clin Neurosci Rehabil*. 2017;16(5):14-15.
25. Matus J. Emergent theories of Victorian mind shock: from war and railway accident to nerves, electricity and emotion. En: Stiles A, ed. *Neurology and literature, 1860-1920*. Basingstoke (RU): Palgrave Macmillan; 2007. p.163-83.