

SENTIMIENTOS, EMOCIONES Y MEDICINA: CIENCIA Y ARTE

D^a María Castellano Arroyo

Decía Luis Buñuel *“La ciencia no me interesa, porque ignora el azar, los sueños, los sentimientos que son las cosas más preciosas del mundo”*

Hoy quiero hablar aquí, de la Medicina como Ciencia y como Arte, porque como dice en esta frase Buñuel, como Ciencia ignora el azar, pero, digo yo, como Arte ¡Claro que tiene muy en cuenta los sueños y los sentimientos que son las cosas más preciosas del mundo!

Y esto es así porque el eje de la Medicina es el ser humano, la persona con sus emociones, sus sentimientos, y también sus sueños. Por eso tengo que hablar de las personas y de las personas enfermas, como centro de la Medicina, Ciencia y Arte.

La persona, maravilla entre las maravillas de la Creación, aparece como armonía entre biología y mente o, entre cuerpo y alma. Conforme más sabemos del ser humano más ignoramos de él, haciendo verdad el *“sólo sé que nada sé”* de Sócrates. Las actuales neurociencias muestran una relación cada vez más estrecha entre la base biológica (molecular, bioquímica, endocrina, ...) y el funcionamiento de la mente humana (percibir, comprender, interpretar, y responder, conforme a la propia estructura cognitiva, afectiva y volitiva). Con un modelo común de estructura, cada persona constituye una construcción psicofísica única e irreplicable.

Si fuéramos capaces de comprender a las personas, comprenderíamos el mundo en que vivimos, porque el mundo en cada momento histórico es el reflejo de quienes vivieron antes y de los que vivimos ahora, y el mundo futuro será el resultado de lo que está ocurriendo en este momento.

Pero qué tarea tan difícil la de conocer a las personas. La persona, es esta unidad psicofísica, que antes mencionaba, en la que el cuerpo y la mente, lo orgánico y lo psicológico, lo objetivo y lo intangible se entrelazan en un solo ser, un solo estar, un solo existir. Tan simple y tan complejo que se nos escapa a la racionalidad que rige el pensamiento científico; hoy, lo que no se ve, se mide, se pesa, se

fotografía, se escanea y se difunde no existe, craso error cuando si nos miramos a nosotros mismos, amén de realidad física somos espíritu invisible e intangible.

De hecho, podemos concebir a la persona organizada en espacios virtuales concéntricos, que designo como: “**lo individual/personal**”, corresponde a aquello “de uno mismo” que sólo la propia persona conoce, porque se genera en su interior (en el ethos aristotélico) como un sentimiento, una necesidad o un deseo que se quedan para ella misma. El segundo espacio, más externo, corresponde a “**lo íntimo**”, es un conjunto de elementos que emanan de lo individual hacia su entorno más próximo, lo integran todo lo que el propio individuo quiera transmitir con palabras, o con gestos y conductas hacia quienes le rodean, se quedan en un espacio reducido y de confianza, de manera que quienes lo presencian o reciben, por su carácter de “íntimo” deben protegerlo de la difusión y la publicidad. Y finalmente, más externo el espacio de lo “**lo social**”, también surge del individuo, pero lo proyecta a un entorno mucho más amplio, de manera que los demás lo reciben y conocen directamente o a través de los medios de comunicación de que hoy nos valemos para llevar cualquier tema al rincón más apartado del planeta.

Cada persona tiene su propia apariencia física (con una base genética, a menudo muy evidente), que puede aparecer más o menos agradable a la vista de los demás, pero ¿qué correspondencia hay entre la envoltura física y el “interior” inmaterial, misterioso, inescrutable e impredecible, a pesar de que demos por bueno que “*la cara es el espejo del alma*”? ¿Por qué decimos eso?, porque las emociones, los sentimientos o los afectos, los expresamos a través de gestos, que cuando son amables, compasivos, afectuosos, o amorosos, dejan traslucir un alma bondadosa y noble; mientras que los gestos de hostilidad, de rabia, de rencor o de odio, nos transmiten la maldad que anida en el interior de esa persona.

El conocimiento del ser humano ha estado en el centro de las ciencias y las artes, especialmente en la Filosofía y la Medicina. En la Medicina, fue primero el ser corporal, su fisiología, su anatomía, su corporeidad; pero de inmediato, interesó la vida psíquica que hace de la persona “alguien” concreto. En esa vida psíquica

reconocemos el pensamiento, el razonamiento, la voluntad, las emociones, los sentimientos, o las pasiones. La vigilia permite a la persona la consciencia de lo que sucede a su alrededor transformándolo en alegrías, penas, disfrute o sufrimiento; la posibilidad de experimentar estas vivencias y de reconocerlas en las personas que nos rodean nos hace humanos; se es más humano cuando es mayor la capacidad de comprender al otro, de sentir sus sentimientos, emocionarnos con sus emociones y vibrar con sus pasiones. En la medida en que “se vive con los otros” se es más humano; me gusta decir que las personas se encuentran entre sí al vivir, con lo que parafraseo a Julián Marías, cuando se refiere a la relación del hombre y la mujer en su obra “La mujer y su sombra”, y dice “*el hombre encuentra a la mujer al vivir*”. Sólo conviviendo con los otros podemos conocernos y conocerlos.

Mi propósito de hablar de las personas y de las personas enfermas me lleva al principio de que el conocimiento y la comprensión del otro empieza por nosotros mismos, en la medida en que me conozco a mí mismo/a puedo conocer a quién tengo junto a mí o en frente, y en ello está la base de las relaciones familiares, sociales, profesionales, laborales, políticas, y desde luego, la relación médico-paciente, sobre la que tanto hemos hablado y escrito, varios de los que estamos aquí y hemos tenido la fortuna de trabajar juntos en tareas ético-deontológicas, ligadas a nuestros Colegios profesionales.

Sócrates dedicó su vida y obra a la formación moral de la juventud ateniense. Su mensaje lo centró en la necesidad de reflexionar sobre sí mismo y la conducta propia “*conócete a ti mismo*” para ser dueño de ti mismo. Sólo conociéndome a mí mismo podré ir hacia los otros en un encuentro significativo, que tenga sentido, que sea trascendente, por lo tanto, este proceso es muy antiguo, pero no pierde actualidad de forma que está en el centro del reciente libro de Victoria Kent “A la búsqueda de la felicidad”.

Conocer al ser humano

Desde que nacemos, los sentidos nos permiten percibir el entorno; somos seres sensoriales, cuyas percepciones provocan un estado, al

que conocemos como *emoción* que tiene, en nuestro organismo, base neurofisiológica, estado que es involuntario, intenso, de corta duración y que nos causa sorpresa. Nuestro cerebro, a través de nuestra inteligencia, función de funciones, reconoce y transforma esta emoción en un *sentimiento*, que significa tomar conciencia de la emoción; y este sentimiento nos vuelve a vincular con el entorno, generando actitudes hacia él.

La emoción la define el Larousse como: “*Estado afectivo que transforma de un modo momentáneo, pero brusco, el equilibrio de la estructura psicofísica del individuo*”. Psicológicamente son cambios afectivos transitorios, cambios en la experiencia fisiológica y en la conducta expresiva.

Sobre los sentimientos se ha filosofado desde antiguo. Para Descartes el sentimiento era la sensación que producía la experiencia, y lo expresaba así: “... *existen también ciertas cosas que experimentamos en nosotros mismos que no deben atribuirse exclusivamente al alma, ni tampoco exclusivamente al cuerpo, sino a la estrecha unión que existe entre ellos..., tales son los sentimientos*”, ya indica que son producto de la elaboración mental de la experiencia, lo que lleva a la referencia del entorno.

Kant los describía en su “crítica del juicio” así: “... *vamos a dar el nombre, por lo demás usual, de sentimiento a lo que tiene siempre que permanecer subjetivo y no puede, de ninguna manera, constituir la representación de un objeto...*” Alude a esa naturaleza inmaterial, interior y personal del sentimiento.

Los sentimientos se generan en la esfera que hemos llamado individual/personal, sólo puede experimentarlos y conocerlos el individuo en sí mismo, sólo si los transforma en conductas o los expresa serán conocidos por el entorno, por ello están en la esencia de la propia persona, en su “yo”. Así, las lágrimas o el temblor, como emoción son observables, pero seguramente, sólo la persona que los experimenta, pueda saber si las lágrimas son de alegría o de pena, porque eso ya es el sentimiento en que se ha transformado la emoción de ver o de oír a alguien o algo. Castilla del Pino en su “Ensayo de los sentimientos”, los considera modulaciones de los deseos, conformando la esencia misma del ser humano. En este

sentido, se puede aceptar que los sentimientos generan necesidades y estas llevan a deseos, que son siempre individuales y dirigidos hacia la personalización, porque lo que es una necesidad para una persona no lo es para otra, ni tienen la misma intensidad, ni son igual de importantes. Escribía el profesor Sánchez Blanco “*el YO es la experiencia de uno mismo*” y desde nuestro YO buscamos la satisfacción de nuestras necesidades a través de los deseos.

Los sentimientos se producen en una zona concreta del cerebro, lo que ya decía Hipócrates; Descartes los situaba en la glándula pineal y hoy se propone la región neocortical (amígdala?) como su base anatómico-fisiológica. Conforme el cerebro madura, sus funciones cognitivas, afectivas, volitivas... están más preparadas para elaborar de una forma personal las percepciones externas, de manera que los recuerdos, las experiencias ya vividas, la propia afectividad intervienen para que las emociones y sentimientos que se producen sean cada vez más propios de la persona concreta que los vivencia.

Al mismo tiempo, cuando también se ha formado ya el pensamiento, como proceso mental complejo, también lo que pensamos nos produce emociones y sentimientos. Este proceso puede llegar a ser muy importante para algunas personas, capaces de construir un mundo interior, puramente individual/personal muy rico, que no necesita de estímulos materiales externos y que se mantiene absolutamente aislado del entorno. Así, la espiritualidad puede llegar a proporcionar a estas personas un atesoramiento interior de emociones y sentimientos basados en vivencias trascendentes, en creencias y experiencias individuales que hacen posible una reelaboración especial y personal de cualquier acontecimiento vital. Así se nos aparece el misticismo y las experiencias místicas, ligados a la santidad.

Cuando los sentimientos son neutros no producen reacción, mientras que los positivos y los negativos dan lugar a reacciones en uno u otro sentido. Una breve descripción de los tipos de sentimientos nos llevan a señalar entre los positivos: El *amor* se experimenta como un ensanchamiento del propio yo que se extiende hacia otra u otras personas con las que se desea compartir y crear felicidad; la *esperanza* es la confianza en que los proyectos y deseos se van a

cumplir, es capaz de generar energía positiva dirigida a conseguir los objetivos; la **alegría**, es estar satisfecho con lo que nos sucede, se manifiesta con la risa; la **seguridad** es sentir que no nos ocurrirá nada negativo, y la sensación de capacidad para dar solución a las necesidades; la **satisfacción consigo mismo**, sentir que se ha actuado correctamente; el **sentido del humor** es la disposición a ver el lado bueno de las cosas, a minimizar los aspectos negativos. Los pensamientos positivos son muy favorables para la persona; proporcionan satisfacción, deseos de vivir de hacer proyectos, buenas relaciones interpersonales y predisponen a un mejor funcionamiento de todas las funciones mentales y desde luego, intervienen muy favorablemente a la salud y la enfermedad.

Entre los negativos: La **tristeza** se produce ante acontecimientos dolorosos como la pérdida de un ser querido, del trabajo, de la salud, o el fracaso, se manifiesta externamente por el llanto y la actitud de abatimiento; el **odio** se siente hacia alguien o hacia algo, que se rechaza y para el que se desea el mal; la **ira** es la respuesta irritada y colérica cuando la persona se siente injustamente tratada; el **miedo** aparece ante una amenaza, un peligro, un riesgo y será mayor cuanto menos recursos tenga la persona para defenderse; la **desesperanza** se produce cuando la persona se siente incapaz de superar una situación que le produce sufrimiento y pesadumbre; la **frustración** es un sentimiento de fracaso y de ser contrariado en un deseo o necesidad importante; la **hostilidad o resentimiento** se experimenta como actitud de perjudicar a otro del que se piensa que nos ha causado mal; los **celos** se relacionan con el desamor, la persona piensa que aquél/a a quien ama le engaña, y ama a otra persona; la **culpa** es la pesadumbre por haber hecho daño a otras personas con un mal comportamiento. Todos son muy destructivos e impiden a la persona pensar con lucidez y buscar las soluciones adecuadas a los problemas que le afectan en su vida diaria. Los que guardan más relación con la salud de la persona son la desesperanza, la frustración, el miedo y la tristeza, volveremos más tarde a este punto.

Nuestra formulación de la Medicina como Arte se va a basar en un fin fundamental, que una vez más significa un deber ético-

deontológico para los/las médicos, el ser instrumento de transmisión de sentimientos y emociones, para despertar en el enfermo una magia particular que transforme su actitud ante la enfermedad, a pesar, incluso de una personalidad poco favorable, a lo que ahora nos referimos.

Porque hemos de volver a la complejidad de la estructura mental, que engloba los aspectos cognitivos o intelectuales (comprender, razonar, enjuiciar..), los afectivos (emociones, sentimientos, afectos..), los conativos (pasiones, pulsiones), los fisiológicos y morfológicos, todos ellos funcionando de forma dinámica y armónica para dar lugar a una persona con una manera propia de ser y de actuar, lo que constituye la personalidad.

La personalidad es un todo pero puede abordarse como compuesta por una serie de rasgos, que se interrelacionan y agrupan, entre sí, dando lugar a un eje o perfil característico. Atendiendo a la cualidad de cada rasgo y a la intensidad con que se expresa, así como la forma en que se combinan entre ellos, da lugar a que cada persona tenga un comportamiento propio y característico que constituye su manera de ser o de responder a las situaciones vitales de su vida cotidiana.

Como rasgos muy significativos destacamos: La *estabilidad emocional* caracterizada por la capacidad de conocer y controlar las propias emociones y sentimientos; es indicativo de la madurez de la persona, ya que permite a ésta dar a cada acontecimiento la importancia real que tiene, ofreciendo, así, respuestas proporcionadas a las situaciones que le toca vivir; este proceso es expresión de una adecuada adaptación o, al contrario, de comportamientos desadaptados y conflictivos. La *afectividad* indica la capacidad de la persona para interesarse por los demás y el entorno, empatizar, comprender y compartir los sentimientos de otros y la disposición a ayudar; la *introversión/extroversión* marca dos polos, la persona callada, reservada, poco comunicativa que guarda para sí lo que siente, frente a la persona más habladora, que comparte sus preocupaciones, pensamientos y vivencias y por tanto, encuentra vías de desahogo y satisfacción. La *impulsividad* marca la tendencia a actuar sin reflexionar, mientras que una persona

excesivamente insegura, y dubitativa (anancástica), excesivamente reflexiva, tiene dificultades para tomar decisiones y actuar. La *dependencia/autosuficiencia*, como expresión de incapacidad para resolver las propias necesidades y buscar la seguridad siguiendo las indicaciones de otros, frente a la actuación independiente, individual y solitaria. La *sinceridad/astucia social*, frente a la franqueza, la astucia lleva a servirse de los demás, se manipula a las personas en el propio beneficio. La *confianza/susplicacia*, indica la actitud ingenua y confiada frente a la desconfianza hacia todo. La *frialdad/sensibilidad*, indica menor o mayor facilidad para reaccionar ante estímulos externos y experimentar emociones. También son rasgos importantes la alta autoestima frente a la conflictividad consigo mismo, la culpabilidad, o la tendencia a la ansiedad, anticipando el temor a la adversidad; todos los mencionados modulan el perfil psicológico de cada persona.

Resultan así unos modelos bien sistematizados por diferentes autores (Eysenck, Catell, Wirch...) que no vamos a desarrollar pero que definen las diferentes maneras de ser de las personas y que permiten su agrupación atendiendo a unos modelos, llamados “ejes de personalidad”; esta agrupación, de las personas, dentro de la normalidad, nos describe a aquellas que aparecen como sensibles, vulnerables, inseguras, preocupadas y ansiosas; mientras que otras se manifiestan con frialdad afectiva, duras de carácter, insensibles, distantes y poco afectables. El rasgo de la “introversión/extroversión”, califica a las persona, ya lo hemos dicho, atendiendo a su facilidad de comunicación con el entorno; la persona introvertida tiene dificultad para reconocer sus propias necesidades y más aún para comunicarlas en forma de deseos, no manifiesta lo que siente y se calla lo que le contraria, almacenando frustración, disgusto y malestar, que puede acabar expresando de forma explosiva. La persona extrovertida es habladora, comunicativa, expresiva y a veces hasta impulsiva e imprudente; comunica bien con los demás, no se reprime y no acumula frustración.

El nivel intelectual es una característica independiente, pero ejerce un papel modulador de la personalidad.

El perfil de personalidad que caracteriza el comportamiento de la persona, condiciona, también, actitudes respecto al enfermar y su reacción ante las enfermedades. Esto le permitió a Séneca decir: “*No importa qué sufres sino cómo lo sufras*”. Esto es especialmente evidente, cuando se trata de patologías psicosomáticas en las que la estructura mental de la persona, sus conflictos y su sufrimiento tienen un papel importante en la producción de los síntomas, la evolución, la adhesión al tratamiento, e incluso la respuesta.

El término “resiliencia” del latín *resilio* volver atrás, recuperar la forma o recomponerse, se acuñó en psicología en los años 60, para referirse a las cualidades de la persona que la hacen fuerte y flexible, que tolera y sobrelleva bien los acontecimientos desgraciados y hasta se fortalece en la adversidad; un rasgo básico para ello es la estabilidad emocional, esto estaba ya en la letra de la canción, ya clásica, “Resistiré”: “... *soy como el junco que se dobla pero siempre sigue en pie*”

La experiencia nos confirma que todas las personas somos enfermos en potencia. Es prácticamente seguro que todos padecemos desde la infancia trastornos episódicos que nos llevan a la consulta médica y al hospital y que, por fortuna, se resuelven satisfactoriamente.

Menos frecuentes son las situaciones en las que la enfermedad se instala como algo crónico o de extrema gravedad amenazando incluso la vida de la persona.

Sea cual sea la situación, cuando se está enfermo, cuando el malestar general, el dolor, la fiebre, los síntomas respiratorios, cardíacos o digestivos o de cualquier tipo nos afectan, aparece la ansiedad personal, sentimientos como el miedo o la inseguridad, nos volvemos vulnerables, y necesitamos de la ayuda de los demás y desde luego de la del médico, ahora de las médicas que son mayoría. Esperamos con paciencia el momento en que nos reciba, (de ahí el nombre de pacientes), cuando entramos en la consulta miramos su aspecto, su expresión, su actitud, sus primeras palabras y eso ya influye en todo nuestro ser, si el juicio es positivo, nos sentimos mejor y se refuerza la confianza inicial y la esperanza. Es fundamental sentirnos atendidos, oídos, escuchados, explorados y

percibir la seguridad de nuestro/a médico respecto a nuestro diagnóstico y nuestro tratamiento. Según la comunicación que hayamos establecido empezamos ya a sentir el beneficio del encuentro o la decepción.

Si estamos hospitalizados, los cuidados que recibimos son todos importantes, en ellos tienen un gran peso los cuidados de enfermería, y de otras personas. Recuerdo a un enfermo muy querido, al que era la limpiadora de la habitación la que, en una actitud de oculta complicidad con él, aprovechaba el necesario desalojo para llevarle su deseado y auténtico café, que estaba entre los escasos y esperados placeres diarios. Amén de todo esto, para el enfermo, ver entrar al médico en la habitación es como llenarla de luz, la frase “no ha pasado todavía el médico” se dice con temor a “que no pase”, porque necesitamos “que pase”, que se interese por nosotros y nuestro estado, y que nos dé información sobre lo que nos espera, confiando en que serán buenas noticias.

Las enfermedades crónicas dan al paciente experiencia, va conociendo a su enfermedad, se va familiarizando con los lugares y espacios, va aprendiendo los itinerarios y conociendo a las personas que encontrará en las visitas, las pruebas diagnósticas, etc. Es importante que las relaciones sean buenas, que se acuda al Centro o al Hospital con la tranquilidad que proporciona saber que las personas que nos esperan nos atienden con interés, cordialidad y hasta afecto.

En los casos de enfermedades graves pero con expectativas de curación, la esperanza de los posibles buenos resultados debe estar siempre presentes a través de palabras medidas y prudentes, pero que forman parte del arsenal terapéutico y que pueden tener tanto peso como el mejor de los medicamentos.

En los casos de pronósticos inciertos o claramente infaustos, la relación médico-paciente aún es más trascendental. Es entonces cuando todo adquiere una significación y una importancia insospechada porque el/la médico tiene que tener muy presente quién y cómo es la persona que está al otro lado de la mesa o en la cama; aquí necesita sus conocimientos de psicología médica, todo lo que hemos dicho de la personalidad; necesitará de su sensibilidad, su

intuición, su experiencia..., para emplear la palabra precisa, en el momento preciso, según quién y cómo sea el paciente. Encontrar el equilibrio entre el derecho del paciente a conocer en qué fase está su enfermedad, las expectativas terapéuticas que quedan por emplear, las respuestas posibles y el mantener encendida la llama de la esperanza es, a menudo, un ejercicio de equilibrio en el alambre y sin red. La información tiene que ser veraz, pero graduada, tamizada y emborrizada de esperanza.

En estos casos dos son los pilares en los que el paciente apoya su travesía del desierto son el tiempo y la calidad de vida. El tiempo como dimensión puede corresponder a la física, pero los análisis más diversos vienen desde la filosofía. Para Aristóteles el tiempo es movimiento, viene marcado por el discurrir de los acontecimientos, lo que ocurre ahora, lo que ya ocurrió y lo que ocurrirá. Para otros filósofos, el tiempo sólo está en la mente humana, así Avicena dice que los recuerdos llevan a lo pasado y las expectativas a lo que está por venir y Descartes lo considera una forma de pensamiento. Para Kant es un espacio lógico, una construcción matemática. En la Naturaleza donde el Orden consiste en que cada elemento ocupe su lugar y cada acontecimiento suceda en su momento, encontramos un orden fijo, único e inmutable, que es secuencial. Pero aquí me interesa el tiempo como vivencia humana que implica un análisis individual y su medición atiende a su significado emocional. El tiempo se acorta o alarga según el color emocional que tengan las actividades con que vamos rellenando su discurrir, hablamos así del “tiempo pático” (tiempo vivido), cuya duración la establece nuestra temporalidad emocional.

La enfermedad enseña a muchas personas el valor que tiene el tiempo como oportunidad de llenarlo de acciones que vengan a producir resultados agradables, beneficiosos y felices para sí mismo y para otras personas. Esta vivencia sirve para diferenciar lo intrascendente de lo importante y produce la serenidad y prudencia para ver la convivencia del día a día y las relaciones con los demás desde lo que tienen de constructivo, y de riqueza interpersonal.

En la enfermedad de mal pronóstico, el tiempo se transforma en una nueva dimensión, cada minuto, cada hora, cada día... pueden constituirse en periodos inmensos por la plenitud con que se viven todos los sentimientos: la *nostalgia*, entendida como el amor que nos dejaron personas o circunstancias que ya no están, pero cuyo recuerdo nos hace felices, el *amor* hacia los que tenemos más cerca en el corazón, a quienes nos rodean, la *felicidad* de un viaje, la *alegría* de una celebración festiva, el vivir la aventura oculta en las páginas de un libro, o en una buena película, las conversaciones y encuentros con amigos y compañeros etc.. Este valor del tiempo tiene que estar presente en la valoración que la Medicina como Arte hace de sus resultados en el paciente.

Especial es la situación cuando hemos de aceptar como natural que la vida toca a su fin. La gran verdad universal, es que todos moriremos, sin embargo se sobrelleva porque no sabemos cuándo ni cómo y para los más sensibles puede ser un pensamiento prohibido. En los enfermos cuya vida tiene etiqueta de caducidad, la atención médica tiene que ser especialmente humana, aquí el ponerse en el lugar del otro es más necesario y más difícil, porque el acompañamiento se agradecerá más que un buen medicamento. Para algunos médicos cuando la Medicina como Ciencia ya nada puede hacer, entienden que su trabajo ha terminado; esos serán buenos médicos, pero no médicos buenos, médicos humanos, abnegados, generosos y compasivos. El momento de dejar el competitivo mundo en el que se ha actuado a lo largo de la enfermedad, necesita sobre todo del amor de los más próximos por lazos de sangre o de afectos, pero también necesitará de otras formas de cuidados médicos. No es un consuelo que se ofrezca, por parte de los gobernantes, la eutanasia como un derecho y una acción que soluciona los problemas del enfermo grave o terminal. La muerte nunca es una solución, porque no aporta nada bueno, acabar con la vida de forma intencional es contrario al acto médico y como ha reconocido el Consejo andaluz de Colegios de Médicos recientemente, “...*la profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes*”

primordiales del médico”. Defendemos el deber de sostener, consolar y acompañar al que se muere hasta que naturalmente su cuerpo y su alma cumplan con su destino.

Creo que seguir recibiendo la visita del médico, con su mirada, su contacto manual, sus palabras, será un consuelo enorme, para saber que evitará sufrimientos inútiles pero también para comprobar que sigues siendo objeto de esa Medicina que ha estado a lo largo de nuestra vida regalándonos tanto bienestar y tanta seguridad. A este respecto, el doctor Jacinto Batiz, experto en cuidados paliativos escribe en uno de sus textos: “cuidar a las personas en el proceso de morir” y dice, entre otras cosas: Hay que 1. *Tratar al enfermo como un ser humano hasta el momento de su muerte, y que no solo se le contemple como una estructura biológica, sino que además se tenga en cuenta su dimensión emocional, social y espiritual....* 7. *Que le cuiden personas solícitas, sensibles y entendidas, intentando comprender sus necesidades y que, además, sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarlo a afrontar la muerte...”*.

Los cuidados paliativos tienen para estos pacientes el mismo valor, al menos, que una intervención innovadora capaz de colocar los huesos del pie en su sitio, válvulas nuevas en el corazón, o una cadera que permitirá recuperar la marcha juvenil. Son estos los cuidados que la Medicina Arte debe proporcionar en las situaciones finales de la vida.

Como hemos dicho, el tiempo y las características personales de la vida de cada paciente, son elementos ligados a la salud y que también los médicos y profesionales sanitarios deben tener en cuenta y valorar en la dimensión personal de cada enfermo.

Todo esto está en la esencia de la Medicina como Arte, porque si bien, todo médico debe estar preparado para afrontar todo lo que la enfermedad de su paciente tiene de científico, la misma importancia o más tendrá “el ponerse en su lugar” para comprender su situación personal, su capacidad para asimilar y aceptar lo que le está tocando vivir.

Esta es una misión difícil, por eso la Medicina se asimiló al Arte, ya desde Hipócrates, y éste decía “*El oficio es duro y el arte difícil*”. Mientras que la ciencia debe ser rigurosa, precisa, probada,

estricta..., el Arte debe ser viaducto de emociones y sentimientos y eso se debe hacer conforme a un modelo que personalice al enfermo, y que haga “única” su situación y la actuación del médico.

Hasta aquí, la persona como centro de la Medicina humanista y llena del arte de asistir, atender y acompañar al enfermo. Ahora, aunque de forma mucho más breve, unas palabras para

La Medicina como Ciencia

A lo largo de los siglos la Medicina, por un lado, ha sido motor del conocimiento propio y, por otro, se ha enriquecido incorporando los avances de todas las ciencias que le son afines. Esto lo ha hecho a través de los diferentes movimientos históricos remontados a los griegos y acabados en la revolución molecular, genómica y digital.

Inicialmente dos doctrinas nos aproximan al conocimiento, el empirismo y el racionalismo; para el empirismo, la observación está en la base del acceso al conocimiento a través de la experiencia externa (sensación-percepción) o interna (reflexión), es un método analítico (Locke) la percepción de ideas lleva a establecer unas leyes de las ideas; la experiencia se debía dirigir hacia lo útil y técnico, en contraposición al conocimiento teórico que busca la verdad en sí misma, fuera de su utilidad; el pensamiento empírico era muy útil en medicina, y llevaba a analizar lo que sucede, extraer de ello conocimientos y aplicarlos.

En el Renacimiento Leonardo da Vinci introdujo su particular visión del mundo desde una inmensa creatividad; no sabía latín y él mismo dijo refiriéndose a los que no le consideraban culto : “... *no saben que mis materiales tienen más valor porque derivan de la experiencia antes que de las palabras de otros, y la experiencia es la maestra de quienes han escrito con acierto*”. (Códice Atlántico, folio 327).

En los siglos XVI y XVII, con Vesalio, Paracelso, Harvey, Sydenham y más tarde Boerhave, Hoffman, y otros a través de la experimentación llevan la medicina a la edad moderna como ciencia apoyada en los modelos anatomoclínico, fisiopatológico y etiopatogénico.

El positivismo aparece ya en el siglo XIX con Comte y en Inglaterra con J.S.Mill; la base de la ciencia será la objetividad y sólo hechos reales, verificables por la experiencia apoyarán las actividades científicas; sólo las proposiciones contrastables son aceptables desde la ciencia; es necesario que las leyes que rigen los fenómenos se puedan expresar en lenguaje matemático. La técnica y el método científico están estrechamente unidos, consolidándose lo científico-técnico. La ciencia explica, y esto lo hace llevando los fenómenos a un marco teórico de leyes generales.

A Karl Popper, el filósofo de la ciencia de mayor influencia en el siglo XX, le preocupa la diferencia entre ciencia y metafísica y pretende encontrar criterios epistemológicos, metodológicos y normas que permitan diferenciar lo que es científico de lo que no lo es, estableciendo que son dos campos que se deben abordar de forma diferente (teoría de la demarcación); lo científico debe permitir experimentos y ensayos que lo refuten o lo confirmen, es el concepto de “la ciencia debe ser falsable”, mientras que lo metafísico es, en su discusión, más especulativo.

En Medicina esto se refleja en los contenidos doctrinales y en la forma de aplicarlos, así se propuso la denominada “medicina basada en la evidencia” y ahora “la medicina de precisión”, para dar un sentido de rigor y veracidad al acto médico, que debe basarse en conocimientos teóricos, probados como ciertos, sobre el ser humano, el organismo sano y enfermo, los modos de enfermar y las formas de abordar las enfermedades para lograr la curación, o la mejoría siempre que sea posible.

En la actualidad, nos enfrentamos a nuevas formas de Medicina y de asistencia sanitaria que, quieren aprovechar el potencial transformador de las tecnologías digitales y de la inteligencia artificial. Esto ha traído una auténtica revolución a la forma de comunicarnos, con nuevas relaciones interpersonales no presenciales, a través de uso de máquinas o instrumentos robotizados que realizan tareas hasta ahora reservadas a los humanos. Con estas tecnologías es posible poner en relación a médico y paciente que están a kilómetros de distancia pero pueden

oírse y verse; el propio paciente o quienes le cuidan pueden realizar y registrar, en el domicilio, pruebas que envían al médico que las interpreta para el diagnóstico o el tratamiento. Esto tiene una aplicación directa a las patologías crónicas, en una población que tendrá en el año 2050 un 30% de población mayor de 65 años. En esta línea la Comisión Europea ha puesto en marcha el proyecto Gatekeeper que a través de una plataforma abierta conectará a todos los actores del mundo de la sanidad a través del internet de las cosas, se pretende llevar más calidad y personalización en la detección precoz y tratamientos en las patologías crónicas. Ahí están empresas como Medtronic, compañías de tecnología sanitaria, institutos de investigación, universidades punteras y redes europeas del ámbito de la innovación sanitaria.

De la mano, pues de la tecnología más avanzada se nos ofrecen a los profesionales sanitarios y a los pacientes crecientes oportunidades para que, sin contacto físico directo, se pueda construir un acto médico virtual, a través de una comunicación telemática, que permite la anamnesis y exploraciones tecnológicas en las que basar un diagnóstico y proponer un tratamiento o medidas sanitarias. Como ejemplo, a día de hoy el 65% de las consultas de dermatología se hacen ya mediante estos procesos telemáticos.

Hace unos días llamaba mi atención el siguiente anuncio a toda imagen y colores, expuesto en el escaparate de una aseguradora de ámbito nacional e internacional: *“Salud familia...Ahora con tu seguro de salud, tu médico en el móvil. Chat médico 24 horas. Video-consulta”*. ¿Puede un ciudadano normal pedir más que llevar a su médico en el móvil, chatear con él y tener su contacto por videoconferencia las 24 horas del día?, !!!! Ahora bien, suponemos que no será siempre el mismo médico;¡¡¡¡. Entonces ¿Dónde queda la continuidad de la relación médico-paciente?, la confianza que da la continuidad?... Es un tema que sigue planteando numerosos interrogantes que deben quedar resueltos en cada contrato y en cada situación, lo que requiere un proceso de información muy detallado y muy claro entre quienes ofrecen este servicio, el ciudadano que lo contrata, y los profesionales que van a prestar esos servicios; son

temas de base legal, pero de importantísimas implicaciones ético-deontológicas, nada baladíes.

Los grandes cambios vienen de la mano de la inteligencia artificial que ha permitido que los algoritmos pasen de ser limitados a ser inteligentes; el ser humano transmite a las máquinas su propio proceso de decisión, en el que no conoce todos los posibles resultados, los seres humanos tomamos decisiones probabilísticas (José Manuel Molina). Para que las decisiones tengan cada vez mayor probabilidad de acierto son precisas grandes cantidades de datos, lo cual es cada vez más cierto a través de la Big Data: archivo de capacidad colosal, que recoge permanentemente millones de datos introducidos en las historias clínicas, ensayos y experimentos, por vía informática. Estos datos se cruzan, relacionan y analizan, obteniéndose resultados que amplían exponencialmente el conocimiento y favorecen prácticas sanitarias cada vez más eficaces.

Progresivamente vamos pasando a una medicina preventiva y predictiva. Se va haciendo cada vez más habitual el tratamiento de signos o síntomas antes de que originen la enfermedad, (así se controla el colesterol, la glucemia o la hipertensión para prevenir la enfermedad cardiovascular o la diabetes). Los médicos y otros profesionales sanitarios llevan 10 años introduciendo datos clínicos en las historias electrónicas, y es el momento de que empiecen a apreciar las ventajas, contribuyendo a mantener la recogida y a cuidar la calidad de los datos clínicos que introducen, este es el futuro de una Medicina científica de resultados insospechados.

Desde la Medicina Arte, con la Ética y la Deontología en su epicentro, hemos de preguntarnos si es posible que la Medicina Ciencia llegue a ser un obstáculo para la Medicina Arte, porque es un tema en el que se deberá buscar y conseguir el equilibrio. El auge actual de las Asociaciones de Pacientes y movimientos como Propatients se fundamentan en la necesidad de más participación de los pacientes en los foros donde se toman las decisiones asistenciales, para una alianza de comunicación respecto a las necesidades reales de los enfermos; precisamente el primer capítulo estudiado en estos foros, en este sentido, y sobre el que se han hecho

propuestas ha sido el de la necesidad de que la Humanización de la Medicina siga siendo objetivo principal; los pacientes quieren la ciencia y la investigación, pero de la mano de un médico humano.

Para aplicar con éxito esta humanidad hemos de volver a la base de ese encuentro entre dos “yo”, el del médico y el del paciente, con su manera especial de ser, su personalidad; en este acomodo mutuo de forma de comunicación, de necesidades, de deseos, de expectativas, el papel más difícil y exigente, para que el encuentro tenga éxito le corresponde, una vez más, al médico y esto no será posible sin la formación-educación médica adecuada y la incorporación de habilidades referidas a lo humano, lo afectivo, lo ético y lo deontológico; esto también está en los libros, pero se aprende mejor con el ejemplo vivido, con la práctica a la cabecera del enfermo o analizando lo que siente el paciente al otro lado de la mesa, cuando se le da la oportunidad de expresarlo, en el ambiente y con el tiempo necesario para ello.

En una de sus lecciones a los estudiantes de Medicina, en 1903, decía William Osler *“Más que ninguna otra, el médico puede ilustrar esta lección: que no estamos aquí para sacar de la vida cuanto más podamos para nosotros mismos, sino para intentar que la vida de los demás sea más feliz. Es imposible que nadie tenga mejores oportunidades para vivir esta lección que las que vosotros vais a disfrutar... La práctica de la Medicina es un Arte, una vocación, no un comercio o un negocio; una vocación en la que hay que emplear el corazón igual que la cabeza....”*.

En definitiva las funciones de la mente humana, su inteligencia, su capacidad de inventar, descubrir y crear estarán en un plano superior, somos los seres humanos los que construimos las máquinas, porque éstas no piensan. Sus decisiones se basan en algoritmos matemáticos, pero no en decisiones éticas o morales basadas entre otros valores, en la genuina humanidad y en la libertad; todo lo que da dignidad a las personas, no será posible conseguirlo a través de las máquinas, sólo la harán posible o no quienes las crearon y las manejan. En la medida en que las máquinas puedan hacer más tareas sustitutivas de las humanas, más necesarias

serán las exigencias éticas de quienes las construyen y les integran los circuitos que soportan mensajes operativos con actuaciones que afectan a las personas. No cabe duda de que el proceso evolutivo del cosmos cada vez da más atribuciones al ser humano, lo que significa mayor responsabilidad para ordenar el entorno y sus propias creaciones en su beneficio y el de todos los seres de la Naturaleza. Esto sigue siendo “Ley natural”, el ser humano como instrumento de la Providencia.

La Medicina como Arte tiene que hacer posibles todos los sentimientos positivos que una persona, la persona enferma, es capaz de experimentar, el primero la confianza, también la esperanza, a nuestro Presidente le gusta repetir las palabras con las que Laín Entralgo define al médico “*posibilitador de esperanza*”, pero cómo no, también debe ser capaz de hacer posible la alegría, Tomás de Aquino decía que “*el hombre no está hecho para vivir en la tristeza*”; “*todas las cosas buenas ríen*” decía el propio Nietzsche y Cervantes, por boca de Sancho Panza, y desde su singular filosofía dice a un entristecido D. Quijote, por la noticia del encantamiento a que se había visto sometida Dulcinea: “*Señor, las tristezas no se hicieron para las bestias, sino para los hombres; pero si los hombres las sienten demasiado, se vuelven bestias....*” , los enfermos por obra y gracia del Arte de la Medicina y de sus médicos tienen que ser personas confiadas, esperanzadas y hasta alegres.

Y termino con estos versos tan bonitos de José Hierro y apropiados a todo lo que la enfermedad, puede enseñar, desde su lado positivo, que yo añado, dependerá mucho de los médicos que los enfermos tengan a su lado.

- *Llegué por el dolor a la alegría.*
- *Supe por el dolor que el alma existe.*
- *Por el dolor allá en mi reino triste*
- *Un misterioso sol amanecía*
- **Muchas gracias**

