



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.

SHARED MIND

Ronald M. Epstein MD

Abstract: Important health decisions are rarely made alone. Shared mind comes into play when clinicians and patients confront complex situations that require synthesis of facts, experiences, values and preferences. While social psychologists have described how individuals behave and interact when making group decisions, only recently has psychology considered not just individual behaviors but how their *minds* interact. The purpose of this article is to approach the process of shared decisions from the perspective of the patient

Key words: Shared mind; Mindfulness; Patient Autonomy; Clinical Interview; Physician-Patient Communication

Artículo recibido: 28 de marzo 2017; **aceptado:** 1 junio 2017.

Last week, a robust 80-year old man came into the office whose blood sugar – and glycated hemoglobin – had been slowly worsening for several years. He was transitioning from pre-diabetes to diabetes. We were on the fence about whether he should be treated with medication. The alternative would be to tolerate his glucose intolerance without intervening, at least not yet. He exercises, but not enough. He has a weakness for cookies. He gave up smoking years ago. A retired engineer, he wanted the unique best solution. Yet the clinical evidence to guide the decision was not strong.

The same day I saw a 63 year old woman with a rare form of thyroid cancer and an intracardiac metastasis. Metastases in other parts of his body appeared to respond to the most recent of three chemotherapy regimens, but the intracardiac mass continued to grow. Therapeutic options ranging from best supportive care to aggressive chemoradiation were tossed about. The tumor was sufficiently rare that no one knew whether it would respond to radiation, chemotherapy, immunotherapy, or nothing. An insurance broker, she knew about probabilities, risk, uncertainty—and bargaining.

These two situations are at one end of a spectrum from simple to complex.¹ Simple situations, like an uncomplicated urinary infection, require basic knowledge and little ambiguity. Complicated situations, such as deciding between percutaneous and medical treatment for heart disease, involve expert knowledge and skill, and decisions are based on best evidence. In contrast, complex situations, such as the ones described above, are ambiguous and uncertain, the multiple factors affecting outcomes cannot be fully characterized and the outcomes are far from predictable. Think of child-rearing. The same parents in the same circumstances using the same parenting techniques would be foolish to think that each child will turn out identical, or even nearly so, even with identical twins.

Clinicians are taught to manage simple and complicated situations, but are often left to discover ways of handling complexity on their own—situations in which clinical evidence, knowledge and skill are insufficient, where patient preferences and clinical experience hold greater sway. Rather than a clear and predictable course, clinicians muddle through, the goal only coming into focus after they've embarked on the path.

Knowledge about how people manage complexity is growing through the application of social neuroscience research, which suggests ways in which thoughts, feelings and problem-solving processes are shared between two or more people. While social psychologists have described how individuals behave and interact when making group decisions, only recently has psychology has considered not just individual behaviors but how their *minds* interact. This line of research required looking squarely at how “mind” might even be defined. This is anything but straightforward. Mind is not merely in the head, limited to the activity of the brain; extended mind refers to the neural connections of the brain to the gut, the immune system and the HPA axis that all comprise what each of us calls “me.” More recently, cognitive scientists and philosophers have considered the idea that mind is fundamentally non-local; for example, social relationships affect the expression of genes that regulate the number and type of neurotransmitter receptors in the brain,

which in turn affect our affective responsiveness to others. Taking this view, our minds are not completely our own.

Early studies relating to shared mind were with older adult couples, noting that when one has mild cognitive impairment, the other not only compensates for the impairment, he or she actually engages in collaborative cognition, in which the boundaries in thinking processes is fluid – sometimes to the point that it can be difficult to say whether an idea has emerged from one person, the other, or the “space” between.^{2, 3} It seemed that there were three minds present – each person’s individual mind and also a shared mind not fully owned by either. Lest this sound like science-fiction, social neuropsychologists now suggest that this kind of “mind-meld” is the norm. As social beings, humans have always had to have the ability to discern the intentions of others, at the very least to infer whether the interaction will be cooperative or threatening. The idea of shared mind builds on the notion – that there is always “me” and “you” and “we.” Psychiatrist Dan Siegel calls this blurred identity “mwe” (in Castellano, perhaps “yosotros”).

Shared mind comes into play when clinicians and patients confront complex situations that require synthesis of facts, experiences, values and preferences.⁴⁻⁶ Clinicians, for example, make assumptions about the needs and intentions of patients, and we generally feel that we can read these reasonably well. Unfortunately, the literature indicates otherwise; we often don’t know unless we create space in which patients can articulate their concerns and physicians can check out with the patient whether they’ve understood correctly. Consider the assessment of pain; clinicians’ assessments often are no better than chance. The same is true about wishes about end of life care; we are correct only a bit more than half of the time. Shared mind applies to more than just the patient-clinician dyad. Similar dynamics exist even among family members who claim to know each other well.

Shared mind is a naturally occurring phenomenon. Important health decisions are rarely made alone, and can benefit from psychological and cognitive

processing with others who have the patient's best interests at heart and have the communication skills and curiosity to inquire into the patient's needs, values and preferences. Social psychologists teach us that preferences – especially about life-and-death matters—can be remarkably unstable, especially when patients confront unfamiliar and unanticipated choices.⁷ Consider the relatively common scenario of deciding whether to have disfiguring surgery for a cancer that is likely—but not definitely—incurable. Small details or the way the decision is framed can influence the choice. Most importantly, when we are ill, we are often diminished cognitively. Research indicates that people have difficulty assimilating information, become more concrete in their reasoning, don't appreciate nuance, avoid ambiguity and feel more anxious when presented with uncertainty.

Shared mind is more than sharing of knowledge and problem-solving; it involves shared physical and affective experience. When finishing with a visit, I often walk with a patient to the reception desk to check out. Although I don't consciously set out to do this, I find myself walking at the patient's pace, which can be quite slow in some cases. This not only allows for conversation (compared, say, were I to walk at my usual fast pace). My choice to walk slowly is an enactment of bodily empathy, a physical manifestation of a shared psychological connection.

Sharing of emotions, often referred to as resonance (if non-specific) or attunement (if more specific to *that* individual), is a component of shared mind.⁸ Whether the emotion is positive—a sense of caring, comfort, compassion, and camaraderie—or unpleasant, such as shared frustration or conflict, shared mind in the emotional sphere always involves some degree of analogy between mental activity in one's brain and mental activity in another's—mental cooperation, perhaps. Functional neuroimaging studies provide some support for a neural basis for attunement; when two people are engaged in cooperative tasks, the same areas of their brains are activated, in contrast to when the tasks are competitive or unrelated. The sense of trust that emerges from well-functioning patient-clinician relationships is likely related to attunement, perhaps even more so than cognitive understanding. Collaborative cognition and attunement are both necessary for collective problem-

solving; two parties can share informational resources but will not solve problems effectively if trust is absent, at least in clinical situations in which consensus is more desirable than a negotiated settlement. The communication that supports shared mind, thus, must be informational *and* connexional; both parties need to know and feel known, understand and feel understood.

Shared mind offers the potential for enhancing patient autonomy through the sharing of cognitive and emotional processes, enriching the number and types of options, and achieving clarity through dialogue and support. Yet, the ethical and moral implications of shared mind have only recently been explored.⁹ Ideally, shared mind should lead to wiser decisions owing to shared—and presumably enhanced—cognitive resources. While autonomy has historically been considered as a quality of individual humans, free from external influence, not collectives, here, autonomy is redefined as a quality of individuals-in-relation, and the relationships serve to clarify and enact goals that may not have been apparent to the patient alone with a more limited set of cognitive and affective resources.

The idea of shared mind also suggests that identities, values, and preferences are constructed relationally. This rings true for me; we tend to adopt the norms of those who are around us. But if individual values and preferences are constructed in the moment rather than enduring attitudes of an individual, as psychologist Ellen Peters suggests,⁷ the potential looms for conflating the interests of a well-intentioned or not-so-well-intentioned other (family member or health care professional) with those of the patient, and in the case of the seriously ill patient, pseudo-surrogacy.¹⁰ Furthermore, patients, like all humans, may inhabit different identities depending on the situation; in the case of someone with a life-threatening illness, a given individual could express her “fight to the finish” identity or her “seeking comfort” identity.¹¹ Here, effective communication is key, especially communication which does not try to resolve ambiguity too soon and allows for the richness of each human being to emerge.

Cultivating shared mind involves developing well-honed communication skills, including non-verbal skills such as the use of silence. Recently, our group did a study of silences in patient-physician interactions, and were able to identify silences that represented distractions, awkward moments, and expectancy, as well as less-common “eloquent” silences that represented moments of deep connection, often at a poignant moment in an encounter.¹² Shared mind requires self-other differentiation—feeling and witnessing another’s presence while also maintaining awareness of boundaries, “de-centering”—the ability to see oneself from the outside, and empathy—the effort to see the other from the inside. Affect regulation is key—the ability to recognize an emotion in oneself and pause momentarily before reacting so that attention to the other is not sidelined. These qualities tend to be present in those who are good listeners.

Medical education has evolved significantly in the past 30 years in its attention to communication as a core clinical skill. Yet, there has been less attention on how to listen and be present than to find the right words to say. The challenge of shared mind includes honing these listening skills—listening to others and to oneself—in the service of healing. This capacity can be enhanced through contemplative practices such as meditation, structured dialogues, and other practices that promote listening and discernment.¹³⁻¹⁵ Fortunately, there are a growing number of opportunities for health professionals and trainees to get such training^{16, 17} (see www.mindfulpractice.rochester.edu for further information).

Ronald M Epstein MD.

Professor of Family Medicine, Psychiatry, Oncology and Medicine
Director, Center for Communication and Disparities Research
University of Rochester Medical Center
1281 South Avenue, Rochester, NY 14620 USA

ronald_epstein@urmc.rochester.edu
www.ronaldepstein.com

Bibliografía

1. Glouberman S, Zimmerman B. Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like? In: Forest P-G, Marchildon GP, McIntosh T, editors. Romanow Papers: Changing Health Care in Canada. 2: University of Toronto Press; 2002.
2. Zlatev J, Racine TP, Sinha C, Itkonen E. The shared mind: Perspectives on intersubjectivity. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Co; 2008 2008.
3. Meegan SP, Berg CA. Contexts, functions, forms, and processes of collaborative everyday problem solving in older adulthood. *International Journal of Behavioral Development*. 2002;26(1):6-15.
4. Epstein RM. Whole mind and shared mind in clinical decision-making. *Patient Education & Counseling*. 2013;90(2):200-6.
5. Epstein RM, Gramling RE. What Is Shared in Shared Decision Making? Complex Decisions When the Evidence Is Unclear. *Medical Care Research and Review*. 2012;70(1S):94-112.
6. Epstein RM, Street RL, Jr. Shared mind: communication, decision making, and autonomy in serious illness. *Annals of Family Medicine*. 2011;9(5):454-61.
7. Epstein RM, Peters E. Beyond Information: Exploring Patients' Preferences. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2009;302(2):195-7.
8. Siegel DJ. *The mindful brain: Reflection and Attunement in the cultivation of well-being*. New York: W.W. Norton; 2007 2007.
9. Epstein R, Entwistle V. Capacity and Shared Decision Making in Serious Illness. In: Quill T, G. MF, editors. *Palliative Care and Ethics*. New York, NY: Oxford University Press; 2014.
10. Mazer BL, Cameron RA, DeLuca JM, Mohile SG, Epstein RM. "Speaking-for" and "speaking-as": pseudo-surrogacy in physician-patient-companion medical encounters about advanced cancer. *Patient Educ Couns*. 2014;96(1):36-42.
11. Entwistle VA, Carter SM, Cribb A, McCaffery K. Supporting patient autonomy: the importance of clinician-patient relationships. *J Gen Intern Med*. 2010;25(7):741-5.
12. Bartels J, Rodenbach R, Ciesinski K, Gramling R, Fiscella K, Epstein R. Eloquent silences: A musical and lexical analysis of conversation between oncologists and their patients. *Patient Educ Couns*. 2016;99(10):1584-94.
13. Beckman HB, Wendland M, Mooney C, Krasner MS, Quill TE, Suchman AL, et al. The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Academic Medicine*. 2012;87(6):1-5.
14. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an Educational Program in Mindful Communication with Burnout, Empathy, and Attitudes among Primary Care Physicians. *JAMA*. 2009;302(12):1284-93.
15. Epstein RM. *Attending: Medicine, Mindfulness, and Humanity*. New York, NY: Scribner; 2017.

16. Dobkin PL, Hutchinson TA. Teaching mindfulness in medical school: where are we now and where are we going. *Medical Education*. 2013;47(8):768-79.
17. Hassed C, de Lisle S, Sullivan G, Pier C. Enhancing the health of medical students: outcomes of an integrated mindfulness and lifestyle program. *Advances in Health Sciences Education* 2009;14(3):387-98.

Cómo citar este artículo: Epstein, R. M., "Shared Mind", en *Folia Humanística*, 2017; 6: 1-8. Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0025>.

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

EL CEREBRO EMOCIONAL

José Lázaro

Resumen: En las últimas décadas varios autores han empleado la metáfora “cerebro emocional” para referirse a los fenómenos mentales relacionados con los afectos, los sentimientos o las emociones, lo que incluso se ha popularizado con el concepto de “inteligencia emocional”. Estos intentos de conocer las estructuras cerebrales que intervienen en los fenómenos emocionales se pueden relacionar con distinciones como la que opone el cerebro (o mente) emocional, racional y pulsional. Con ellos se realiza un nuevo intento de establecer categorías en los fenómenos mentales que tiene antecedentes muy importantes en la filosofía clásica y grandes consecuencias médicas.

El problema subyacente de la relación entre cerebro y mente se plantea también en otras muchas disciplinas. Este artículo revisa algunos ejemplos pertenecientes a la historia de la anatomía, las neurociencias, la filosofía, la psicología o la teoría de la religión, para mostrar la importancia del pensamiento transdisciplinar en la fundamentación teórica de la medicina actual.

Palabras clave: cerebro, mente, neurociencias, mente emocional, mente racional, mente pulsional.

Abstract: *In the last decades several authors have used the metaphor "emotional brain" to refer to mental phenomena related to feelings, emotions or affections. A new concept has arised, "emotional intelligence". These attempts to know the brain structures involved in emotional phenomena can be related to distinctions such as those opposed by the emotional, rational, and instinctual brain (or mind). We can find many other similar attempts in the classic philosophy always with great medical consequences. The underlying problem of the brain-mind relationship also arises in many other disciplines. This article reviews some examples, (from the history of anatomy, neurosciences, philosophy, psychology or the theory of religion), to show the importance of transdisciplinary thinking in the theoretical foundations of modern medicine.*

Keywords: *Brain, mind neuroscience, emotional mind, rational mind, drive mind.*

Artículo recibido: 5 mayo 2017; **aceptado:** 4 julio 2017

INTRODUCCIÓN

«El hombre, dicen, es un animal racional. No sé por qué no se haya dicho que es un animal afectivo o sentimental.»

Miguel de Unamuno *Del sentimiento trágico de la vida*, 1913

Esta cita de Unamuno puede servirnos como lema de una tesis básica: la historia de la medicina en los dos últimos siglos es la historia del progreso desde la falaz ilusión de exactitud matemática hasta la rica complejidad del ser humano. Al iniciarse el siglo XIX, Bichat aseguraba que la perfecta correlación entre signos clínicos y lesiones anatómicas llegaría a hacer de la medicina una ciencia exacta (1). En 1865 Claude Bernard seguía pensando que el método experimental era el camino infalible hacia la “medicina cierta” (2). Pero en el siglo XX se generalizó la conciencia de que en medicina no hay certidumbre ni exactitud, sino probabilidad óptima, es decir no hay relación causa-efecto única, sino un complejo entramado de factores causales que imponen una toma de decisiones racionales en condiciones de incertidumbre (3). En el siglo XXI se ha pasado ya a asumir y explorar a fondo un hecho: las decisiones humanas (entre ellas, desde luego, las médicas) no son puramente racionales, porque están profundamente condicionadas por influencias emocionales (4). Por eso la medicina de nuestro tiempo ha de aspirar a ser una ciencia transdisciplinar, una disciplina a la vez biológica, social y humanística, capaz de asumir una idea fundamental: el hombre y la mujer, el ser humano, es a la vez, de forma indisociable, un animal racional y afectivo o sentimental, además de pulsional (5, 6).

Un buen ejemplo de este tipo de planteamiento lo ofrece el estudio del cerebro y de la mente humana (que constituyen la base de la Antropología Médica necesaria para cualquier análisis profundo de la enfermedad humana). Su abordaje requiere una perspectiva transdisciplinar, pues para realizarlo es necesario atender a la vez a cuestiones históricas, filosóficas, biológicas, políticas o religiosas, entre otras muchas.

LOS TRES ASPECTOS DE LA MENTE HUMANA

Se pueden distinguir en la mente humana tres aspectos (Tabla 1):

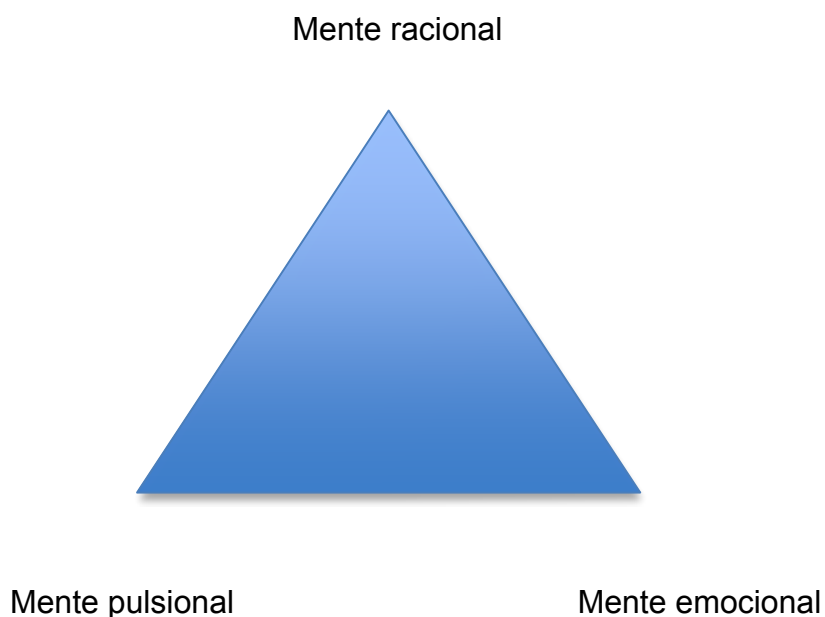
<p>Tabla 1: Los tres aspectos de la mente humana</p> <p>Mente pulsional: instintos, tendencias, impulsos...</p> <p>Mente racional: imágenes, cogniciones, pensamientos, representaciones....</p> <p>Mente emocional: pasiones, afectos, sentimientos...</p>

Este planteamiento no hay que entenderlo en un sentido empírico, como si estuviésemos describiendo la estructura material de un órgano anatómico, sino como un esquema teórico útil para entender una realidad físico-psíquica muy compleja.

De hecho, si cambiásemos el término “mente” (7) por “cerebro”ⁱ no nos estaríamos acercando más a la realidad material del asunto sino que estaríamos enfatizando su carácter metonímico, pues de lo que hablamos no es de las estructuras cerebrales que intervienen en las emociones sino de las emociones mismas que resultan del funcionamiento de esas estructuras.

El planteamiento lo podemos representar en un esquema geométrico de estructura triangular (figura 1).

Figura 1: La estructura triangular de la mente humana



Todo fenómeno mental o contenido de conciencia real incluye de algún modo estos tres componentes (se encuentra en algún punto de ese simbólico triángulo). Cualquier lugar de su interior estará a una determinada distancia de cada uno de los tres vértices.

Tomemos un ejemplo: la pasión amorosa. Aparentemente se trata de un caso puro de fenómeno emocional, sentimental. Pero toda pasión amorosa se dirige a un determinado objeto del que necesariamente nos hacemos una representación mental, lo cual hace entrar en juego el elemento cognitivo o intelectual, la imagen del objeto amado. Y toda pasión amorosa supone un deseo de acercamiento al objeto amado, una tendencia, un impulso hacia la posesión del objeto que amamos. Lo cual nos pone claramente en el terreno del cerebro pulsional.

Si en lugar del amor tomamos como ejemplo el hambre, nos situamos de entrada en el polo instintivo o pulsional más que en el emocional. Pero el impulso que nos empuja a comer tiene un carácter claramente desagradable, por lo que satisfacerlo será un acto que producirá placer, lo que ya pone en juego dos

elementos emocionales. Y el hambre evoca enseguida imágenes de productos comestibles, con lo que entra también en juego un elemento cognitivo, la representación, que pertenece al vértice racional.

No parece haber en la realidad humana ejemplos concretos de fenómenos cognitivos puros (como lo podría ser la inteligencia artificial, si se admite la muy probable hipótesis de que los ordenadores, por ahora, no tienen ni sentimientos ni deseos). Las imágenes psíquicas, las representaciones mentales de objetos son agradables o desagradables, producen atracción o provocan rechazo. Tampoco hay en el ser humano deseos, simpatías o repugnancias que no sean deseo de algo, simpatía hacia alguien, repugnancia por alguna cosa.

Todo esto ya estaba claro cuando hace más de cien años Franz Brentano expuso en su *Psicología desde el punto de vista empírico* (1874) el concepto de intencionalidad, que posteriormente sería fundamental para Husserl al elaborar la filosofía fenomenológica. Brentano lo expresó de esta manera:

“Todo fenómeno psíquico está caracterizado por (...) la referencia a un contenido, la dirección hacia un objeto (por el cual no hay que entender aquí una realidad), o la objetividad inmanente. Todo fenómeno psíquico contiene en sí algo como su objeto, si bien no todos del mismo modo. En la representación hay algo representado; en el juicio hay algo admitido o rechazado; en el amor, amado; en el odio, odiado; en el apetito, apetecido, etc.”
(8)

Pero aunque todos los fenómenos mentales participen en alguna medida de componentes cognitivos, sentimentales e impulsivos, es evidente que cada uno de esos fenómenos tiene un grado diferente de cada uno de los tres componentes.

Lo relevante es que nuestras vivencias y nuestras acciones se entienden mejor cuando analizamos con precisión de qué manera y en qué medida intervienen en ellos estos tres componentes teóricos que necesariamente se van a encontrar en ellos.

El planteamiento que aquí se propone no es más que una variante (con todos los matices que se quiera) de muchos anteriores, alguno tan ilustre como el que Kant realiza al distinguir tres "facultades o capacidades del alma"

(*Seelenvermögen*): la capacidad de conocer, la de sentir y la de querer, que reflejan la distinción tradicional entre conocimiento, sentimiento y voluntad.

Tabla 2: Las facultades del alma según Kant

"Facultad cognoscitiva" (*Erkenntnisvermögen*)

"Sentimiento de placer y displacer" (*Gefühl der Lust und Unlust*)

"Facultad apetitiva" (*Begehrungsvermögen*)

(Apartado III de la "Introducción" a la *Crítica del Juicio*).

EL ESTUDIO TRANSDISCIPLINAR DE LA MENTE TRIDIMENSIONAL

Sólo un análisis conceptual puede llegar a iluminar, en alguna medida, fenómenos como los que nos estamos planteando (para posteriormente aplicar ese análisis a la práctica médica). Estos fenómenos sobrepasan los límites particulares de las disciplinas académicamente establecidas, porque se relacionan con muchas de ellas. Y ese análisis ha de tender a ser transdisciplinar (más que inter- o multidisciplinar), en el sentido de integrado y unitario, no una simple acumulación de conocimientos heterogéneos.

Para intentar acercarnos a esa perspectiva transdisciplinar a partir de conocimientos multidisciplinarios podemos recurrir a disciplinas tan distintas como la historia de la anatomía, las neurociencias, la religión o la filosofía.

EXCURSUS HISTÓRICO: LA ANATOMÍA FUNCIONAL DE GALENO Y LA ESTÁTICA DE VESALIO

El gran tratado que Galeno escribió en el siglo II d.C. sobre Anatomía se titula *De usu partium* (Sobre el uso de la partes [del cuerpo]). En cambio el que le permitió a Vesalio revolucionar en el Renacimiento esa misma ciencia se llama *De humani corporis fabrica, libri septem* (*Siete libros sobre la estructura del cuerpo humano*) (1543). La diferencia terminológica es de lo más significativa, pues Galeno elige un término ‘uso’ que se refiere al funcionamiento, a la utilidad de los órganos, aparatos y sistemas del cuerpo (9). Vesalio, en cambio, emplea el término ‘fábrica’, en el sentido de estructura, materia estática (10).

Para Galeno no había separación entre Anatomía y Fisiología: él estudiaba el cuerpo sano o el cuerpo enfermo, pero sin separar la estructura formal y el funcionamiento, englobando las estructuras anatómicas y los mecanismos de su funcionamiento. Desde el Renacimiento hasta la actualidad, en cambio, Anatomía y Fisiología son materias diferentes. A Vesalio le interesa ya la forma que tienen en el cadáver las estructuras anatómicas, pero no el funcionamiento que esas estructuras tenían en el ser vivo.

La ciencia actual es más galénica que renacentista, en este aspecto: no puede ignorar el vínculo entre estructuras y funciones, entre cerebro y mente. Ningún científico serio se plantea hoy día que el funcionamiento mental pueda ser independiente de las estructuras cerebrales (11). La idea cartesiana de un espíritu inmaterial ha quedado relegada al ámbito de la literatura fantástica y del espiritismo. Hoy cerebro y mente se conciben como dos caras de una misma moneda y aunque podamos concebir un cerebro sin mente (en la sala de autopsias), nadie piensa, dentro del campo de la racionalidad, en una mente sin cerebro, como nadie piensa en un programa de ordenador que pueda funcionar sin la estructura material del ordenador mismo. La estructura y la función del cerebro no son dos cuestiones distintas sino más bien dos perspectivas sobre un único asunto.

LAS NEUROCIENCIAS

La psicología actual está profundamente influida por la genética, la primatología, el evolucionismo, la neuroanatomía, la neurofisiología y, en general, todas las neurociencias. Autores como Frans de Waal, Pinker, Kandel, LeDoux, Damasio, Gazzaniga, Changeux, Ramachandran o, entre nosotros, Francisco Rubia, además de otros muchos, han contribuido a investigar y a difundir el espléndido bagaje de conocimientos que la ciencia actual está logrando sobre los múltiples factores biológicos que intervienen en el funcionamiento cerebral y en el mental. Otra cosa es que se esté logrando, como piensan algunos insensatos, construir una auténtica biología del alma humana en todos sus aspectos.

Ya en 1986 Jean-Didier Vincent publicó un libro titulado *La biologie des passions* (12). Plantear una biología de las pasiones supone hacer un análisis de lo emocional desde el plano de lo racional. Esto nos plantea el mismo problema que la frase que Shakespeare le hace decir a Polonio tras escuchar a Hamlet: “*Though this be madness, yet there is method in't*” (13) [Aunque esto sea locura, hay un método en ella]. Se podría discutir si es un método propio y distinto del de la cordura o si la locura es comprensible con el método de la razón. Pero en uno u otro caso nos encontramos de nuevo con el problema de la relación entre la parte racional e irracional de la mente (14).

En otro libro, muy conocido (15), Pinker critica el planteamiento (que califica de romántico) según el cual *las emociones* serían fenómenos naturales del cuerpo, intuiciones e impulsos irracionales y ardientes que obedecen a los imperativos biológicos; *el intelecto*, por el contrario, sería un producto mental de la civilización, una capacidad de cálculo deliberado al servicio del yo y de la sociedad que se encargaría de mantener las emociones a raya. Según este planteamiento “romántico”, dice Pinker, lo emocional representa la sabiduría, la inocencia, la autenticidad y la creatividad.

Frente a esta concepción, su tesis es que un estudio correcto de las emociones tiene que combinar la teoría computacional de la mente con la teoría moderna de la evolución. Las emociones son adaptativas y se articulan armónicamente con el intelecto en el funcionamiento mental.

La consecuencia es que los sistemas cerebrales funcionan de un modo integrado, mediante conexiones bidireccionales. La amígdala, por ejemplo, tan importante para impregnar emocionalmente nuestras experiencias, recibe señales simples de los estratos cerebrales inferiores, pero también información abstracta y compleja de los superiores y a su vez actúa sobre la circuitería de los lóbulos frontales, responsable de la toma de decisiones. La complejidad de la anatomía cerebral se corresponde, por tanto, con la complejidad emocional que nos provocan las experiencias personales más impactantes.

LA EMOCIONALIDAD RELIGIOSA

En una serie de obras justamente célebres, Mircea Eliade estudia el concepto de lo sagrado como vivencia que tienen en común las más diferentes religiones, como manifestación de otra realidad distinta de la natural, completamente diferente de lo profano. La experiencia de lo sagrado establece la comunicación con lo trascendente y ordena el cosmos extraído del caos. Se trata de una manifestación de lo divino que se produce en lugares muy determinados (la tierra santa, el templo: lugares fuertemente cargados de significación) y sobre todo en momentos específicos: las fiestas que de forma cíclica conmemoran las gestas divinas, convertidas en mitos fundacionales de la comunidad de creyentes.

Ahora bien, Mircea Eliade piensa que, a pesar de las abismales diferencias aparentes, hay una estructura constitutiva común en la vivencia humana de lo sagrado y de lo profano. Por eso el hombre moderno ajeno a los sentimientos religiosos tiene también experiencias comparables a la religiosa de lo sagrado. Igual que en ella, esas vivencias profanas se relacionan con lugares privilegiados y con

momentos especialmente marcados. Los ejemplos que aporta Eliade son muy significativos: “el paisaje natal, el paraje de los primeros amores, una calle o un rincón de la primera ciudad extranjera visitada en la juventud”(16). Es decir: imágenes todas ellas de carácter emocional, profundamente cargadas de sentimientos. Lo sagrado sería comparable a lo estimado, a lo especialmente querido, a lo emocionalmente significativo.

A esa experiencia de lo sagrado se refiere también Sigmund Freud en las primeras páginas de *El malestar en la cultura*, aunque en su caso para confesar que no puede entenderla porque nunca la ha sentido. Le habían reprochado su incompreensión del fenómeno religioso por su desconocimiento de la fuente última de toda religiosidad, básica e independiente de la religión concreta en la que se manifieste: un sentimiento oceánico de fusión con el universo sin barreras y sin límites, con sensación de eternidad, de comunión indisoluble, de pertenencia inseparable a la totalidad del mundo exterior. Freud reconoce que, efectivamente, a él esas cosas no le pasan, nunca ha tenido sentimientos de ese tipo: “*Ich selbst kann dies ‘ozeanische’ Gefühl nicht in mir entdecken*” (Yo no puedo encontrar en mí mismo esos sentimientos ‘oceánicos’) (17). Aunque sí puede admitir que a otras personas les ocurra.

Puestas así las cosas, el núcleo de la religiosidad, la experiencia de lo sagrado, sería un sentimiento del que algunas personas disfrutan y que a otras les resulta totalmente desconocido. Hay quien padece amusia congénita y es incapaz de comprender la emoción que a otros nos produce un concierto de Mozart. Hay quien tiene anosmia y no puede percibir el olor de los geranios. Desde esta perspectiva, el sentimiento religioso sería una capacidad de gran parte de los seres humanos, pero no de todos.

LA FILOSOFÍA

Si las referencias anteriores a Brentano y Kant apuntaban ya el papel de la filosofía clásica en esta cuestión, una publicación más reciente lo confirma.

La profesora Victoria Camps publicó en 2011 un brillante libro que se titula *El gobierno de las emociones*. Afirma de entrada que “no hay razón práctica sin sentimientos” como hoy reconocen la psicología, las neurociencias y las ciencias sociales, pues los humanos somos seres emotivos y no solo racionales (18). Lo mismo ocurre en la ética, que ya no puede ignorar el papel de las emociones, aunque haya sido ignorado o menospreciado tradicionalmente en ciencias humanas. La filosofía clásica llamó “pasiones del alma” a los sentimientos (ira, miedo, odio, envidia, rencor), entendiendo que se padecían de forma inevitable, que eran dañinos y molestos, que la sabiduría y la ética debían reprimirlos, controlarlos, suprimirlos.

Por el contrario, el pensamiento ético actual que Camps propugna no se conforma con hablar de lo que es bueno hacer, sino también de lo que es bueno sentir. El sentimiento permite a cada persona interiorizar como propia la norma moral, asumirla íntimamente. Así extiende la ética su función desde el estudio de las buenas acciones hacia la formación del alma sensible. Reconoce el factor afectivo del rechazo a la inmoralidad, la empatía que fundamenta nuestras relaciones con los otros, las relaciones profundas entre razón y emoción, ya apuntadas por filósofos como Aristóteles, Spinoza o Hume. Hay que superar el reduccionismo racional sin caer tampoco en el reduccionismo emocional que lo resuelve todo predicando la liberación espontánea de los sentimientos supuestamente puros, dando primacía absoluta al corazón frente al cerebro.

CONCLUSIÓN:

Hemos intentado sintetizar en este artículo el carácter a la vez racional, emocional y pulsional del ser humano, que es un aspecto decisivo de la concepción

antropológica necesaria para cualquier acercamiento global a las múltiples dimensiones de la enfermedad humana. Un planteamiento que podemos resumir con una cita del pensador más sólido que ha tenido en España la teoría médica, Pedro Laín Entralgo:

“Para que la patología llegue a ser plenamente humana, por necesidad habrá que fundarla sobre un conocimiento del hombre en cuanto tal, del hombre como ente a la vez comparable e incomparable, y desde el punto de vista de su mudable condición de sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal, es decir, sobre una verdadera antropología médica” (19).

José Lázaro

Profesor de Humanidades Médicas
Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Madrid.

Jose.lazaro@uam.es

Bibliografía

- (1) Laín Entralgo P, editor. *Bicha*; Madrid: Ediciones El Centauro, 1946, p. 76-85.
- (2) Bernard C. *Introduction a l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Flammarion; 1984.
- (3) Lázaro J. *De la evidencia ilusoria a la incertidumbre razonable: introducción histórica*. Archivos de Psiquiatría. 2000 (Supl. 3):5-26.
- (4) Spiro HM, Curnen MGM, Peschel E, St. James D, editores. *Empathy and the practice of medicine. Beyond pills and the scalpel*. New Haven and London: Yale University Press; 1993.
- (5) Wulff HR, Andur Pedersen S, Rosenberg R. *Introducción a la filosofía de la medicina*. Madrid: Triacastela; 2002.
- (6) Evans M, Louhiala P, Puustinen R, editores. *Philosophy for Medicine. Applications in a clinical context*. Oxford-San Francisco: Radcliffe Medical Press; 2004.
- (7) LeDoux J. *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel-Planeta; 1999.
- (8) Brentano F. *Psicología*. Madrid: Revista de Occidente; 1926, p. 31. [Ed. Orig. 1874].
- (9) Laín Entralgo P. *El cuerpo humano en la obra de Galeno*. En: *El cuerpo humano. Oriente y Grecia Antigua*. Madrid: Espasa-Calpe; 1987, p. 147-94.
- (10) Laín Entralgo P. *La obra de Vesalio*. En: *Historia de la medicina. Medicina moderna y*

contemporánea. Barcelona: Científico Médica; 1954, pp. 53-63

- (11) Meyer C, editor. Los nuevos psi. Lo que hoy sabemos sobre la naturaleza humana. Buenos Aires: Sudamericana; 2010.
- (12) Vincent J-D. La biologie des passions. Paris: Odile Jacob; 1986.
- (13) Hamlet, acto II, escena II.
- (14) Lázaro J, Hernández-Clemente JC. A Philosophical Anthropology of Medicine: The Split Subject. En: Seising R, Tabacchi ME, editores. Fuzziness and Medicine: Philosophical Reflections and Application Systems in Health Care. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag; 2013. p. 145-53.
- (15) Pinker S. How the Mind Works. New York: Norton; 1997.
- (16) Eliade M. Lo sagrado y lo profano. Barcelona: Paidós; 2012, p. 23.
- (17) Freud, *Das Unbehagen in der Kultur*, en Studienausgabe. Tomo IX. Frankfurt am Main: S. Fisher; 1974, p. 198.
- (18) Camps V. El gobierno de las emociones. Barcelona: Herder; 2011.
- (19) Laín Entralgo P. Antropología médica. Barcelona: Salvat; 1984, pp. VII-VIII.

Cómo citar este artículo: Lázaro, J., "Cerebro emocional", en *Folia Humanística*, 2017; 6:9-21 . Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0026>.

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

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:

Más 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

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 anestesiarle 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.", en *Folia Humanística*, 2017; 6:22-32.
Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0027>.

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

SERENDIPIA

Jesus Sueiro Justel

Resumen: La serendipia es una traducción libre de esa suerte que nos toca a veces en la vida y nos da las claves de lo desconocido pero que, en parte, buscamos. El caso de Paula resume esa circunstancia del golpe de suerte, pero también los prejuicios de la profesión médica, las dificultades del diagnóstico cuando nos enfrentamos a una enfermedad poco común, la delgada línea que separa los síntomas inespecíficos de las enfermedades serias. Pero sobre todo nos cuenta una historia de superación, de una deportista de la vida, que se toma cada día como un reto. Para los profesionales es una manera de ponerse en la piel del otro, aprender de nuestros errores y saber escuchar los mensajes que nuestros pacientes nos cuentan detrás de las palabras.

Palabras clave: Enfermedad de McArdle, Astenia, Dolor muscular, montañera, médico de cabecera, glucógeno.

Abstract: *Serendipity is a free translation of that fate that does not touch sometimes in the life and the clouds of the unknown but that, in part, we look for. The case of Paula sums up this circumstance of the stroke of luck, but also the prejudices of the medical profession, the difficulties of diagnosis when we face a rare disease, the customs line that separates the symptoms of serious diseases. But above all, it tells us a story of overcoming, an athlete of life, which is taken every day as a challenge. For professionals, it is a way of putting ourselves in the skin of the other, learning from our mistakes and listening to the messages of our patients who count behind the words.*

Keywords: *McArdle disease, Asthenia, muscle pain, mountaineer, GP, glycogen*

Artículo recibido: 19 de octubre 2016; **aceptado:** 3 julio 2017.

Cuando conocí a Paula aún conservaba en su figura huellas indelebles de la muchacha rebelde que había sido, pero en su rostro se dibujaba la sonrisa de satisfacción de las personas que han conseguido en esta vida librar batallas con éxito de pura tenacidad. Su flequillo mal cortado y aquellas prendas deportivas me hacían ver en ella una corredora de fondo, una montañera apasionada. Su lugar de nacimiento le había condicionado la admiración por la montaña, vivía en Zaragoza, a tiro de piedra de los pirineos, donde empezó sus primeros pinitos con sus compañeros y donde empezó también su calvario particular.

Sus primeras expediciones, casi de niña, comenzaron por los tranquilos valles, a la sombra de los hayedos siguiendo el ruido hipnotizador de los regatos, tranquilos en los veranos, torrenciales en las primaveras del deshielo. Aquellas primeras excursiones, como a todos a los que la montaña seduce, no hicieron más que despertar los deseos de ir más lejos, más alto. Se empieza a sentir la llamada de los collados y la curiosidad por lo que habrá al otro lado, después qué se sentirá en lo alto de aquel pico...Al principio era una más y caminaba con sus amigos a buen ritmo, se sentía llena de fuerzas y de vida, pero a medida que pasaron los años y las caminatas empezaron a endurecerse y a enfiar las cimas, empezó a notar que las fuerzas le flaqueaban, tenía que hacer revueltas cada vez mayores, incapaz de seguir la línea recta hacia la cumbre, las etapas se eternizaban en medias laderas para poder compensar la falta de fuerza para levantar las piernas. Sus amigos empezaron a meterse con ella, al principio más en broma, pero con el tiempo fue abandonando los largos recorridos y en plena desesperación empezó otro periplo: las consultas de medicina.

Como médico, me pongo ahora en el lugar del profesional al que acudió Paula por vez primera. Estoy en la consulta después de ver viejecitos estropeados por la vida, los sufrimientos del cuerpo y el alma y sus soledades, y entra en su turno una joven de cara simpática, con rastas en la cabeza, camiseta y chaleco de roquera y alpargatas de colores diciéndome que está cansada....quién no ha tenido la primera tentación de pensar: “Vaya! Otra jovencita con problemas sentimentales...”

El caso es que ante la insistencia de su dificultad para hacer el ejercicio que antes no le costaba nada, el médico accedió a hacerle unos análisis para ver si además de desconuelos diversos pudiese tener algo de anemia o un hipotiroidismo y además así la dejaba contenta. A los pocos días de hacer su análisis, Paula acudió a la consulta para ver los resultados y salir de dudas de sus problemas.

-Buenos días, ¿Qué tal han salido los análisis?

-Bueno, pues la explicación a tus males la tienes tú, porque anemia no tienes, el tiroides está bien, pero las transaminasas...

-¿Qué quiere decir, doctor?

-Pues tienes las pruebas hepáticas alteradas y eso es que te pasas mucho con el alcohol y es normal que te sientas cansada.

-Pero si yo no pruebo el alcohol, protestó Paula indignada, a lo sumo tomo algo de fin de semana...no puede ser!

-Te voy a pedir una pruebas para ver si esto se justifica por otras causas, si no fuera así, tendrás que tomarte en serio dejar las bebidas de fin de semana.

Los intentos de Paula de convencer a su médico de que era una persona deportista y sana, sin excesos de ningún tipo, chocaron con cierta propensión a prejuizar a los jóvenes por su aspecto. Su médico quedó totalmente convencido de que aquella chica minimizaba sus excesos y que las juergas de fin de semana eran más étlicas de lo que ella confesaba. Las pruebas serológicas e inmunológicas descartaron razonablemente otro origen de la hepatopatía y eso todavía le afianzó más el convencimiento del origen toxico de su alteración hepática.

Por su parte, en Paula cundió el desconcierto y la desconfianza. No acababa de entender nada. Sus vanos intentos de reivindicar su buen cuidado en las sucesivas consultas, la llevaron a no volver por el centro de salud. Pero su incapacidad seguía haciendo mella en ella y en las relaciones con sus compañeros de montaña y amigos. Aunque fue aprendiendo que, a veces, un poco de descanso en las caminatas le permitía recobrar parte de la fuerza. En esa época conoció a un joven montañero con el que empezó a entenderse cada vez mejor y a compartir más ilusiones y proyectos de nuevas cordilleras, pero la realidad les hizo ver a los dos que Paula tenía unos límites que no se solucionaban porque Juan le llevase la mochila con todo su cariño. Fue entonces cuando le insistió que debía volver al médico para estudiar su problema.

- De ninguna manera, yo allí no vuelvo. ¡A ese médico no quiero verle ni en pintura!

- Pues cámbiate a mi centro y ya está. Te acompaño.

Después de varias conversaciones, Paula aceptó que algo debía tener y era mejor tratar de buscar la solución en otro sitio. Pero esta vez tenía la lección aprendida y tenía claro lo que iba a decir. Acudió al nuevo centro de salud y, sin darle tiempo a saludar a su nuevo médico, le espetó:

- Buenos días, he venido a este centro porque estaba harta de mi antiguo médico de cabecera. Estoy aburrida de que me diga que soy alcohólica. A mí, que no pruebo el vino ni las copas. Lo único que me pasa es que me canso, no puedo con las piernas al empezar a hacer ejercicio y me duelen de tal manera que tengo que pararme y volver a empezar.

La suerte de este caso es que en ese momento en que Paula desgranaba sus síntomas con toda exactitud y vehemencia, entró la enfermera a comentarle algo a su médico y se quedó absorta oyéndola relatar su cuadro. Cuando acabó no dejó intervenir al médico y le preguntó a bocajarro a aquella joven a la que acababa de conocer:

- Oye y a ti cuando te pasa eso ¿Se te pone la orina oscura?

Paula se quedó perpleja mirando a aquella mujer que parecía le había descubierto su secreto y comprendido por primera vez en su experiencia con la medicina.

- Pues si,....la verdad es que ahora que lo dices tengo la orina muy cargada...

- ¿Cómo Coñac?

-....Sí, es cierto, ¿como lo sabes?

-Tú tienes la misma enfermedad que yo: la enfermedad de McArdle.

Después de la estupefacción que siguió al diagnóstico, empezó las explicaciones que para ella, ya veterana de la enfermedad, eran su rutina

diaria. Las alteraciones bioquímicas no eran hepáticas, sino musculares, Su fatiga por la falta de utilización del Glucógeno muscular, los dolores por la rotura de las fibras y la mioglobinuria consecuente...De repente a Paula empezaron a encajarle todas las piezas de su puzzle vital y empezó a entender, por primera vez, todo lo que le pasaba y hasta ese “segundo aliento” que le permitía recobrar fuerzas tenía una explicación bioquímica en el uso de las grasas como combustible muscular. Con esa autoestima recuperada y sus enormes ganas de saber y luchar es como se ha convertido en un destacado miembro de la asociación de enfermos de MacArdle y continua sus periplos, ahora otra vez, en la montaña.

Jesus Sueiro Justel

Médico de Familia
Centro de Salud “Concepción Arenal”
Santiago de Compostela

jesueiro@movistar.es

Cómo citar este artículo:

Sueiro Justel, J., “Serendipia”, en *Folia Humanística*, 2017; 6: 33-46.
Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0028>.

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