



SUMARIO

TEMA DEL DÍA

PÁGINA

SHARED MIND- *RONALD M. EPSTEIN* 1

PENSAMENT ACTUAL

EL CEREBRO EMOCIONAL- *JOSÉ LÁZARO* 9

DÍGAME LA VERDAD, DR.-*JUAN CARLOS HERNÁNDEZ-CLEMENTE* 22

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

SERENDIPIA -*JESUS SUEIRO JUSTEL* 33

Co-directores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Francesc Borrell (UB)

Jefa de Redacción

Núria Estrach (UAB)

Consejo científico

Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicaran en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

DÍGAME LA VERDAD, DR.

Juan Carlos Hernández-Clemente

Resumen: La comunicación de la verdad a los pacientes ha sido cambiante a lo largo de la Historia de la Medicina, así como ha sido cambiante el propio concepto de verdad. En la relación paternalista estaba justificada la mentira a los pacientes en virtud del principio de no maleficencia. Esta situación, sin embargo, irá cambiando de manera lenta pero continua con el devenir de los siglos. Sobre todo desde el Renacimiento, aunque no será hasta el siglo XIX cuando haya un claro enfrentamiento entre los que mantienen la postura paternalista (partidarios de negar la verdad a los pacientes) y, a quienes hemos llamado autonomistas (partidarios de decirles toda la verdad). Finalmente esta disputa se zanjará en la segunda mitad del siglo XX cuando la comunicación de la información clínica no sólo fue un deber para el médico, sino un derecho del paciente. Así mismo, el concepto de verdad también cambió con el transcurrir de los siglos: con la aparición de la ciencia moderna se pondrán en duda las verdades metafísicas absolutas, imponiéndose progresivamente no la verdad, sino la certeza probabilística como método de conocimiento. En la relación médico-paciente actual, la certeza probabilística deberá sustentarse, además, en la persuasión del médico con el paciente y en la confianza del paciente con el médico.

Palabras clave: Relación médico-paciente, paternalismo médico, ética médica, comunicación clínica, certeza probabilística, persuasión, valor confianza

Abstract: *TELL ME THE TRUTH, DR.*

The communication of truth to patients has been changing throughout the History of Medicine, just as the concept of truth itself has been changing. In the paternalistic relationship the lie was justified to patients by virtue of the principle of non-maleficence. However, this situation, slowly but continuously, will change with the passing of the centuries, especially since the Renaissance. Although it will not be until the nineteenth century when there is a clear confrontation between those who maintain the paternalistic position of denying the truth to patients and whom, we have called autonomists, they were in favor of telling them the whole truth. Finally, this dispute will settle in the second half of the twentieth century when the communication of clinical information is not only a duty for the physician, but a right of the patient. Likewise, the concept of truth will change with the passing of centuries. Absolute metaphysical truths, with the appearance of modern science, will be questioned and science itself will impose, not truth, but probabilistic certainty as a method of knowledge. In the current physician-patient relationship, probabilistic certainty must, also, be based on the physician's persuasion with the patient and on the patient's confidence with the physician.

Keywords: *Physician-patient relationship, medical paternalism, medical ethics, clinical communication, probabilistic certainty, persuasion, confidence value*

Artículo recibido: 18 mayo 2017; **aceptado:** 3 julio 2017.

1. La verdad. Concepción paternalista.

Tradicionalmente ha sido fácil saber si la actitud de un profesional médico era de corte paternalista o autonomista, en función de su punto de vista sobre decir la verdad a los pacientes: toda la verdad, parte de la verdad o decir variable información en función de las diferentes situaciones clínicas o según las características de los diferentes pacientes.

Desde la antigüedad clásica, la falta a la verdad estaba justificada en el contexto paternalista de la relación médico-paciente.

Ya en la *República* de Platón leemos:

Porque, si no nos engañábamos hace un momento y realmente la mentira es algo que, aunque de nada sirve a los dioses, puede ser útil para los hombres a manera de medicamento, está claro que una semejante droga debe quedar reservada a los médicos sin que los particulares puedan tocarla.(1)

Y sigue Platón diciendo:

De modo que si el gobernante sorprende mintiendo en la ciudad a algún Otro de *los que tienen un arte en servicio de todos, ya adivino, ya médico, o ya constructor de viviendas*, le castigará por introducir una práctica tan perniciosa y subversiva en la ciudad como lo sería en una nave.(2)

Observamos aquí una clara justificación de la mentira dentro de una relación paternalista médico-paciente en la cual toda la potestad de la información pertenecía al médico. No obstante desde los textos hipocráticos siempre imperada por el principio ético del "*primum non nocere*", no hacer daño.

Esta situación empieza a cambiar, tímidamente, en el Renacimiento. Rodrigo de Castro en su libro, *Medicus Politicus* se plantea de un modo absolutamente serio:

“Si el médico puede engañar al paciente por el bien de la salud de este”

—una *cuestión muy controvertida*—. Considera que ocultar la verdad no constituye una mentira y, por eso, el médico puede abstenerse de revelar por

Dígame la verdad, Dr.

Juan Carlos Hernández-Clemente

completo la verdad, pero solo si actúa con buena intención, para ayudar al paciente y no lo hace por avaricia [...] Sin embargo, en principio, al paciente “de espíritu fuerte se le debería decir la verdad en el momento oportuno, con delicadeza y sin causarle perjuicio”.(3)

2. La verdad como certeza. La verdad como probabilidad.

Rodrigo de Castro (1546-1627) fue un médico de origen judío y portugués que practicaba la medicina en Hamburgo el mismo siglo en que surge la ciencia y la filosofía moderna, produciéndose en esta última un giro hacia la pregunta por la propia conciencia. Los nuevos descubrimientos científicos que tienen lugar en los años del Renacimiento supusieron un giro radical sobre el concepto de *verdad*. La nueva ciencia obligaba a descartar la existencia de verdades reveladas, que postulaba la teología dominante, y abrir paso a un conocimiento entendido como científico, donde la experiencia y la razón desde entonces asume el rol de guía en nuestras sociedades contemporáneas.

Por supuesto, este proceso de transformación del conocimiento humano también incidió en la medicina. Pero la razón humana, al contrario de Dios, es una garante imperfecta del conocimiento. El conocimiento moderno incorpora el concepto de falibilidad y, en el horizonte, el de incertidumbre. El propio Descartes incorpora *la duda* como método de búsqueda de la verdad. La puesta en cuestión de las verdades absolutas y la comprobación de que todo conocimiento, tomado en un cierto momento histórico como verdad absoluta, puede ser falsado por la propia evolución del conocimiento, obliga al filósofo a introducir la duda sistemática sobre cualquier *verdad* y la deja en estado cautelar durante el tiempo necesario hasta alcanzar la certeza indudable.

Desde el inicio de la ciencia y la filosofía moderna, la medicina –como las otras ciencias- empieza pues a trabajar en condiciones de mayor o menor incertidumbre. Hasta el punto que la toma de decisiones médica llega a regirse por

procedimientos que mitigan, en mayor o menor medida, la incertidumbre, y se abre paso al trabajo médico efectivo dentro de unos márgenes de seguridad. Una seguridad que deberá ser satisfactoria tanto para el profesional como para el usuario, en medicina, para el paciente. La verdad deja así paso al concepto de certeza:

La certeza es el estado subjetivo de seguridad en que se encuentra el sujeto cognoscente respecto de alguno de sus conocimientos. Este estado subjetivo de seguridad se contrapone a los estados de duda, opinión y creencia.(4)

La certeza obedece y da respuesta a un mecanismo psicológico del ser humano que precisa actuar con seguridad: se trata de una búsqueda de seguridades, o al menos cierta seguridad que ayude en la conducta y en la toma de decisiones. La certeza se convierte en la conciencia de una posesión subjetiva del conocimiento. Esto significa que con la certeza el conocimiento en sí no cambia, ni aumenta la verdad ni la objetividad, pero el sujeto sí gana conciencia de la vulnerabilidad respecto al conocimiento. Esa conciencia lo hace más seguro respecto a la satisfacción de su propia experiencia particular con el paciente, y psicológicamente le permite incluso la plena satisfacción.

La certeza se basa en criterios objetivables que la certifican. Clásicamente se han establecido los siguientes criterios de certeza:

- Que proporcione seguridad.
- Que tenga carácter universal para un determinado ámbito de conocimiento.
- Que sea un criterio último para ese ámbito de conocimiento, de lo contrario entraríamos en un proceso *ad infinitum* en la búsqueda de criterios superiores al criterio aplicado.
- El criterio debe ser intersubjetivo, ya que las certezas no han de ser certezas sólo para el cognoscente que las afirma sino para todos los sujetos en una esfera o área particular de conocimientos.(5)

Asimismo en medicina la introducción de los métodos cuantitativos, cuyo razonamiento último es probabilístico, ha supuesto un acercamiento distinto a la verdad, a una verdad igualmente cambiante y siempre inalcanzable en su totalidad, pero que la probabilidad como método, y la estadística como ciencia que la estudia, permite un acercamiento nuevo a la misma. En medicina, sin embargo, hemos de reconocer que a pesar de los grandes avances que se han producido en el terreno científico-experimental y estadístico, siempre trabajamos con un nivel, mayor o menor, de incertidumbre.

Vemos pues, cómo en el terreno científico tendremos que hablar, en la mayoría de las ocasiones, de certezas y de diferentes grados de probabilidad.

3. La verdad: del modelo paternalista al autonomista

Sobre la denominada comunicación de la verdad a los pacientes también se ha producido un cambio muy significativo desde que Rodrigo de Castro se lo plantease, por primera vez, hace ya más de 400 años. Desde entonces prácticamente todo aquel que ha escrito sobre ética médica (hoy conocida como bioética) ha tratado este tema. Percival publicó en 1803 *Medical Ethics; or a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons* en el que comenta sobre la comunicación de la verdad a los pacientes:

Que si los hombres no consideran un agravio el ser engañados, entonces no hay delito en el falso discurso sobre dichas cuestiones [...] este engaño benéfico [escribe] puede reconfortar los espíritus lánguidos de los enfermos.[Y sigue, en situaciones especiales] «sería un error flagrante e insensible revelar la verdad». [Percival admite que:] Se suspende provisionalmente su derecho a la verdad, incluso se aniquila este derecho; debido a la anulación de la naturaleza benéfica de este derecho, sería sumamente perjudicial para él mismo, para su familia y para el público.(6)

Para Percival es posible engañar al paciente sin mancillar el «frágil sentido de la veracidad» al que el médico siempre debe honrar, ya que su lema es procurar el beneficio y no el perjuicio.

Sin lugar a dudas el texto sigue siendo claramente beneficentista (paternalista), sin embargo, en la obra de Percival el paternalismo infantil da paso a lo que Diego Gracia ha denominado paternalismo juvenil, y se ve claramente el cambio que existe en la comunicación de la verdad sobre el diagnóstico y el pronóstico a los pacientes. La actitud de Percival es no comunicar al paciente el diagnóstico o pronóstico cuando éste es relevantemente grave o infausto, sino que sea un familiar o allegado quien se encargue de ello en caso de ser absolutamente necesario. Y el criterio que esgrime es prácticamente el mismo de hoy en día: si la verdad es más perjudicial que beneficiosa para el paciente, esta verdad deviene contraproducente para su enfermedad y el estado general del paciente. Un médico no debería precipitarse en hacer sombríos pronósticos. Dicho de otro modo, Percival introduce el concepto de prudencia en la comunicación del diagnóstico y el pronóstico a los pacientes, más si tenemos en cuenta cómo la verdad se convierte en certeza y esta obedece a la probabilidad.

En el siglo XIX y hasta la primera mitad del XX tendrá lugar una amplia disputa entre los paternalistas y los que creen necesario comunicar a los pacientes toda la verdad (a los que denominamos autonomistas).

En España, Gregorio Marañón en su libro *Vocación y ética y otros ensayos* decía:

Mas si la vida, en general, inclina a la mentira ¡qué no será cuando un sentimiento piadoso nos empuja además a ella, como en el caso del médico! El amigo mío que vivió sin otra preocupación que decir siempre la verdad, solía fulminar sus más atroces anatemas contra los médicos, disimuladores perpetuos de la realidad. Pero claro es que sin ese disimulo, legítimo y santo, para nada servirían los sueros más exactos y las operaciones quirúrgicas más perfectas. Algunas noches, al terminar mi trabajo, he pensado lo que hubiera pasado si a todos los enfermos que habían desfilado por la clínica les hubiera dicho rigurosamente la verdad. No se necesitaría más para componer la pieza más espeluznante del Gran Guñol. El médico, pues, digámoslo heroicamente, debe mentir. Y no solo por

caridad sino por servicio a la salud. ¡Cuántas veces una inexactitud, deliberadamente imbuida en la mente del enfermo, le beneficia más que todas las drogas de la Farmacopea!(7)

Un autor y un texto claramente paternalista aún a la altura de 1947. Sin embargo, en la segunda mitad del siglo XX tendrán lugar dos acontecimientos que harán que la tendencia se invierta y se pase progresivamente a pensar que la comunicación de la información médica (o verdad entendida laxamente) pase de ser un deber modulado por el profesional médico a un derecho exigido por el paciente si así lo cree conveniente.

Uno de estos acontecimientos tiene que ver con la propia evolución científico-técnica de la medicina, el otro con la incorporación de la información médica como uno de los derechos de los pacientes.

El primero de estos acontecimientos tiene que ver con la posibilidad (por primera vez en la historia) que la propia medicina ofrece al paciente de elegir entre diversas técnicas, pruebas diagnósticas, tratamientos varios, posibilidades quirúrgicas, múltiples fármacos... lo cual permite al paciente ser copartícipe del proceso diagnóstico y terapéutico, es más, en muchas ocasiones será necesaria la colaboración explícita del paciente ante diversas técnicas diagnósticas o terapéuticas. Pero quizás, sea el segundo acontecimiento el que más peso ha tenido en la tendencia a comunicar la verdad a los pacientes. Este hecho tiene que ver con lo que podríamos llamar, parafraseando a Kant, la asunción de la mayoría de edad de los pacientes para conocer y, por tanto, aprobar o desaprobado todo aquello que vaya a tener lugar en su cuerpo o con su cuerpo, incluso su proceso de salud y enfermedad o su proceso diagnóstico y terapéutico. Será el paciente quien, si así lo desea, sea el destinatario y a su vez propietario de toda la información médica que le concierna directamente. Este derecho a la información médica por parte de los pacientes quedó plasmado en la jurisprudencia norteamericana en el caso de Berkey contra Anderson (1969) en el tribunal de Los Ángeles. En este caso Bernard Berkey se sometió a una mielografía por molestias cervicales. A la pregunta del paciente

Dígame la verdad, Dr.

Juan Carlos Hernández-Clemente

sobre si se asemejaba la prueba a una electromiografía (a la que ya se había sometido), el Dr. Anderson describió el procedimiento diciéndole que provocaba algunas molestias pues se debía tumbar en una cama fría que se iría moviendo en diferentes direcciones. El doctor Rickenberg le informó que le iba a dar algunos pequeños pinchazos superficiales en la región lumbar a fin de anestesiarse la zona. Tras ellos, sintió un dolor tremendo, profundísimo e insoportable que inmediatamente se le propagó al costado y pierna izquierda. Al manifestar su dolor, el médico le aseguró que se le desaparecería en 24h. A pesar de lo cual, la impotencia del miembro persistía varias semanas después diagnosticándosele de «pie caído». Tras la demanda del paciente a ambos doctores la sentencia dictaminó:

La relación entre médico y paciente es fiduciaria y como todas las relaciones de esta índole, impone un deber de revelación completa. Si al demandante se le dijo que una mielografía era algo por lo que no había de preocuparse y que lo más molesto de ella era estar en una mesa fría que se inclinaba, el jurado podría haber llegado a la conclusión de que, dados los hechos dicha afirmación fue verdaderamente engañosa. La técnica esquematizada por los doctores suponía mucho más, tanto en riesgos como en molestias. Si el doctor Anderson hubiera prescrito la mielografía del paciente sin consentimiento de su paciente hubiéramos estado ante un delito de *coacción*; si, por el contrario, obtuvo su consentimiento, aunque con información insuficiente, entonces el delito es de negligencia. La negligencia en la información es tan grave como la negligencia en la acción, y obliga al demandado reparar los daños sufridos por el demandante, ya sean estos consecuencia de una negligencia técnica posterior o no. (8)

Podemos decir que este caso supone el fin del recorrido realizado desde la concepción paternalista (en la cual la información médica era potestad del médico, el cual modulaba la cantidad y la calidad que ofrecía al paciente en virtud de su deber profesional) a la situación autonomista (en la cual la información médica pasa a ser

un derecho del paciente, quien será el que module -conjuntamente con el médico- la cantidad y calidad que desea recibir sobre su proceso de enfermedad).

4. Situación actual. La verdad como confianza.

Hoy la situación sigue siendo intermedia y la palabra verdad en la relación médico-paciente equivale, no al concepto científico de certeza o al metafísico de verdad absoluta, sino al valor de confianza entre médico y paciente. A la pregunta ¿es eso verdad, doctor? Se espera, ante todo, por parte del médico no perder la confianza del paciente. Aunque la información que se esté dando sea parcial en un intento de gestionar la cantidad y calidad de la información en virtud del principio de no maleficencia y, sobre todo, si conocemos la personalidad, carácter, temperamento del paciente con el cual hablamos.

Será en la comunicación clínica, dentro de la entrevista, donde se vayan dando pistas comunicativas (verbales y no verbales) por parte del médico y del paciente, así como de alguno de sus familiares si están presentes, para saber qué grado de información, en ese momento, están dispuestos o desean recibir. En el paciente son muchos los aspectos verbales, y no verbales, que permiten valorar la información que debemos ofrecer al paciente ante situaciones complejas, las cuales, no lo olvidemos, están sujetas en muchas ocasiones a diversos niveles de probabilidad de ocurrencia.

En esta parte de la relación médica tendremos en cuenta el conocimiento científico, pero será nuestra capacidad de entender la medicina también como arte donde encontremos el espacio comunicativo necesario para gestionar la información que el paciente desea ir recibiendo. No olvidemos pues, si así lo desea, el derecho del paciente a recibir toda la información clínica que le afecta, pero tampoco el derecho a no recibirla si así nos lo hace saber. Lo que nos permite/obliga a los profesionales a buscar el equilibrio exacto de información que el paciente desea y precisa recibir.

Dígame la verdad, Dr.

Juan Carlos Hernández-Clemente

Curiosamente, advertimos una paradoja: en la época de mayor conocimiento científico, la *verdad* en la comunicación clínica se asemeja sobre todo al valor confianza entre médico y paciente. Algo que, por otra parte, ya nos dice la corriente filosófica del pensamiento débil:

Que lo verdadero no posee una naturaleza metafísica o lógica sino retórica. Lo importante es que esta verdad retórica solo se sustenta sobre una base ética cuyo pilar principal es la confianza que se haya establecido en la relación interpersonal.(9)

En nuestro caso entre médico y paciente. La verdad actual en medicina será, por tanto, un devenir procesual de la razón dialógica con el paciente que se producirá únicamente como resultado de concretas operaciones de persuasión. Algo que por otra parte advertimos en *El Sofista*, donde Platón ya nos marca el camino o método para alcanzar nuestros objetivos, es decir, alcanzar la verdad. Nos dice:

Pero la técnica judicial, la técnica de la oratoria, la técnica de la conversación todo este conjunto de nuevo en uno solo, lo denominaremos únicamente “técnica de la persuasión“.(10)

La persuasión y la confianza serán los dos elementos imprescindibles para que el paciente acepte nuestra información como *verdad*.

Juan Carlos Hernández-Clemente

Médico de Familia.
Profesor asociado de Humanidades Médicas y Bioética clínica
Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría
Universidad Autónoma de Madrid.

Bibliografía

- (1) Platón, *La república*; Madrid: alianza editorial, 2008. p. 175 (389b).
- (2) *Ibidem*, p. 176 (389d).
- (3) Jonsen A., *Breve historia de la ética médica*; Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2011. p. 139.

- (4) Rábade S., *Teoría del conocimiento*; Madrid: Akal, 2002, p. 138.
- (5) *Ibíd.*, pp. 141-2.
- (6) Jonsen A., *Breve historia de la ética médica*; Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2011. pp. 158-9.
- (7) Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos*; 3ª edición. Madrid: Espasa Calpe, 1947. p. 110-1.
- (8) Gracia D. *Fundamentos de bioética*; Madrid: Triacastela, 2007. pp. 168-9.
- (9) Vattimo G y Rovatti P. (Eds.) *El pensamiento débil*; Madrid: Ediciones Cátedra, 2006. pp. 38-9.
- (10) Platón, *El sofista*; Madrid: Alianza Editorial, 2010. p. 138 (243a, 243b).

Cómo citar este artículo:

Hernández-Clemente, J.C., "Dígame la verdad, Dr.", *Folia Humanística*, 2017 (6):22-32. Doi: <http://> (pendiente)

© 2017 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.