

de abuso pueden tener sobre la moralidad a través de sus efectos sobre la cognición, la conducta o la emoción, pero su análisis pormenorizado lo centran exclusivamente en tres grupos de fármacos.

Efectos de los betabloqueantes sobre la conducta moral.

El primer betabloqueante objeto de su análisis es el propanolol, originalmente antihipertensivo pero que también es eficaz en el tratamiento del temblor y que se usa en la profilaxis de la migraña y en la ansiedad social. Desde finales de los años 70 se ha empleado para la modificación de conductas violentas o agresivas en diversos colectivos (daño cerebral, discapacidad intelectual, demencia). También se ha ensayado en el trastorno por estrés postraumático (TEPT), por sus efectos de bloqueo de los efectos de la adrenalina en los procesos de consolidación de la memoria. *La hipótesis es que administrar propanolol inmediatamente después de sufrir un acontecimiento traumático prevendría el desarrollo de un TEPT evitando que el recuerdo de la experiencia y de la emoción asociada se consolide.*

Para los autores, si el TEPT se debe a una excesiva consolidación de la memoria, el uso de propanolol podría generar el problema opuesto: *una insuficiente consolidación*. De esta manera se vería alterado también algo fundamental para nuestra identidad, que se asienta en una narrativa que depende de la memoria. Se ha llegado a decir que el propanolol ocasionaría una situación de auténtica mendacidad (sic) o falsedad: aunque los sujetos recuerden el acontecimiento, al estar inoculados contra su impacto emocional, vivirán como si los acontecimientos traumáticos no hubieran ocurrido.

Al margen de sus usos experimentales, el problema principal sería cuál es el efecto que el propanolol está produciendo en su extensivo uso habitual, que viene produciéndose desde hace décadas, y por el impacto que podrían tener otros betabloqueantes más recientes que lo han ido sustituyendo. Algunos curiosos experimentos han mostrado que las personas bajo los efectos del propanolol sufren un *“sesgo conservador”*, es decir *muestran más aversión por el riesgo*. Este efecto

podría afectar su comportamiento en su vida cotidiana, por ejemplo en su comportamiento como testigos de delitos e identificación de los posibles culpables (algo que por otro lado les haría más fiables, dado que la mayoría de los errores en condenas se basan en las declaraciones de testigos visuales). Más complejo es, sin embargo, su efecto sobre cuestiones más puramente morales. Los autores se apoyan en el elemento visceral de algunas reacciones morales, que autores como Haidt han conseguido vincular con una emoción básica como el asco y que podrían entenderse a partir de la hipótesis del marcador somático, de Damasio, según la cual *los estados somáticos (o su representación neural) influyen en los procesos de toma de decisiones y en nuestro razonamiento*. Desde ese punto de vista, el hecho de que los betabloqueantes reduzcan el efecto de la adrenalina y noradrenalina sobre la amígdala, una estructura cerebral que se supone relevante para los marcadores somáticos. De esta manera, el propranolol *podría producir un aplanamiento de las respuestas emocionales y, con ello, de los juicios morales de ellas derivados*. Los autores, de hecho, informan de que han podido verificar esta hipótesis en sus investigaciones.

Otro posible efecto moral del propranolol sería la mitigación del miedo ante extraños, por su citada acción inhibitoria a nivel de la amígdala, una estructura cerebral que participa en el miedo como respuesta emocional. Los autores han comprobado, de hecho, que una sola dosis de 40 mg de propranolol produjo una reducción del sesgo implícito racial; es decir: redujo la prevención, el miedo y el rechazo frente a personas de otras razas.

Los antidepresivos y sus efectos sobre la cooperación.

El segundo bloque al que dedica su análisis el grupo de Levy es el de los antidepresivos ISRS, sobre los que apuntan datos en la línea de los comunicados por Crockett. A nivel experimental, los ISRS son también capaces de potenciar la conducta social afiliativa, es decir, de potenciar la cooperación. Dado que la depleción de triptófano, precursor de la serotonina, parece asociarse a una menor tolerancia ante acuerdos y repartos injustos, los autores conjeturan si la terapia con

ISRS provocará exactamente el efecto contrario. En este sentido, desde la perspectiva clínica, aunque se sabe que [pueden a veces asociarse a conductas violentas](#), el tratamiento con ISRS se asocia a una reducción de la agresividad y de la impulsividad.

Sin olvidarnos de un clásico: la oxitocina.

Por último, Levy y colaboradores se centran en la oxitocina, la llamada hormona de la empatía, que viene ensayándose para potenciar las habilidades y la cognición sociales de personas con autismo o esquizofrenia. Aunque su uso farmacológico más obvio, como potenciador de las contracciones uterinas, no parece tener repercusiones emocionales relevantes, ya que aplicada sistémicamente, no atraviesa la barrera hematoencefálica, su administración transnasal o el efecto de otros medicamentos que incrementan sus niveles cerebrales (anovulatorios, glucocorticoides) sí podrían potenciar la acción prosocial de la oxitocina endógena, con sus consiguientes repercusiones morales.

Los resultados de experimentos con juegos de interacción, la administración de oxitocina podría dar lugar a un incremento de la confianza en otras personas, incluso desconocidas y, a la inversa, también podría potenciar los comportamientos dignos de confianza. Ahora bien, esa confianza, esa empatía inducida por la oxitocina tiene el importante matiz de que se dirige a personas del intragrupo, es decir, no es indiferenciada, sino que se dirige hacia los más cercanos, de modo que la defensa de los intereses de las personas más próximas inducida por la oxitocina puede convertirse en actuaciones abiertamente contrarias a los sujetos ajenos al grupo si pudieran tener (o pudiera creerse que tienen) inclinaciones o conductas que perjudiquen a familiares o allegados.

Otros fármacos de acción dopaminérgica.

Por completar el tema, y para alinearlo con los hallazgos de Crockett, habrá que hablar de los fármacos de acción dopaminérgica, aunque Levy y colaboradores no se detengan en ellos. Es sabido que en pacientes con Parkinson que son

tratados con medicamentos agonistas de la dopamina se observan conductas impulsivas como [juego y compras patológicas, e hipersexualidad](#) que puede dar lugar a comportamientos agresivos y que en ausencia de este condicionante neuropatológico y neurofarmacológico se juzgarían inmorales. De forma complementaria, [un estudio realizado en Suecia](#) hace unos años con datos de 82.647 pacientes en tratamiento con estabilizadores del humor (un grupo muy heterogéneo como para extraer conclusiones) y antipsicóticos (antagonistas dopaminérgicos) observó que reducción de delitos del 24 y 45%, respectivamente, cuando los sujetos estaban en tratamiento farmacológico. Aplicando análisis más detallados que consideraban variables como cualquier tipo de delito, delito relacionado con drogas, delito leve y arresto violento, se mantenía una reducción de los delitos entre el 22 y el 29% en los que tomaron antipsicóticos, y dicha reducción era más notable en los que tomaban dosis altas o los recibían en formulaciones de acción prolongada.

Algunas conclusiones provisionales.

¿Cómo sintetizar toda esta información? Levy y colaboradores contemplan lo que podrían ser consecuencias positivas y negativas del modelado moral por parte de los fármacos. Y ciertamente, todo puede llevar a conclusiones opuestas o, al menos, esa parece ser la visión de los autores. Reducir el temor al extraño con propranolol puede ser bueno porque estimulará la cooperación y reducirá los enfrentamientos, pero también puede rebajar el nivel de cautela y redundar en consecuencias negativas si ese extraño tiene intenciones aviesas. Que los ISRS reduzcan la propensión a causar daño a otras personas, a priori, solo puede despertar elogios y parabienes, pero sería contraproducente en un sistema social en el que se prevé que quien tenga comportamientos delictivos sea castigado, como contraproducente sería un exceso de confianza inducido por estos fármacos en un mundo real en el que abundan las personas que podrían beneficiarse de ello. Y de la oxitocina ya ha quedado dicho que su efecto empatizante y prosocial parece circunscribirse al grupo propio, por lo que una potenciación de su actividad podría

redundar en violencia hacia otros grupos; en esa línea, fenómenos como el genocidio o el terrorismo podrían verse potenciados por la oxitocina (o, alternativamente, que quienes practican estas conductas animados por un sentimiento de grupo, están inflados de oxitocina).

Levy y colaboradores alertan además sobre el experimento fármaco-moral que puede estar llevándose a cabo en los millones de personas que toman propranolol (o betabloqueantes en general), o ISRS, o fármacos que pueden potenciar la oxitocina. La tentación es aceptar su planteamiento y pensar, por ejemplo, que la progresiva reducción de la violencia en el ser humano, glosada por Pinker, bien podría tener que ver, al menos en la última centuria, con el uso intensivo de medicamentos que de directa o indirectamente influyen en nuestra conducta y moralidad. Es más: teniendo en cuenta el grave problema de la farmacocontaminación, que incorpora trazas de medicamentos a través del agua a nuestra alimentación, a la larga toda la población está expuesta a una sopa de fármacos y todos podríamos estar, sin quererlo, viéndonos sometidos a la acción de betabloqueantes, ISRS y productos que ponen a nuestra oxitocina a cien. Pero no deja de ser un razonamiento sesgado, toda vez que los propios autores alertan de que los efectos que a primera vista pueden parecer beneficiosos desde el punto moral pueden ser perjudiciales en un análisis más amplio. Por otra parte, habría que matizar mucho las conclusiones de los autores. Por ejemplo, el propranolol no es desde luego el betabloqueante más utilizado en nuestros días como antihipertensivo, y otros que sí tienen un papel importante en el tratamiento de la hipertensión se caracterizan por una menor liposolubilidad y un paso al SNC menos acusado que el propranolol, por lo que el efecto real de la familia a nivel poblacional será escaso. Pero es verdad que podría contraargumentarse recordando que el nadolol, un betabloqueante hidrosoluble recientemente desaparecido de nuestro mercado, obtiene reducciones en comportamientos agresivos, algo que se ha querido explicar *à la Damasio* proponiendo que este producto modificaría el efecto del exceso de adrenalina, reduciendo las “señales de crisis” adrenérgicas que envía el cuerpo al cerebro.

Sin embargo pongamos un contrapunto crítico.

Pero hay que recordar que los experimentos en los que los fármacos seleccionados por los autores han cambiado dimensiones cognitivas, emocionales o conductuales relacionadas con la moralidad, tienen en común que se han realizado tras tomas agudas, limitadas y puntuales de medicación. Al trasladar estas experiencias a la terapéutica, que salvo para el caso del uso de propranolol para la ansiedad situacional, es continuada, se pasa por alto un fenómeno importante, que es el de la sensibilización de receptores, con el que se han explicado durante años las adicciones o la posibilidad de que el tratamiento prolongado con antipsicóticos provoque psicosis. El tratamiento crónico con propranolol o con ISRS, desde esta perspectiva, perderían su influencia sobre la moral. También hay considerar hasta qué punto el análisis es completo: ¿a cuántos fármacos no les podríamos encontrar un fundamento para razonar que actúan sobre la moralidad? Al margen de los psicofármacos, sabemos que hay antibióticos (minociclina), antiinflamatorios, hipouricemiantes (alopurinol), e incluso mucolíticos (acetilcisteína) con acciones tan notorias sobre la transmisión nerviosa que se han probado en diversas indicaciones terapéuticas en Psicofarmacología. ¿Por qué no buscar la confirmación experimental de que los gotosos tratados con alupurinol podrían tener juicios morales más objetivos, si resulta que es un producto que parece mejorar la psicosis? ¿O a qué esperamos para verificar en el laboratorio psicológico que tener mocos es bueno para la moral porque al tratarlos con acetil-cisteína conseguimos que tomen un producto que se ha ensayado con éxito en adicciones, problemas estos que conllevan una inevitable espiral de egocentrismo? Por último, se echa en falta alguna consideración al efecto que sobre la moralidad tendría, el día en que llegue a comercializarse, un grupo de medicamentos, los llamados “[serénicos](#)”, que se concibieron como idóneos para el manejo de la agresividad.

La impresión que queda después de leer a Levy y sus coautores es que su planteamiento es un interesante ejercicio teórico, con poco recorrido, y que sirve sobre todo para plantearse una distopía al estilo de lo que sugiere la cita

introductoria de Stanisław Lem. En esa línea podemos plantearnos si una intervención para modelar (manipular) farmacológicamente la moralidad podría tener lugar a nivel individual o poblacional. Supongamos que queremos que alguien sea confiado pero no demasiado: habrá que darle la dosis justa de ISRS. O que busquemos potenciar la empatía: habrá que darle oxitocina exógena (o corticoides, para potenciar la endógena), pero como potenciaremos solo la empatía intragrupo, para evitar fenómenos colaterales como el racismo o el genocidio, tendremos dos alternativas: o bien educamos a la gente y cambiamos la sociedad y la cultura para que consideremos que nuestro grupo es todo el género humano, sin distinción de razas, credos o clases, lo que requiere cierto tiempo y esfuerzo, o tiramos por la vía de la compensación farmacológica y complementamos su pauta con propranolol para anular el sesgo implícito. A nivel poblacional uno podría fantasear con además de clorar y fluorar las aguas, enriquecerlas con fármacos que potencien la oxitocina, y con propranolol y con ISRS, y si hace falta y por si acaso, un poco de eltoprazina, el serénico que hizo más nombre. Es una perspectiva inquietante, no solo por lo que tiene de distópico, sino porque con tanto tropiezo seguro que además de la moralidad de la población se veían afectadas las propiedades físico – químicas del agua y acabaríamos usando cuchillo y tenedor para tomarla.

Juan Medrano

Bilbao

Bibliografía

Crockett MJ, Siegel JZ, Kurth-Nelson Z, et al. [Dissociable Effects of Serotonin and Dopamine on the Valuation of Harm in Moral Decision Making](#). Curr Biol 2015; 25: 1852-9

Fazel S, Zetterqvist J, Larsson H, et al. [Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime](#). Lancet 2014; 384: 1206-14.

Healy D, Herxheimer A, Menkes DB. [Antidepressants and Violence: Problems at the Interface of Medicine and Law](#). PLoS Med 2006; 3(9): e372.

Levy N, Douglas T, Kahane G, et al. [Are You Morally Modified?: The Moral Effects of Widely Used Pharmaceuticals](#). *Philos Psychiatr Psychol* 2014; 21: 111-125.

Olivier B, Rasmussen D, Raghoobar M, Mos J. [Ethopharmacology: a creative approach to identification and characterisation of novel psychotropics](#). *Drug Metabol Drug Interact* 1990; 8: 11-29

Pinker S. *Los ángeles que llevamos dentro*. Barcelona: Paidós, 2012

Ratey JJ, Sorgi P, O'Driscoll GA, et al. [Nadolol to treat aggression and psychiatric symptomatology in chronic psychiatric inpatients: a double-blind, placebo-controlled study](#). *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 41-46.

Cómo citar este artículo:

Medrano, J., "Sobre los efectos morales de los fármacos", en *Folia Humaníst*; 2016; 3: 17-26. Doi: [http://](#) (pendiente)

© 2015 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

LA CERTEZA DIAGNÓSTICA. EL DIFÍCIL CAMINO QUE NOS LLEVA A COMPRENDER EL CONCEPTO DE PROBABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA¹

Francesc Borrell-Carrió & J Hernández-Clemente

Resumen: El propósito de este artículo es profundizar en cómo tomamos decisiones clínicas satisfactorias ante escenarios de incertidumbre. En la práctica clínica aplicamos reglas de decisión para estimar grados de certeza y adecuar nuestra conducta. La certeza es un "saber qué hacer" frente a la perplejidad o la duda, con un componente epistémico y otro emocional. El saber experto es un saber basado en criterios que se estructuran de manera probabilística para minimizar el riesgo. La mayor parte de situaciones clínicas finalizan con un cálculo de beneficios concreto para esta situación clínica y este paciente, un cálculo que requiere esfuerzo cognitivo. Identificamos diversas estrategias para simplificar este esfuerzo, conducentes a mayores tasas de errores diagnósticos, y defendemos que demorar el diagnóstico, (darnos tiempo) es una de las habilidades fundamentales del buen clínico.

Palabras clave: Regla de decisión; certeza; criterios diagnósticos; método heurístico.

Abstract: *DIAGNOSTIC CERTAINTY. THE DIFFICULT PATH THAT LEADS US TO UNDERSTAND THE CONCEPT OF PROBABILITY IN CLINICAL PRACTICE.*²

The purpose of this article is to examine how we make decisions in problematic scenarios. In clinical practice we apply decision rules to estimate degrees of certainty and adapt our behavior. Certainty is a "what to do" in front of perplexity or doubt, with both epistemic and emotional component. The expert knowledge is a knowledge based on criteria that are structured in a probabilistic manner to minimize risk. Most clinical situations end with a concrete risk calculation for this clinical situation and this concrete patient, a calculation requiring cognitive effort. We identified several strategies to simplify this effort, which lead us to higher rates of misdiagnosis, concluding that to delay diagnostics, giving us more time to think, is one of the fundamental skills of a good clinician.

Keywords: Decision rule; certainty; diagnostic criteria; heuristic method.

Artículo recibido: 28 marzo 2016; **aceptado:** 20 mayo 2016.

¹ Este trabajo forma parte de los estudios de la red consolidada de investigación reconocida por la Generalitat de Catalunya como "Grup d'Estudis Humanístics de Ciència i Tecnologia" (GEHUCT) ("Humanistic Studies on Science and Technology").

² This work is part of the consolidated network, recognized by the Generalitat of Catalonia as "Grup d'Estudis Humanístics de Ciència i Tecnologia" (GEHUCT) ("Humanistic Studies on Science and Technology").

1. Introducción

Una paciente de 60 años se presenta en nuestra consulta con una lesión dérmica en párpado derecho tratada con una crema de corticoides. Hace un par de días le diagnosticaron que dicha lesión era por picadura de mosquito y le prescribieron la crema... “pero en lugar de ir a mejor está empeorando”, nos refiere. En pleno invierno no resulta obvio que se trate de una picadura de mosquito, por lo que inspeccionamos la lesión observando: algo parecido a vesículas sobre un párpado hinchado. El médico no sabe qué pensar, decide consultar un Atlas de lesiones dérmicas, y, sin relación con las imágenes que observa, se le ilumina la cara: “esta señora tiene un herpes simple y está empeorando por el corticoide”. Todo parece encajar, pero surge una duda... ¿sería más seguro dar un tratamiento antivírico oral o tópico? Como no obtiene una respuesta clara en su búsqueda por Internet opta por un tratamiento oral y local.

Dentro de la *Teoría de la Medicina* una de las preguntas que sigue sin resolverse es cómo tomamos decisiones ante situaciones clínicas complejas. En un artículo previo¹ aludíamos a una suerte de “escenarios” clínicos que el profesional almacenaba -*encapsulaba*- y que le servían para establecer comparaciones con los casos que se le presentan. En ocasiones, como en el ejemplo, el médico tarda varios minutos en encontrar el escenario que se ajusta al caso problema. Sin embargo, por lo general la identificación es inmediata. Otras veces no hay tal identificación, y tiene que echar mano de complejos algoritmos de decisión y pruebas complementarias.

La identificación de un cuadro clínico puede ser trivial. Pocos médicos dudarían ante unas lesiones de acné en un adolescente. Otras veces la complejidad emerge como por arte de magia.... “¿y si esta neumonía estuviera provocada por una compresión tumoral?”. Ello nos trae a colación una pregunta tan elemental como intrigante: ¿qué nos hace estar tan seguros de un diagnóstico y qué nos hace dudar? La respuesta que defenderemos en este artículo es la siguiente:

1) La certeza interior del médico es un estado subjetivo originado a partir de la experiencia clínica y que, por desgracia, está alejada de una estimación probabilística. Sólo con los años y en los profesionales que están dispuestos a aprender de sus errores, esta certeza poco a poco “se educa” y de manera gradual se ajusta a un cálculo de probabilidades.

2) En consecuencia cuando el médico diagnostica una entidad suele creer, sin amago de duda, que el paciente *tiene* dicha entidad, aunque haya estudiado y comprenda la teoría de probabilidades. Ello se pone de manifiesto por la negación que suele hacer de signos o síntomas que apuntan hacia otras entidades. ¿Cuándo diagnostica de verdad en términos probabilísticos? Cuando busca activamente signos o síntomas capaces de desmentir su brillante diagnóstico. Eso lo logra el médico cuando interioriza que puede equivocarse (y se percata de sus errores).

3) El médico aplica reglas de decisión tanto para estimar su grado de certeza como para adecuar su conducta. Hablaremos de dos tipos fundamentales de reglas de decisión: a) *criterios* para definir la realidad y b) *heurísticos* para guiar su conducta.

4) Las emociones interfieren en la estimación de certeza, (hay personas que no toleran la ambigüedad), y en la tolerancia o disposición al esfuerzo, (hay que tener paciencia hasta para reabrir un caso que creíamos diagnosticado y cerrado).

5) El médico que finalmente interioriza (no sin esfuerzo) la actividad diagnóstica como actividad probabilística, está en permanente tensión con un paciente que exige seguridad diagnóstica. Este paciente preferirá un médico dogmático a un médico escéptico, y favorecerá a los primeros frente a los segundos. Esta tendencia sólo puede contrarrestarse con una exquisita formación del médico “escéptico” en técnicas de comunicación, (y así darle posibilidades de competir con el médico dogmático).

2. La certeza

Definimos certeza del siguiente modo²:

“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” (4-5)

La certeza es un “saber qué hacer” frente a la perplejidad o la duda, y tiene un componente epistémico y otro emocional: sabemos algo y *sentimos* que sirve para actuar. Por desgracia nuestra naturaleza menesterosa (en expresión de Julián Marías), *nos lleva a sobrevalorar el componente de seguridad, al punto de minusvalorar el componente de verosimilitud que pueda tener la creencia*. No queremos tanto conocer la verdad *como sabernos poseedores de la verdad*. Esta seguridad en lo creído suele representarse como satisfacción, (recordemos que Descartes, de manera similar, hablaba de *claridad o nitidez* de un concepto para admitirlo como cierto³).

Charles Peirce afirmaba *que tenemos creencias como mecanismo psicológico para cancelar las dudas*⁴. Wagensberg⁵ apuntaba en la misma línea que debemos ser *más creedores que creyentes*, inventando esta nueva palabra (creedor) para un estado en que podemos mantener una “verdad” de manera *transitoria y, sobre todo, probabilística*. ¿Resulta posible para un médico ser creedor de sus diagnósticos? Lo abordaremos enseguida, pero antes resulta necesario analizar cómo se produce la certeza diagnóstica.

3 Modelos de perfección.

El salto de la duda a la certeza, por inmediato que parezca, siempre se produce por un análisis perceptivo, una comparación de la realidad con ciertos modelos “ideales” de enfermedad. Cuando un aprendiz observa varios herpes zóster con otro médico que le sirve de mentor, captura aspectos de lectura básica de lesiones (vesícula, eritema, pápula, etc.), como también aspectos contextuales, (edad, distribución, queja del paciente...). A partir de estas observaciones dirigidas

por un método (lectura de lesiones elementales), *construye un modelo de enfermedad idealizado*. A mayor experiencia clínica, más excepciones al modelo idealizado y, también a veces, más dudas sobre las fronteras de lo que es o no es dicha entidad gnoseológica.

Se produce de este modo una maduración del clínico que lleva a resultados muy diferentes, según trabaje en equipo y disponga de un buen amueblamiento conceptual. Por un lado tendríamos un médico solitario, que con los años diluye las fronteras de las enfermedades y “por si acaso” realiza pruebas terapéuticas “de perdigonada”. Ejemplo: puede que prescriba neurolépticos a algunos pacientes depresivos con mala evolución solo porque ha visto que a veces mejoran. Por otro lado tenemos un médico *que encaja las experiencias clínicas excepcionales con nuevos criterios*. En el ejemplo anterior, el proceder del médico sería ampliar el concepto de enfermo depresivo con el de depresión con componente psicótico.

Aunque el resultado ocasionalmente pudiera ser similar para ambos médicos, lo cierto es que el primer médico vive en la incerteza, mientras que el segundo posee una incomparable seguridad. El saber experto es por consiguiente *saber basado en criterios estructurados*, y solo puede existir *mediante una interrogación constante y personal de lo que “yo no alcanzo a ver con claridad” y parece que otros (mis colegas) sí ven con claridad*. El médico de personalidad muy independiente tendrá dificultades para realizar esta comparación de su percepción con la de otros, porque se precisa una *actitud de interdependencia* para aprender. La certeza hoy en día solo se alcanza en un *diálogo entre mi yo y la comunidad científica*. Por otro lado el médico dependiente y que actúa por mera imitación no llegará a integrar con plena profundidad dichos criterios de actuación.

4 **¿Creedores o creyentes?**

La práctica clínica es en buena parte un ejercicio de certeza y predicción. En ocasiones los médicos tenemos que aparentar una seguridad que en realidad no tenemos. El médico de familia, sobre todo, tiene que poner nombre a síntomas variopintos, sin estos obedecer necesariamente a una entidad nosológica. Y, por un

efecto de persuasión circular, el médico podría acabar creyendo en el diagnóstico tentativo que ofrece al paciente, *consecuencia de la misma seguridad con la cual tiene que defenderlo*.

A este efecto de persuasión circular debemos sumar lo que llamamos *efecto pragmático de una creencia*. No creemos en un diagnóstico sólo porque de manera positiva tengamos datos que lo avalen. En ocasiones también creemos en este diagnóstico *porque no tenemos otra mejor alternativa*, o porque es la alternativa *con mejor utilidad*. En tales casos aplicamos la regla que enunciara Descartes: en ausencia de una creencia segura seguiremos la más probable “con no menor constancia que si hubiera sido muy segura”³. Este principio es pragmático porque obedece a un cálculo de máxima utilidad: si estamos perdidos en un bosque, haremos bien en escoger un camino y seguirlo con decisión (el ejemplo también es de Descartes).

Efecto circular y efecto pragmático nos hacen ser creyentes -que no creedores- de nuestras hipótesis diagnósticas. Preferimos avanzar por el bosque, creyendo a pies juntillas que el camino elegido por azar es el correcto, mucho más si lo publicitamos al paciente. Acabamos por creer que el camino no ha sido elegido por azar, o porque no había otro, sino porque teníamos razones de peso. Además, como por lo general la naturaleza del trastorno es benigna y auto-limitada, tomamos la evolución del caso como prueba de cargo a nuestro favor.

Un ejemplo de lo que decimos se produce en pediatría con el tratamiento de las otitis, para las que en general no estaría indicado prescribir antibióticos⁶. Sin embargo, un elevado porcentaje de pediatras “siente” que debe prescribirlos en base a su experiencia (efecto pragmático), y la evolución benigna del cuadro les reafirma para posteriores decisiones, (“lo acerté”). Las Guías Clínicas Basadas en Evidencias sólo pueden revertir este tipo de inercias si ofrecen estrategias de comunicación con el paciente que proporcionen seguridad a ambos agentes, (al médico y en este caso al padre/madre). Para el caso de las otitis se ha propuesto la prescripción antibiótica condicionada a la evolución del cuadro clínico⁷. Una

estrategia de comunicación de este tipo rompería lo que hemos llamado efecto de persuasión circular, y hay evidencias de que en efecto eso sucede⁸.

5 Criterios y heurísticos

Kahneman y Croskerry coinciden en la existencia de dos sistemas en la toma de decisiones: un Sistema rápido (intuitivo) y otro Sistema lento (o analítico)^{9,10}. Sackett, por otro lado, definió una toma de decisiones clínica “de reconocimiento inmediato”, otra “hipotético –deductiva”, y finalmente otra “basada en algoritmos”¹¹. Nosotros pensamos que estas clasificaciones derivan de la percepción subjetiva del médico en el acto de decidir, *pero no obedecen a un modelo de decisión que dé cuenta de los mecanismos íntimos implicados en dicho acto*.

Desde nuestro punto de vista, las decisiones se producen, en primer lugar, *porque identificamos un motivo de decisión* y, sobre este motivo, aplicamos reglas. La más obvia es reconocer una situación como familiar y aplicar la conducta que hemos aprendido para esta situación. A esta regla la llamamos *heurístico de reconocimiento*. Ahora bien el saber experto es un saber que no se conforma con un simple reconocimiento intuitivo y rápido, sino que aplica criterios para estar seguro de que la situación “A” es igual al diagnóstico “X”. El estudiante aprende a leer una radiografía de tórax aplicando diferentes criterios. Sólo aislando “hechos” llegamos a la conclusión de que esta radiografía “es normal”. Solo aislando datos semiológicos llegamos a la conclusión de que el paciente “cumple criterios de Esclerosis Múltiple”.

El reconocimiento rápido de una radiografía “normal” se produce tras largos ejercicios pormenorizados de lectura, y podríamos calificarlo a la ligera de “decisión intuitiva” o “sistema rápido de decisión” cuando en realidad es enormemente complejo. Resulta más fructífero *un enfoque que desmenuce la toma de decisiones en los operadores que toman parte en ella*. De esta manera renunciamos a describir los procesos de decisión por su rapidez y lo hacemos por los mecanismos íntimos cognitivos que participan en dicha decisión.

Ya hemos descrito tres operadores: a) el *gatillo de decisión*, que identifica un motivo de decisión y crea en el sujeto la necesidad de darle respuesta; b) los *heurísticos*, mecanismos semi-automáticos por los que buscamos datos semiológicos y establecemos semejanzas con otras situaciones vividas (o *escenarios encapsulados*); c) los *criterios*, conocimientos formalizados que definen y/o califican un estado de las cosas a partir de un contexto.

El saber experto solo cierra la toma de decisiones cuando aplica un (o varios) criterio(s), por provisionales que sean. En el peor de los casos sucede que “no sé lo que tiene el paciente y lo cito para dentro de 10 días, dándome así tiempo para y pensar o consultar el caso con colegas”. También esto es un criterio.

5.1 Criterio

Criterio es definido por la RAE en su primera acepción como “Norma para conocer la verdad” y en la segunda como “juicio o discernimiento”. Nosotros definimos criterio como aquella *regla de decisión que define una actuación a partir de un estado de cosas*. Existen criterios que se definen a partir de datos cuantitativos, por ejemplo, datos de laboratorio, como los niveles de potasio. Otras veces por la presencia de varias variables cualitativas o rasgos del paciente, (p. ej. muchas de las enfermedades psiquiátricas del DSMV).

La función última de los criterios es conducirnos a diagnósticos. Los diagnósticos son tremendas reducciones de realidades complejas, y ahí reside su mérito. Un paciente con lesiones dérmicas, prurito, ansiedad, estrés.... recibe el diagnóstico de enfermo celíaco y una parte sustancial de síntomas mejoran con la dieta. Este es el milagro de la medicina, transformar realidades abigarradas de datos en unas simples palabras que expresan estados estables del sujeto, y que remiten a modelos de enfermedad con medidas terapéuticas eficaces y fiables.

Pero no sólo existen criterios conducentes a diagnósticos, también los hay terapéuticos o preventivos. La moderna Medicina Basada en Evidencias confiere a los criterios una fuerza, de manera que algunos puede ser preceptivo, obligan a su cumplimiento, mientras otros están a un nivel de mera sugerencia.

5.2 Heurístico

La palabra *heurístico* etimológicamente procede del griego y significa “que sirve para encontrar o descubrir”; por tanto un heurístico nos propone una manera de actuar dirigida a aumentar nuestro conocimiento. En la práctica clínica podemos definir heurístico como “regla de actuación”. Ante una situación clínica se activa una regla de cómo actuar para darle respuesta. Esta regla puede ser muy elemental (ante un accidente, pido ayuda), es decir de bajo nivel, o muy compleja, *de alto nivel* (veo un accidente, pido ayuda, reconozco a los heridos, aplico primeros auxilios, etc.). Cuando estamos bajo los efectos de factores restrictivos (cansancio, ansiedad, trastornos cognitivos, etc.) se aplican coartadas cognitivas para aplicar heurísticos de bajo nivel, aunque sepamos hacer “mucho más”¹². Por consiguiente organizamos nuestra actuación mediante reglas lo más sencillas posibles orientadas al mejor resultado, *siguiendo un principio de satisfacción* (Evans)¹³. El principio de satisfacción nos dice que nos esforzamos hasta satisfacer expectativas, (las nuestras o la de los pacientes o familiares). Esta manera de actuar la convertimos en hábito: por ejemplo, ante un ojo rojo inspeccionaremos el ojo, revertiremos el párpado, etc.

Para Herbert A. Simon solucionamos problemas (en su caso de índole económico, no en vano es Premio Nobel de Economía) siguiendo 5 principios¹⁴:

1) Una racionalidad limitada (*bounded rationality*), es decir siempre existen restricciones cognitivas. Traducido a la clínica: las decisiones que tomamos en la consulta serán de peor calidad que las tomadas en sesión clínica. Y no digamos cuando estoy en el domicilio del paciente o en urgencias, con numerosas demandas a mí alrededor.

2) La satisfacción de las expectativas cancela mis esfuerzos en busca de una conducta óptima. Traducido a la clínica: si el paciente queda satisfecho recetándole este jarabe que pide, ¿por qué seguir buscando? He aquí una amenaza.

3) La búsqueda heurística (*heuristic search*) que nos conduce a buscar los mejores datos sobre los que aplicar criterios. No hay buenos diagnósticos sin buenos datos sobre los que reflexionar.

4) El método procedimental o escalar: se tienen más en cuenta aplicar una metodología de actuaciones que la búsqueda inmediata de resultados. Traducido a la clínica: “no me digas que la radiografía es normal, describe cada parte, sigue un método de lectura y, luego sí, puedes concluir que es normal”.

5) Conducta adaptativa (*adaptative behavior*) que rige a los organismos y a las organizaciones complejas ante la incertidumbre. Traducido a la clínica: se muy flexible con tus diagnósticos y en todo momento muéstrate dispuesto a modificarlos.

Curiosamente este planteamiento de Simon coincide en gran medida con Gerd Gigerenzer, referido este último al mundo de la psicología. Este autor utiliza el término heurístico en el sentido de *regla general* que permite tomar una solución satisfactoria a través de mecanismos intuitivos o reacciones instintivas, las cuales son definidas como aquellas “que aparecen rápidamente en la consciencia, de cuyas razones subyacentes no somos plenamente conscientes y que son lo bastante fuertes para que actuemos en función de las mismas”¹⁵. Según este autor las reacciones instintivas obedecen a “simples reglas generales, que sacan provecho de facultades evolucionadas del cerebro”. La principal facultad obviamente es el reconocimiento. Pero cuidado con la palabra “reconocer”. No reconocemos si antes no hemos memorizado. Un estudiante de medicina aprende a mirar la realidad “de otra manera”. Adquiere “mirada semiológica” y memoriza signos y síntomas junto a modelos de enfermedad. Reconocer es por tanto memorizar, comparar e identificar.

La certeza diagnóstica.

Francesc Borrell & J. Hernández-Clemente

El estudiante reorganiza sus percepciones en modelos de enfermedad y también guiones de enfermedad. Un modelo de enfermedad le proporciona una imagen idealizada de lo que es la enfermedad celíaca, o la tuberculosis. El guión de enfermedad (*Illness Scrip*)¹⁶ es evolutivo y le informa de maneras frecuentes e infrecuentes (improbables) de presentarse y evolucionar dicha enfermedad. Encontramos formas atípicas de presentación de la tuberculosis que nos obligan a fusionar la perfección de un modelo idealizado con la realidad (e imperfección) de un guión de enfermedad. A eso llamamos experiencia clínica: percibir la probabilidad de un diagnóstico, predecir su evolución.

Una vez hemos aplicado modelos y/o guiones de enfermedad de manera repetitiva, lo que antes era complicado se automatiza, y lo lento pasa a ser rápido (siguiendo la terminología de Kahneman). Pero no por rápido es menos complejo, es decir, el radiólogo no deja de cumplimentar su lectura basada en criterios, por rápida que esta sea. A menos que... a menos que se *fosilicen sus hábitos de trabajo*, es decir, que a medida que envejece vaya degradando por pereza esta minuciosidad inicial con que analizaba las radiografías. La única manera de contrarrestar la fosilización de hábitos complejos es mantener cierta *sensibilidad al error*. Percibir cómo la degradación de un hábito complejo (por ejemplo, no practicar la fluoresceína en cuadros de ojo rojo), nos lleva a tasas mas elevadas de errores (no somos capaces de distinguir una conjuntivitis de una queratitis). Por desgracia muchos entornos médicos son opacos a la percepción del error, entre otras cosas porque no reciben *feedback* de sus propios errores.

6. De la pereza y otras emociones.

Hemos afirmado más arriba que un gran regulador de nuestra conducta profesional es la satisfacción. La satisfacción del paciente, en primer lugar, pero también nuestra propia satisfacción. Iniciábamos este artículo con un caso en que el médico no se conforma con el diagnóstico de “picadura de mosquito” y pergeña hasta encontrar un mejor modelo de enfermedad. Pero no obtiene una satisfacción plena, pues no sabe si realizar un tratamiento tópico o sistémico. Ante la ausencia

de un criterio de autoridad, (guía clínica), opta por la conducta más prudente: realizar ambos tratamientos.

El modelo de decisión que proponemos, aplicado al ejemplo, sería más o menos como se muestra en la Figura 1. Se le realiza por parte del paciente una solicitud de tratamiento que podría quedar satisfecha simplemente con una nueva prescripción, o con nuevo diagnóstico. El profesional se interroga: “¿qué otra cosa puede ser aparte de una picadura?” Este “*query*” (en términos informáticos) lo lanza contra su banco de memoria y, al no reconocer algo similar, busca en un Atlas de Dermatología. Este *darse tiempo* resulta crucial, porque finalmente identifica el herpes simple como una lesión similar, aunque nunca la haya observado en el párpado, y esta hipótesis se compadece de la evolución del cuadro clínico (*Illness Script*). En este punto alcanza satisfacción diagnóstica, y podría concluir la reflexión prescribiendo un antivírico tópico. Pero entonces emerge otra duda: ¿por qué no aplicar un antivírico sistémico? Esta duda aparece porque este profesional está acostumbrado a revisar todo el proceso antes de cerrar la entrevista, y preguntarse si deja algún cabo suelto (lo llamamos *heurístico de verificación*). Ante la falta de un criterio de autoridad, realiza un *cálculo pragmático* de utilidad y concluye que le satisface más añadir, al tratamiento tópico, un tratamiento sistémico. En este punto alcanza satisfacción terapéutica y concluye su reflexión. El cálculo de probabilidad se ha resuelto en un balance de pros y contras.

El lector se habrá dado cuenta de que estamos llamando pereza a una *percepción de coste*. ¿Merece la pena cursar un cultivo de uña si a fin de cuentas ya sé que el paciente tiene onicomycosis? El cálculo de utilidad emerge como un gran regulador de la reflexión (del clínico y del ciudadano común), un cálculo influido y regulado por las emociones (como demostrará Damasio¹⁷), que no una mera aplicación de un criterio. Cada momento clínico establece un balance entre coste (económico, de esfuerzo del paciente y del profesional) y beneficio (conocer lo que le pasa al paciente, mejorar el tratamiento...). Ahora bien, lo específico de la reflexión experta es el manejo de la probabilidad y la apoyatura en criterios y

heurísticos de alto nivel. Ante todo el experto lo es porque no le da pereza pensar un poco más...

Muchas situaciones clínicas encierran grados de incertidumbre... no acaban de cuadrar con un modelo de perfección de enfermedad... El clínico perezoso “fuerza” el encaje de los datos semiológicos con uno de los primeros diagnósticos que se le ha ocurrido, *en tanto que el clínico experto se permite dudar y se da mas tiempo para pensar...* Resulta de gran importancia percatarse de las dos maneras que tiene el médico inexperto de cancelar las dudas: *a) eliminando aquellos datos de la realidad discordantes; b) sobreactuando en el plano de las exploraciones complementarias.*

En resumen el aprendizaje de la incertidumbre creemos que es clave de la buena clínica, a la que deberíamos dirigir los esfuerzos docentes en Grado y post-Grado. Aportamos dos ideas fuertes en este debate: a) Admitir el carácter probabilístico de los diagnósticos que realizamos, lo cual no significa arriesgarnos a tomar decisiones más imprudentes, sino al contrario, decisiones con una ponderación riesgo/beneficio mas ajustada; b)El modelo de decisiones basado en un sistema 1 (rápido) y un Sistema 2 (lento)¹⁸ es meramente descriptivo, pero no captura la complejidad del proceso ¹⁹. La diferencia no debemos establecerla por la rapidez de la decisión, sino por los mecanismos íntimos que han participado en una decisión concreta. Aprender a dudar y a reconocer los escenarios donde tenemos que darnos más tiempo para reflexionar, resultan habilidades cruciales para el clínico¹.

Borrell-Carrió, F.
EAP Gavarra, ICS. Departament Ciències Clíniques. UB.

Hernández-Clemente, J.C.
CS Sanchinarro. Departamento de Psiquiatría. UAM.

Bibliografía.

1. Borrell-Carrió F, Hernández-Clemente JC. Reflexión en la práctica clínica. Rev Clin Esp (Madrid). 2014.
2. Rábade S. Teoría del conocimiento. Madrid: Akal; 2002.
3. Descartes R. Discurso del método. Madrid: Alianza editorial; 2006.
4. Peirce Ch.- "La fijación de la creencia", (1877). Traducción castellana y notas de José Vericat. En: *Charles S. Peirce. El hombre, un signo (El pragmatismo de Peirce)*, J. Vericat (tr., intr. y notas), Crítica, Barcelona, 1988, pp. 175-99. Accesible en: <http://www.unav.es/gep/FixationBelief.html>
5. Wagensberg, J. Creyentes, crédulos y creedores. Tribuna El País, 28 Junio 2001, accesible en: http://elpais.com/diario/2001/06/28/opinion/993679209_850215.html
6. Guia de práctica clínica otitis Coco A, Vernacchio L, Horst M, Anderson A. Management of acute otitis media after publication of the 2004 AAP and AAFP clinical practice guideline. *Pediatrics* 2010;125:214-20
Accessed April 2014:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/125/2/214.full.pdf+html>
7. Borrell-Carrió F, Estany A, Platt FW, Morales-Hidalgo V. *Doctors as a knowledge and intelligence building group: pragmatic principles underlying decision-making processes* JECH Online First, published on July 12, 2014 as 10.1136/jech-2014-203868
8. Spiro DM, Tay KY, Arnold DH, Dziura JD, Baker MD, Shapiro ED. *Wait-and-see prescription for the treatment of acute otitis media: a randomized controlled trial.* *JAMA* 2006;296:1235-41
9. Kahneman D. *Thinking fast and slow.* London: Penguin; 2011.
10. Croskerry P. *A universal model of diagnostic reasoning.* Acad. Med. 2009 Aug; 84(8):1022-8.
11. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. *Clinical epidemiology: A basic science for clinical medicine.* Boston: Little, Brown; 1985.
12. Borrell-Carrió F. *Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas.* Barcelona: Semfyc ediciones; 2004.

13. Evans JS. *The heuristic-analytic theory o reasoning: extension and evaluation*. Psychon Bull Rev. 2006 Jun;13(3):378-95
14. *La racionalidd en la toma de decisiones: Análisis de la Teoría de la Decisión* de Herbert A. Simon. La Coruña: Netbiblo; 2009.
15. Decisiones instintivas. La inteligencia del inconsciente. Gerd Girezer. Barcelona: Ariel; 2008.
16. Borrell-Carrió F.; Hernández Clemente, J.C.; Lázaro J., *Demanda y queja en la entrevista clínica, conceptos claves para una práctica clínica segura*. Med Clin (Barc). 2009.
17. Damasio A. *El error de Descartes*. Barcelona: Editorial Crítica; 2006.
18. Borrell Carrió, F., “Pensar rápido pensar lento. Una reflexión”, en *Folia Humaníst*, 2015; 1: 10-18.
19. Kornblith H. *On Refection*. Oxford University Press. Oxford 2012.

Cómo citar este artículo:

Borrell, F. & Hernández-Clemente, J., “La certeza diagnóstica. El difícil camino que nos lleva a comprender el concepto de probabilidad en la práctica clínica”, en *Revista Folia Humaníst* 2016; 3: 27-41. Doi: <http://> (pendiente)

© 2015 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

LA FLAUTA MÁGICA COMO CONOCIMIENTO LIBERADOR Versió en català
aquí, també en <http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/> .

Marc-Antoni Broggi

Resumen: La Flauta mágica es un cuento de hadas con final feliz y, a la vez, una reflexión profunda sobre el paso de la adolescencia a la vida adulta. Después de unos años de angustias y dificultades, Mozart parece haber accedido antes de morir a una serena visión panorámica sobre la salud a la que conviene aspirar. La obra nos invita a creer que sería posible una comunidad humana más fraternal. Y, con un lenguaje alegórico y personajes variados, a creer también en la posibilidad de una necesaria maduración de la conciencia personal para llegar a una comprensión liberadora y alegre de nosotros mismos.

Palabras clave: “La flauta mágica”, salud, amor, fraternidad, Mozart, serenidad.

Abstract: *THE MAGIC FLUTE AS LIBERATING KNOWLEDGE*

The Magic Flute is a fairy tale with a happy ending and, at the same time, a profound reflection on the passage from adolescence to adulthood. After years of anguish and difficulties, Mozart appears to have accessed at a serene sight over the desired health. This work invites us to believe it would be possible a more fraternal human community. And with an allegorical language and varied characters, Mozart invites us to believe in the possibility of a necessary maturation of personal conscience to reach a liberating and joyful understanding of ourselves.

Keywords: “The Magic Flute”, health, love, fraternity, Mozart, serenity.

Artículo recibido: 9 de marzo 2016 ; **aceptado:** 20 de mayo 2016.

Hacia tiempo que Mozart tenía la ilusión de volver a componer una ópera alemana, un *singspiel*, y tuvo ocasión de hacerlo en 1791 cuando Emanuel Schikaneder le ofreció poner música a una obra suya pensada para un público amplio. Schikaneder era un actor conocido (por su papel de Hamlet, por ejemplo), director de teatro y libretista de comedias musicales; en aquel momento era además empresario de un teatro de las afueras de Viena y, por lo tanto, responsable de su programación. Huelga decir que pensar en Mozart fue un buen acierto: el éxito fue enorme, y además su nombre ha pasado a la historia por aquella colaboración (al igual que le ocurrió a Da Ponte, el libretista de las tres magníficas óperas anteriores del mismo compositor).

El *singspiel* vienés incorporaba una mezcla atractiva de canción alemana, elementos operísticos italianizantes, momentos de diálogo hablado e, incluso, artificios teatrales vistosos (efectos especiales, diríamos ahora). Mozart guardaba un buen recuerdo de su incursión en este género con el *Rapto del Serrallo* nueve años atrás. Entonces dividió a los personajes en dos parejas: una "seria" y otra "buffa". Pero esta segunda vez, con la enorme experiencia adquirida y la libertad de movimiento que tenía ante sí, erigió un monumento artístico insólito que, por sí solo, daría la razón a Wagner cuando dijo de su autor que se trataba "de un genio prodigioso, por encima de todos los maestros en todas las artes y de todos los tiempos" (De Candé, 1969: 420)ⁱ

Pero hablando de la cumbre que representa *La flauta mágica* (si es que podemos hablar de cumbres con las obras de Mozart), **no podemos separar drásticamente el libreto de la partitura** como a menudo se haceⁱⁱ: no se trata de una música sublime sobre un texto demasiado pueril. Es cierto que allí donde el solo texto resultaría ingenuo, confuso o con demasiados tópicos muy de su entorno (misoginia, racismo, debate político, etcétera), la música se encarga de darle una tal profundidad y sentido que el conjunto llega al corazón del espectador certeramente y con gran fuerza emocional. Ya sabemos que la música no especifica sentimientos concretos pero sí que los transmite bien, que consigue expresar aquello "no definible" y hacer que lo sintamos, que incluso lo reconozcamos y que lo comprendamos "de otra manera"ⁱⁱⁱ -como dice a menudo J.L. Borges, todas las artes aspirarían a lo que la música consigue al confundir forma y fondo-. Y precisamente, uno de los milagros de esta obra es la claridad y la inmediatez con las que atrapa a todo tipo de público sin distinguir excesivamente el grado de formación musical que tenga. Pero debemos puntualizar, en el caso que nos ocupa, que la unidad lograda por el conjunto contribuye muchísimo a esta eficacia.

Se trata de una **unidad bien trabada entre texto y partitura**, con la intención, no lo olvidemos, de ser representada en escena, no sólo escuchada en una sala de conciertos (o en un disco). Incluso la presencia de los actores

se hace necesaria para transmitirnos esta característica, tan suya, que es la de despertar en nosotros lo que tenemos de niño y que no deberíamos perder.

Porque **La Flauta mágica es ante todo un cuento de hadas**; y, como todas las fábulas, nos habla de cómo acceder a una maduración personal a pesar de las dificultades, los miedos y los peligros a superar^{iv}. En este sentido, el mensaje es muy explícito y potente, con unas ideas-fuerza muy evidentes: amor y amistad, sabiduría y belleza, luz para ahuyentar las tinieblas; ideas todas ellas en la línea de la Ilustración y de la masonería ("culturas" de las que Mozart y su libretista eran adeptos, como se sabe bien).

Lo que nos resulta tan atractivo de *La Flauta*, sin embargo, es que no estamos sólo ante un mero mensaje didáctico ingenuo (aunque lo sea también), sino que sentimos que es el resultado de un trabajo interior honesto y conmovedor del propio autor que ha alcanzado una comprensión clarividente. Sentimos que él, con esta obra, nos brinda su descubrimiento para que participemos de lo que ha visto, de su *insight*.

El tema es **un viaje de iniciación hacia la maduración** en el que la música y la palabra se ponen de acuerdo para mostrar distintas posibilidades de transformación según la diferente predisposición personal; y se nos señala el camino a seguir más saludable. Es un viaje iniciático hacia la salud - utilizando aquí este concepto en el doble sentido de sanador y de salvífico que se mantiene en castellano, como en el latín *salus*, con las dos acepciones que el francés por ejemplo separa en *salud* y *santé*^v. Es un viaje hacia aquel saber que sólo da una comprensión lúcida y la aceptación serena de uno mismo.

Es evidente que sin la extraordinaria música de Mozart no captaríamos el calado de muchas de estas intenciones. Pero el guión, siendo tan simple como es, resulta **inteligible para todos**, sin equívocos de erudito ni prejuicios ideológicos, y permite que la música se desarrolle sobre él sin trabas; no es de aquellos *librettos* que, al decir del mismo Mozart, "dificulten al compositor desarrollar su creación" (Massin, 1987: 486)^{vi}. Por el contrario, hizo posible que Mozart pusiera todos sus recursos al servicio de un espectáculo que aceptó

contento tal como se lo propuso Schikaneder -aunque es probable que, como de costumbre, lo enmendara en parte- y del que estuvo muy orgulloso de su resultado. Así lo expresa en una conocida carta a Constanze:

"Muy querida y excelente mujercita: ahora vuelvo de la Ópera. Estaba tan llena como otras veces. El dúo *Mann und Weib* y el juego de campanillas los hicieron bisar como de costumbre, así como también el trío de los niños del segundo acto. Pero lo que más me alegra es cuando el éxito se expresa con el silencio atento! Se puede ver cómo crece la aceptación de esta ópera entre el público (..) Ya todo el mundo conoce el maravilloso éxito de mi nueva ópera alemana". (Robbins Landon, 1989:164)^{vii}

Incluso Goethe, que propició la representación de ochenta nueve funciones de esta obra en Weimar pocos años más tarde, reconoció a Eckermann que se necesitaba "**más inteligencia** para defender que para censurar su texto "(Massin, 1987: 741)⁶. Por lo tanto, convendría no depreciar nada *a priori*.

Como ya ha señalado algún crítico⁶, hay en la Flauta mágica **aspectos teatrales** interesantes que podrían pasar desapercibidos y que conviene tener en cuenta. En primer lugar, el orden de sucesión de las escenas es sugestivo y resulta funcional escénicamente; algo que Mozart, es cierto, supo explotar de manera magnífica. Por ejemplo: el primer acto es una progresión paulatina desde un estilo liviano a otro más grave a partir del giro radical cuando el héroe encuentra al guardián del templo. Desde ese momento se pasa poco a poco al carácter ceremonioso que presidirá el próximo segundo acto. Pero, incluso cuando ya estamos en él, hay momentos cómicos intercalados muy inteligentemente (el chismorreó en prisión, el suicidio de Papageno y el dúo de la pareja Papagena) que funcionan como distensión^{viii}. Incluso las partes habladas, además de informar de la acción de manera efectiva, permiten momentos de distanciamiento nada molesto (y que apreciamos más desde que tenemos sobretitulado en los teatros). El manejo magistral de Mozart de los cambios de registro y, sobre todo, de las curvas de tensión que el texto le marca, hace que podamos hablar de una simbiosis provechosa entre escritor y compositor.

Además, la diversidad de situaciones del *libretto* se ve reflejada por Mozart con una tal **variedad de estilos musicales** que podemos decir, con Hocquard (1958)⁸ que ninguna otra ópera la ha superado. Encontramos en ella la canción fácil y pegadiza (Papageno), arias de música culta "a la italiana" (de Tamino o Pamina), *lied* alemán (dúo Pamina-Papageno, tres niños), recitativo *arioso* (Pamina con Sarastro), conjuntos de ópera *buffa* (tres damas), arias de *coloratura* espectacular (Reina de la Noche), música grave ritual (Sarastro y sacerdotes), coral luterano (hombres armados), musiquilla infantil (campanillas del *Glockenspiel*), marcha triunfal y fanfarrias (de los finales), etcétera .

Es una muestra de genialidad que, partiendo de una diversidad tan amplia y en zigzag, se consiga en cambio una **unidad tan sorprendente**, tan ordenada, equilibrada y acabada. Como siempre en Mozart, todo parece fácil, todo se desliza suavemente de un lado a otro y con un gusto exquisito. Como Shakespeare, pasa de la comicidad a la gravedad (y viceversa) sin sobresaltos, con naturalidad y sin perder nunca la medida.

Otro acierto de la obra se encuentra en la **caracterización de los personajes**. Su simbolismo los hace universalizables, paradigmáticos, como corresponde a cualquier cuento. Pero, cuando es necesario, se les descubren sus límites y contradicciones, consiguiendo entonces un perfil humano de ninguna manera estereotipado. Ni que decir tiene que en cualquier caso es la música la que les da profundidad y les confiere una densidad de carne y hueso que sin ella no tendrían.

Veamos un resumen de quién es cada cual, qué simboliza y cómo evoluciona. **Tamino** es el protagonista y con él seguiremos el itinerario de la iniciación. Es un príncipe apuesto, con todas las cualidades y con una gran voluntad de superación. Representa la honestidad intelectual y moral, y poseedor de la entereza de "ánimo" que el nombre de Tamino podría insinuar^{ix}. Comienza la obra cuando aparece perseguido por una serpiente y perdido en un bosque; y, ya sin más flechas, pide socorro (*Zu Hilfe*, nº1) y pierde la consciencia. La recobra auxiliado por Papageno y tres damas de la corte. A continuación, se enamora apasionadamente a primera vista (viendo sólo un

retrato: *Das Bildniss*, nº3) de Pamina, hija de la Reina de la Noche. Esta última se le aparece, le promete la mano de la joven si la libera de Sarastro -supremo sacerdote del templo de los "iniciados"- y le da como talismán y ayuda una flauta mágica para conseguirlo.

Luego, frente al templo, un guardián (u orador, *Sprecher*) le hace reconsiderar su objetivo: le dice que Sarastro es sabio y que sólo mantiene a Pamina a buen resguardo por su propio bien. Con esta conversación, Tamino sufre una reconversión crucial: "¿Cuándo se desvanecerán las tinieblas para mí?" pregunta entonces arrepentido; y se le contesta: "cuando la mano de la amistad te conduzca a un vínculo eterno"³. Al encontrar a Pamina y querer abrazarla impulsivamente, ambos son separados: primero deben ser dignos de ello; y es que la amistad y la sociabilidad deben terminar superando el instinto y la mera pasión. Tamino deberá pasar unas pruebas dentro del templo, alguna junto con Papageno; pero al fin, él y Pamina, accederán a la plenitud merecida con la ayuda de la flauta (de la música). Es cierto que Tamino termina recordando a Orfeo a la salida del infierno (y también su música aplaca las fieras) pero esta vez será un Orfeo vencedor. Gracias, eso sí, a Pamina.

Pamina es la heroína y será para Tamino su ayuda, no su tentación como lo fue Eurídice para Orfeo. Se ha hablado de la misoginia de la obra; sin embargo, aunque en algunos momentos el texto lo corrobore (la masonería y la sociedad de aquel entonces lo eran ampliamente), el personaje de Pamina contradice la misoginia en última instancia. De hecho, Pamina resulta fundamental -sin ella no sería posible la redención del príncipe- y simboliza la sensibilidad, el alma (el nombre de "Pamina" lo indicaría también⁹). Sabemos que sin alma, ni la voluntad ni la inteligencia llegan muy lejos. Claro que también ella precisa ayuda: es débil, inestable y a veces queda confusa y necesitada de ánimo y de lucidez. También es cierto que sueña todavía con el mundo de su madre, la Reina de la Noche, y hasta parece que pueda ser influida por ella. Pero al recibir el retrato del príncipe y su mensaje, vislumbra

³ Las referencias a frases concretas del *libretto* de Schikaneder entrecomilladas, se han tomado en su mayoría de *La Flauta Mágica. Libreto (alemán-español)*. Javier Vergara Editor (La ópera en el mundo-Kurt Pahlen). Buenos Aires, 1991.

un mundo mejor. En el famoso dúo *Bei Männern* que canta con Papageno (nº7), exalta el amor verdadero entre hombre y mujer: "hombre y mujer, mujer y hombre (fijémonos en la repetición y el cambio) se acercan juntos a la divinidad". La fluctuación del estado de ánimo de Pamina será uno de los latidos emocionales de la obra. De un papel pasivo al empezar, se hará apasionado en seguida y se deprimirá más tarde hasta intentar un suicidio desesperado. Pero sale de este último trance tan renovada, que será ella la que acabará recordando a Tamino el poder de la flauta para enfrentarse al peligro y quien le reconforte: "Yo misma te conduciré, y el amor nos guiará". Quizás la respuesta que caracterizaría mejor su voluntad, en nuestra opinión, sería la que da cuando se le pregunta "¿qué diremos?", estando a punto de ser descubiertos; y contesta entonces con un contundente y musicalmente emocionante "La verdad! La verdad, aunque sea delito".

Papageno es el tercer personaje: simple pajarero y persona vitalista y despreocupada (*Der Vogelfänger*, nº2) que se autodefine como "hombre natural", *Naturmensch*. Puede ser mentiroso (y se le castiga por ello: *Mmm, Mmm* nº2b) y es miedoso, tramposo y perezoso. Pero también es generoso ("tiene un corazón sensible", admite Pamina) y ayuda a los dos protagonistas. En cambio, no ve porqué debería obedecer las normas de un colectivo ni de una idea. Cuando Tamino le pregunta quién es, responde "un hombre, como tú" sin ver diferencia alguna con el príncipe (¡en la Viena del siglo XVIII!). Su ideal pasa por una relación familiar fructífera (el nombre de "Papageno" recordaría quizá la paternidad engendradora -más que un papagayo, "un pájaro que parlotea" como se ha apuntado también-) ⁹. Sueña con una Papagena como él y para él (*Ein Mädchen*, nº20). Cuando cree que no la tendrá, se desanima tanto que intenta suicidarse; y en cambio, cuando ve que la tiene ante sí, se desborda con una euforia contagiosa (*Pa pa pa pa*, final). Pero, incluso en sus momentos de infortunio, resulta gracioso (no ridículo) y puede ser hilarante si el actor es bueno. Es un contrapunto excelente para los espectadores a lo largo de la ópera: pues tiene los pies en el suelo, mantiene una presencia popular y realista en el escenario, y su música, fácil de seguir, gusta a todos por un igual, incluso a los más exigentes.

La **Reina de la Noche** es un personaje inquietante que ha hecho correr mucha tinta debido al cambio drástico que sufre del primer al segundo acto. Es cierto que acaba representando el instinto oscuro que conviene evitar (y superar), y que es evidente que no podemos fiarnos de su llamada deslumbrante, ya que, como el canto de una sirena, puede tener una atracción destructiva. Pero, al comenzar la obra, es tan sólo una madre dolida, de la que sus sirvientas salvan a Tamino y aleccionan bien a Papageno; y es ella en definitiva la que anima a ambos a la aventura, les da los instrumentos mágicos (flauta y carrillón) como arma y escudo, y los tres "niños sabios" como guía y vigilancia. Su gran pecado mortal será que luego se resistirá al progreso de sus protegidos con una actitud histérica y nada razonable.

Las **Tres Damas** representan claramente la feminidad, y a su entrada muestran por el Príncipe desmayado a sus pies un enamoramiento musicalmente encantador (nada platónico, por cierto) que las sitúa en un plano muy terrenal. **Los Tres Niños**, en cambio, voces "blancas", pertenecen a un mundo angelical (se les hace bajar del cielo en muchos montajes) y son mensajeros de una moral superior que a veces anuncian casi como preceptos o máximas (uno de los hallazgos de la magnífica película de Bergman fue explicitarlo en carteles escritos que ellos mostraban).

Sarastro es un personaje fundamental y absolutamente simbólico, prototípico y siempre grave. Es el sacerdote supremo de una hermandad "de iniciados", hombres íntegros e "iluminados" por las luces de la fraternidad universal y de la razón, tal como preconizaba la *Aufklärung* y la francmasonería. Él encarna el modelo a seguir y será el árbitro. Si Papageno representa el nivel "natural" del que se parte, Sarastro, en cambio, personifica el nivel a alcanzar en una "humanización" idealizada (para pasar de simple "*Mann*" a "*Mensch*").

Se ha hablado muchísimo, claro está, de la **simbología masónica** de la *Flauta Mágica*^{2,6,7,8,9,x}. Es evidente que contiene muchas referencias, unas seguras, otras posibles y algunas quizás atribuidas exageradamente. El número tres, por ejemplo, puede muy bien ser de los preferidos en las

manifestaciones masónicas, y en la obra nos lo encontramos a menudo (tres damas, tres niños, tres puertas del templo, los tres famosos acordes). Pero también es habitual en los cuentos populares (tres hermanos, tres caminos, tres deseos)². Incluso se ha querido encontrar esta expresión numérica en la tonalidad de mi bemol mayor de la obertura y de algunas escenas de la obra, ya que comporta tres bemoles en la armadura (como el do menor, bastante utilizado también). Pero las escenas que se basan en estas dos tonalidades no son precisamente las más simbólicas: ni son las que más subrayan la iniciación, ni el poder de la comunidad ni el de la música, que suelen estar en otros tonos más solemnes: fa, re, mi mayores, y sobre todo, en la luminosidad del do mayor al que se retorna cada vez que se disipan las situaciones conflictivas^{7,8}. Los musicólogos podrán buscar, como en el caso de Bach, relaciones sutiles entre la música y el sentido de los números o las letras que evoca. A parte de este ejercicio semiótico, es razonable aceptar de todas maneras que sí hay un "estilo masónico" propio de algunas obras del compositor (Oda fúnebre, cantatas a ello dedicadas) que casa perfectamente con algunas escenas de la ópera. Y, por encima de todo, es evidente que esta ideología se refleja, al menos tal como los autores la habrían captado, en la imagen de ritual solemne de algunos momentos (*O Isis und Osiris*, nº10, por ejemplo) o en muchas máximas concretas ("mantente firme, paciente y discreto", "sólo la armonía de la amistad mitiga las dificultades", etcétera); y más aún en la indiscutible fe en una posible fraternidad universal tolerante (*In diesen heil'gen Hallen*, nº15).

También se ha buscado una **simbología política**, de lucha entre la monarquía absoluta de la Reina de la Noche y un "despotismo ilustrado" compatible con el iluminismo de los iniciados⁸ y en relación con la "reforma josefina" austríaca de aquellos días, antes de que fuera engullida por la contrarrevolución europea (y que prohibiría la masonería poco después). También se ha querido ver una animadversión a la Iglesia, y a los jesuitas en particular, en la figura negra de Monostatos, por ejemplo. Como estas, hay muchas lecturas.

Pero, **lo interesante** no son las múltiples y posibles simbologías ideológicas, sino la evidente llamada a la necesidad de un **trabajo personal para alcanzar la madurez**. Y precisamente quisiéramos subrayar con ello lo que en la obra creemos que hay de más realista y lúcido (sea en ella consciente o no): la maduración de una persona desde su adolescencia hasta una buena y saludable integración a la vida y a la colectividad.

Y, sobre este trabajo, todos los personajes tienen algo que decir. O Mozart parece decirnos algo a través de cada uno de ellos, porque evidentemente es la música la que refleja una trascendencia sólo apuntada en el texto¹⁰. Dejando aparte la necesidad de distensión que también proporciona en algunos momentos su música (y que el *libretto* también indica), Mozart se erige en el verdadero dramaturgo de la obra que va matizando todo el proceso. Dos ejemplos de esta dirección suya indiscutible, entre los muchos que podrían darse. El primero es casi obligado: el de los tres famosos acordes en los primeros compases de la obertura y, sobre todo, insertados en su mitad y en la ceremonia de los sacerdotes. El aire de suspensión y de dignidad que se imprime con este *Dreimal Akkord* ("el acorde de tres veces") se debe, al decir de Kunze^{xi}, no sólo a su bella armonía, sino a los calderones que los separan entre sí y que "los sustraen a la medida del tiempo" (Kunze, 1990: 613). Creemos que estos acordes solemnes dan un toque de atención: "estamos diciendo cosas importantes, fijémonos bien", nos alertan. Un segundo ejemplo de la profesionalidad mozartiana podría ser el de la distancia vocal y de estilo que interpone entre el reino de la noche y el de la luz. La Reina de la Noche luce una coloratura altísima (hasta el difícil *fa* superior) para mostrarnos su mundo subterráneo y oscuro; mientras que Sarastro, en cambio, baja a una profundidad cavernosa para presentarnos los rayos solares que lo iluminan. Parece contradictorio, pero, de hecho, lo que se ilustra con claridad es la muy sólida serenidad del mundo sagrado de éste y los ligeros aspavientos descontrolados de la primera.

"**Había una vez ...**" (es lo que parecen decirnos, al comenzar la obertura, sus tres primeros acordes) ... un príncipe que sale de la infancia desorientado

(en su *selva oscura*, diría Dante) y perseguido por su propia irracionalidad; y que despierta así a la adolescencia y, con ella, a la amistad y al amor. Primero, sólo encuentra un compañero atrabiliario en Papageno y una relación juguetona con las tres damas. Pero enseguida sufre de un enamoramiento apasionado y súbito nada más mirar el retrato de una princesa (una ensoñación). Continúa aun básicamente resguardado del mundo exterior por la protección femenina de la maternidad, que vela y sufre por los jóvenes, que les da fuerza para ir más allá, un cierto código (no mentir, por ejemplo), y que los dota también de los instrumentos que habrán de ayudarles a superar futuros peligros: imaginación, educación básica, la música (la flauta, el carrillón).

Al llegar **frente al templo**, nuestro príncipe es objeto de una nueva transformación. No puede entrar en él ni por la puerta de la Naturaleza ni por la de la Razón, sino por la del centro, que es la de la Sabiduría (nunca decantada a ninguno de estos extremos de la condición humana). Su guardián le transmite entonces un mensaje esencial: no se trata de exhibir ardor juvenil, ni de continuar ofuscado bajo una aparente protección, sino de atreverse a dirigir la mirada a su interior y atreverse a vivir y a ser un hombre entre los demás. Cuando finalmente encuentra a Pamina, no ha perdido nada de la atracción hacia la misma, pero comprende que necesita superarse y primero hacerse digno de ella. La resolución que muestra entonces ya no tiene nada que ver con el impulso de antes: ahora ha decidido ser dueño de sí mismo y pasar las pruebas que hagan falta, ya sea la de la frugalidad, de la oscuridad, del silencio, o incluso, de la de visión de la muerte. Y pruebas implica, trabajo para mejorar, esfuerzo personal y reflexión autocrítica.

Ya hemos dicho que **la progresión de Pamina** es menos lineal, más compleja y quizá más rica. También ella despierta al amor, pero más apaciblemente. En el magnífico dúo *Mann und Weib* canta "sobre" el amor deseable (superando la visión del también adolescente Querubino de *Las Bodas*). Más adelante cantará incluso, también con Papageno, la importancia de la amistad, demostrando con ello que ella, el alma, conoce la necesidad de ligarlo todo. Pero, al mismo tiempo, es vulnerable y sufre las presiones de los

dos mundos (de la noche y del día) como ningún otro personaje. Será ella la que tendrá la elección más difícil para superar los lazos familiares (que ahora ya le resultan negativos, a pesar de haber sido antes reconfortantes) y para decidirse por una vida adulta a la que le invita Sarastro en nombre de la comunidad. Finalmente, sólo después de haber pasado por el desánimo y de estar muy cerca de la autodestrucción, accederá a la luz. Pero en ella esta luz será radiante; como si después de la depresión, y del conocimiento de uno mismo que resulta de ello, se pudiera ver más claramente. Recordemos que Dante sólo podrá entrar en el cielo después de bajar al infierno, y que deberá ser ayudado por Beatrice; y también a Fausto deberá ayudarle Margarita ("el eterno femenino te sube a las alturas"). En nuestro caso, Pamina y Tamino se complementan y se necesitan mutuamente para salvarse juntos.

Con ello se llega a la **escena culminante de las pruebas definitivas** (nº21). Dos Hombres Armados leen a Tamino el escrito cantando a la octava un coral luterano arcaico en un tono de *do* menor teñido de severidad: "sólo sobreponiéndose al miedo a la muerte es posible elevarse de la tierra al cielo". Tamino lo acepta. Entonces aparece Pamina con una llamada sublime de amor ("*Tamino mein!*...", ya en un claro tono mayor). Por fin la pareja puede unirse en lo que será su primer dúo, y al que se añadirán los Hombres Armados para confirmarles lo que ya musicalmente resultaba evidente: que "una mujer que no teme ni a la noche ni a la muerte es digna de ser consagrada". Así, caminando juntos, acceden los dos a la plenitud esperada gracias a la Música, en este caso representada de forma simple y serena por la melodía de la flauta sola (con un repunte mortecino de timbales). Al acabar, los dos lo anuncian triunfantes con un cortísimo y conmovedor *duettino*.

Pero esta escena culminante no es el final. Porque **el cuento no es tan maniqueo** como podía parecer: nos ha mostrado el mejor camino, es cierto; pero no por ello deprecia a todos los demás. Aparte de constatar que el bien y el mal no están tan lejos entre sí, ya que cada personaje tiene alguna faceta negativa: incluso el gran Sarastro ha permitido un secuestro, tiene el vicioso Monostatos entre sus vigilantes y hay momentos en que muestra una misoginia

nada convincente (y que en esto, ya lo hemos dicho, es corregido por Pamina, él y lo que representa), también resulta que el contacto con el mal contribuye a veces al buen fin⁸. Por toda esta ambivalencia se habló^{9,11} del paralelismo con *La tempestad* shackesperiana, que no podemos descartar que Schikaneder conociera. En muchos aspectos, incluso en la misma estructura de cuento y en el perfil simétrico de los personajes, coinciden estos dos monumentos del espíritu humano, últimas obras de sus respectivos autores.

Así pues, después de la escena culminante, y como muestra de indulgencia (virtud sobre la que Mozart insistirá en la *Clemenza di Tito* ese mismo año) **también se salva** Papageno, pese a que él no ha pasado las pruebas, que se ha rebelado contra toda norma y a que prefiere un mundo individual y evasivo. Es cierto que su comunidad se limitará a su familia, y que su conocimiento ya vemos que no irá más allá de evitar (si puede) unos pecados básicos (no mentir, no hacer daño). Pero su candor -y, como dice Pamina "su corazón sensible"- lo hacen rescatable a pesar de todo. Básicamente, porque cree en el amor, y no solo en un amor posesivo: quiere tener hijos y cuidarlos. Está preparado para ser buen marido, buen padre y seguro que será buen abuelo⁸: lo lleva incorporado naturalmente (quizás más que el príncipe Tamino). El público se muestra siempre comprensivo con su rescate final porque ya se ha identificado con él en muchos momentos (por ejemplo, en los dúos tan razonables con Pamina) y porque su música es encantadora. El mismo Mozart se había enamorado del personaje y quería tocar su carrillón en las funciones (introduciendo a veces alguna broma, como declara él mismo⁶); e incluso, desde su lecho de muerte, dos meses más tarde, estuvo pendiente de la hora en la que Papageno saldría a cantar.

Con esta apuesta de reconciliación final se sobreentiende que **el amor puede ser suficiente** para vivir humanamente bien; siempre, claro está, que sea lo suficientemente elevado, que supere el puro amor-pasión, simplemente egoísta (el *eros* griego), y llegue a un amor más solidario, que invite a compartir y a proteger, y en el que fructifique la alegría de dar en pareja (la *philia* los griegos) o en comunidad (el *agápe* de los griegos). Sin que se excluyan entre

sí, hay que saber pasar del primero al segundo, por uno mismo y por los demás. Papageno cumple el requisito mínimo; aunque, como se ha comprobado a lo largo de la obra, confía demasiado en la naturaleza y en el cuerpo, y puede que viva dolorosamente las limitaciones que le salgan al paso (las de las pruebas eran ya su espejo): por ejemplo, el envejecimiento (hemos vislumbrado el de Papagena), la enfermedad y la muerte, de la que seguro que tendrá miedo.

Porque, en la obra, la **meditación sobre la muerte** está presente. Para Mozart quizás haya sido una meditación constante, aunque la manifestara alegremente en su música. Alegremente, porque precisamente había alejado el miedo. Dice en una carta a su padre:

"Como la muerte es el verdadero término de nuestra vida, me siento desde hace unos años tan familiarizado con esta excelente amiga del hombre, que su rostro, no sólo no tiene por mí nada de terrorífico, sino que me resulta sosegado y consolador. (...) No voy a dormir sin reflexionar que al día siguiente, a pesar de ser joven, quizás ya no estaré aquí; y sin embargo, nadie de los que me conoce puede decir que sea triste. Doy gracias a Dios por esta felicidad y la deseo cordialmente a mis semejantes". (Massin, 1970: 612)

"Felices avanzamos con el poder de la música / a través de la oscura noche de la muerte." ("*Wir wandeln durch Toneladas Macht / Froh durch diciembre Todes Dustin Nacht*"). Esta frase del magnífico *duettino* de Tamino y Pamina mientras pasan la prueba final, creemos que podría servir de resumen de la *Flauta Mágica*: de la nobleza de su "mensaje" y de la delicia de su música. Como todo cuento de hadas, *La Flauta* pretende encantar, quiere hacer revivir la capacidad de maravillarnos de cuando éramos niños. Y la música demuestra que puede facilitárnoslo, que puede volver a despertarnos.

Mozart, después de unos años de angustias y dificultades, pasada cualquier crisis (la trágica de *Don Giovanni* o la amarga del *Cosí*, por ejemplo), parece haber accedido poco antes de morir a la serenidad^{xii, xiii}. Con una lúcida visión panorámica sobre la verdadera salud individual y colectiva, viene a

decirnos que podemos curarnos, que podemos salvarnos. Nos invita a creer que sería posible una comunidad humana mejor, más solidaria i exigente a la vez, que propiciara lo que tenemos de más armónico en nosotros -tal como reflejan, por ejemplo, las arias "sagradas" de Sarastro o los corales de los Tres Niños sabios-. Pero, por encima de todo, la *Flauta Mágica* nos describe en lenguaje alegórico la progresiva maduración de la conciencia "para merecer ser un hombre", como bien dice su texto. Este es el mensaje central que todo el mundo siente y comprende al salir de una de sus representaciones, y sin necesidad de ninguna preparación especial ni de ninguna racionalización. Su música se encarga de que la idea nos penetre con toda la alegría y la seriedad de un gran descubrimiento cada vez que compartimos con sus protagonistas aquella sensación de reconciliación con ellos mismos y de liberación que transmiten de forma tan fascinante.

Marc Antoni Broggi

Médico cirujano

Presidente de la Sociedad Catalana de Bioética.

Bibliografía consultada

- ⁱ De Candé, Roland. *La musique*. Editions du Seuil. Paris, 1969.
- ⁱⁱ Hildesheimer, Wolfgang. *Mozart*. Javier Verdara Editor. Buenos Aires, 1985.
- ⁱⁱⁱ Fubini, Enrico. *La estètica musical desde la antigüedad al siglo XX*. Alianza Editorial. Madrid, 1988.
- ^{iv} Betelheim, Bruno. *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Editorial Crítica. Barcelona, 1977.
- ^v Broggi, Marc Antoni. *La intervenció terapèutica*. En Nogués, Ramon, *Sobre la vida i la mort*. Fragmenta Editorial. Barcelona, 2008: 121-139.
- ^{vi} Massin, Jean et Brigitte. *Mozart*. Ediciones Turner. Madrid, 1987.
- ^{vii} Robbins Landon, Howard. *El último año de Mozart*. Editorial Siruela. Madrid, 1988.
- ^{viii} Hocquard, Jean-Victor. *La pensée de Mozart*. Editions du Seuil. Paris, 1958.
- ^{ix} Masson, Jean-Yves. *La dernier rêve de la raison: rationalisme et politique dans la Flûte enchantée*. En: Cahiers du Festival. Aix-en-Provence, 1995: 2-7.
- ^x Hocquard, Jean-Victor. *Mozart*. Editions du Seuil (Solfèges). Paris, 1970.
- ^{xi} Kunze, Stefan. *Las óperas de Mozart*. Alianza Editorial. Madrid, 1990.
- ^{xii} Stricker, Rémy. *Mozart et ses opéras*. Editorial Gallimar. Paris, 1980.
- ^{xiii} Trias, Eugenio. *El canto de las sirenas*. Galaxia Gutemberg. Barcelona, 2007.

Cómo citar este artículo:

Broggi, Marc Antoni, "La Flauta mágica como conocimiento liberador", en *Revista Folia Humaníst* 2016; 3: 42-71. Doi: <http://> (pendiente)