



SUMARIO

PÁGINA

TEMA DEL DÍA

PROBLEMAS CON LA DELIBERACIÓN- *DIEGO GRACIA* 1

SOBRE LOS EFECTOS MORALES DE LOS FARMACOS- *JUAN MEDRANO* 17

LA CERTEZA DIAGNÓSTICA. EL DIFÍCIL CAMINO QUE NOS LLEVA A COMPRENDER

EL CONCEPTO DE PROBABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA-

FRANCESC BORRELL, JUAN CARLOS HERNÁNDEZ CLEMENTE 27

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

LA FLAUTA MÁGICA - *MARC-ANTONI BROGGI* 42

Co-directores

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

Jefa de Redacción

Núria Estrach (UAB)

Consejo científico

Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

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

Información editorial

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

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

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

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

Distribución

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

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

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

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

PROBLEMAS CON LA DELIBERACIÓN

Diego Gracia

Resumen: La deliberación es el método propio del razonamiento práctico, aquel que tiene por objeto la toma de decisiones. Es un procedimiento complejo, en el que cabe distinguir tres momentos: la deliberación sobre los hechos del caso de que se trate, la deliberación sobre los valores en juego y, finalmente, la deliberación sobre las circunstancias y consecuencias de la decisión a tomar. Cada uno de estos tres momentos posee sus propios sesgos, que además resultan difíciles de corregir por su carácter inconsciente o poco consciente. El origen de todos ellos es prácticamente el mismo: la poca corticalización de las respuestas, que se disparan por puros automatismos mesencefálicos. Es lo que Kahneman ha denominado Sistema 1 o intuitivo, a diferencia del Sistema 2 o deliberativo.

Palabras clave: ética, deliberación, valores, toma de decisiones

Abstract: *PROBLEMS WITH DELIBERATION*

Deliberation is the method of practical reasoning, aimed at solving some decision-making process. It is a complex procedure, with no less than three stages: the analysis of the facts at stakes, the study of the values implied and, eventually, consequences of the actions or behaviours to be taken, as well. Each of these three stages has its own bias, most of them caused by little corticalization responses, sometimes triggered by pure automatic midbrain responses. This is what Kahneman has called System 1 or intuitive, unlike System 2 or deliberative.

Keywords: ethics, deliberation, values, decision-making

Artículo recibido: 9 febrero 2016; **aceptado:** 20 abril 2016

La deliberación es un procedimiento de toma de decisiones prácticas. No tiene que ver directamente con la ética sino con la lógica. El problema lógico es cómo tomar esas decisiones de modo correcto. Y la tesis que, siguiendo a su maestro Sócrates puso en circulación Aristóteles, es que la lógica del razonamiento práctico es deliberativa. Esto significa que no hay otro modo lógicamente correcto de tomar decisiones prácticas que éste.

¿Sigue conservando vigencia esta tesis aristotélica? La respuesta no sólo tiene que ser afirmativa, sino que debe ir acompañada de una constatación histórica

tan sorprendente como cierta: que es en estas últimas décadas cuando se ha redescubierto todo el potencial que llevaba en su interior esa doctrina aristotélica. Abramos un libro por demás celebrado en estos últimos años, el de Daniel Kahneman, *Pensar rápido, pensar despacio* (Kahneman, 2012). Ya en la Introducción afirma que “las argumentaciones de este libro tratan de los sesgos de intuición” (Kahneman, 2012: 14). Para los psicólogos está claro que el término tiene un sentido más elemental o menos técnico que el usual en filosofía. Por intuitivo entienden lo directo, espontáneo e inmediato, es decir, lo que Kahneman llama el “pensar rápido”. Y la tesis a la que él y su amigo Amos Tversky llegaron ya en su primer encuentro en 1969, fue que “nuestras intuiciones son deficientes” (Kahneman, 2012: 16) y están llenas de “sesgos”. La consecuencia es que ambos “pasaron varios años estudiando y documentando en varias tareas los sesgos del pensamiento intuitivo” (Kahneman, 2012: 19). Tras lo cual publicaron el año 1974 en la revista *Science* un artículo titulado *Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases*. (Kahneman, 2012: 545-567) Era una carga de profundidad puesta bajo el imponente edificio de la *Decision Making Theory*, el paradigma imperante para la toma de decisiones prácticas en el periodo comprendido entre 1940 y 1970. Se pensaba que esta era la lógica de la toma de decisiones correcta, y que las emociones eran las causantes de los errores decisorios. Se partía del “supuesto dogmático, entonces predominante, de que la mente humana es racional y lógica” (Kahneman, 2012: 21) Pues bien, ahora empezaba a verse que eso no era así. Que los seres humanos no tomamos decisiones de acuerdo con los principios y criterios de la teoría de la elección racional, y que los sesgos hay que situarlos en otro plano.

Todo esto se halla relacionado con un tema que sorprende el poco interés que ha suscitado en los pensadores a lo largo de los siglos. Se trata de la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre, el *judgment under uncertainty*, del artículo de Kahneman y Tversky. Tradicionalmente se ha considerado la incertidumbre algo así como una anomalía, ya que lo normal es tomar decisiones ciertas. Tan es así que toda la tradición ha primado de entre los libros lógicos de Aristóteles, los *Analíticos*, aquellos que se ocupan del razonamiento apodíctico, en

detrimento de los *Tópicos*, cuyo objeto de estudio son los razonamientos que Aristóteles llamó dialécticos, es decir, los que hoy denominamos probables o inciertos. Y lo más sorprendente ha sido advertir que, a diferencia de lo que hicieron sus secuaces, el propio Aristóteles concedió mucha mayor importancia a éstos que a los otros.

De singularibus non est scientia, reza un conocido apotegma escolástico. No hay ciencia de lo particular. Por ciencia se entendía entonces el saber apodíctico, por tanto universal y cierto, sobre algo. Y es obvio que el razonamiento particular no cumple ni puede cumplir con esas condiciones. De lo que se deduce que el razonamiento particular es siempre probable, y la lógica que cabe aplicarle no es otra que la dialéctica. Su término no es la “verdad” (*alétheia*) sino la “opinión” (*dóxa*). El teorema de Pitágoras es verdadero, y sobre él no cabe discusión posible. Se puede explicar, pero no discutir. En el razonamiento dialéctico, por el contrario, se utilizan argumentos, pero no apodícticos o demostrativos (el teorema de Pitágoras puede demostrarse) sino otros que no pasan de ser plausibles y que llamamos “opiniones”. En las sesiones clínicas de los servicios hospitalarios, los médicos discuten y dan sus diferentes opiniones a propósito del diagnóstico, el pronóstico o el tratamiento de un enfermo particular. ¿Con qué objetivo? Con el de tomar una decisión que nunca podrá considerarse absolutamente verdadera, sino sólo ponderada, razonable, prudente, sabia o responsable. Esto es lo típico del razonamiento dialéctico y por eso Aristóteles lo denominó así, porque el contraste de opiniones disminuye sus sesgos. Cuando se manejan opiniones, es importante incrementar el número de puntos de vista distintos e incluso opuestos, a fin de que la decisión que se tome sea más “prudente”. Y ello no puede hacerse más que dialogando. Pues bien, al procedimiento propio del razonar dialéctico lo llamó Aristóteles “deliberación”. Y su término es la “prudencia”, la toma de decisiones prudentes. Decisiones prudentes no son decisiones ciertas. Sobre “la inconmensurabilidad de la diagonal y el lado, dice Aristóteles, no se delibera. Se delibera sobre aquello que puede ser de otra manera. Y añade que “en las

cuestiones importantes nos dejamos aconsejar de otros” (Aristóteles, 1970, III, 3: 1112 b 10-11). A eso lo llama Aristóteles *synbouleúo*, deliberar conjuntamente.

Como ya advirtieron Kahneman y Tversky, este es un campo minado, o como ellos prefieren decir, repleto de “sesgos”. El primero es el propio hecho de que los seres humanos seamos alérgicos a la incertidumbre e intentemos siempre evitarla, con procedimientos que las más de las veces son incorrectos. Y por si esto fuera poco, además inconscientes. De ahí nuestra tendencia natural a lo que Kahneman llama el “pensar rápido”. Es un misterio que la mente humana tenga una tendencia casi incoercible a tomar caminos erróneos, incorrectos, equivocados. ¿Qué es deliberación? En última instancia, “pensar despacio”, controlando los sesgos que están siempre al acecho para hacernos tomar decisiones incorrectas.

Si de lo que se trata es de tomar decisiones, y de hacerlo bien, lo primero que resulta imprescindible es ver los momentos por los que pasa el proceso humano de toma de decisiones, porque los sesgos estarán relacionados con uno o varios de ellos. Las decisiones racionales necesitan siempre estar proyectadas. En el ser humano hay muchos actos no proyectados, los llamados actos reflejos, inconscientes, etc. Esos quedan fuera del análisis, ya que sólo sobre los proyectados pueden tomarse decisiones. Decisión y proyecto son términos correlativos. Y de lo que se trata es de aclarar en qué consiste eso que denominamos “proyecto” y que desemboca en una “decisión”.

Este es un tema que ha ocupado y preocupado mucho a la filosofía del siglo XX. Proyectar exige, en primer lugar, tiempo. Si algo sucede sin que hayamos tenido tiempo para reaccionar ante ello haciendo un proyecto, por mínimo que sea, no nos será posible tomar una decisión. Se trata de un evento que se nos viene encima, afortunado o desgraciado, pero sobre el que no tendremos ninguna responsabilidad, precisamente porque no hemos sido capaces de convertirlo en proyecto ni de tomar una decisión de la que podamos sentirnos responsables. Los proyectos exigen tiempo. Dicho de otro modo, son siempre de futuro. En el proyecto la mente humana anticipa las condiciones de lo que quiere hacer o de la decisión que pretende tomar.

Y aquí está el grave problema: si hacemos un proyecto y tomamos una decisión, no podemos no ser responsables de ella. La ética surge inmediatamente, como una consecuencia natural de la función anticipatoria y proyectiva de la mente humana.

¿Y cómo se construye un proyecto? Lo fácil es decir que con datos objetivos, con eso que generalmente llamamos “hechos”. El médico proyecta curar al enfermo dándole tales medicinas, porque es un hecho probado que sirven para bajar la tensión, o para reducir la glucemia en sangre, etc. Los proyectos se construyen con “hechos”, y hoy en día muchos de ellos exigen echar mano de un tipo particular de hechos que Comte denominó “positivos” y que generalmente denominamos “hechos científicos”. La ciencia es un gran repertorio de hechos, validados mediante el método experimental.

“Los hechos van a misa”, afirma un dicho coloquial español. Los hechos son indiscutibles. Y el señor Gradgrind arengaba al maestro de la escuela al comienzo de la novela de Dickens *Tiempos difíciles*: “Lo que yo quiero, pues, son hechos... No enseñéis a estos niños y a estas niñas nada que no sean hechos, pues en la vida sólo hay una cosa necesaria: los hechos. No sembréis otra cosa; arracad de cuajo todo lo demás”.

La petulancia de este párrafo demuestra bien la credulidad con la que los seres humanos damos por ciertas esas cosas que llamamos “hechos”. Hace falta una capacidad de reflexión no pequeña para darse cuenta de que los hechos son cualquier cosa menos dogmas. En las ciencias que se denominan experimentales o baconianas, los hechos no son nunca ciertos sino sólo probables. El hecho de que tal fármaco alivia un síntoma determinado es sólo probable, porque eso es lo que da de sí el mejor procedimiento con que contamos para testar la eficacia y seguridad de los productos, el llamado *gold standard*, el ensayo clínico. Pero es que esto es aplicable a cualquier otra proposición científica. Isaac Newton formuló la Ley de la Gravitación Universal: todos los objetos se atraen unos a otros con una fuerza directamente proporcional al producto de sus masas e inversamente proporcional al cuadrado de la distancia que separa sus centros. ¿Es cierta esta ley? Por supuesto

que no. La base empírica en que se fundamenta no es universal sino particular, y por tanto su formulación universal, en forma de ley, va más allá de lo que permite su base empírica, lo que cabe llamar “los hechos”. La ley de la gravitación universal no es un hecho. Y si no lo es, ¿por qué nos lo parece? ¿Por qué tendemos a considerarla una verdad apodíctica en vez de meramente dialéctica? ¿Por qué consideramos que es verdadera y no sólo probable? Sin duda, porque introducimos un “sesgo”. Sí, en el orden de los hechos también hay sesgos, que distorsionan nuestras decisiones. Piénsese en la medicina. ¿Por qué los médicos dicen a los pacientes con frecuencia más de lo que saben? ¿Por qué aseguran cosas que no conocen con certeza? Son los sesgos que subrepticamente se nos cuelan. Si le preguntamos al médico por qué procede así, nos dirá que porque en su experiencia tal fármaco siempre ha funcionado bien, o porque eso que él está diciendo es lo que quiere oír el paciente, etc.

Hay otra razón más profunda, de la que pocas veces somos conscientes. Se trata de que, inconscientemente, identificamos incertidumbre con debilidad. Superman no tiene dudas. Y estas tampoco caben en la mente divina. A todos nos gusta ser omnipotentes, y eso lo hacemos formulando argumentos apodícticos, rotundos, definitivos, indiscutibles. Esto nos produce un placer indescriptible. La incertidumbre, por el contrario, nos genera angustia, sentimiento inconsciente que dispara los que Freud denominó “mecanismos de defensa del yo”. No es el momento de ver cómo funcionan. Basta con decir que no hay otro antídoto contra ellos que la “deliberación”. Cuando más deliberado sea el proceso, menos espacio ocuparán tales sesgos inconscientes y mayor capacidad de control tendremos sobre ellos.

Sí, por extraño que parezca, sobre los hechos hay que deliberar, como único mecanismo de control de los sesgos. ¿Qué es una sesión clínica? Quienes hayan asistido a ellas, sabrán que en muchas ocasiones no es otra cosa que un escenario en el que el ponente intenta demostrar a los demás lo listo que es. Y si puede, hará pasar por apodícticas sus afirmaciones, de tal modo que deje sin capacidad de

réplica a los demás. Pero a pesar de esto, a pesar de que muchas veces no son sino un puro ejercicio de narcisismo, todos distinguimos lo que es una buena sesión clínica de una mala. Y la buena no es eso, sino un ejercicio de deliberación, en orden a tomar las mejores decisiones sobre los pacientes concretos.

¿Por qué será tan difícil hacer una buena sesión clínica? ¿Y por qué las mejores se dan entre los miembros de los grupos perfectamente constituidos, donde el trabajo y la colaboración se han prolongado durante amplios espacios de tiempo y cabe hablar de un verdadero “equipo”? Ah, porque para deliberar colectivamente son necesarios ciertos requisitos que no se dan de modo natural en el ser humano. Uno primero es el ya aludido, la dificultad que tenemos todos para reconocer nuestras limitaciones, y sobre todo para permitir que los demás entren a hurgar en ellas. En una sesión clínica en la que se discute el tratamiento más adecuado para un paciente, cada uno opinará de acuerdo con su ciencia y su experiencia, y si se sabe escuchar, es muy probable que la decisión gane en calidad, sea más prudente. Pero eso exige que uno exhiba ante los demás no sólo sus conocimientos, sino también sus ignorancias. Y si la deliberación tiene algún objetivo, es disminuir éstas a través del diálogo. Lo cual nos lleva a la conclusión, tan difícil de aceptar, de que sólo pueden ayudarnos en un proceso deliberativo quienes opinan de modo distinto al nuestro o incluso radicalmente contrario. Quienes opinan de igual modo no pueden sernos de utilidad, porque no mejorarán nuestras decisiones. De ahí que para deliberar sean necesarias ciertas habilidades para las que estamos poco y mal entrenados; por ejemplo, la habilidad de escucha, el escuchar a los demás cuando nos contradicen, el no hacer “oídos sordos” a lo que dicen. Esto no es sencillo y necesita de entrenamiento. A deliberar no se aprende más que deliberando. Nuestro gran problema es que, como dicen los habermasianos, nos cuesta conceder “competencia comunicativa” a los demás.

Pero esto no es todo, ni quizá lo más importante. Porque lo fundamental es advertir que los proyectos nunca están compuestos sólo de “hechos”. No se trata sólo de que los hechos estén sesgados, que lo están (el propio concepto de hecho es ya un sesgo), es que además en los proyectos no hay sólo juicios o proposiciones

de hecho, a pesar de que seamos proclives a considerarlo así, lo cual es ya en sí un sesgo, y de los mayores, si no el fundamental.

¿Qué es eso que no son hechos? Son “valores”. El término tiene una historia tan torva y hasta desagradable, que inmediatamente produce en nosotros una reacción de rechazo. Este es un mundo oscuro, proteiforme, poco o nada racional, subjetivo, inaprehensible, en el que cada uno dice lo que quiere, porque todo vale. Y donde vale todo no vale nada.

A pesar de lo cual, hay que decir que la valoración es un fenómeno espontáneo, automático, que se dispara de modo inmediato en el ser humano. Cuando veo una persona no puedo no valorarla como guapa o fea, agradable o desagradable, etc. La valoración es tan ubicua y universal como la percepción. Cabe decir que es una más de las funciones de la mente humana. De igual modo que esta percibe, recuerda, piensa, imagina, quiere, así también hace algo para designar lo cual se han utilizado los términos “estimar”, “apreciar” o “valorar”. Y porque todo lo apreciamos o despreciamos, o lo apreciamos en más o en menos, todo tiene precio. La valoración es un fenómeno universal.

Pero no es sólo esto. Es que además no podemos hacer proyectos sin incluir en ellos juicios de valor. No hay proyectos contruidos sólo con hechos, por más que nos lo parezca. Es de nuevo un sesgo. Si quiero comprar una casa, intentaré cerciorarme de que está bien hecha, que los materiales de construcción son resistentes, que el arquitecto ha tenido en cuenta el cálculo de estructuras, etc., etc. Todo eso son hechos. Pero además haré otro tipo de juicios y los incluiré en mi proyecto. Miraré, por ejemplo, si es bonita o fea, si vivir en ella me resultará agradable o desagradable, si es cara o barata, etc. Todos estos son juicios de valor. No es posible decidir sólo con hechos. Es más, los valores acaban convirtiéndose en el elemento decisorio más importante. Los valores son los motores de nuestras vidas. Los hechos no mueven, son inertes. El impulso viene de los valores. Esto lo sabían ya los clásicos, y tal es la razón de que vieran el motor de los actos humanos

en la *órexis*, lo que los latinos tradujeron por *appetitus*. Bien, pues el término objetivo de eso que se apetece es lo que llamamos valores. Apeteciendo, valoramos.

Los proyectos no sólo incluyen juicios de hecho y juicios de valor. Es que en ellos los juicios de valor son los que ponen en marcha el proceso entero, son los que nos lanzan a proyectar. De hecho, el proyecto tiene siempre como objetivo “añadir valor” a los hechos, a las cosas. Esto es algo sobre lo que pocas veces reflexionamos. Cuando el constructor, o el albañil, hace de un montón de ladrillos una casa, está añadiendo valor a esos ladrillos a través de su trabajo. De hecho, la casa vale más que la suma de los ladrillos que ha utilizado en su construcción. Hay un “valor añadido” en su obra. Esto lo sabe bien el ministro de Hacienda, y tal es la razón de que el trabajo esté grabado con un impuesto que se llama, precisamente, del “valor añadido”.

El proyecto tiene por objeto añadir valor. De ahí la importancia de pensarse bien cuáles son los valores que ponemos en juego a la hora de elaborar un proyecto. Porque en esto de la valoración también hay sesgos. Hay un valorar rápido y un valorar despacio. Si se prefiere, hay un valorar muy mesencefálico y otro más cortical. Este es un capítulo cuyo conocimiento se ha visto ampliado enormemente en las últimas décadas. Y no en último lugar por las aportaciones de Kahneman y Tversky. En efecto, cinco años después del artículo antes citado, en 1979, publicaron otro titulado *Prospect Theory: An Analysis of Decision Under Risk* (Kahneman, 1979: 22). Es lo que aquí venimos llamando análisis del proyecto y de la toma de decisiones con incertidumbre. Los sesgos, dicen los autores, no provienen tanto de lo que hemos denominado “hechos” sino de lo que describen como “preferencias intuitivas” (Kahneman, 2012: 22). Sigo pensando que si algo hay que reprocharles a estos dos agudos observadores de la conducta humana, es su poco cuidado con las palabras. Lo vimos a propósito del término intuición. Pero es que ahora sucede lo mismo con el de “preferencia”. ¿A qué se están refiriendo? A las valoraciones. Dejemos ahora de lado en qué difieren preferencias de valores, y por qué optar por el segundo término en detrimento del primero. El caso es que los sesgos en nuestras decisiones se deben, más que al mal manejo de los llamados

hechos, a defectos en nuestros juicios de valor. Kahneman pone un ejemplo bien conocido del personal sanitario: el del “médico que hace un complejo diagnóstico después de una sola mirada a un paciente” (Kahneman, 2012: 24). Este tipo de decisiones, que Kahneman llama, distorsionando de nuevo el lenguaje, “intuitivas”, y que en medicina se atribuyen al llamado “ojo clínico”, se sabe que a veces son acertadas, pero que otras muchas no lo son, y que siempre existe el peligro de que el actor o protagonista se considere dotado de un “sexto sentido” que le exime de cumplir con el largo, tedioso y repetitivo procedimiento que establece el protocolo de la buena práctica. Los errores del ojo clínico no se deben sólo ni principalmente a la escasez de datos objetivos o de hechos, sino a un erróneo proceso de valoración que lleva al individuo a pensar que para él huelgan los protocolos. Más que de valoración hay que hablar de sobrevaloración. Y de nuevo difícil de controlar, porque nos cuesta darnos cuenta de ella.

Abierta la veda, un número muy considerable de investigadores partió a la caza de sesgos de valoración en las decisiones. Y cayeron muchas piezas, más de las esperadas. Como el propio Kahneman reconoce, todos ellos se deben a que “los juicios y las decisiones son directamente regidos por sentimientos de agrado y desagrado con escasa deliberación o razonamiento” (Kahneman, 2012: 25), es decir, a la ausencia de deliberación adecuada sobre los valores en juego. Se confía en lo que Kahneman llama el “Sistema 1”, ese que llama “intuitivo”, en detrimento del “Sistema 2”, al que da, esta vez certeramente, el calificativo de “deliberado” (Kahneman, 2012: 26).

Veamos algunos de tales sesgos, sin ningún ánimo de exhaustividad. Uno es el que desde hace décadas viene conociéndose con el nombre de “predicción afectiva” (*affective forecasting*) (Wilson, 2003). Nuestras decisiones, como hemos visto, son siempre de futuro, y por tanto proyectos. Ahora bien, al proyectar se dan ciertos sesgos inconscientes en nuestras decisiones, debidos a factores emocionales. Quien se casa sabe lo elevado que es el número de divorcios, la frecuencia del maltrato a la mujer, la no menor tasa de engaños dentro del matrimonio, pero está convencido de que “eso no va con él”. Es un sesgo de

valoración, que si bien se mira, afecta a todas nuestras decisiones, habida cuenta de que todas son de futuro, y que en todas ellas la valoración juega no sólo un papel importante, sino el papel fundamental. Ni que decir tiene que su importancia para la ética, y más en concreto para la ética médica, es grande, como ya se ha puesto en claro (Rohdes, 2008).

Si este es un sesgo, digamos, genérico, hay otros más específicos. Se han descrito por docenas. Uno es el denominado “sesgo de impacto” (*impact bias*), que nos hace exagerar el impacto emocional de los acontecimientos futuros. Se preguntará que cómo puede uno saber que se trata de una exageración. Y la respuesta es que porque cuando las personas llegan a esa situación, cuando lo futuro se hace presente, lo valoran de modo muy distinto, por lo general más positivo que antes. Nuestras valoraciones de futuro suelen estar sesgadas, y además peyorativamente. Es lo que se conoce con el nombre de sesgo de proyección (*projection bias*) (Loewenstein, 2005). Esto tiene enorme importancia en la vida toda, pero más concretamente en el caso de la medicina. Cuando la persona sana ve a un enfermo, sobre todo si la enfermedad es grave o mortal, inmediatamente, de modo reflejo, automático, valora esa situación de modo muy negativo, incluso como peor que la muerte. Todos piensan para sí mismos: para vivir de ese modo, yo preferiría morir. Pues bien, la experiencia cotidiana demuestra que cuando llegan a tales situaciones, su valoración ha cambiado de modo muy significativo, cuando no sustancial. Esto es algo que pone en cuestión toda la teoría existente hasta el día de hoy acerca de las llamadas instrucciones previas (Winter, 2009). Un sesgo colateral al descrito es el que se ha bautizado como “paradoja de la discapacidad” (*disability paradox*) (Loewenstein, 2004). La persona que se considera “normal” y valora de modo automático al discapacitado negativamente, de forma mucho más negativa de cómo él se valora a sí mismo. Se trata de otra valoración sesgada, habida cuenta de que tendemos a pensar que la nuestra es objetiva y universal y, por tanto, la que debe prevalecer en el proceso de toma de decisiones. Esta valoración negativa lleva, por otra parte, a discriminaciones de todo tipo, laborales, familiares, políticas, etc., de las que, además, no somos conscientes o lo somos en grado mínimo. Esto

explica que las asociaciones de discapacitados intenten por todos los medios a su alcance que no se las denomine así, habida cuenta de que ese término, que parece meramente descriptivo de un hecho, encierra ya una valoración, que además es inconsciente y negativa. En los últimos años han llevado a cabo una amplia campaña para que no se hable de discapacidad sino de “diversidad funcional” (Palacios, 2006: 252). Algo que no tiene sentido negativo, aunque sólo sea porque diversos funcionales somos todos.

Valga todo esto como muestra de que los proyectos humanos no se construyen sólo con juicios factuales o de hecho, sino también con juicios evaluativos o de valor; estos últimos, quizá por su carácter más emocional, poseen una mayor probabilidad de sesgo que los otros. Hay valoraciones espontáneas, inmediatas, típicas del Sistema 1, y hay otras más reposadas, en las que se someten los propios valores a pruebas de contraste, a fin de verificar su consistencia. De ahí la importancia de la deliberación no sólo sobre hechos, sino también, y especialmente, sobre valores. Los valores, decíamos, son el motor de nuestros actos. Los errores en la valoración tienen por lo general consecuencias desastrosas. Y lo peor es que no nos damos cuenta de ello.

En todo proyecto hay hechos y valores. Y sobre ambos es preciso deliberar, en un intento por reducir la incertidumbre a límites razonables y hacer que nuestras decisiones sean responsables o prudentes. Pero es obvio que la decisión constituye de por sí un tercer momento, el operativo, que no se identifica ni con el de hecho, ni tampoco con el de valoración. Y es que en todo proyecto se da este último factor, el operativo o práctico, el de hacer o no hacer.

Este momento tiene su propia lógica. Porque no está dicho que podamos hacer todo lo que valoramos positivamente, o todo lo que preferiríamos hacer. Además de los hechos y de los valores, la decisión ha de tener en cuenta dos cosas de suma importancia, las circunstancias del acto y las consecuencias previsibles de la decisión. Y aquí topamos de nuevo con la incertidumbre. Porque las circunstancias nunca pueden agotarse, son inagotables, y las consecuencias

resultan en muy buena medida imprevisibles. De ahí que también a este nivel sea necesaria la deliberación, en primer lugar para reducir la incertidumbre en el análisis de las circunstancias y consecuencias a límites razonables, y en segundo para ver cuáles son los cursos de acción posibles, y elegir entre ellos aquel que optimice los valores en juego o los lesione en menor medida.

Tampoco este tercer espacio ha escapado a la curiosidad de los psicólogos. Daniel Gilbert y Timothy Wilson han acuñado el neologismo inglés *miswanting* (Gilbert, 2000), elección errónea o descarriada, para caracterizar los sesgos de elección o decisión. Sobreestimamos el placer que nos producirá el coche que hemos decidido comprar, o la felicidad que proporcionará el premio gordo de la lotería, caso de que acertemos.

Aún cabe llevar el tema más allá de donde estos autores lo han dejado. El mayor sesgo de elección está en el hecho, absolutamente misterioso, que el ser humano tiende a reducir todos los posibles cursos de acción a dos, los dos extremos, dejando en la penumbra todos los posibles cursos intermedios que, sin duda, son los más difíciles de ver. El resultado es que utilizamos para decidir una lógica dicotómica, esa que los medievales caracterizaron con los términos *aut-aut* y que dio nombre a un libro de Kierkegaard. En la actualidad esto es lo que se conoce como "dilema". Hasta tal punto ha llegado su popularidad, que hoy se solapa el significado de los términos decisión y dilema. Así, cuando alguien quiere expresar que está ante una decisión muy importante, dice que se halla ante un gran dilema. Es obvio que si no existen al menos dos posibilidades, no hay nada que decidir. Y también lo es que para la mayoría de las personas, de nuevo de modo inconsciente, las posibilidades se reducen siempre a dos. Es el sesgo del dilematismo.

Mi tesis es que en la práctica los dilemas son muy raros; mejor, que los dilemas son problemas mal analizados y resueltos. Más que dilemas, hay problemas, es decir casos con múltiples cursos de acción posibles que será preciso tener en cuenta a la hora de tomar una decisión razonable o prudente. Reducir los problemas a dilemas es incorrecto e injusto. A pesar de lo cual, existe una tendencia

innata a ello. Nos fijamos en los cursos extremos, el blanco y el negro, e ignoramos toda la gama de grises. Esto, sin duda, simplifica la decisión, y por tanto puede ser un sesgo debido a lo que desde Ockham se conoce como “principio de economía del pensamiento”. La cuestión es que tanta economía puede llevarnos a tomar decisiones que, paradójicamente, serán muy onerosas en términos de valor. Fue Aristóteles quien dijo que la virtud está por lo general en el punto medio, lo que significa que los cursos extremos suelen ser los pésimos, y que el curso óptimo, el único justificable desde el punto de vista ético, es con toda probabilidad uno de los intermedios.

De ahí la necesidad de la deliberación en este tercer momento del proyecto, el último, el propio de la opción por un curso concreto. Y como en los dos anteriores, resulta que el Sistema 1, el pensar rápido, ese que Kahneman llama intuitivo, nos lleva a tomar decisiones por lo general incorrectas, injustas e imprudentes. Para evitarlo, para controlar sus sesgos, no hay otro procedimiento válido que la deliberación. Hay personas “precipitadas”, que suelen tomar sus decisiones antes de tiempo. Otras dilatan tanto la decisión, que la toman tarde. A estas solemos llamarlas “indecisas”. Y es que en esto de la decisión juegan muchos factores, como ya hemos visto, pero hay uno muy particular, el tiempo. Las decisiones son inciertas, pero a la vez hay que tomarlas en un tiempo determinado, ese que los griegos denominaron con el término *kairós*, que los latinos tradujeron por *opportunitas*; hay que tomarlas en el momento oportuno, no antes ni después. Algo para lo que parece que no todo el mundo está capacitado de igual manera.

Concluyo. ¿Es difícil deliberar? Por supuesto que sí. Para deliberar son necesarios conocimiento, pero eso no es suficiente. Se necesitan también habilidades. Y sobre todo actitudes. No delibera quien quiere, sino quien puede. Y siempre tras un largo proceso de aprendizaje o entrenamiento. Esta es la gran asignatura pendiente: educar en la deliberación. Nuestro sino está en que hemos hecho una sociedad competitiva, en vez de deliberativa. En nuestra sociedad no se busca decidir bien sino triunfar. ¿Se enseña a los niños a deliberar? ¿Cuáles son los objetivos de los diferentes niveles de formación? En esto, como en tantas otras

cosas, recogemos lo que antes habíamos sembrado. Los seres humanos funcionamos más con el Sistema 1 que con el Sistema 2. Nuestras decisiones tienen más de mesencefálicas que de corticales. Y así nos va.

Diego Gracia, MD, PhD

Emeritus Professor of History of Medicine and Bioethics
School of Medicine
Complutense University of Madrid
28040 Madrid
dmgg@med.ucm.es

Bibliografía

- Aristóteles (1970). *Ética a Nicómaco*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.
- Gilbert, D.; Timothy D. W. (2000). "Misswanting: Some Problems in Affective Forecasting", en Joseph P. Forgas, ed., *Feeling and Thinking: The Role of Affect in social Cognition*, New York: Cambridge University Press, 178-197
- Gligorov, N. (2009). "Reconsidering the Impact of Affective Forecasting". *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 18 (2): 166–173.
- Kahneman, D.; Amos, T. (1979). "Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk", *Econometrica* 47, 263-291.
- Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*, Barcelona: Debate.
- Loewenstein, G; PA Ubel; N Schwarz; D Smith (July 2004). "Misimagining the unimaginable: the disability paradox and health care decision making". *Health Psychology* 24 (4): 57–62.
- Loewenstein, G. (2005). "Projection bias in medical decision making". *Med Decis Making* 25 (1): 96–105.
- Palacios, A.; Romañach, J. (2006). *El Modelo de la Diversidad: La Bioética y los Derechos Humanos para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. España: Diversitas Editorial.
- Rhodes, R.; James J. Strain (2008). "Affective Forecasting and Its Implications for Medical Ethics". *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 17 (1): 54–65.

Wilson, T.; Gilbert, D. (2003). Affective Forecasting. In M.P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 35, pp. 345–411). San Diego, CA: Academic Press.

Winter, L.; Miriam S. Moss; Christine Hoffman (April 2009). "Affective Forecasting and Advance Care Planning". *Journal of Health Psychology* 14 (3): 447–456.

Cómo citar este artículo:

Gracia, D., "Problemas con la deliberación", en *Revista Folia Humanística*, 2016; 3:1-16.
Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0013>.

© 2016 Todos los derechos reservados a *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

SOBRE LOS EFECTOS MORALES DE LOS FÁRMACOS

Juan Medrano

Resumen: Si los sentimientos morales están en la base del comportamiento ético... ¿no resulta razonable afirmar que los fármacos capaces de modificar estos sentimientos nos modifican a su vez como personas? ¿No resulta posible pensar que este tipo de fármacos nos hace mejores o peores? En el presente trabajo comentamos un trabajo de Levy y asociados que examina algunos de estos fármacos, de uso común y muy extendido y planteamos retos en el orden de la libertad y dignidad de las personas.

Palabras clave: sentimientos morales, personalidad, fármacos modificadores.

Abstract: ON THE MORAL PROBLEMS OF DRUGS

If moral feelings are considered the basement of ethical behaviour wouldn't it be reasonable to say that drugs which are able to modify these feelings are modifying us as individuals, too? Is it not possible to think that these drugs makes us better or worse as persons? In this paper we expand some arguments from a previous work by Levy and colleagues about some of these drugs, - of common and widespread use- and widespread use -and we arise some challenging questions concerning freedom and dignity.

Keywords: Moral feelings, personality, modifier drugs.

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

“Soy un asiduo suscriptor de la prensa científica. Últimamente, en Science News, publicaron unas notas acerca de los nuevos elementos psicotrópicos, del grupo de los llamados benignativos (que inclinan al bien), los cuales se distinguen por el hecho de reducir la mente a la serenidad y la alegría aun en ausencia del más mínimo motivo. ¡Bah! ¡Dejémonos de tonterías! Tenía bien frescas en la memoria esas notas: el hedonidol, la benefactorina, la enfasiana, el euforiasol, el felicitol, el altruismol, la bonocaresina y toda una amplia gama de derivados, sin contar el grupo de los hidroxilenos amínicos sintetizados con todos aquellos cuerpos, tales como el furiasol, la lisina, la sadistina, la flagelina, el agressium, el frustraciol, la amocolina, y muchos otros preparados pertenecientes al llamado grupo zurrológico (que insta a zurrar y maltratar a todo ser, vivo o muerto, que se halla cerca de uno) y entre los cuales cabe destacar primordialmente el zurrandol y el atacandol”.

Stanisław Lem: Congreso de Futurología, 1971

Las repercusiones morales de los fármacos están recibiendo últimamente una atención que va más allá de lo meramente anecdótico. En el presente trabajo revisaremos algunos trabajos clásicos sobre cómo los fármacos pueden modificar los sentimientos y los juicios morales, para examinar la aseveración de que la naturaleza moral del ser humano puede modificarse con la fármaco-química.

Modificar sentimientos morales mediante fármacos. Algunas evidencias.

[Molly Crockett](#), entre otros autores, ha publicado sus estudios (en verdad sofisticados) centrados en la aversión a provocar daño a otros. Se trata de la dimensión moral hiper-altruista que parece estar afectada en la sociopatía y que reviste un especial interés, puesto que la mayor parte de las personas muestran un menor rechazo a causarse daño a sí mismas que a provocárselo a otros. Crockett, y su grupo, han conseguido manipular esta dimensión farmacológicamente en un estudio en el citalopram, antidepresivo ISRS que potencia la transmisión serotoninérgica, aumentó en los sujetos experimentales el rechazo al daño tanto a terceros como a sí mismos, mientras que la levodopa, precursora de la dopamina, redujo el hiperaltruismo. Las variaciones fueron dosis-dependientes.

Otro autor, Levy, y su equipo formado por autores australianos y británicos, todos ellos interesados por la Neuroética, publicaron un [artículo](#) hace cerca de dos años que analiza las consecuencias sobre la moral de ciertos fármacos. Para clarificar las cosas, *empiezan por definir la toma de decisiones morales como el proceso de formar juicios acerca de cómo determinados agentes (quien toma la decisión u otras personas) deberían actuar moralmente.* Y por conducta moralmente significativa entienden *cualquier conducta humana que esté guiada por, se adecue a o infrinja normas morales de forma significativa.* En opinión de los autores, algunos fármacos pueden mejorar la psicología y el comportamiento humano, en una especie de doping moral de impredecibles consecuencias. Para entendernos, y sin meternos en más profundidades, hablamos de moralidad en relación con las normas relacionadas con beneficiar o dañar a otros agentes (personas). Los autores dedican una extensa tabla final a comentar el efecto que muchos medicamentos y sustancias

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

Efectos de los betabloqueantes sobre la conducta moral.

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

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

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

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

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

Los antidepresivos y sus efectos sobre la cooperación.

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

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

Sin olvidarnos de un clásico: la oxitocina.

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

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

Otros fármacos de acción dopaminérgica.

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

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

Algunas conclusiones provisionales.

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

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

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

Sin embargo pongamos un contrapunto crítico.

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

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

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

Juan Medrano

Bilbao

Bibliografía

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

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

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

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

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

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

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

Cómo citar este artículo:

Medrano, J., "Sobre los efectos morales de los fármacos", en *Folia Humanística*, 2016; 3: 17-26. Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0014>.

© 2016 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

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

Francesc Borrell-Carrió & J Hernández-Clemente

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

2. La certeza

Definimos certeza del siguiente modo²:

“La certeza es el estado subjetivo de seguridad en que se encuentra el sujeto cognoscente respecto de alguno de sus conocimientos. Este estado subjetivo de seguridad se contrapone a los estados de duda, opinión y creencia” (4-5)

La certeza es un “saber qué hacer” frente a la perplejidad o la duda, y tiene un componente epistémico y otro emocional: sabemos algo y *sentimos* que sirve para actuar. Por desgracia nuestra naturaleza menesterosa (en expresión de Julián Marías), *nos lleva a sobrevalorar el componente de seguridad, al punto de minusvalorar el componente de verosimilitud que pueda tener la creencia. No queremos tanto conocer la verdad como sabernos poseedores de la verdad. Esta seguridad en lo creído suele representarse como satisfacción, (recordemos que Descartes, de manera similar, hablaba de claridad o nitidez de un concepto para admitirlo como cierto*³).

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

3 Modelos de perfección.

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

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

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

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

4 **¿Creedores o creyentes?**

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

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

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

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

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

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

5 Criterios y heurísticos

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

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

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

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

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

5.1 Criterio

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

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

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

5.2 Heurístico

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

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

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

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

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

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

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

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

La certeza diagnóstica.

Francesc Borrell & J. Hernández-Clemente

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

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

6. De la pereza y otras emociones.

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

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

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

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

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

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

En resumen el aprendizaje de la incertidumbre creemos que es clave de la buena clínica, a la que deberíamos dirigir los esfuerzos docentes en Grado y post-Grado. Aportamos dos ideas fuertes en este debate: a) Admitir el carácter probabilístico de los diagnósticos que realizamos, lo cual no significa arriesgarnos a tomar decisiones más imprudentes, sino al contrario, decisiones con una ponderación riesgo/beneficio mas ajustada; b)El modelo de decisiones basado en un sistema 1 (rápido) y un Sistema 2 (lento)¹⁸ es meramente descriptivo, pero no captura la complejidad del proceso¹⁹. La diferencia no debemos establecerla por la rapidez de la decisión, sino por los mecanismos íntimos que han participado en una decisión concreta. Aprender a dudar y a reconocer los escenarios donde tenemos que darnos más tiempo para reflexionar, resultan habilidades cruciales para el clínico¹.

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

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

Bibliografía.

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

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

Cómo citar este artículo:

Borrell, F. & Hernández-Clemente, J., "La certeza diagnóstica. El difícil camino que nos lleva a comprender el concepto de probabilidad en la práctica clínica", en *Revista Folia Humanística*, 2016; 3: 27-41. Doi:<http://dox.doi.org/10.30860/0015>.

© 2016 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

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

Marc-Antoni Broggi

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

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

Abstract: *THE MAGIC FLUTE AS LIBERATING KNOWLEDGE*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Marc Antoni Broggi

Médico cirujano

Presidente de la Sociedad Catalana de Bioética.

Bibliografía consultada

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

Cómo citar este artículo:

Broggi, M. A., "La Flauta mágica como conocimiento liberador", en *Revista Folia Humanística*, 2016; 3: 42-56. Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0016>.