



SUMARIO

TEMA DEL DIA

Pág.

INTIMIDAD, CONOCERLA

1

Borrell i Carrió F.

PENSAMIENTO ACTUAL

LA INTIMIDAD Y EL DESCONCIERTO DEL ENFERMO

32

Broggi Trías MA.

ESCOGER EL MORIR. DE LA MUERTE ACOMPAÑADA A LA MUERTE PLANIFICADA

55

Busquet Duran X.

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

ÍNTIMA MENTE

85

Ochoa Prieto J.

UN SORDOMUDO EN UN MUNDO CIEGO

93

Galindo Salmerón Z.

COMUNICACIÓN CLÍNICA, A CONTRALUZ

108

Pérez Milán L.

Codirectores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Alexandra Albarracín Castillo

Responsable de Redacción

Beatriz Gutiérrez Muñoz

Consejo Editorial

Francesc Borrell-Carrió
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-
liahumanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
liahumanistica/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 publicarán 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.

LA INTIMIDAD Y EL DESCONCIERTO DEL ENFERMO.

Broggi Trías MA.

Resumen: La persona que acude al sistema sanitario tiene la expectativa de que su enfermedad será tratada con eficacia y equidad, pero teme el trato personal que pueda recibir. Teme ser cosificada y que sus valores y su intimidad puedan ser ignorados. El artículo describe el desconcierto e inseguridad del ciudadano ante las decisiones que deberá afrontar en el proceso asistencial, y la necesidad de ayuda para transitar por un mundo desconocido de incertidumbres y vulneraciones de la privacidad. Defendemos la idea de un profesional atento y comprensivo, verdadero anfitrión que atiende el posible desconcierto de su huésped, y con curiosidad y tacto lo recibe como persona enferma a tratar, pero también con una intimidad frágil que cuidar y proteger.

Palabras clave: *Intimidad, Privacidad, Autonomía, Ayuda profesional, Relación clínica, Cuidado.*

Abstract: INTIMACY AND BEWILDERMENT OF THE SICK PERSON

The person who turns to the healthcare system expects their illness to be treated effectively and fairly, but fears the personal treatment they might receive. They fear being objectified and that their values and privacy might be ignored. The article describes the confusion and insecurity of the citizen regarding the decisions they will have to make in the healthcare process, and the need for help in navigating an unfamiliar world of uncertainties and violations of privacy. We defend the idea of an attentive and understanding professional, a true host who assists the possible bewilderment of their guest, and with curiosity and tact, receives them as a sick person to be treated, but also with a fragile intimacy to care for and protect.

Key words: *Intimacy, Privacy, Autonomy, Professional help, Clinical relationship, Care.*

Artículo recibido: 28 septiembre 2024; aceptado: 30 septiembre 2024.

LA INTIMIDAD Y EL DESCONCIERTO DEL ENFERMO

Cuando una persona entra en un centro sanitario y se sienta en la sala de espera se queda unos momentos sola consigo misma. Puede que sea consciente entonces de aquella intimidad propia que todos llevamos, pero a menudo algo adormecida. Es posible que, a partir de entonces, y a lo largo del proceso de enfermedad que ahora inicia, la mantenga más alerta. De hecho, teme por su integridad, no solamente por la de su cuerpo. Sabe que va a ser vulnerada. Entiende que es lógico que así sea, ya que el cuidado que va a recibir le obliga a tolerar alguna que otra intromisión en su privacidad. De forma aceptada de antemano, deberá abrirse a miradas ajenas (que no van a ser pocas). Por tanto, la persona que espera debe

estar dispuesta a levantar las habituales barreras de “*No trespassing*” (1) con las que acostumbraba a limitar los accesos no deseados; a su cuerpo, por supuesto, y también a su mundo interior. De todos modos, seguramente piensa al mismo tiempo que no sabe muy bien qué límites poner a esta invasión inminente. Incluso, no sabe si es razonable ponerlos.

TODO PACIENTE TIENE UN MUNDO PRIVADO

El hecho indiscutible es que su mundo privado va a tener que adaptarse a un ámbito público (y el sanitario siempre lo es) que se dispone a acogerle y al que le agradece de antemano su disponibilidad. Es indudable que en él busca, y va a encontrar, seguridad. Pero intuye que también puede encontrarse con aspectos algo inhóspitos (rutinas, “protocolos”) que pueden llegar a ser humillantes. Se pregunta cómo podrá compaginar “su mundo privado” (2) (de preferencias, de esperanzas, de miedos) con este otro avasallador en el que va a sumergirse.

En general, acostumbra a ser una lucha muy desigual. Por de pronto, porque todo emana de una necesidad suya; y, claro está, ¡no va a pretender de entrada entorpecer la ayuda que pide! Pero es que, además, en esta situación tan nueva en la que se encuentra ahora, no sabe muy bien si su mundo interior está preparado para entender y discernir lo que va a descubrir a partir de entonces y si será capaz de analizar y decidir lo que debería hacerse.

Mientras espera, ve emerger, por tanto, una nueva necesidad con la que no contaba: necesita poner en orden su mundo interior, encararse a sus propios valores y ver cuáles de ellos pueden ser aplicables a su caso. Y le gustaría, al mismo tiempo, que los demás comprendieran su desconcierto y que no menospreciaran su ineptitud: teme algo así como “*¿y viene usted aquí sin preparación?*”. Claro está que hablamos de aquellos casos no banales con los que la persona no esté familiarizada. En ellos, se necesita que el profesional ayude a valorar las situaciones que se vayan presentando y los peligros que se tengan que asumir. Pero (y esto es más difícil aún)

que lo haga desde su punto de vista, de alguien distinto a los demás, desde su interés como persona vulnerable que es; es decir, que no sólo se base en la experiencia o conocimientos profesionales sobre otros casos similares. Se pregunta si el profesional que va a ver va a ayudarlo a transitar, a él y a su mundo, por este otro que ve tan masificado. ¿Encontrará en él al abogado defensor que le oriente y le defienda contra las poderosas fuerzas de la uniformidad, la anonimización y la cosificación?

Al *estar* con su intimidad, al mirar dentro de sí, ve que le conviene ampliar el conocimiento de sí mismo, al menos de quién va a ser a partir de entonces: una persona enferma. ¿Cómo va a resultar ante el dolor o el miedo? Porque descubre que su “yo” no es algo estático; es un “yo” que se mueve, “flotante”, como lo adjetiva François Jullien (3). El “conócete a ti mismo” délfico acaba resultándole más complejo de lo que comúnmente se cree. Más que conocerse uno mismo y de una vez por todas, es un irse reconociendo poco a poco, en momentos distintos; es estar alerta a la propia evolución, es sorprenderse a veces de hasta dónde se ha podido llegar sin pensar. Es un caminar y conversar, como dice Antonio Machado, con aquel “*que siempre va conmigo*” (4). Sobre todo, es pactar con él. La persona en la sala de espera está allí sentada con “la que siempre va con ella”, a la que conoce, claro está, pero con la que necesitaría ajustar mejor algunas cosas para la ocasión.

SALA DE ESPERA ES SALA DE REFLEXIÓN

En la vida cotidiana no siempre se es consciente de cómo se va desarrollando la propia autoconstrucción. Se sabe que nunca está acabada, desde luego, pero no siempre este trabajo de inspección (“de inspección de obra”, diríamos) aflora con tanta fuerza como ante los cambios de escenario; y este es significativo: pasar a “ser paciente”, y quizás a “paciente de enfermedad grave”. No es raro que en las ocasiones como esta se replanteen cosas que se daban por hechas y que haya que volver a tratar los valores que uno creía tener asumidos. Puede muy bien ser que, al hacer esta revisión, no le resulte fácil a veces definir lo que acabará afirmando la coherencia

con uno mismo, o va a preferir al fin una cierta traición y aprovechar para un cierto cambio. La intimidad es un terreno en el que este tipo de polémicas y crisis pueden aparecer y donde la necesidad de diálogo se impone.

El primer diálogo ineludible es pues con uno mismo, y se acostumbra a iniciar, como estamos viendo, en la soledad de una sala de espera quizá llena de gente. Porque el sentimiento de soledad es consubstancial al hecho de estar enfermo; sin poder diferenciar demasiado lo que es soledad objetiva de un sentimiento de soledad, es decir, de una dificultad en la comunicación. Porque, a pesar de la solicitud del entorno, y de los desvelos de los familiares y amigos, el proceso de la enfermedad va a ser (¡acostumbra a ser!) el de una soledad esencial interrumpida por ratos de compañía. Parafraseando a García Márquez (aunque él hable de la vejez), diríamos que el secreto de una enfermedad bien llevada “*es un pacto honesto con la soledad*” (5). La persona enferma siente ya esta soledad íntimamente cuando espera en la sala. Más tarde, si acaba ingresando en una habitación del hospital, por ejemplo, por la noche la va a sentir mucho más. Espriu lo dice atinadamente: “*¿Què és la veritat?*”, se pregunta; “*la solitud de l’home i el seu secret esglai*”: la soledad del hombre y su secreto espanto es la verdad que acecha (6).

INTIMIDAD Y AUTONOMÍA

La tan estimada autonomía personal se sustenta en este terreno profundo, silencioso y a menudo muy inseguro de la intimidad. Es allí donde se enfrentan lo que uno creía que era seguro (“sagrado” a veces) con expectativas nuevas, unas fobias recién descubiertas, los sueños de felicidad, o la vergüenza a mostrarse... Pues, ¿cómo no va a temer mostrar sus valores si aún duda sobre cuál de ellos prefiere? A veces cuesta saber cuál acabará priorizando. Aparte de que es habitual que muchos de estos valores que balancean en la intimidad se le hayan colado calladamente desde fuera, sin ni darse cuenta antes, y que aún no los conozca bien. O puede que

le estén penetrando ahora súbitamente, como un flechazo -tomando esta imagen tan gráfica de la pluma acerada de Rafael Sánchez Ferlosio:

“¿Qué autonomía? (...) El yo no es más que un campo de batalla, me dijo un día un amigo. No está mal. (...) Un campo de batalla de cien heteronomías enfrentadas resulta una buena alegoría del único sujeto autónomo que conocen mis propias experiencias. Atado a un árbol como un San Sebastián, asaetado desde todas partes, atravesado por las flechas de una disparidad de heteronomías entrecruzadas, nada he podido nunca reconocer como mío ni distinguir como propio en mis entrañas que no fuese a la vez función y resultado de empeños exteriores (...)” (7).

Puede resultarnos discutible, aunque sea bella, la contundencia de la imagen, pero es seguro que muestra una realidad: la de que la intimidad, lo más profundo del yo, es un campo de batalla entre valores. También lo es que, en dicho campo, muchos de los valores en lid pueden ser espurios, provisionales, prestados. Tanto es así que, al ser consciente de ello, puede hacernos dudar de la posibilidad de libertad. Al menos, dudaremos si la libertad la tomamos en un sentido pleno o, como dice Isaiah Berlin, en un sentido “positivo” (8): como posibilidad de llegar a ser dueño de sí mismo, de mantenerse a salvo en aquella “ciudadela interior” que propugnaba Marco Aurelio (9), en una atalaya impermeable a toda influencia. Pero, aunque sea tan obvio que este sueño es irreal, no es obstáculo para poder defender el derecho a la expresión personal y “libre” de todo ciudadano; es decir, para defender a que no se ponga en entredicho, sin un motivo de peso, su capacidad de llegar a una decisión. A pesar de los obstáculos, tiene que poder “hacer suya” una decisión. Es así como entendemos la libertad que precisamos (la que Berlin etiqueta de “negativa”): como capacidad de decidir sin sumisión ostensible ni coacciones excesivas.

Cuando se defiende ética y legalmente el ejercicio de una “Autonomía Personal” en el entorno de la Salud -y como muestra valgan la Ley “de Autonomía”, como se la ha venido a llamar en nuestro país desde el año 2000, y la amplia “doctrina” Bioética- se está defendiendo esto: que cualquier persona tenga la ocasión para manifestar su voluntad, sobre todo ante una actuación propuesta y después de haber

sido informada debidamente sobre en qué consiste y por qué se recomienda. Añadiendo luego, claro está, que se va a respetar la decisión que la persona tome. El llamado “Consentimiento Informado” es quizá la plasmación más nítida de este derecho privado y de este deber público. En suma, es garantía de que su integridad no va a ser vulnerada sin que lo consienta.

PODER DEFENDER NUESTRA “RAREZA LEGÍTIMA”

Es verdad que la decisión tomada por la persona puede muy bien haber surgido de la turbulencia interior a la que nos hemos referido. Puede ser. Pero el hecho de no respetarla no es una alternativa válida. No respetarla supondría desconfiar de la posibilidad de que la persona pueda defender su singularidad, su esfuerzo por autorrealizarse. Porque, aunque no nos guste lo que acabe saliendo a la luz y se vea precaria o poco sólida, incluso excéntrica, su decisión es algo suyo y, por lo tanto, en principio, respetable. Ronald Dworkin defiende con claridad que un ciudadano adulto y competente debe poder tomar decisiones, y con ellas incluso, dice, “hacer malas inversiones sobre sí mismo”. Es mejor que...

“... interferir en la vida de los individuos cada vez que creemos que cometen un error, (...) porque estamos convencidos de que la autorrealización permite a cada uno de nosotros hacernos responsables para configurar nuestras vidas de acuerdo con nuestra personalidad, coherente o no, pero, en cualquier caso, distintiva” (10).

Hay que proteger pues, este intento de “construcción distintiva”. Y la vulneración de este trabajo íntimo la consideramos, desde hace ya un tiempo, un atentado a la dignidad. No solamente a la dignidad de la persona menospreciada, sino a la de todos nosotros como comunidad de humanos necesitados de fraternidad mutua que somos. Es algo que hemos ido asumiendo, sobre todo desde la Ilustración, y que va abriéndose paso poco a poco. A pesar de que cueste. Porque lo cierto es que resulta dificultoso en la práctica, tanto colectiva como individualmente.

Ya vimos que la primera dificultad la encontramos en la misma interioridad de cada cual. Porque, aunque nos resulte obvio y poético el consejo de René Char cuando clama aquello de “*desarrollad vuestra rareza legítima*” (11), debemos señalar -por pura honestidad- que no es fácil hacerlo a la hora de la verdad. Por ejemplo, y volviendo a la situación de la asistencia clínica, es posible que la persona dude de que pueda exponer impunemente “su rareza legítima” en el contexto sanitario que le rodea. Puede que piense que, además, ni ella misma conozca lo suficiente aquella “rareza” suya. Y en todo caso, ¿debería ahora mostrarla a un extraño? ¿y mostrar sus dudas sobre la misma? No sabe hasta dónde llega, hasta dónde merece la pena defenderla...

Como vemos, la sala de espera es, de hecho, una sala reflexión. De reflexión para meditar y para prepararse. Hay que prepararse para el diálogo que va a venir, para las preguntas que debería atinar a formular, para saber encajar la información que va a recibir. Ve acercarse el miedo a conocer aquello que no se querría tener que vivir, miedo a ni entender lo que pasa o pueda pasar... Y a no estar a la altura de la situación; ni, por descontado, de las decisiones a tomar. Claro que una sala de espera es también una sala para la esperanza, pues siendo el miedo y la esperanza indisociables entre sí (sabemos con Spinoza que “no hay esperanza sin miedo ni miedo sin esperanza”), conviene siempre mantener alguna esperanza, por pequeña que sea, como escudo... Son momentos en que estos sentimientos contrapuestos pasan de un lado a otro, del temor a la esperanza, en un movimiento pendular incesante. Quizás, imagina, podrá aquietar este vaivén si llegara a establecer allí algún lazo lo suficientemente fraterno al que asirse para afrontar la realidad, lazo en el que poder confiar. Poder confiar en alguien es una necesidad que crece en su interior y que se vuelve urgente en muchas circunstancias.

ACOGER AL PACIENTE ES COMPROMETERSE CON ÉL

Ante estas expectativas que hemos esquematizado, ¿cómo debería responder el profesional? Si no quiere defraudar a la persona que va a entrar, deberá estar dispuesto a atenderlas. Primero imaginándoselas y, desde el primer saludo, dejando claro que se compromete con ella, es decir, que promete cuidar de ella, que va a estar pendiente de ella y no sólo de su trastorno. Recordemos aquello que se repite siempre: que no solamente hay que mirar qué enfermedad nos trae aquella persona, sino preguntarnos quien es la que nos la trae, cómo es y cómo lo lleva... que hay que tener miramiento por ese alguien que sufre, no solo por la “entidad” patológica que sufre, sino también por el hecho de encontrarse allí frente a nosotros y tener que ser escrutada, expuesta, explorada... La gente no lleva su estómago a visitar: va todo él sin poder dissociarse del problema que le trajo.

Pero hay que admitir el esfuerzo por dissociar ambos problemas, que es grande y ancestral. Es un esfuerzo en el que continúan empeñados todos: el profesional atareado, la rígida institución sanitaria, la solícita e impaciente familia; incluso el mismo paciente a veces. Porque, al hacerlo, todos priorizan la eficacia, el reto técnico y, en definitiva, la eficiencia en conseguir la solución más rápida. Y la verdad es que esta disociación funciona (el éxito de la serie del doctor House lo ratificaba en cada episodio), sobre todo en casos banales. Pero en aquellos casos en los que hay sufrimiento, o miedo, o angustia, en los que está en juego la vida o la integridad de la persona (o ésta lo siente así), resulta insuficiente. ¡Claro está que siempre se quiere que sea atendida y bien atendida la causa del sufrimiento!! Pero la persona necesita que se valore también este último, que se vea y mire también su “dolorido sentir”. La persona enferma espera entonces que la hospitalidad (12) llegue a ser la que todo huésped esperara de un buen anfitrión: su disposición a recibir con atención y curiosidad la novedad que ella representa, que importe que, a la vez que es portadora de un problema a estudiar, lo es también de un mundo personal a respetar. Reclama un tipo de mirada más amplia, más realista del problema, que abarque toda la realidad, no solo una parte (13).

Pero para educar una mirada así, y que englobe a la persona enferma, no basta con verla como algo estático. Hay que saber que su intimidad es fluida. Que no basta con preguntarle “¿qué prefiere que se haga?”, porque es probable que no lo sepa contestar aún. No estamos ante algo fijo como lo son sus datos biográficos, sino ante un mundo interior móvil, habitualmente confuso y con anfractuosidades por las que es difícil transitar. Más que captar una o varias fotografías, se trata de una película que empezó hace mucho tiempo, inasequible para el profesional hasta entonces, que ha sido fragmentaria y con escenas perdidas, que se continúa rodando ahora y que lo hará con nosotros en el próximo tramo, en la próxima “toma”. Deberíamos mostrarle que nuestra ayuda incluye el deseo de acompañarle, no caminando en su lugar con decisiones y actuaciones aparte, sino a su lado. Que no le forzaremos con premuras excesivas. La persona enferma debe verse autora y actora principal y no temer que nadie vaya a suplantarle en su papel ahora que está menguada. Hay que darle tranquilidad de que en las indagaciones, informaciones y actuaciones que se vayan sucediendo, no se prescindirá de su aquiescencia. Y algo importante: prometemos que la información que tenemos sobre ella estará a su disposición para cuando la requiera o veamos que la necesita.

EL PELIGRO DE APELAR A UN AUTONOMISMO IDEAL

Aprovecho este último punto, para poner un ejemplo de la complejidad de todo ello. Siempre ha habido quien ha confundido derecho a la información con deber de informar; o, mejor dicho, que ve a este último, el deber, una consecuencia obligada del derecho. No debería hacer falta decir que sí que existe el deber de informar a veces, y lo hay antes de poder actuar: hay que informar entonces sobre el porqué de la propuesta, en qué consiste, etcétera. Tampoco debería hacer falta insistir en que no toda información clínica es necesaria ni apetecible para todo paciente. La confusión entre estos supuestos por parte de los profesionales poco cuidadosos puede crear un temor innecesario a la invasión de su tranquilidad, una tranquilidad de ánimo (muy

inestable) que tanto cuesta mantener a veces. Hay que poder tener confianza en que el profesional tendrá criterio para descubrir lo que es oportuno sin rigidez.

Veamos un caso actual: la ley actual (14) dice muy bien que hay un derecho a saber y, a la vez, otro a no saber. Hay quien pretende modificar la redacción en la Ley (¡tan escueta y tan pensada!) cuando trata del de “no saber”. El fin sería evitar que se use torticeramente (cosa que ocurre, ciertamente) para encubrir a algunos familiares y profesionales que no informan a quien sí lo hubiera querido, alegando que creían que no lo querría. Para evitar esto, añadirían al redactado actual que el derecho “a no saber” solo pueda respetarse si es el propio enfermo el que se acoge a él expresamente: solamente si él ha “expresado” su voluntad de no ser informado. Por de pronto, hay que aceptar que el derecho “a no saber”, al ser evidentemente individual, no es sustituible en el caso de alguien competente. Pero si se añade “expresada” (y no se acompaña de “explícita o implícitamente”, como en otros apartados de la Ley) deberá informarse a toda persona de aquello que quizás “no querría saber” y que no es esencial que sepa para obtener ningún consentimiento para actuar. A no ser que haya “expresado”, que haya dicho, que preferiría no saber más. Pongamos un ejemplo. A un enfermo terminal, si se sigue este criterio, y aunque no lo pregunte, deberemos informarle de que vemos que aparece una nueva complicación evolutiva y que su desarrollo no va a ser bueno. Es un dato objetivo y relevante, y quizás sea la causa de que no llegue a las Navidades como él ambiciona. Pero, ¿es necesario aportarle este dato negativo que nosotros “vemos” si, a nuestro parecer, muestra signos de que prefiere mantenerse en un estado de “esperanza ilusoria”? Pues según la nueva idea, sí; ya que no atinó a saber decir que no querría saberlo... O quizás dijo que sí quería saber, pero fue hace unos días y refiriéndose en aquel momento al diagnóstico, y además cuando estaba muy entero aún y creía ser más fuerte de lo que ha visto después que es... Habrá que decírselo, según esta opción, no porque así le ayudemos mejor, sino porque un redactado de Ley, pensado para aupar al autonomismo general e ideal, no nos permite el movimiento de cintura para la adaptación a lo que se cuece en su intimidad. Y no vale pensar, cuando

reflexionamos sobre conceptos, que en la práctica la Ley no va a seguirse, como tan a menudo se piensa en nuestro país.

Se trata de una muestra de cómo la sensibilidad para apreciar la intimidad es insuficiente si concebimos la autonomía personal como algo fijo y no como variable y móvil. Así, en el problema que hemos comentado, el miedo a la ocultación de la información deseada (un triste residuo ancestral, aún vivo), es la causa de que se proponga una legislación que, para impedir aquel muro de silencio abusivo, permitiría lesionar la intimidad de quien no querría saber, pero no ha sabido expresarlo bien. En la lucha contra el paternalismo (que no acaba de extinguirse a pesar de leyes y lecciones) se ha ido acumulando un abultado capital moral, y, como se dice, no hay nadie más peligroso que “un justo cargado de razón” (15), ya que legitima descargar alguna actuación salvífica con impaciencia. En este nuestro caso, con una redacción que introduce un peligro más grave. Más grave, a nuestro entender, porque no se debería ya, como pasa con lo que se quiere evitar, a una tergiversación de la letra de la Ley, sino que, a partir de ahora, sería en cumplimiento estricto del nuevo redactado.

Es una denuncia de poca entidad, si se quiere, pero que no es baladí: sirve como prueba de una tendencia a resolver los problemas de forma administrativa. Y de que, aun queriendo mejorar el cuidado del ciudadano enfermo, se puede caer en errores si la mirada pasa por encima de las situaciones reales. Si mira únicamente un perfil esquemático, general e ideal: el de un ciudadano “con ideas claras” (que los hay), autónomo de hecho como debería serlo todo “buen enfermo”. Y es cierto que toda persona tiene derecho a que se considere esta posibilidad. Por esto es de agradecer que, con esta idea y con la ley positiva, aseguremos que ya no se imponga a nadie un trato o una acción contra su voluntad. Se trata de un paso de gigante que aplaudimos. Pero nadie quiere tampoco que este derecho general llegue a inducir imposiciones y llega a temer un ensañamiento informativo que se va extendiendo como actitud defensiva: la compulsión protocolizada de no dejar nada por decir. Toda persona tiene un derecho claro, pero lo debería poder ejercer cuando le convenga. En un momento dado, puede que lo que necesite más sea ayuda. Porque la persona

concreta, la real, puede ser alguien que en su interior esté aún barajando algunas cosas importantes para ella: tales como qué preguntas hacer, qué postura adoptar, qué mostrar o qué mantener aún velado. La persona real puede estar dudando, y necesita precisamente que se comprenda el aturdimiento en el que pueda estar sumida. Que se comprenda que no consigue ser lo autónoma que se esperaba de ella (16). La pregunta súbita de “si quiere saber” puede azorarla, y que se la conteste en su interior con un conocido -y tan común- “depende...” que quizá no se atreva a pronunciar.

EL RESPETO PROPICIA DECISIONES COMPARTIDAS

Respetar a la persona es, ante todo, respetar esta indefinición suya que hierve en su mundo. No vale solo tener presente una idea abstracta y definida de lo que sería su autonomía e imaginar que debería ser plena. Hay que observar las formas personales de llegar a ella o las que la misma persona descarta, aunque el resultado de este trabajo, y desde nuestro punto de vista, sea una autonomía solo “aproximada”. Como admite Victoria Camps, “*dada la complejidad que comporta el establecimiento de acuerdos [en clínica], que éstos sean vistos como precarios no significa que no satisfagan a quienes han participado en su construcción*” (17). Es un punto esencial, y para llegar a él se precisa un tipo de disposición abierta, la que Pierre Aubenque describe cuando habla de deliberación:

“representa la vía humana, es decir media, de un hombre si no totalmente sabio, no totalmente ignorante, en un mundo que no es ni totalmente racional ni totalmente absurdo, y que, sin embargo, conviene ordenar usando las deficientes mediaciones que nos ofrece”.

¿Cómo hacerlo? El mismo autor nos da la clave: lo fundamental para ello, dice, no es “*la inteligencia deliberante, sino, ante todo, la voluntad deseante*” (18). Deseante de diálogo, deseante de comprensión. Esta es la base de la verdadera hospitalidad. En la relación clínica, a cada uno de los dos siempre le falta algún

conocimiento: a uno, sobre los valores en juego, y a otro, sobre la nueva situación donde hay que aplicarlos. Deben, pues, hablar de ello, incluso buscando lo que haya podido quedar “oculto” o mal expresado en un comienzo y pueda desvelarse más tarde.

Dialogar no es fácil porque requiere una cierta suspensión del poder (19), sea cual sea. Uno puede usarlo para imponer aquello a lo que les obligaría “la ciencia”, “el protocolo” o “la experiencia”. El otro, quizás, para defender un límite con demasiado aplomo. Uno de los problemas estriba en que, en situaciones peligrosas en las que hay que tomar decisiones difíciles e inciertas, cuesta a veces que afloren a la superficie los valores con todo su “peso”. Es prudente, por ejemplo, desconfiar de lo expresado demasiado deprisa por un enfermo bajo condiciones de dolor o de miedo, pues cabe dudar de que lo expresado responda realmente a una valoración suya equilibrada. Limitarse a creer que lo dicho, dicho está y no hay más que discutir, es no comprender la posibilidad de ofuscación por esperanzas o desesperos excesivos... y corregibles. Y esta posibilidad pide un trabajo para no desperdiciar ninguna ocasión de aproximarse un poco más entre sí. A veces no se han expuesto bien las razones.

De ahí que sea peligroso pensar que, para apartarse del paternalismo, baste con establecer un nítido modelo contractual. En él, al enfermo se le informaría bien de casi todo y se esperaría su decisión. Una hoja prediseñada de “consentimiento informado” que incluya la información estándar ayudaría a hacerlo. Se le viene a decir al ciudadano: *“ya sé que tendrá usted su mundo, como todos lo tenemos; lo respeto. Pero no quiera mostrármelo ahora, centrémonos en el problema que le ha traído aquí y yo lo trataré como profesional que soy. Usted dígame si está de acuerdo en lo que le proponga después de que le haya informado y contestado a sus preguntas”*. En este modelo, “profesional” significa buen técnico y, como máximo, buen informador. Y “respetarlo”, implica mantenerse a distancia, no querer influirle. Ya que la autonomía es concebida como la capacidad de decidir sin interferencias, no interfiramos. Es un modelo que resulta demasiado frío, ya lo hemos dicho, cuando se aparta de las situaciones banales, cuando aparece un mal pronóstico en el horizonte, cuando hay

complicaciones o cuando el paciente está angustiado. Entonces deben preferirse otras formas de relación que permitan mirar los valores del enfermo con más detenimiento, con más “miramiento”, y en las que se distinga, por poner un ejemplo, la persuasión, legítima e incluso reclamada, de la coacción, nunca admisible y tan fácil de provocar. Hilando fino, diríamos que con la persuasión se intenta ayudar a que la persona ordene más coherentemente sus valores; con la coacción se los ordenamos nosotros. Nunca habrá una ley que haga la distinción (una buena ley...). Es algo del núcleo de la misma profesionalidad, de la intimidad de cada profesional.

LA LIBERTAD DE AFIRMARSE, DIALOGAR O DE ABANDONARSE

De todas maneras, el profesional tiene ante sí una enorme diversidad de maneras de ser, lo que le impide pensar en un estereotipo. Sabemos que hay personas que prefieren mantener una distancia, que prefieren mantener su identidad celosamente en una privacidad cerrada, y que acostumbran a expresar sus deseos o sus límites muy meditados y con bastante solidez. Apelan a una autonomía personal, aunque algunas asuman claramente valores comunitarios como propios y sin dudarlo. Es posible que prefieran no discutir sobre ellos, no ponerlos en entredicho. El diálogo es entonces corto, aunque pueda ser franco.

Otras quieren poder defender sus propios valores en las decisiones a tomar, pero están dispuestas a ponderarlos. Puede ser que los valores que esgriman beban también de fuentes comunitarias, que se compartan con familiares o amigos. Piden que sean el punto de partida para llegar a acuerdos. Aquí sí se abre un amplio campo de exploración. Desde la cultura mediterránea es posible que deba reivindicarse más la necesidad de contar con mundos individuales en los que hay fuertes soportes de solidaridad con el entorno y de compañía (20). Según esta visión, por ejemplo, compartir la información y la defensa de valores para tomar la decisión es moneda corriente. Incluso delegar la decisión podría llegar a considerarse una decisión autónoma, y, por tanto, respetable... Aunque convenga después quizás añadir algún

matiz. Pongamos uno: para el Consentimiento Informado (previo a una actuación clínica), a dicha persona -una viejecita en urgencias mentalmente sana pero agobiada- se le deberá pedir su firma para la decisión, aunque ella asuma que ha sido tomada de hecho por su hija –“*me dejo operar porque ella, la que ha hablado con ustedes, dice que sí, que lo haga*”-. Estaría bien distinguir esta decisión autónoma de otra por representación, en la que ella no hubiera tenido oportunidad para ratificarla. La verdad es que no se puede mirar con demasiado desdén casos así, y conviene recordar que muchos de los documentos de “consentimiento” no son más que asentimientos conseguidos por la presión de la situación, por decirlo de alguna manera: en la práctica, no pocos se firman sin leer porque la confianza en quien sabe más, en quien tiene poder o en quien deberá cuidarnos después (i), suple el trabajo arduo de tener que barajar valores y priorizarlos.

Lo suple: he ahí una realidad a estudiar, con sus límites y sus matices. El hecho es que no podemos ser demasiado estrictos con tantas personas que conscientemente se “dejan llevar”. El mismo Montaigne, con su inigualable sinceridad, admite esta dejación tan común:

“(…) Así, dejo pendientes en mí la duda y la libertad de decisión hasta que la ocasión me apremia. Y entonces, si he de confesar la verdad, las más de las veces echo la pluma al viento, como suele decirse, me abandono a merced de la fortuna (...) No confío lo bastante en mis fuerzas como para mandar y guiar; y mucho me alegra encontrar los pasos trazados. Si es preciso tomar una decisión incierta, prefiero que sea bajo la responsabilidad de alguien que está más seguro de las opiniones y se adhiera a ellas más que yo a las mías, cuyo fundamento y sostén es para mí deslizante. Pese a ello, no soy muy dado al cambio, por cuanto atisbo una debilidad similar en las opiniones contrarias. La costumbre de asentir parece ser peligrosa y resbaladiza” (21).

Se deja llevar en manos de la “fortuna” que le viene. Porque siente que su opinión es poco sólida, es “deslizante” (*glissante*: toda una definición). Pero fijémonos

que tampoco sobrevalora la de los demás, por lo que (¡a la vez!) encuentra peligrosa la “costumbre de asentir”, la *consuetudo assentiendi* (lo transcribe así, en latín).

Aquí Montaigne toca un tema de gran calado: la dificultad en diferenciar la posible ambigüedad que hay en muchos consentimientos (sobre todo cuando si no son más que asentimientos que “suplen” un trabajo que se quiere evitar), de lo que Clotilde Leguil llamaría “ceder a la situación”. Diferenciar entre *ceder* y *consentir* (22). El simple ceder puede llevar a una sumisión peligrosa (por “resbaladiza”, que puede ir a más). Consentir, en cambio, implica confiar en la palabra dada asumiendo el peligro de hasta dónde nos pueda llevar lo que ahora pactamos. Es un “en tus manos encomiendo lo que va a pasar”... con el añadido implícito de “pero, por favor, piensa que se trata de mí”. En cambio, ceder es abandonar mi futuro al control ajeno. Consentir -y asentir incluso- es *confiar en que el otro cuide de mí; es tener fe en un futuro en el cual nos hemos comprometido*.

La imprecisión o la posible confusión entre las dos posibilidades, sin embargo, muy a menudo subyace en el trasfondo del acuerdo clínico. El miedo o la esperanza de que la fórmula resultante que acabamos de pactar mi cirujano y yo sea una, y no la otra, es algo común. Por tanto, la buena relación clínica debería dirigirse precisamente a esta diana, a que la persona que nos consulta pueda tener esperanza fundada que se va a ser leal a su mundo. La consciencia de esta preocupación es la base de una “Práctica clínica reflexiva” (23) y acogedora. Hay que conseguir que la persona vea que los consentimientos que se le van a pedir, sobre todo para actuaciones trascendentes, no se interpretarán como una simple cesión o suspensión de su autonomía para poder actuar sobre su cuerpo, sino como una muestra de que ella, autónomamente, se ha confiado y de que nosotros vamos a ser fieles a su confianza. Cada vez más (y hay razones lógicas que lo explican cuando se levanta una estructura sanitaria inevitablemente impersonal) se llega a la sala de espera temiendo y desconfiando de si esto será posible.

Como hemos visto, muchas personas pueden no tener suficiente con que se le asegure que se respetará la decisión que tomen. Querrían que se les asegurara, a

la vez, el respeto a una serie de valores suyos que les cuesta identificar aún en su nueva situación y, sobre todo, defenderlos ante extraños. Necesitan constatar que se les mira con curiosidad y sensibilidad para captar este tipo de necesidad que le es difícil comunicar. Necesitan ser recibidas con un talante abierto que más o menos venga a decirles: “Pase usted con su mundo y muéstmelo: me interesa. Así podré comprender mejor las disposiciones y las decisiones que vayamos tomando”. De esta forma se crea una situación de real hospitalidad, con una predisposición manifiesta a escuchar y a parlamentar. Es algo esencial para que el respeto no sea solo un eslogan.

HAY VALORES POR DESCUBRIR

Los conocidos bioéticos y cónyuges Emmanuel aciertan al formular esta gran verdad:

“La gente suele tener dudas sobre qué es lo que quiere en realidad. Además, a diferencia de los animales, las personas tienen lo que los filósofos llaman deseos de segundo orden; esto es, la capacidad de rechazar sus propios deseos y de revisar sus anhelos y preferencias. De hecho, la libre voluntad y la autonomía son inherentes a tener deseos de segundo orden y a cambiar...” (24).

Y hay valores ocultos. Pueden no estar ocultos porque el enfermo los quiera tener así escondidos, sino que pueden estarlo porque la persona aún no se ha puesto en contacto con ellos. Esto hace que resulte útil indagar, si ella lo permite, sobre qué hay detrás de una decisión sorprendente, conflictiva o precipitada, ya que podríamos encontrar en ellos razones y posibilidades de pacto. Quizás lo que parecía una voluntad sólida escondía un valor de segundo orden que lo hace más comprensible y tratable cuando ha aflorado. Si entendemos la autonomía personal como participación progresiva, no solamente debemos respetar lo manifestado sin más, lo visible del iceberg, sino tener también curiosidad por lo sumergido. Puede ser ésta una forma de ayuda. Nos preguntamos: “Ha dicho que no quiere ir a la UCI, pero ¿qué teme de ella?

¿la soledad? ¿la falta de control? Si nos lo dice quizá lo podamos corregir”. Se trata de proponer sumergirnos para encontrar otros valores que nos permitan aumentar la comprensión de su decisión, algo que nos facilite más el trabajo de deliberación. Es posible que nos permita corregir algún malentendido si lo hubiera (25), y así la persona se sentirá seguramente más aceptada y se verá más implicada en el proceso sólo con ver nuestro interés y entrega.

Hay personas tenaces a las que les interesa poco revisar lo que ya traen ordenado en su interior. Son personas que creen que su dignidad está asociada a su control. Por ejemplo, para ellas, puede ser indigno que alguien sepa algo sobre ellas que ellas no sepan. Quizás, en la sala de espera, repasen sus defensas para encararse con ellas a la nueva situación y se preparen para no mostrar debilidad.

Pero otras personas son más frágiles, o menos preparadas, y cuando un mal pronóstico aparece en el horizonte de sus vidas puede suponerles un efecto devastador. En su intimidad, pueden sentir aquello que sugieren con tanta fuerza los versos de César Vallejo (el título de este poema suyo ya es significativo: “Los heraldos negros”)

“Hay golpes en la vida, tan fuertes... ¡yo no sé! (...) / Y el hombre... pobre... ¡Pobre! / Vuelve los ojos, como cuando en el hombro nos llama una palmada; / vuelve los ojos locos y todo lo vivido / se empoza como charco de culpa en su mirada. / Hay golpes en la vida, tan fuertes... ¡Yo no sé!” (26).

Entonces, el pudor, la timidez, la vergüenza incluso a que se note su naufragio, pueden hacerles levantar barreras muy altas tras las que encerrarse. Quizá sean provisionales, es cierto, pero conviene reconocerlas, aceptarlas amablemente y, sin forzar su reserva y recogimiento, brindarles el apoyo necesario (¡verbal y no verbal!). Aunque de momento vivan sumergidas en un solipsismo, en un *locked-in* emocional con su dolor (que creen que no pueden transmitir), es importante que sepan que afuera hay alguien esperándoles dispuesto a continuar ayudándoles.

La intimidad vulnerada debe poder tener ante sí otra intimidad, compasiva, no sólo una bata blanca. Es lo que deseaba encontrar cuando, en la sala de espera, quería, pero también temía, entrar: alguien que le mirara a los ojos de verdad.

UN TRATO ÍNTIMO: DE INTIMIDAD A INTIMIDAD

Si nos tomamos seriamente la profesión como una ayuda a la persona que acude, debemos tomarnos seriamente sus demandas de personalización. Y a veces estas demandas pueden ser grandes, como ocurre en algunas especialidades o situaciones clínicas. Frente al miedo, a la angustia o al sufrimiento, cuando “los heraldos negros le han tocado el hombro”, el enfermo (¡pobre!) puede reclamar un vínculo más cálido y más cercano, una relación entre sintientes. Intuye que con ella podrá religar mejor el ámbito público y su mundo, el derecho que tiene como todo enfermo y la intimidad propia (que ahora valora mucho). Piensa que con una relación así, más íntima, quizá podrá eludir la medicina defensiva y la impaciencia del cuidador, o mitigar la frialdad del quirófano, y quizás algunos rigores del protocolo. Incluso imagina que así podría encontrar ayuda para alguna necesidad que puede que tenga oculta, que le es difícil de expresar por pudor o porque ni la conoce, o no la valoraba lo suficiente... Y cree, además, que una relación más cálida es posible tratándose de su caso (“diferente”, único), y si logra seducir al profesional.

Este último haría bien en no desoír este tipo de demanda -a veces transmitida solo con la mirada- calificándola de excesiva y de que no es “su obligación” estricta atenderla. Haría bien en no decepcionar la expectativa y darse cuenta de que en ella hay una ocasión de enriquecer su trabajo, porque es una señal inequívoca de entrega y de confianza que el enfermo le ofrece. Puede ser que algunas muestras de correspondencia puedan ser al principio algo forzadas, pero dar muestras de intentar ir “más allá” ya es una buena forma de aceptarse. “*No es teatro porque elige un sentimiento real*”, dice Francesc Borrell (27), ni doblez porque acepta las consecuencias del camino emprendido. El hecho de que no pueda ser obligatoria, y

de que no sea siempre posible, no quita que no resulte la fórmula que más humaniza a la persona enferma, la que menos la cosifica, e incluso la que más gratifica su quehacer. De hecho, es la relación que mejor resuelve la paradoja que veíamos al principio: de reunificar trato y tratamiento, de armonizar dos intimidades durante un trayecto de sus vidas, aunque el interés y la carga emocionales sean tan distintas en el uno y en el otro. Muchos malentendidos surgen porque el profesional no recoge el envite y se escuda en “su rol” distante, en aras a una mayor eficacia técnica, para mantener mejor su lucidez y evitar la turbulencia que le produce la intimidad de la otra persona, sufriente, además.

Claro que no se trata tampoco de que el profesional se vea sorbido por el remolino del sufrimiento ajeno, aunque no hay que perder de vista que la compasión debería presidir toda atención clínica. Al decirlo no hablamos de un sentimiento pasivo, sino de una intolerancia frente al sufrimiento, del motor que nos mueve (nos conmueve, de hecho) a organizar y a prestar la mejor posible ayuda posible en su contra. Digamos pues que el profesional que se dedica a esta ayuda debe sentir esta llamada por encima de cualquier reto científico-técnico para el que se haya preparado. La filantropía debería siempre ser previa a la filotecnia. Es una cuestión de integridad profesional. El profesional clínico, según esto, debe “ser” íntegro. Y para el caso esto supone ser honesto y valiente para acercarse a la persona que sufre, a pesar del temor que sienta a sentir. Pero, claro está, también supone saber “quedar” íntegro, entero en este caso, lúcido, mientras mira, atiende y controla la situación. Para hacer ambas cosas debe mantener la propia estabilidad con una defensa que sea “higiénica” aunque que no demasiado rígida. Un símil pertinente es el de los guantes del cirujano, que impiden la contaminación, es cierto, pero que permiten la flexibilidad de movimiento y la sensibilidad de un buen tacto. Con la insensibilidad nunca se ofrece una actuación mejor, y en cambio se dificulta la orientación de hacia dónde y cómo actuar o hablar, y se deshace la confianza de quien la nota. En situaciones de gravedad no se quiere insensibilidad alrededor. No es paternalismo sentir compasión ni tener in mente aquella consigna ancestral que recordaba que *Oegroto miser, res sacra*, según la cual el pobre enfermo era lo sagrado. Porque lo es. Y es por esto por

lo que es tan serio su trastorno para nosotros y que es tan trascendente nuestra dedicación y pericia en intentar resolverlo (28). Por tanto, el buen profesional no rehúye el contacto personalizado de quien acude a su consulta, lo aprueba y se interesa por sus necesidades íntimas. Incluso, llegará a detectar cuando el enfermo prefiere la discreción, como pasa a veces cuando el entendimiento mutuo ya es suficiente. Puede que la última proposición de Wittgenstein de su Tractatus, aquella que dice que *“de lo que no se puede hablar, más vale guardar silencio”* (29), resulte un tanto hermética para algunos estudiosos, pero se hace muy diáfana para muchos enfermos en estado grave, cansados y con un cierto pudor a verbalizar o escuchar verdades que ya les resultan superfluas. Los buenos profesionales que han llegado a acompañar personalmente hasta allí, captan esta situación perfectamente y reconocen el valor del sosiego.

De hecho, en la sala de espera, la persona allí sentada mantiene la esperanza de que la recibirá un profesional de este tipo, alguien que propiciará alguna forma de entendimiento mutuo, que no dejará a un lado su intimidad. Sería una alegría que así fuera, y sabe que no es imposible.

BIBLIOGRAFÍA

1. “No trespassing” es el letrero que se ve sobre la valla que, en la primera toma de la película Ciudadano Kane de 1956 de Orson Welles, separa nuestra mirada del mundo del ciudadano que va a analizarse.
2. Sánchez-Caro J, Sánchez-Caro J. El Médico en la Intimidad. Madrid: Ediciones Díaz Santos; 2001. p. 5. Obra imprescindible sobre la intimidad en clínica, y sobre la distinción entre mundos público, privado e íntimo.
3. Jullien F. De l'intime. Le livre de poche. Barcelona: Éd. Grasset; 2013. p. 64.
4. Machado A. Obras Poesía y prosa. Retrato. Buenos Aires: Losada; 1964. p. 125.

5. García Márquez G. Cien años de soledad. Buenos Aires: Ed. Sudamericana; 1968. p. 174.
6. Espriu S. Setmana Santa XXIV. Obra Completa. Barcelona: Edicions 62; 1987. p. 156.
7. Sánchez Ferlosio R. Campo de retamas. Pecos reunidos. Barcelona: Random House; 2015. p. 175.
8. Berlin I. Cuatro ensayos sobre la libertad. Madrid: Alianza Editorial; 1993. Disponible en: https://terras.edu.ar/biblioteca/10/10FP_Berlin_Unidad_3.pdf
9. Hadot P. La ciudadela interior. Barcelona: Alpha Decay; 2013.
10. Dworkin R. El dominio de la vida. Barcelona: Ed. Ariel; 1994. p. 290-292.
11. Char R. Oeuvres complètes. París: Éditions Gallimard; 1983.
12. Innerarity D. Ética de la hospitalidad. Barcelona: Ed. Península; 2001. p. 11-19.
13. Broggi Trías MA. Tracte i Tractament. Per una mirada més enllà de la malaltia. Divuitè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Libro de Ponencias. Girona: Fundación Alsina i Bofill (ed.); 2008. p. 75-90.
14. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15 de noviembre de 2002. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
15. Sánchez Ferlosio R. Campo de retamas. Pecos reunidos. Barcelona: Random House; 2015. p. 60.
16. Borrell Carrió F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC Ediciones; 2004.
17. Camps V. Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética. Barcelona: Ares y Mares; 2001. p. 126.
18. Aubenque P. La prudencia en Aristóteles. Barcelona: Ed. Crítica; 1999. p. 134 y 140.
19. Ramoneda J. Meditació sobre el diàleg. Apunts al natural. Ara [Internet]. 4 de abril de 2023 [consultado agosto 2024]. Disponible en:

https://www.ara.cat/opinio/meditacio-dialeg-josep-ramoneda_129_4668941.html

20. Epstein R., Borrell F. Pudor, honor and authority: the evolving patient–physician relationship in Spain. *Patient Educ Couns.* 2001; 45(1):51-7.
21. de Montaigne, M. Ensayos. II-XVII: De la presunción. Edición Bilingüe. Trad. Javier Yagüe. Barcelona: Galaxia Gutenberg; 2014. p. 1283.
22. Bassets M. Entrevista a Clotilde Legil. Ideas. El País [Internet]. 25 de octubre de 2023. Disponible en: <https://elpais.com/ideas/2023-10-25/clotilde-leguil-psicoanalista-cuando-consiento-a-otro-no-se-a-donde-conducira-esto.html>
23. Borrell Carrió F. Capítulo 7: Práctica clínica reflexiva. En: Práctica clínica centrada en el paciente. Madrid: Ed. Triacastela; 2011.
24. Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Bioética para clínicos. Couceiro A (editora). Madrid: Ed. Triacastela; 1999. p. 95-108.
25. Broggi Trías MA. Gestión de los valores ocultos en la relación clínica. *Med Clin (Barc).* 2003; 121(18):705-9.
26. Vallejo C. Obra poética completa. Madrid: Alianza Editorial; 2000. p. 59.
27. Borrell Carrió F. Competencia emocional del médico. *FMC.* 2007;14(3):133-41.
28. Trias Pujol J. La responsabilidad moral en cirugía. *Med Clin.* 1953; 25:281-6.
29. Wittgenstein, L. *Tractatus logico-philosophicus.* Barcelona: Editorial Laia; 1981. p. 152.

Marc Antoni Broggi i Trías

Cirujano. Miembro del Comité de Bioética de Catalunya. Miembro Numerario Emérito de la Real Academia de Medicina de Catalunya.

Cómo citar este artículo:

Broggi Trías MA. La intimidad y el desconcierto del enfermo. *Folia Humanística*, 2024; 4(2):32-54. Doi: <http://doi.org/10.30860/0112>.