

SUMARIO

TEMA DEL DIA

Pág.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. UNA PERSPECTIVA SALUBRISTA. DE LO INDIVIDUAL A LO COLECTIVO

1

Bimbela Pedrola JL.

PENSAMIENTO ACTUAL

PENSAMIENTO CRÍTICO EN LA DOCENCIA Y LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA

24

Peguero Rodríguez E, Borrell i Carrió F.

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

DECISIONES

42

Blanco Alfonso A.

ATENCIÓN A LAS HISTORIAS

56

Blanco Ramos MT.

Codirectores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Alexandra Albarracín Castillo

Responsable de Redacción

Beatriz Gutiérrez Muñoz

Consejo científico

Francesc Borrell-Carrió
Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
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 publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

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

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

Distribución

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

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

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

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

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. UNA PERSPECTIVA SALUBRISTA. DE LO INDIVIDUAL A LO COLECTIVO.

Bimbela Pedrola JL.

Resumen: El suicidio me cuestiona individual y colectivamente. Personal y profesionalmente. Emocional y éticamente. Física y socialmente. Y, desde luego, espiritualmente. Y me alegra muchísimo que desde la salud pública (a la que nada humano le es ajeno) ya se estén poniendo en marcha acciones de todo tipo dirigidas a lograr una prevención eficaz y sostenible en un tema que era tabú hasta hace muy poco tiempo.

De igual manera que hacer frente, en su momento, a la pandemia del VIH/SIDA con valentía y decisión permitió incorporar mejoras en la salud pública de España que se acabaron consolidando, como el papel activo de pacientes y familiares (tanto en las consultas individuales como en las intervenciones educativas a través de las escuelas de pacientes); si se afronta la cuestión del suicidio con coraje y determinación se podrá alumbrar una nueva sociedad. Mejor y más saludable. Ética, física, emocional, social y espiritualmente.

De todo ello trataré en ese artículo. Desde la teoría y desde la práctica. Con evidencias científicas y con experiencias vivenciales. Con dichos y con hechos. Con reflexión y con intuición. Con mucho amor y con algo de humor.

Palabras clave: *Prevención, suicidio, autolesión, salud física, salud emocional, salud social, salud espiritual, salud ética.*

Abstract: SUICIDE PREVENTION. A HEALTH PERSPECTIVE. FROM THE INDIVIDUAL TO THE COLLECTIVE.

Suicide challenges me individually and collectively. Personally and professionally. Emotionally and ethically. Physically and socially. And, of course, spiritually. And I am delighted that public health (to which nothing human is alien) is already implementing all kinds of actions aimed at achieving effective and sustainable prevention in a subject that was taboo until very recently.

Just as tackling the HIV/AIDS pandemic with courage and determination at the time allowed improvements to be made to public health in Spain that were eventually consolidated, such as the active role of patients and families (both in individual consultations and in educational interventions through patients' schools); if the issue of suicide is tackled with courage and determination, a new society can be born. Better and healthier. Ethically, physically, emotionally, socially and spiritually.

All of which I will discuss in this article. From theory and from practice. With scientific evidence and with life experiences. With sayings and with facts. With reflection and with intuition. With a lot of love and with some humour.

Key words: *Prevention, suicide, self-harm, physical health, emotional health, social health, spiritual health, ethical health.*

Artículo recibido: 29 julio 2023; aceptado: 5 agosto 2023.

A MODO DE PRÓLOGO.

“José Luis, queremos cambiar el mundo.

¿Te apuntas?”

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Mi interés por el tema del suicidio es doble.

En primer lugar, como salubrista militante (convencido de que la misión fundamental de la salud pública es cambiar el mundo a mejor, individual y colectivamente), dado que la existencia del fenómeno “suicidio” pone de manifiesto carencias clamorosas e importantes áreas de mejora de una sociedad (la nuestra) y de un sistema (el nuestro). Como ocurrió en su momento con el VIH/sida, abordar el tema del suicidio permitirá la puesta en marcha de nuevas reflexiones teórico-conceptuales y de innovadoras intervenciones prácticas que consoliden el salto cualitativo que, como especie, estamos iniciando en los últimos años en todo aquello que tiene que ver con las emociones, la ética y la espiritualidad.

En segundo lugar, el tema del suicidio me interesa también como “actiente”; esto es, como paciente activo. En 2009, un dolor físico crónico que yo vivía como insoportable, interminable e inabordable, y que provocó, a su vez, dolores emocionales, sociales, éticos y espirituales, me llevó a pensar seriamente en quitarme la vida. Como iré comentando a lo largo de este artículo, una primera decisión ética me salvó la vida, y una segunda decisión ética me la sanó.

La suma de ambos motivos, me ha llevado a organizar desde 2020, y con el apoyo entusiasta de la Escuela Andaluza de Salud Pública (empresa pública a la que llegué en 1993 gracias a la invitación que encabeza este epígrafe), una serie de Jornadas anuales para la Prevención del Suicidio (1) en las que se han ido abordando, desde la teoría y lo conceptual, y desde la práctica y lo vivencial, todos y cada uno de los aspectos que van a ser tratados en este artículo.

Y, para empezar, permítanme una frase clave que ayude a clarificar y sintetizar conceptos: *“La persona que se suicida no quiere morir, quiere dejar de*

sufrir". Y ese sufrimiento puede ser, desde luego, físico y/o emocional. Puede ser social. Y también puede ser, como iré argumentando, a fondo, a lo largo del presente escrito, un sufrimiento ético y/o espiritual. Dicho y escrito queda.

EL ORDEN DE LOS FACTORES.

*“En la multiplicación, el orden de los factores
no altera el producto”*

Euclides

Frente a lo que ocurre en la multiplicación, en el tema que me ocupa en este artículo, “La prevención del suicidio desde la perspectiva salubrista”, el orden de los factores sí altera el producto final.

En primer lugar, cabe señalar, con la máxima claridad posible, que la multidimensionalidad del fenómeno “suicidio” obliga a ampliar la clásica tríada “bio-psico-social”. Y, además, invita a reordenar, en aras a mejorar su entendimiento y aplicabilidad, la secuenciación de las distintas dimensiones relacionadas con la salud. Así, voy a proponer y argumentar cinco dimensiones y un nuevo orden, tanto en su presentación como en su subsiguiente puesta en acción; incorporando a las tres dimensiones tradicionales una dimensión previa (la ética), que garantizará la salubridad de las intervenciones posteriores, y una dimensión posterior (la espiritual), que dará sentido y permitirá cerrar un círculo que pretendo coherente y sanador (Tabla 1).

Tabla 1

DIMENSIONES DE LA SALUD. Nuevos contenidos, nueva ordenación
1. Dimensión ética
2. Dimensión física
3. Dimensión emocional
4. Dimensión social
5. Dimensión espiritual

Por otro lado, asumo desde ahora mismo la reconceptualización de “salud” como “habilidad” que sabiamente concibieron Alejandro Jadad y su equipo en 2008 (2); de forma que, en todo momento, entenderé la salud como “la habilidad de las personas y las comunidades para adaptarse y manejar los desafíos éticos, físicos, emocionales, sociales y espirituales que se presentan en la vida” (3).

Y digo más. El orden de los factores también será importante cuando proponga la secuencia de aplicación individual y colectiva de técnicas e instrumentos, de ejercicios y acciones; pues sugeriré agrupar las distintas dimensiones en tres grandes estrategias consecutivas e interrelacionadas: la estrategia “yo conmigo” (en la que incorporo las habilidades éticas, físicas, y emocionales), la estrategia “yo contigo” (asociada a las habilidades sociales), y la estrategia “nosotros y nosotras” (centrada en las habilidades espirituales) (Tabla 2).

Tabla 2

ESTRATEGIAS SALUBRISTAS PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. De lo individual a lo colectivo.

- | |
|---|
| 1. YO CONMIGO (Habilidades éticas, físicas y emocionales) |
| 2. YO CONTIGO (Habilidades sociales) |
| 3. NOSOTROS Y NOSOTRAS (Habilidades espirituales) |

Y cierro este epígrafe afirmando que el orden de los factores volverá a ser clave cuando hable, en el apartado “salud social y suicidio”, de los diagnósticos conductuales previos a las intervenciones facilitadoras de cambios de comportamiento. Diagnósticos conductuales cuya llamativa ausencia en tiempos de COVID-19 ayuda a explicar errores estrepitosos, que será bueno evitar en un tema tan relevante como el de la prevención del suicidio.

SALUD ÉTICA Y SUICIDIO.

*“La base de un cerebro sano es la
bondad, y se puede entrenar”*

Richard Davidson

Pongo en primer lugar de esta secuenciación (nueva ordenación) de la salud la dimensión ética, puesto que lo que cada uno de nosotros decida en esta dimensión condicionará de forma radical los qué y los cómo del resto de dimensiones. Para bien (más salud y más duradera, más humanización) o para mal (menos salud y menos sostenible, menos humanización).

Los dos referentes que quiero citar en esta dimensión, para que el lector pueda seguir profundizando en ella tras la lectura de este artículo, son Diego Gracia y Adela Cortina. El primero, por su lúcida aportación a la ética con el concepto de “óptimo”: *“La ética no va de lo bueno a secas sino de lo óptimo. Lo que no sea óptimo es por definición malo. Así son las cosas.”* (4). Me encanta la contundencia de la afirmación. Y, en esa misma línea, quiero recordar que ya escribí en 2006 que una de las pocas revoluciones aún posibles era la de la calidad (5). Y añadido ahora, en 2023, que, ante el avance constante y persistente de la mediocridad y el adocenamiento, la calidad no solamente sigue siendo posible, sino que es ya imprescindible y urgente en todas las dimensiones y habilidades relacionadas con la prevención del suicidio. No menos contundente y lúcida se muestra Adela Cortina cuando nos regala la pregunta clave de la dimensión ética: *“¿Para qué?”* (6). Cualquier acción que se vaya a realizar, cualquier decisión que se vaya a tomar, cualquier instrumento, protocolo o método que se vaya a aplicar, debe pasar por la criba ética que implica dicha pregunta clave ¿Para qué? Lo que en el ámbito de la salud pública llevo años traduciendo por: ¿Cuál es, honestamente, mi objetivo? Si la respuesta a esa pregunta no comporta un beneficio mutuo “ganar/ganar“, esa acción, esa decisión, esa aplicación, debe ser revisada a fondo. Y mejorada. Sea cuando hablemos de la violencia obstétrica, de la inteligencia artificial, de la

prescripción médica o de cualquier tratamiento (farmacológico y/o conductual). Si no conlleva beneficios (reales y percibidos) para todas las partes implicadas requiere una revisión profunda y urgente antes de su puesta en marcha.

En 2009 una decisión ética me salvó la vida: decidí posponer mi suicidio (hasta la muerte de mis padres) para no causarles un sufrimiento inmerecido y evitable. Y una segunda decisión ética me sanó la vida: dado que había decidido seguir viviendo, decidí también que iba a cuidarme más y mejor (física, emocional, social, espiritual y éticamente). Por eso me gusta recordarles a esos expertos que tanto hablan en sus escuelas de negocios de la estrategia “win/win”, que ya en la Biblia encontramos un magnífico “ganar/ganar”: “*Amarás al prójimo como a ti mismo*” (7). Y, en este punto, no quiero olvidarme de mi admirado José Antonio Marina cuando plantea que la felicidad es el resultado de una bella suma: “*Mi bienestar y el bienestar del otro*” (8). Por cierto, en 2020 mis padres murieron arrasados por la pandemia de la COVID-19. Afortunadamente, en la década transcurrida desde mi pospuesta decisión de suicidarme, las mejoras que incorporé (decisiones y acciones) en las cinco dimensiones de la salud citadas me permitieron gestionar saludablemente tanto el duelo (en la distancia) por la muerte de mis padres como mis propias heridas del alma. De hecho, incorporé una sexta dimensión (de la salud) que comentaré con más detalle en el epílogo, y que podría sintetizar en el titular: “arte sanador”.

Acierta de pleno Iona Heath, médica y escritora, cuando señala que “*uno de los encuentros más desafortunados de la medicina moderna es el de un anciano débil e indefenso con un médico joven y dinámico que comienza su carrera*” (9).

La primera vez que escuché (y vi) hablar de edadismo en España fue en 2017 en una magnífica charla TED celebrada en Madrid e impartida por la médica y gerontóloga gaditana Paloma Navas (10). Fue todo un descubrimiento. Como salubrista y como ciudadano “en edad de merecer... cuidados”.

Han pasado seis años y una pandemia, y el furor IA (¿Inteligencia? artificial) avanza imparable. Leo sobre la Salud 4.0 y me parece entender que sus dos características principales son: estar digitalizada y estar centrada en el paciente. Admito la primera; pongo en duda la segunda. Y es que, cuando se habla de Inteligencia Artificial Humanizada (IAH), se habla de responder (honestamente y con calma) a una pregunta esencial: ¿Quién se adapta a quién? Ese “todo para ellos sin ellos” que perpetramos (y seguimos haciéndolo) cuando hablamos de la atención a los jóvenes (prevención del suicidio incluida), se reproduce ahora con las personas de mayor edad. Edadismo galopante no solamente en las entidades financieras y en la administración pública en general. También en la atención sanitaria en particular. Y en la salud pública en concreto. Lo que pone de manifiesto, desde luego, una salud ética claramente mejorable.

Desde que en 2017 Richard Davidson anunció alborozado que “*La base de un cerebro sano es la bondad; y se puede entrenar*” (11) ya no hay excusa. Yo decido qué entrenar: una salud ética que, sea cual sea el tema (Inteligencia Artificial, parto, adherencia terapéutica, hábitos saludables, formación...), tenga como objetivo innegociable esa estrategia “ganar/ganar” que he argumentado en los párrafos anteriores; o, por el contrario, puedo decidir entrenar un malestar ético que tenga como origen estrategias como “ganar/perder” (profesional salubrista ordena y ciudadano -hecha la ley, hecha la trampa- desobedece); o como “perder/ganar” (profesional salubrista abandona su objetivo sanador -tira la toalla- y ciudadano se lleva las recetas que quería); o como “perder/perder” (profesional salubrista se “quema” tras infructuosos intentos de provocar un cambio conductual -usando metodologías poco eficaces- y ciudadano recae en sus malos hábitos). Con mi homenaje al gran Carlo Cipolla, mi maestro en asuntos estratégicos (12) ¿Y en qué estrategia colocaríamos lo que de forma tan brillante y vehemente plantea el Dr. Sergio Minué (evidencia científica mediante, por supuesto) sobre el hecho de que “*el exceso de intervención mata*”? (13) Propongo al lector que dedique unos minutos a resolver el (ético) enigma.

Y... una vez tomadas las decisiones éticas derivadas de las respuestas al ¿para qué? esencial (e inicial), ya estaremos en disposición (ética) para abordar, con mayores posibilidades de éxito (para todos y todas) las decisiones y acciones a tomar respecto al resto de dimensiones y habilidades asociadas a la prevención del suicidio. Vamos a ello.

SALUD FÍSICA Y SUICIDIO.

“Los fármacos son, a veces, necesarios.

Nunca suficientes”

Antonio González

Cuando en noviembre de 2020 el psiquiatra Antonio González inició su conferencia en la I Jornada para la Prevención del Suicidio en la Escuela Andaluza de Salud Pública con la frase que encabeza este epígrafe, sonreí feliz. Un profesional de su experiencia (décadas coordinando el equipo de salud mental comunitario de una zona tan relevante en el tema suicidio como es la de Alcalá la Real en Jaén) confirmaba la pertinencia y coherencia del programa de la Jornada en el que abordábamos el resto de las dimensiones implicadas en el fenómeno suicidio: emocional, social, espiritual y ética.

Que España encabece, desde 2019, el consumo mundial lícito de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes (14) no es un honor; pero sí es, si así lo decidimos, una llamativa señal de alerta para buscar, con diligencia y honestidad, alternativas lo más saludables posibles para tratar los malestares “del alma”. Malestares que no se solucionan solamente con fármacos, ni solamente con consumos abusivos y pretendidamente paliativos de todo tipo de sustancias (legales o ilegales); o con comportamientos efímeramente placenteros (incluyendo sexo compulsivo, compras impulsivas, o uso excesivo de redes sociales).

Mi experiencia personal como actiente (paciente activo) en el tema “sufrimiento físico y suicidio” (15) me ayuda a ser muy específico en cuanto a las acciones preventivas a realizar: ejercicio físico (constante y moderado); alimentación adecuada: antiinflamatoria (16) y cuidadora de la microbiota intestinal (17); y focalizar la atención (y la vida) en actividades que apasionen y que, por tanto, generen gratificantes dosis de endorfinas. Actividades que, en mi caso, podrían sintetizarse en: preparar y pronunciar conferencias, escribir, bailar, hacer el amor... Y para no colaborar en exceso con la habitual sobrerrepresentación de “lo físico” cuando hablamos de salud, he decidido que este epígrafe tendrá una menor extensión que el resto. Dicho (escrito) y hecho.

SALUD EMOCIONAL Y SUICIDIO.

*“Regular las emociones es el próximo
paso de la evolución humana”*

HeartMath Institute

Recuperando el contenido y sentido original de la expresión “*Mal de muchos, consuelo de todos*” (muy alejado, como resulta obvio, de la tóxica manipulación posterior), he de confesar que sentí un gran alivio (personal y profesional) cuando en 2014 descubrí, en la interesantísima web del Instituto de las Matemáticas del Corazón, la conclusión que he decidido poner en el inicio de este apartado. Una conclusión motivadora y proactiva. En España llevamos años hablando (repito, hablando) de la gestión emocional; en la Escuela Andaluza de Salud Pública hemos concretado más (por aquello de intentar cambiar el mundo que he citado en el Prólogo), y desde 2008, incorporamos en cursos, jornadas y conferencias el concepto y la práctica de la Gimnasia Emocional, con libro incluido (18), precisamente para indicar, desde el primer momento, que el entrenamiento es, también en este tema, fundamental e indispensable. Me pregunto (y pregunto al público en Congresos y Jornadas) cómo puede ser posible que en pleno 2023 tenga

que estar repitiendo que “como dijo Epicteto, lo más relevante no es lo que pasa sino cómo interpreto lo que pasa”. La respuesta es clara: Porque seguimos sin pasar a la acción (por miedo, comodidad, gregarismo) y porque nos instalamos en un blablablá autoindulgente y acomodaticio que aderezamos con quejas, quejas y más quejas. Lamentable situación que, desde luego, urge cambiar.

Nuestro cerebro sobreactúa (19) y necesitamos aprender a gestionar sus excesos, a través de ese diálogo socrático con uno mismo, que he operativizado en la Tabla de Gimnasia Emocional (TGE) (Tabla 3); tabla accesible no solamente a través del libro citado en el párrafo anterior, sino también en cursos gratuitos como el que la Escuela Andaluza de Salud Pública ofrece en formato virtual desde 2020 (20). Tabla creada para ayudar a pensar críticamente, a reflexionar a fondo, y a crear nuevos pensamientos (más objetivos, justos y realistas) que provoquen nuevas emociones (más sanadoras y proactivas) y que me ayuden a cambiarme a mí mismo (a mejor) y a cambiar el mundo (a mejor).

Tabla 3	
TABLA DE GIMNASIA EMOCIONAL ¹	
Ejercicio 1.	Describir situación concreta
Ejercicio 2.	Identificar las emociones provocadas por la situación
Ejercicio 3.	Identificar los pensamientos origen de esas emociones
Ejercicio 4.	Identificar distorsiones cognitivas en esos pensamientos
Ejercicio 5.	Crear nuevos pensamientos (más objetivos, justos y realistas)
Ejercicio 6.	Identificar las nuevas emociones derivadas de los nuevos pensamientos

Mi experiencia personal en el tema “sufrimiento emocional y suicidio” como actiente (paciente activo) se centró en la auto aplicación sistemática y habitual de la Tabla de Gimnasia Emocional citada anteriormente. Una aplicación que se concretaba en más pensamientos a partir de la proactiva y creadora pregunta “¿Para

¹ Información más detallada y ejemplos concretos de aplicación de la Tabla de Gimnasia Emocional en: Bimbela, J.L. Gimnasia emocional. Pasamos a la acción. Escuela Andaluza de Salud Pública: Granada; 2008. Acceso legal y gratuito desde el Blog de Bimbela: <https://www.easp.es/web/bimbela/publicaciones/>

qué?” y menos pensamientos a partir de la inmovilizadora y limitante pregunta “¿Por qué?”; en más “Pasará” y menos “Seguro que esto va a ir a peor”; en más “Me encanta que mi hijo venga a verme” y menos “No le importo a nadie, a nadie”; en más “Disfruto mucho leyendo novelas de aventuras” y menos “Ya no tengo la fuerza y los ánimos de antes”; en más “Me sienta bien agradecer las cosas buenas que me han pasado a lo largo del día” y menos “todo me aburre, todo me cansa”.

“*Me harté de estar harto. Y probé con el entusiasmo*” afirma rotundo el escritor José Vidal Valicourt. Me apunto. Y paso a la acción: ejerzo de entusiasta militante (recordando, además, el significado original del término: tener un dios dentro). Lo mismo he decidido con el optimismo, con ese optimismo inteligente que llevan años pregonando desde la Universidad Complutense de Madrid (21) y que me ayuda a querer seguir vivo, a seguir intentando cambiar el mundo (a mejor), a disfrutar de una vida que con frecuencia es apasionante y maravillosa, y que, a veces, como escribió Kiko Veneno y cantó Camarón, “*duele*”.

Definitivamente, el amor (hacia mí mismo y hacia los demás) es la emoción que mejor puede prevenir, afrontar y vencer el miedo. Este miedo que saca lo peor de mí (individual y colectivamente). Que me bloquea y me inmoviliza. Y que, con frecuencia, me lleva a actuar contra mí y contra los demás. Pasó con el Ébola (22), se repitió primero con la crisis financiera y más tarde con la COVID-19. Y sigue con... la vida. Ese amor que tanto ayuda a gestionar la aparición (sutil y corrosiva) de egos sobredimensionados y protagonismos excesivos. Un amor humilde y solidario. Que ayuda y que suma. Que acompaña y que sana (al que lo da y al que lo recibe). Con esa humildad que tanto puede ayudar a los “supervivientes” (familiares de las personas que intentan suicidarse) a gestionar la devastadora culpa que aparece tradicional y culturalmente tras el intento (consumado o no). Una humildad que facilita el necesario y reparador autocuidado emocional de familiares y allegados. Con un ruego añadido: evitemos, por favor, la creciente patologización de los malestares emocionales asociados al hecho de vivir. De ganar y de perder; de gozar y de sufrir. De crecer, madurar y envejecer. De vivir y morir. Y aprendamos a

dosificar (Tabla de Gimnasia Emocional mediante) la intensidad de todas nuestras emociones; tanto de las más aparentemente proactivas y saludables, como de las más supuestamente inmovilizantes y tóxicas.

SALUD SOCIAL Y SUICIDIO.

*“La mejor tecnología disponible sigue siendo
la comunicación médico-paciente”*

Albert Jovell

En tiempos de Salud 4.0 (digitalizada y ¿centrada en el paciente?) me permito recordar al gran Albert Jovell con la frase que encabeza este epígrafe y que nos regaló a las puertas del 2000 en una editorial ya mítica (23). Un clásico necesario, vigente hoy y siempre. Esa tecnología “humana” que se operativiza en seis verbos fundamentales (en los que el orden “de aparición” también es importante): preguntar (con afectividad y sin prejuicios); escuchar (con todos los sentidos, con el cuerpo y con el alma); empatizar (del griego ek- patheia: “sentir fuera”), que sintetizo como “empatía concreta y argumentada”, y que mantiene la necesaria distancia terapéutica con la otra persona, evitando tanto los riesgos de la “empatía inespecífica” (“*Pedro, te entiendo*”) como de la “empatía sobre implicada” (“*Ana, a mí también me duele cuando hago estos ejercicios*”); resumir (síntesis durante la comunicación y síntesis al final, por favor); reforzar (también los intentos); y retroalimentar (para lograr una evaluación constante del proceso comunicativo y de sus efectos). Seis verbos cuyo entrenamiento, a modo de gimnasia social (24), garantiza una aplicación habitual y mantenida que genera confianza mutua y la creación de unos vínculos que resultan imprescindible para una prevención eficaz de las conductas autolesivas y suicidas.

Hay palabras que sanan (me gusta que algunos neurocientíficos les llamen palabras placebo: sí, gracias, por favor, perdón...), y palabras que dañan (me gusta

que algunos neurocientíficos les llamen palabras nocebo: no, debes, haz, mal...). Hay frases que sanan, que ayudan, que facilitan (*“Me gustaría ayudarte y necesito tu colaboración para saber cómo hacerlo”*), y hay frases que dañan, que hieren, que dificultan... como ese tóxico titular que con demasiada frecuencia aparece en medios de comunicación (*“la soledad mata”*). Mentira. La soledad no mata, ni la voluntaria ni la obligatoria. Ya hemos aprendido (gracias a la lucidez de Epicteto) que yo decido cómo interpretar esa soledad (*“Nadie me quiere, estoy solo como un perro”* o... *“voy a aprovechar esta oportunidad para conocerme, para aprender a quererme, para crecer como ser humano”*). El gran Albert Camus, uno de los filósofos que mejor reflexionó sobre el suicidio, nos ofrece una estimulante suma: *“Solitario y solidario”*. Y añado que también en el diálogo interno (ese diálogo socrático con uno mismo que he citado en el epígrafe anterior al hablar de la Tabla de Gimnasia Emocional) yo decido si utilizo palabras (pensamientos) que me sanan o palabras (pensamientos) que me dañan. Aprendamos, pues, a gestionar saludablemente esa soledad que nos acompaña a lo largo de este nuestro viaje vital. Y que nos acompañará antes o después. En mayor o menor medida. En dosis pequeñas o en dosis grandes. Solos o en compañía. Aprender a gestionarla se convierte en una de las estrategias esenciales para la mejora de la salud social y, por ello, en una eficaz manera de prevenir ideas y comportamiento autolesivos y suicidas.

En los últimos años, las reflexiones y subsiguientes investigaciones llevadas a cabo en el campo de la “salud social” han sido numerosas. Desde las que han señalado que el “Código postal dice más (respecto a la salud) que el código genético” (25); hasta las que muestran los devastadores efectos de los procesos de desahucio en las distintas dimensiones de la salud (26). Y recordemos, también, que en esta dimensión de la salud (como en el resto de las dimensiones referidas más arriba) podemos “pecar” por acción o por omisión: *“Para que el mal triunfe, solamente hace falta que las personas buenas no hagan nada”* sentenciaba, brillante, Edmund Burke.

Propongo, desde estas páginas, una saludable interdependencia autónoma y respetuosa con los límites, los ritmos y las opiniones de los otros; frente a la insolidaria independencia y a la tóxica dependencia. Y sí, hablo aquí del “yo contigo” (no contra ti) y del “nosotros y nosotras”. Un nosotros y nosotras que se vacune frente a la enfermiza homogeneización (familiar, tribal, social, laboral) (27) y que potencie la autonomía y la felicidad (salud ética, física, emocional, social, y espiritual) de todos y cada uno de sus miembros. Y, cabe enfatizarlo, una vez más, la dosis será clave. De la misma forma que también será fundamental que además de cuidar lo que decimos (las letras de la comunicación) cuidemos cómo lo decimos (las músicas de la comunicación).

Mi experiencia personal en el tema “sufrimiento social y suicidio” como actiente (paciente activo) cristalizó en el ejercicio práctico y perseverante, desde la honestidad y la humildad, de esos seis verbos comentados en el primer párrafo de este epígrafe. Y también en el redescubrimiento (y aplicación) de una de las propuestas más inteligentes y prácticas (y menos comentadas y usadas, por cierto) de Goleman y colaboradores (28): Ejercer de abogado del ángel; esto es, llevar a cabo una búsqueda activa de elementos positivos a reforzar en uno mismo y en los demás (logros e intentos incluidos); y reconocerlos, apreciarlos, reforzarlos. Verbal y no verbalmente. Con dichos y con hechos. Con letras y con músicas.

Y para cerrar este epígrafe, unas líneas para comentar (como prometí en el apartado “El orden de los factores”) la relevancia de llevar a cabo buenos diagnósticos conductuales relacionados con la prevención de comportamientos autolesivos antes (repito, antes) de intervenir, intervenir e intervenir (evitando ese activismo frenético que, con tanta frecuencia, lleva al fracaso en la salud pública, como hemos visto, históricamente, en temas de adherencia terapéutica y como hemos sufrido recientemente durante la pandemia COVID-19). En mi caso, soy seguidor (y practicante) entusiasta del modelo PRECEDE, por su sencillez, aplicabilidad y potencia (29). Un modelo que, por cierto, utilicé con resultados muy satisfactorios en mi tesis doctoral sobre la prevención de la transmisión sexual del

VIH/SIDA (30), y que animo a utilizar a todos aquellos investigadores que quieran descubrir los factores que motivan, facilitan y refuerzan las conductas relacionadas con las autolesiones y el suicidio. Lo señala, valiente, Daniel Mediavilla en un reciente artículo (31): “*No sabemos por qué se suicida la gente*”. Tenemos datos, muchos datos, identificamos tendencias, pero... este creciente “dataísmo” no nos puede ofrecer la información cualitativa imprescindible para identificar las variables que motivan (informaciones y emociones), que facilitan (habilidades y recursos) y que refuerzan (consecuencias) las conductas autolíticas y suicidas a estudiar. El modelo PRECEDE sí puede (Tabla 4).

Tabla 4

MODELO PRECEDE ² .
1. Conducta a promover
2. Individuo o grupo diana, sujeto de la conducta
3. Factores Predisponentes/Motivacionales (Información + Emoción)
4. Factores Facilitadores (Habilidades + Recursos: Humanos y Materiales)
5. Factores Reforzantes (Consecuencias)

SALUD ESPIRITUAL Y SUICIDIO.

*“Hallar sentido al relato de la vida es un
acto de creación”*

Iona Heath

En 2017 celebramos en la Escuela Andaluza de Salud Pública una Jornada sobre “Salud Espiritual. Teoría y práctica”. Ante la sorpresa de algunos, la Jornada fue un éxito “de crítica y público”. Colgamos el cartel de “no hay billetes”, y fue el

² Información más detallada y ejemplos concretos de aplicación del Modelo PRECEDE en: Bimbela, J.L.; Gorrotxategi, M. Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. Escuela Andaluza de Salud Pública: Granada; 2006 (5ª ed.). Acceso legal y gratuito desde el Blog de Bimbela: <https://www.easp.es/web/bimbela/publicaciones/>

motor de actividades posteriores tan significativas como el Curso “Promoción de la salud espiritual. De la evidencia científica a la práctica clínica”, con ediciones presenciales y virtuales desde 2018 hasta 2022. Significativamente, en las auto presentaciones de dichos cursos, el alumnado y los propios docentes acabábamos “confesando” que habíamos llegado a la dimensión espiritualidad cuando “algo” se (nos) había roto. Fuera algo físico o emocional (las “roturas” más clásicas), o fuera algo social, ético o directamente espiritual (las “roturas” más recientes). Y ese trayecto vital asociado a heridas, roturas y grietas varias solía estar acompañado, en muchos casos, por ideas y rumiaciones autolíticas y/o suicidas.

Es el momento, en este epígrafe sobre la “salud espiritual y suicidio”, de señalar algunos agradecimientos relevantes. A Viktor Frankl, que me ayudó a resurgir de mis cenizas al mostrarme, de forma concluyente, que ni el placer, ni el poder, ni el dinero dan sentido a una vida; y que sí lo proporcionan “dar y darse” (32). A Mariola Bernal, sabia antropóloga de la medicina, que me descubrió, en el curso citado que compartimos desde 2018, que la felicidad puede ser más sostenible y duradera si al “famoso” hedonismo (placer, diversión, satisfacción) le sumamos la “desconocida” eudemonía (autenticidad, sentido, excelencia). A mi maestro y amigo Ramón Bayés, que me regaló el maravilloso concepto africano “Ubuntu” (“yo soy porque nosotros somos”). Y al catedrático Jesús M. de Miguel, que me ofreció una nueva y cautivadora versión de “la otra vida”: la que quedará cuando yo ya no esté; y a la que sigo aportando (solidariamente) mis dones y mis talentos (en definitiva, ese legado del que hablaba Frankl y que me permite cerrar el círculo... y el párrafo).

Mi experiencia personal como actiente (paciente activo) en el tema “sufrimiento espiritual y suicidio” me señala, cada día con más fuerza, que las decisiones éticas que he ido tomando (y que sigo tomando) han acabado dando un sentido más hondo y sólido a mi vida. Y me acercan a un disfrute más sostenible y saludable de mis días (y mis noches), alejándome de aquellas zonas de sombra que tanto me asediaban y que ahora solamente aparecen de forma esporádica y con una intensidad muchísimo menor. Y hablo de decisiones éticas “macro”: dar y darme;

votar a éstas en lugar de aquellos; decidir cómo gestionar mi vida y mi felicidad; actuar con estrategias “ganar/ganar”; decidir cómo convivir con mis dolores, mis pérdidas y las muertes que me afectan, incluyendo la mía; etc. etc. Y hablo también de decisiones éticas “micro”: regalar tiempo; regalar sonrisas y buen trato; comprar más en las tiendas del barrio que en las grandes superficies; visitar y comprar en las librerías físicas de mi ciudad y de las ciudades que visito, en lugar de realizar compras virtuales en plataformas digitales; no usar los servicios de empresas que fabriquen sus productos en condiciones de explotación laboral; donar a organizaciones no gubernamentales los beneficios económicos por la venta de libros, etc. etc.

A MODO DE EPÍLOGO.

“Escribo para curarme”

Elvira Sastre

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 2019 las conclusiones de una revisión exhaustiva de estudios realizados alrededor de la pregunta clave “¿Cuál es la evidencia sobre el papel de las artes en la mejora de la salud y el bienestar?” (33). Vistos los beneficios para la salud (en sus diversas dimensiones) derivados de involucrarse en actividades artísticas, ya sea de forma más activa (pintar, escribir, bailar, cantar, esculpir) o ya sea de forma más pasiva (leer, escuchar música, asistir a conciertos y exposiciones) no es de extrañar que empiecen a “recetarse” visitas a museos para complementar tratamientos de todo tipo (34).

Los tiempos y los ritmos de la ciencia son lentos. Los de la OMS también. Los artistas ya intuyeron (*“intuición = precipitado de saber y experiencia”* según Ignasi Pons) hace mucho tiempo el poder sanador del arte. Y en un artículo como el presente, dedicado al suicidio, me parecen especialmente inspiradoras las

reflexiones de Fernando Pessoa: “*Existen las artes porque con la vida no es suficiente*”, y de Chantal Maillard: “*Escribo para que el agua envenenada pueda beberse*” (broche de oro de su maravilloso y sanador poema “Escribir”). Además, claro está, de la contundente afirmación de Elvira Sastre que encabeza este epígrafe. Todos pudimos ver como el joven protagonista sanaba su ira bailando, en la película “Billy Elliot”. Y un artista anónimo lo plantea con humor en una pintada que he descubierto en las calles de Granada: “*Al mal tiempo, buenas cumbias*”. Sí, arte sanador. Desde luego para el que lo crea (de crear), y, muy frecuentemente, también para el que lo recibe. Yo así lo creo (de creer), así lo he vivido, así lo he sentido. Sí, escribir este artículo sobre el suicidio me está sanando.

Es más, cuidar el barrio (hacerlo más limpio, más bello, más acogedor) es muchas veces el inicio de un prodigioso proceso de autocuidado (individual y colectivo) que nos aleja de sufrimientos y depresiones, de miedos y claudicaciones. Los artistas grafiteros de Boa Mistura trabajan en espacios públicos con los habitantes de las zonas escogidas para sus acciones, para dignificar, embellecer, crecer, crear, dar y darse... vida. ¿Y si intentáramos que nuestra propia vida fuera nuestra mejor obra de arte? ¿Y si intentáramos que nuestros trabajos ayudasen también a dar sentido a nuestra vida porque fueran trabajos basados en aquello que nos apasiona, que nos “llena”, que nos motiva e ilusiona?

Como a Elvira Sastre, escribir me ayuda a curarme. Escribir este artículo, también. Y, desde luego, escribir mi último libro sobre la Bondad (35) a partir de esa pregunta que tanto se hacían (nos hacían) los medios de comunicación durante la pandemia: ¿Saldremos mejores? Pues... una pista para lectores interesados: ejercer la bondad (con uno mismo y con los/as demás) es una magnífica forma de prevenir el suicidio (el propio y el ajeno).

Y permítanme unas líneas finales para recordar que, dado que, en España, las profesiones con mayores tasas de suicidio (junto a las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado) son las relacionadas con los profesionales de la salud, todas y cada una de las dimensiones tratadas en este artículo, todas y cada una de las

estrategias presentadas, y todas y cada una de las acciones sugeridas y recomendadas... son también (y muy especialmente) para ellas y para ellos. Profesionales de la salud a los que tanto quiero y tanto admiro. Y a los que, desde hace ya tantos años, intento cuidar con toda mi alma (36).

Por cierto, el 024 es la línea de atención a la conducta suicida que ha puesto en marcha el Ministerio de Sanidad. Es un servicio de alcance nacional (accesible desde todo el territorio nacional), gratuito, confidencial y disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

CONCLUSIONES.

1. Las personas que se suicidan (profesionales de la salud incluidos) no quieren morir, quieren dejar de sufrir. Y ese sufrimiento puede ser ético, físico, emocional, social o espiritual.

2. La salud es la habilidad de las personas y las comunidades para adaptarse y manejar los desafíos éticos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, que se presentan en la vida.

3. El orden óptimo para lograr una acción saludable y sostenible, cuando hablamos de la prevención del suicidio, se traduce en tres verbos consecutivos: decidir, hacer, entrenar.

4. Yo decido qué pensar, qué hacer, qué entrenar. Y, también, qué pensamientos eliminar, qué conductas extinguir y qué hábitos abandonar.

5. La salud ética conjuga mis objetivos y los objetivos del otro. Mi poder y el poder del otro. Mi bienestar y el bienestar del otro.

6. La salud física suma ejercicio moderado y alimentación antiinflamatoria.

7. La salud emocional crea pensamientos más objetivos, justos y realistas; que generan emociones más proactivas y sanadoras.

8. La salud social ejerce los seis verbos que facilitan la confianza mutua, la colaboración sanadora, y una interdependencia creativa: preguntar, escuchar, empatizar, resumir, reforzar, retroalimentar.

9. La salud espiritual busca y crea sentidos a la propia vida. Sentidos que se suman a ese “dar y darse” que tanto facilita la sostenibilidad de la felicidad.

10. El diagnóstico conductual, previo a la intervención preventiva, resulta imprescindible para identificar los factores que motivan, facilitan y refuerzan las conductas autolíticas y suicidas a prevenir.

11. El arte sana a quien lo crea y, a veces, también a quien lo recibe.

12. La dosis es clave. En las cinco dimensiones de la salud presentadas, y en todas las estrategias y acciones propuestas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://www.easp.es/project/3a-jornada-prevencion-suicidio-jovenes-y-suicidio/>
2. Jadad, AR; O’Grady, L. How should health be defined? BMJ. 2008; 337: a2900.
3. Bimbela, JL. Autocuidado ético y emocional para sanitarios. Educación Médica. 2022; 23: 100717.
4. Gracia, D. Bioética mínima. Madrid: Triacastela; 2019.
5. Bimbela, JL. Calidad, calidad, calidad. Gac Sanit. 2006; 20 (5).
6. Cortina, A. ¿Para qué sirve realmente la ética? Barcelona: Paidós Ibérica; 2013.
7. Mateo 22: 37-39. En Biblia Reina Valera, 1960.
8. Marina, J.A. La inteligencia fracasada. Teoría y práctica de la estupidez. Barcelona: Anagrama; 2004.
9. Heath, I. Ayudar a morir. Madrid: Katz; 2008.

10. Navas, P. Previniendo el envejecimiento imaginario. TEDxMadrid; 2017.
Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=OiITov8R-xQ>
11. Davidson, R. La base de un cerebro sano es la bondad y se puede entrenar. La Vanguardia. 27-03-2017.
12. Cipolla, C. Allegro ma non troppo. Madrid: Crítica; 2001.
13. Minué, S. El exceso de intervención mata. Medicina Responsable; 18-04-2022.
Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=WQX4F9-m2Pg>
14. Reviejo, SF. ¿Por qué España es el país del mundo donde se toman más tranquilizantes? Público; 10-04-2021.
15. Bimbela, JL. Vosotros no tenéis la culpa. En torno al suicidio. 2ª edición. Barcelona: Plataforma; 2022.
16. Parra, S; Martínez, MA; Leiva, AM; Petermann, F; Lasserre, N; Celis, C. Una dieta antiinflamatoria disminuiría el riesgo de mortalidad por todas las causas. Carta al editor. Rev. méd. Chile. 2020; 148(12).
17. Arponen, S. ¡Es la microbiota, idiota! Descubre cómo tu salud depende de los billones de microorganismos que habitan tu cuerpo. Barcelona: Alienta; 2021.
18. Bimbela, JL. Gimnasia emocional. Pasamos a la acción. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008. Acceso legal y gratuito desde el Blog de Bimbela disponible en <https://www.easp.es/web/bimbela/publicaciones/>
19. Goicoechea, A. Migraña. Una pesadilla cerebral. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2009.
20. Bimbela, JL. Gestión práctica de emociones. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2020. Disponible en <https://www.easp.es/project/gestion-practica-de-emociones/>
21. Avia, MD; Vázquez, C. Optimismo inteligente. Madrid: Alianza Editorial; 2018.
22. Bimbela, JL. El miedo, más contagioso que el Ébola, se ha instalado en nuestras vidas. Arch Memoria [en línea]. 2015; (12 fasc. 3). Disponible en: <http://www.index-.com/memoria/12/12300.php>
23. Jovell, A. Medicina basada en la afectividad. Med Clin. 1999; 113: 173-175.

24. Bimbela, JL. Gimnasia social. La práctica. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2009. Acceso legal y gratuito desde el Blog de Bimbela disponible en: <https://www.easp.es/web/bimbela/publicaciones/>
25. Cofiño, R. Tú código postal es más importante para tu salud que tu código genético (1). Aten Primaria. 2013; 45 (3):127-128.
26. Suess, A; García, N; López, M; Luque, N; Ruiz, A; Ruiz, I; Tamayo, MI. Procesos de desahucio y salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2015.
27. Bimbela, JL. Nosotros y nosotras decidimos. Arch Memoria [en línea] 2018; Vol. 15. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/15/15001.php>
28. Goleman, D; Boyatzis, R; McKee, A. El líder resonante crea más. Barcelona: Debolsillo; 2010.
29. VVAA. Artículos sobre la aplicación del modelo PRECEDE. En buscador Google: "Bimbela PRECEDE".
30. Bimbela, J.L. Sociología del SIDA. Jóvenes y sexualidad en Andalucía. Madrid: Centro de Investigaciones Científicas (CIS) en coedición con Siglo XXI; 2002.
31. Mediavilla, D. ¿Qué se puede hacer en España para frenar el crecimiento de los suicidios? EL PAÍS. Salud y Bienestar. 09-02-2023
32. Frankl, V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder; 2005.
33. Health evidence network synthesis report 67. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. WHO Europe; 2019.
34. Saéz, R. Los psiquiatras del mayor Hospital de Bruselas recetan visitas culturales contra la Ansiedad. La Vanguardia. 22-09-22.
35. Bimbela, JL. Bondad práctica y radical. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2023 (en prensa).
36. Bimbela, JL. Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2007 (8ª

edición). Acceso legal y gratuito desde el Blog de Bimbela disponible en:
<https://www.easp.es/web/bimbela/publicaciones/>

José Luis Bimbela Pedrola.

Doctor en Psicología. Psicólogo Salubrista. Profesor asociado Escuela Andaluza de Salud Pública. Editor de "El Blog de Bimbela".

Cómo citar este artículo:

Bimbela Pedrola, JL. Suicidio. Una perspectiva salubrista. De lo individual a lo colectivo. *Folia Humanística*, 2023; 2 (3) 1-23. Doi: <http://doi.org/10.30860/0097>.

© 2023 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

PENSAMIENTO CRÍTICO EN LA DOCENCIA Y LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA.

Peguero Rodríguez E., Borrell Carrió F.

Resumen: El presente artículo explica y ejemplifica la definición de pensamiento crítico en medicina y su relación con el modelo científico.

Pensamiento crítico, o mejor aún, cognición educada, consiste en saber identificar un conocimiento basado en evidencias de otro que no lo es, en saber gestionar la incertidumbre en situaciones como la aún actual pandemia de COVID-19. Consiste en buscar la veracidad como método. Y requiere una capacidad de crítica con dosis de escepticismo.

La segunda parte del artículo argumenta la importancia de tener conocimientos basados en modelos. Conocimientos que no creencias. El modelo científico consiste en enmarcar el conocimiento científico en un modelo explicativo que no un modelo mágico ni un modelo justificativo. El modelo científico reconoce sus fortalezas y debilidades, es decir, se aplica de manera crítica, y está obligado a explicar y predecir parcelas de la realidad física, psíquica o social.

En general se asocia el pensamiento crítico a un camino para llegar a la verdad, pero, tal como describimos en el presente artículo, resulta mucho más apropiado considerarlo un camino para rectificar y perfeccionar nuestros hábitos motores y de reflexión, y una metodología para pensar conforme a modelos que expliquen lo mejor posible la realidad y para rectificar sin apenas dolor moral.

Palabras clave: *pensamiento crítico, modelo científico, COVID-19.*

Abstract: CRITICAL THINKING OR EDUCATED COGNITION IN THE TEACHING AND PRACTICE OF MEDICINE

This article explains and exemplifies the definition of critical thinking in medicine and its relationship with the scientific model.

Critical thinking, or better yet, educated cognition, consists of knowing how to identify and evidence-based knowledge of another that is not, in knowing how to manage uncertainty in situations such as the still current COVID-19 pandemic. It consists of seeking truthfulness as a method. And it requires a capacity for criticism with a dose of skepticism.

The second part of the article argues the importance of having knowledge based on models. Knowledge not beliefs. The scientific model consists of framing scientific knowledge in an explanatory model that is not a magic model or a justifying model. The scientific model recognizes its strengths and weaknesses, that is, it is applied critically, and is obliged to explain and predict parts of physical, psychic, or social reality.

In general, critical thinking is associated with a way to reach the truth, but, as we describe in this article, it is much more appropriate to consider it a way to rectify and perfect our motor and reflection habits, and a methodology to think according to models that explain reality as well as possible and to rectify with little moral pain.

Key words: *critical thinking, scientific model, COVID-19.*

Artículo recibido: 25 abril 2023; aceptado: 11 mayo 2023.

La cognición educada como camino para rectificar y perfeccionar nuestros hábitos motores y de reflexión, y como metodología para pensar conforme a modelos que expliquen lo mejor posible la realidad.

UNA MIRADA AL CONCEPTO DE “PENSAMIENTO CRÍTICO”.

Uno de los primeros ensayos clínicos a doble ciego -posiblemente el primero de todos- tuvo lugar en Nuremberg, en el año 1835. El trabajo en cuestión enfrentó a un médico alopático, Friedrich Wilhelm von Hoven, contra el homeopático Johann Jacob Reuter. Aunque algo justo en participantes (unos 50), sorprende por su rigor metodológico. El ensayo no demostró ningún efecto del agua salada potenciada con maniobras de succusión, respecto al agua de nieve (1).

Mucho ha llovido -y nevado- desde 1835, pero la Organización Médica Colegial calculó que en el año 2018 practicaban la Homeopatía 10.000 médicos españoles. Ninguna revisión Cochrane ha logrado demostrar, para alguno de los remedios homeopáticos, un efecto distinto al efecto placebo (2,3). Sin embargo, esta falta de evidencia no consigue amilanar a proveedores y consumidores de Homeopatía. En 2006 la revista Lancet, tras constatar la falta de evidencias de la Homeopatía, decía en una editorial: “ahora los médicos tienen que mantener una conversación honesta con sus pacientes acerca de la falta de beneficios” (4). Y nosotros añadimos: quizás las universidades también deberíamos plantearnos qué estamos haciendo mal para que tantos médicos recién licenciados, conocedores del citocromo p450, o del polimorfismo genético, comulguen con el vitalismo dieciochesco y trasnochado que representa la homeopatía de Hahneman. Lo cierto es que el laboratorio Boiron, principal productor de medicación homeopática facturó en 2018 la nada despreciable cifra de 16 millones de euros en España (5). No está nada mal si consideramos que vende sacarosa.

Por nuestra parte creemos que hay dos aspectos a considerar para explicar tamaño dislate: por un lado, que nuestros estudiantes no aprenden a distinguir un conocimiento basado en evidencias de otro que no lo es, pero que resulta atractivo. En el Grado de Medicina y Enfermería les enseñamos muchos conocimientos y técnicas, cierto, pero muy poco o nada de cómo pensar críticamente. Es más, muchos de nuestros estudiantes confunden pensamiento crítico con ser escépticos. E incluso confunden ser escépticos con ir en contra de la opinión de la mayoría y,

sobre todo, en contra de lo que el *establishment* cree o piensa. ¿Cómo, si no, puede explicarse el movimiento de “médicos por la verdad”?, un movimiento negacionista de la COVID-19 protagonizado por... ¡profesionales universitarios! (6).

PENSAMIENTO CRÍTICO COMO COGNICIÓN EDUCADA.

Pues bien, de esta primera cuestión se encarga con éxito la Medicina Basada en Evidencias: estudiar la justificación que tienen afirmaciones tales como: “daremos el Antibiótico A en la situación B”, o bien: “en presencia de estos síntomas y signos lo más apropiado es...”, etc.

Pero hay otra cuestión de fondo tan o más importante: la actitud del estudiante frente a la incertidumbre. Ante situaciones perfectamente estudiadas y etiquetadas por la comunidad científica resulta relativamente fácil orientarse. Pero ¿qué sucede cuando afrontamos una enfermedad como la COVID-19? O simplemente remontándonos a situaciones más cotidianas... ¿cómo actuar ante síntomas absolutamente inclasificables, que tantas veces expresan nuestros pacientes? En estas situaciones nos embarga la perplejidad, quizás el miedo, tal vez las prisas o la desazón... un instante propicio para que la parte mágica de nuestra mente se apodere de las riendas de la voluntad y haga descarrilar a los mejores profesionales. Algo de esto hemos visto en la pandemia por la COVID-19.

El pensamiento crítico trata precisamente de instaurar una metodología en la manera de pensar de los humanos para escapar de la tentación mágica.

Urge, por consiguiente, que definamos de la manera más precisa posible lo que entendemos por pensamiento crítico. Para ello tendremos muy en cuenta las numerosas publicaciones que el término ha generado en Europa y EE.UU., así como las experiencias docentes implantadas en las principales universidades de Occidente. De acuerdo con la Fundación para el Pensamiento Crítico (7) se trata de una metodología que somete nuestra manera de pensar a unos estándares

consensuados por la comunidad de expertos, con el fin de mejorar la calidad del razonamiento. Advirtamos que sería un error creer que el pensamiento crítico ofrece un camino para llegar a la verdad. Quien así pensara **ignoraría la diferencia entre verdad y veracidad**. La Ciencia puede ser veraz, en el sentido de acercarse a modelos cada vez más predictivos de la realidad, pero no debiera presentar sus resultados como verdaderos. Dicho de otra manera, la Ciencia tiene el compromiso de reconocer como falsos o inciertos aquellos conocimientos que constantemente la misma Ciencia se encarga de esclarecer. La veracidad es un compromiso y un camino, en ningún caso conduce a certezas.

Desde nuestro punto de vista sería más apropiado hablar de **“cognición educada”**, en lugar de **“pensamiento crítico”**, sobre todo por esta tendencia a asimilar capacidad de crítica con actitud escéptica. Si bien es verdad que ser escéptico ayuda a desarrollar el pensamiento crítico, también resulta cierto que un exceso de escepticismo conduce, en ocasiones, a abrazar posiciones netamente mágicas. Un ejemplo ha sido la COVID-19 y la teoría del 5G (8). Desde luego ignoramos aún muchos efectos biológicos del 5G, pero postular que ha sido el origen de la epidemia por el simple hecho de que en la capital de Wuhan empezaban a tener este tipo de tecnología, es ignorar la naturaleza de los virus, los modelos epidemiológicos que describen el salto de una especie a otra de los coronavirus, y una multitud de otros modelos biológicos avalados por muchos años de estudio y observación (9).

¿ABIERTOS A REALIDADES QUE ULTRAPASAN LA CIENCIA?

Un argumento que se menciona a veces para dar pábulo a teorías de este tipo es que **“tenemos que estar abiertos a considerar hipótesis que pueden ir más allá de la Ciencia”**. La ciencia, se nos dice, no lo es todo, y si remedios como la homeopatía han resistido el ataque de la Industria Farmacéutica, será porque las personas que lo usan aprecian beneficio. Si no hubiera científicos “abiertos de

mente”, no se habría descubierto la penicilina ni la teoría de la relatividad. Quien quiere a toda costa mantenerse en el ámbito de la ciencia más ortodoxa acaba cayendo en un cientifismo, en una religión de miras estrechas que no le deja ver la complejidad del mundo.

Este tipo de argumento no captura la complejidad de la Ciencia. Los conocimientos científicos consideran en efecto los datos de la realidad, pero siempre tratan de enmarcarlos en un **modelo explicativo**. A veces lo consiguen parcialmente, y solo con los años y mucho esfuerzo, generaciones posteriores logran esclarecer estos datos. Pero cuando **Fleming** descubrió la penicilina, en realidad lo que descubrió es un modelo de inhibición del crecimiento bacteriano. Y si probó la penicilina en humanos fue porque tenía este modelo, (de manera incipiente), en la cabeza... Si eso funcionaba en su cultivo, también podía funcionar en nuestro cuerpo. Y cuando **Einstein** formuló su teoría de la relatividad, en realidad estaba traduciendo a fórmulas matemáticas un modelo mediante el que imaginaba el mundo físico en condiciones extraordinarias. **Newton** lo había imaginado y descrito para las situaciones ordinarias, tal y como el mundo físico se nos aparece en la Tierra, pero **Einstein** modelizó un Universo de agujeros negros, ondas gravitacionales y fotones que se desvían por efecto de la gravedad, creando galaxias que se comportan como lentes de aumento. Por supuesto no se le apareció este modelo de Universo en una noche de insomnio, sino que fue avanzando lentamente, preguntándose por qué Mercurio no obedece a las leyes newtonianas, o porque la luz solar en un eclipse de luna se desvía de su trayectoria. Poco a poco fue componiendo el puzle.

La importancia de tener conocimientos basados en modelos divide a los seres humanos en dos grupos: aquellos que en determinadas situaciones son capaces de predecir -hasta cierto punto- el futuro, y aquellos que no lo son. Una madre con un bebé a 39° de fiebre, no es capaz de predecir si esta fiebre indica una enfermedad severa o no. Un pediatra bien formado se basará en otros datos para aseverar que se trata de una infección autolimitada, y que puede regresar a su casa

con antitérmicos. La madre tiene miedo y piensa en lo peor. El pediatra podría contagiarse de este miedo, pero ha aprendido a pensar mediante una metodología, y de manera parsimoniosa efectuará una serie de preguntas a la madre, explorará a la criatura, quizás pedirá unos análisis, y emitirá un diagnóstico que conlleva también un pronóstico, y una predicción.

TIPOS DE CONOCIMIENTO.

Antes de profundizar en esta metodología queremos compartir una reflexión acerca de la relación entre conocimiento y creencia.

Conocimiento empírico (=Ke), por autoridad (=Ka), o por modelo (=Km):

Una gran parte de nuestras vidas transcurre bajo el paraguas del conocimiento empírico (=Ke). Mañana amanecerá, y lo sabemos porque cada día de nuestra vida se ha iniciado con un amanecer. También intuimos cuando un familiar se enfadará o cuando una sombra en una calle desierta puede ser amenazadora, o bien, nos sentiremos alarmados si en unos almacenes suena algo parecido a una sirena. En todos estos casos **nuestro conocimiento es empírico (=Ke)**, aproximativo, y basado en muchos escenarios similares. Gracias a detectar regularidades en la manera de comportarse el mundo que nos rodea, podemos lanzar hipótesis de cómo se comportan otras personas, cómo reaccionarán, qué tipos de intenciones les mueven, etc. Y cuando estas predicciones nos fallan, nos sentimos perplejos e incluso vulnerables.

También es una experiencia común a todas las personas que una parte importante de los conocimientos que almacenamos sean adquiridos meramente porque **confiamos** en la fuente de información. Llamaremos a este tipo de conocimiento, **conocimiento basado en autoridad (=Ka)**. Los niños que aprenden geografía probablemente jamás han estado en las capitales mundiales que estudian, y ni siquiera han visto nuestro mundo redondo desde un satélite. Pero confían en

sus maestros y en las fotografías o reportajes que ven por la televisión. Solo cuando viajen a alguna de estas capitales, podrán verificar empíricamente un conocimiento que hasta entonces se basaba en una autoridad (autoridad de maestros, padres, como también del grupo de referencia...).

Un tercer tipo de conocimiento es el basado en un modelo (=Km). En relación con los otros tipos de conocimiento, podemos considerar el siguiente ejemplo: un campesino que adivina el tiempo que hará mañana por la disposición de las nubes, tiene un conocimiento empírico; un radioyente que escucha el parte meteorológico, lo adquiere por autoridad; un físico que interpreta mapas de altura genera **conocimiento por modelo (=Km)**. Los verbos que hemos utilizado dicen mucho de estos diferentes tipos de conocimiento: **adivinar, adquirir, generar**.

Advertamos en este punto que muchos fake news y teorías conspiratorias se arropan de un **pseudomodelo** que las hace verosímiles. En la figura 1 “*Escobas en pie*” reproducimos una imagen viral que advertía que las escobas permanecían de pie sin sujeción por un inusual alineamiento entre planetas.

Figura 1

Escobas en pie. Disponible en <https://images.app.goo.gl/saxYsdMt7towLQdr6>



Un astrónomo sabe cuán débil es la gravedad de estos planetas a efectos terrestres, pero para un ciudadano incauto resulta una explicación convincente, máxime si cree en la astrología. En realidad, las escobas permanecen de pie porque

tienen el punto de gravedad muy bajo, pero este modelo físico es difícil de entender si antes no hemos adquirido el concepto de vector. En cambio, si tenemos en cuenta que un porcentaje abultado de lectores de periódico leen su horóscopo... ¡adivine el lector cuál de los dos modelos puede ser más creíble, al menos en un primer momento, para la mayoría de los ciudadanos! Detrás de muchas creencias desatinadas hay este tipo de *pseudomodelos*, que se apoyan en un temor, prejuicio o creencia mágica (como resulta ser la astrología), y que refrendan los grupos de referencia, a través de las redes sociales.

LOS MODELOS JUSTIFICATIVOS.

Volvamos a los modelos. Resulta muy ventajoso interpretar la realidad a partir de modelos... sobre todo, cuando éstos son probados y avalados por una autoridad. Esta autoridad suele ser la comunidad de expertos en cada campo del conocimiento. Los modelos son “campo-específicos”, parcelan la realidad. Y otro aspecto de la máxima importancia: en la vida cotidiana usamos dos tipos de modelos, a los que llamaremos respectivamente **justificativos** o **científicos**.

Los modelos justificativos se basan en razonamientos que explican la totalidad o alguna parcela de la realidad, pero en el mejor de los casos son una caricatura de los modelos científicos, y en el peor de los casos son netamente falsos. Falso es que el magnetismo genere en las células humanas “exosomas” que -a la postre- resultan ser partículas virales, origen de la pandemia de la COVID-19. Sería un tipo de **modelo “mágico”**, porque enlaza variables de manera completamente gratuita, por simple similitud o por contigüidad espaciotemporal (ver referencia 9 para una discusión más profunda). Pero no sería el caso de un ciudadano que acude a la farmacia en busca de un antibiótico, porque le duele la garganta. Sabe que los antibióticos van bien para infecciones, y que muchos dolores de garganta son por bacterias... En su mente hay un modelo simple, pero en parte razonable, de para qué sirven los antibióticos, del origen de algunos dolores de

garganta... Pero desde luego hay más variables de las que considera (virus, dolores irradiados, etc.), y por otro lado desconoce la dinámica que modifica estas variables (resistencias bacterianas, posologías, etc.). Llamemos a este modelo un “**modelo justificativo**”, un modelo que se basa -en parte- en aspectos de un modelo científico, pero sin pretender un mejor conocimiento de la realidad, sino arropar una determinada conducta o creencia para atenuar la ansiedad ante la incertidumbre (observe el lector que desde el siglo XIX en que irrumpen con fuerza modelos científicos, el pensamiento popular los absorbe en clave de **sincretismo mágico**).

Otra manera muy distinta de aplicar un modelo es cuando tenemos una clara idea de las variables que la componen, por qué razón son estas variables y no otras, y cómo dichas variables interactúan para un resultado final. Esta manera de aplicar un modelo reconoce sus fortalezas y debilidades, es decir, aplica el modelo de manera crítica y parsimoniosa. Este sería el **modelo científico**.

Una consecuencia de lo dicho es que podemos establecer **niveles en la comprensión y aplicación de los modelos críticos**. No todos los físicos pueden calcular la trayectoria de una nave que dirigimos al encuentro de un asteroide. Pero todo físico sabe, más o menos, las variables que tienen que formar parte de los modelos al uso, y cómo se comportan. Si se dedicara con esfuerzo sería capaz de comprender y aplicar estos modelos al uso. En el caso de la medicina, no todos los médicos sabrían aplicar el modelo actualizado para el diagnóstico y tratamiento de la Esclerosis Múltiple, pero sí conocen (o pueden presuponer) los parámetros y variables fundamentales, y, con dedicación, sabrían aplicarlo. Aun así, podríamos distinguir a profesionales más duchos y fiables en la aplicación de estos modelos, lo que nos da una idea de la complejidad de estos.

Y en sentido inverso... ¿podemos establecer alguna diferencia entre actuar movidos por una creencia -asentada por autoridad-, o hacerlo mediante un modelo mágico o justificativo? Por ejemplo: ¿hay diferencia entre tomar un fármaco homeopático porque nos lo sugiere el farmacéutico, o tomarlo porque creemos en una “fuerza vital”? Cambio incorporado

En este ejemplo acordemos que tomar un fármaco por recomendación de un experto es hacerlo “por autoridad”. En cambio, ir a la farmacia en busca de un fármaco homeopático, e incluso haber estudiado en qué se basa la homeopatía, puede bastarnos para entender que tal conducta viene avalada por un modelo. ¿Es diferente un caso del otro?

Las conductas amparadas por modelos justificativos dan una **falsa seguridad** a quienes las adoptan. Estas personas serán más reacias a revisar o rectificar su conducta. Sin embargo, posiblemente cancele su ansiedad ante la incertidumbre de manera más enérgica, y quizás también experimente el efecto placebo de un fármaco homeopático en mayor medida.

Por otro lado, una persona que confía en alguien “que sabe más” puede también ser más flexible a la hora de rectificar. Un ejemplo prosaico: aquel ciudadano que coge el paraguas cuando un Instituto de Meteorología anuncia lluvia, en relación con otro que se niega a hacerlo porque “en esta época del año nunca llueve”. Y desde luego sería el caso del paciente que se abstiene de comprar un antibiótico porque el médico verifica que padece una mononucleosis infecciosa (enfermedad vírica), en relación con otro que de todas maneras sí lo hace porque “si hay pus es que hay bacterias y el médico que diga lo que quiera” (modelo justificativo).

Digamos, sin embargo, que un conocimiento basado en un modelo justificativo tiene una posible ventaja: prepara al ciudadano para una comprensión más profunda. Si este ciudadano comprende la fragilidad del modelo que aplica, puede quizás, (y solo quizás), tener interés por ahondar en un modelo más riguroso. Si por el contrario lo que le interesa es sencillamente justificar una conducta que le produce bienestar psíquico y/o físico -cancelar su ansiedad-, difícilmente cambiará. En este caso bien podemos hablar de un modelo justificativo que en la práctica se comporta como una creencia más (ver tabla 1).

Tabla 1

DIFERENCIAS ENTRE MODELO JUSTIFICATIVO VS. CIENTÍFICO		
	MODELO JUSTIFICATIVO	MODELO CRÍTICO (CIENTÍFICO)
Características de las variables	<ul style="list-style-type: none"> - Difíciles de definir - Cambiantes - No cuantificables (casi nunca) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bien definidas - Reconocibles para un experto - Cuantificables, en general
Interacción de las variables	<ul style="list-style-type: none"> - Poco precisa o Basada en alguna autoridad - Experimentos no científicos - No avalada por la literatura científica. - Sin formalización lógica y/o matemática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede definirse (propiedad descriptiva) - Puede formalizarse mediante una proposición lógica y/o matemática, (en general con propiedad predictiva). - Ha sido probada experimentalmente.
Principio de falsación	El promotor del modelo elude definir condiciones de falsación, y siempre encuentra una explicación del por qué no acierta en sus predicciones.	Pueden definirse resultados, (de tipo predictivo o descriptivo), que, en caso de no cumplirse, obligan a replantear el modelo.
Principio de verificación	El promotor elude verificar el modelo.	Podemos experimentar con el modelo y obtener resultados similares (modelo fiable).
Propósito del modelo	Justificar una creencia o conducta (individual o colectiva).	Acercarnos a una parcela de la realidad física, psíquica o social para comprender y predecir el comportamiento de determinados agentes o variables.
Principio de veracidad: revisión del modelo.	El modelo permanece sin revisar, y los intentos de hacerlo son rechazados.	Revisar el modelo y perfeccionarlo está entre los propósitos de sus promotores.

LOS MODELOS CIENTÍFICOS.

Somos tremendamente vulnerables a creernos modelos justificativos. Quizás una explicación resida en la **facilidad** con que los humanos **confeccionamos relatos** y nos encastillamos en modelos de funcionamiento de la realidad sin base empírica, pero que nos confortan o nos gratifican. Algo de esto ocurrió al inicio de la pandemia del COVID-19, cuando la mayoría de los epidemiólogos creyeron que España se libraría de la ola de contagios que sufría China e Italia, porque seríamos capaces de controlar las cadenas de transmisión... Sólo los expertos que se basaban en modelos matemáticos fueron capaces de predecir la evolución de lo que iba a ocurrir (9). ¿Cuál era su fortaleza?

Cuando hablamos de **modelos científicos** estamos hablando de modelos que están obligados a explicar y predecir parcelas de la realidad física, psíquica o social. Estos modelos se caracterizan por:

- Relacionar diferentes variables, independientes entre ellas, para explicar fenómenos complejos.
- Estas variables se correlacionan con aspectos concretos de la realidad, visibles para todas las personas que estudian este campo de conocimiento, y, por lo general, cuantificables y/o calificables.
- Suelen tener una base de experimentación empírica que confirma su capacidad predictiva y/o descriptiva.
- Se rigen por el principio de veracidad y, por consiguiente, siempre atentos a rectificar.

Estos modelos son muy variados y los encontramos en todos sus posibles estadios de desarrollo y formalización. Alcanzan la categoría de **“teoría”** -conjunto organizado de ideas que explican un fenómeno, deducidas a partir de la observación, la experiencia o el razonamiento lógico- pero ocasionalmente no pasan de ser una **conjetura** (así empezó el bosón de Higgs, a pesar de tener un

importante artefacto matemático avalando su existencia real, hasta su demostración reciente; también fue el caso de las ondas gravitacionales, etc.).

En el caso del conocimiento médico nadie ve una tuberculosis, o una sarcoidosis... Las enfermedades son construcciones teóricas, que establecemos a partir de hechos (síntomas y signos manifestados), pero que en general no describen “algo” concreto, sino una constelación de fenómenos de los que deducimos una manera anómala de funcionar nuestro cuerpo. Por ejemplo: las células pancreáticas no segregan suficiente insulina, y el acúmulo de glucosa en las arterias produce un daño endotelial que deriva en hemorragias en la retina, etc., etc. A todo el conjunto le llamamos retinopatía diabética.

Escapa de esta definición la traumatología, que sí “ve” la fractura o la herida, o las técnicas de imagen que nos permiten diagnósticos certeros con alto grado de probabilidad. Sin embargo, en el resto de las especialidades manejamos modelos de enfermedad con un gran componente virtual o abstracto. Desde luego es el caso de la Psiquiatría: hasta muy recientemente no se han demostrado cambios biológicos en la depresión o la ansiedad, lo que no ha sido obstáculo para postular modelos provisionales - y como tal ¡con aspectos que se han demostrado erróneos! - de lo que eran estas entidades y cómo tratarlas.

COGNICIÓN EDUCADA Y ACTITUD DE VERACIDAD.

A partir de todo lo dicho el lector entenderá que aplica **pensamiento crítico** quien sabe **ponderar evidencias y sacar conclusiones** de ellas. Pero esta habilidad, propia de la Medicina Basada en Evidencias, no es suficiente. Porque a un profesional de la salud no le vienen los pacientes con un letrero en la frente que dice... “tengo la enfermedad de Parkinson”, consulta la guía clínica y deduce la mejor conducta... Su tarea consiste en escuchar síntomas variopintos, algunos que orientarán hacia esta enfermedad, pero otros hacia trastornos que también padece este paciente. Será la capacidad de **observar e interrogar** lo que le permitirá

segregar de un magma de datos confusos, aquellos síntomas y signos propios del Parkinson. Por consiguiente, el estudiante tiene por delante la complicada tarea de educar su mirada, sus percepciones y su manera de discurrir. En consecuencia, nos gusta hablar de “**cognición educada**” en lugar de “pensamiento crítico”, porque entrenarse en mirar e interpretar la realidad es lo más genuino de las habilidades que comentamos, y no precisamente ser escéptico o saber criticar un argumento. Esto también, ¡pero no es lo fundamental del pensamiento crítico!

Finalmente, advertamos que no es científico quien se cree poseedor de la verdad por el hecho de haber leído una información en la mejor revista científica del mundo. Es científico quien adopta una actitud de veracidad (ver tabla 2).

Tabla 2

ACTITUD DE VERACIDAD	
PRINCIPIOS	DEFINICIÓN
1. Principio de parsimonia	No querer saber lo que no se puede aún saber.
2. Principio de plausibilidad	Reconocer los contextos en los que resulta posible aplicar determinados modelos avalados por la comunidad científica.
3. Principio de probabilidad	Aplicar a cada creencia un porcentaje de probabilidad de que -en efecto- se ajuste a la realidad.
4. Principio de falsación	Establecer aquellas condiciones en las que -en caso de verificarse- dejaremos de considerar como verdaderos los conocimientos -o el modelo- que se está manejando.
5. Principio de incompletitud	Comprender que por refinado que sea el modelo epistémico que se maneja, siempre es perfeccionable.
6. Neutralidad epistémica	Determinar la conducta más apropiada tratando de que la influencia del entorno o las emociones no jueguen un papel preponderante.
7. Principio de rectificación	Una vez adquirimos suficiente certeza sobre un conocimiento o modelo que explica mejor la realidad, modificar nuestro sistema de creencias. También rectificar prestamente en caso de error.

A partir de esta actitud realizamos conjeturas y tratamos de establecer modelos o modificarlos. Como Popper nos enseñó, solo es conocimiento científico aquel conocimiento para el que podemos establecer condiciones de falsación, es decir, situaciones en las que deberemos admitir que el modelo propuesto no explica la realidad que observamos. Uno de los puntales de esta cognición educada que proponemos es la capacidad de reconocer que estábamos equivocados o parcialmente equivocados.

El público en general asocia pensamiento crítico a un camino para llegar a la verdad, pero resulta mucho **más apropiado considerarlo un camino para rectificar y perfeccionar nuestros hábitos motores y de reflexión**, y una metodología para pensar conforme a modelos que expliquen lo mejor posible la realidad. Uno de los resultados finales de ajustarnos a esta metodología es rectificar sin apenas dolor moral. Y hacerlo porque detectamos (u otro colega experto nos hace ver) aspectos en su aplicación que resultan mejorables. Esta es la fortaleza a que nos referíamos más arriba. La fortaleza de quien es capaz de educar su razonamiento y **sujetar** -literalmente ¡embridar! - sus cogniciones a estándares de calidad. Como decía Santiago Ramón y Cajal: *“antes de requerir las armas contra el mundo, vuévelas contra ti mismo convertidas en herramientas de escultor. Esculpe tu cerebro, el único tesoro que posees”* (10). Y aún antes que él, Montaigne: *“Solo quien no tiene miedo a rectificar y que otros le rectifiquen, tiene el valor de corregir a otros. Y cuando eso ocurre podemos encarar de manera más reflexiva los temas de fondo. Sin embargo, es ciertamente difícil empujar a ello a los hombres de mi tiempo; no tienen el valor de corregir porque no tienen el valor de aguantar serlo, y hablan siempre con disimulo en presencia unos de otros”* (11).

AGRADECIMIENTOS.

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades dentro del Subprograma Estatal de Generación del Conocimiento a través del proyecto de investigación FFI2017-85711-P. Innovación epistémica: el caso de las ciencias biomédicas.

Este trabajo forma parte de la red de investigación consolidada "Grupo de Estudios Humanísticos de Ciencia I Tecnología" (GEHUCT), reconocida y financiada por la Generalitat de Catalunya, referencia 2017 SGR 568.

This work has been funded by the Ministry of Science, Innovation and Universities within the State Subprogram of Knowledge Generation through the research project FFI2017-85711-P Epistemic innovation: the case of biomedical sciences.

This work is part of the consolidated research network "Grup d'Estudis Humanístics de Ciència I Tecnologia" (GEHUCT) ("Humanistic Studies of Science and Technology Research Group"), recognised and funded by the Generalitat de Catalunya, reference 2017 SGR 568.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stolberg M. Inventing the randomized double-blind trial: the Nuremberg salt test of 1835. J R Soc Med. 2006 Dec;99(12):642-3. doi: 10.1258/jrsm.99.12.642. PMID: 17139070; PMCID: PMC1676327. Disponible en: <http://jameslindlibrary.org/wp-data/uploads/2016/08/J-R-Soc-Med-2006-12-Stolberg-642-3.pdf>
2. Stub T, Musial F, Kristoffersen AA, Alræk T, Liu J. Adverse effects of homeopathy, what do we know? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Complement Ther Med. 2016 Jun;26:146-63. doi: 10.1016/j.ctim.2016.03.013. Epub 2016 Mar 26. PMID: 27261996.

3. Mathie RT, Ulbrich-Zürni S, Viksveen P, Roberts ER, Baitson ES, Legg LA, Davidson JRT. Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised, Other-than-Placebo Controlled, Trials of Individualised Homeopathic Treatment. *Homeopathy*. 2018 Nov;107(4):229-243. doi: 10.1055/s-0038-1667129. Epub 2018 Aug 18. PMID: 30121049.
4. Fisher P. Homeopathy and The Lancet. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2006;3(1):145-147. doi:10.1093/ecam/nek007
5. VV.AA El Economista. Ranking de empresas. Volumen de ventas de Boiron Sociedad Ibérica De Homeopatía SA en España de 2015 a 2018. Disponible en: <https://ranking-empresas.eleconomista.es/BOIRON-IBERICA-HOMEOPATIA.html>
6. VV.AA “Médicos por la verdad” Diario de Sevilla 02 Abril 2021 Accesible en: https://www.diariodesevilla.es/sociedad/Medicos-Verdad-peligrosa-negacionista-expande_0_1561045139.html
7. Web Fundación para el Pensamiento Crítico, (Critical Thinking Foundation). Disponible en: <https://www.criticalthinking.org/>
8. Payeras B. Revelador estudio del biólogo Bartomeu Payeras sobre la relación entre pandemia y tecnología 5-G. Youtube. Disponible en: <https://www.cambio16.com/biologo-espanol-vincula-equipos-5g-con-la-potenciacion-de-la-covid19/>
9. Borrell i Carrió F. Covid19, una oportunidad para reflexionar sobre la toma de decisiones en incertidumbre. *Folia Humanística* 2020;3(2):1-46. Doi: <http://doi.org/10.30860/0068>. Disponible en: <https://revista.proeditio.com/foliahumanistica/article/view/2562/3178>
10. Ramón y Cajal S. El hombre natural y el hombre artificial. Barcelona: Planeta Agostini; 2010.
11. Montaigne. *Essais*. Lubine: Livrefrance; 2010. Disponible en: <https://livrefrance.com/Montaigne.pdf>

**Eva Peguro Rodríguez (a).
Francesc Borrell i Carrió (b)**

(a) Médico Familia. EAP El Castell, ICS. Profesora Departamento Ciencias Clínicas Facultad Medicina Universidad de Barcelona. Grupo Comunicación y Salud de España. semFYC. GEHUCT*.

(b) Médico de Familia. Grupo Comunicación y Salud de España. semFYC. GEHUCT*.

*Grupo de Estudios Humanísticos de Ciencia I Tecnología", Universitat Autònoma de Barcelona.

Cómo citar este artículo:

Peguro Rodríguez, E; Borrell i Carrió, F. Pensamiento crítico en la docencia y la práctica de la medicina. *Folia Humanística*, 2023; 2 (3) 24-41 Doi: <http://doi.org/10.30860/0098>.

© 2023 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

DECISIONES.

Blanco Alfonso A.

Resumen: Toda sociedad comparte historia y tradiciones. Ciertos atavismos subyacen en nuestras percepciones, creando filias y fobias que nuestra razón rechaza. El quehacer del profesional sanitario se basa en criterios científicos, pero a veces no puede evitar que emerjan prejuicios culturales. En ocasiones estos prejuicios banalizan el sufrimiento de los pacientes, otras veces minimizan la trascendencia de una crisis familiar o unos síntomas que no encajan en una entidad médica. La clave de una atención personalizada es entrar en el mundo del paciente y asumir su perspectiva del mundo sin juzgarle. Muchas veces ello comporta abandonar nuestra zona de confort.

Palabras clave: *Atención centrada en el paciente, sufrimiento, prejuicios.*

Abstract: DECISIONS.

Every society shares history and traditions. Certain atavisms underlie our perceptions, creating phobias and phobias that our reason rejects. The work of the health professional is based on scientific criteria, but sometimes it cannot avoid the emergence of cultural prejudices. Sometimes these prejudices trivialize the suffering of patients, other times they minimize the importance of a family crisis or symptoms that do not fit into a medical entity. The key to personalized care is to enter the patient's world and assume his perspective of the world without judgement. This often means leaving our comfort zone.

Key words: *Patient-centered care, suffering, prejudices.*

Artículo recibido: 8 marzo 2023; aceptado: 15 marzo 2023.

Un día cualquiera, hace veinticinco años, me encontraba recogiendo los aparejos cuando José entró, como un vendaval, en la consulta...

- ¡Tiene que curarlo, tiene que curarlo, TIENE QUE CURAAAARLO!¹

Gritaba desenchajado. La mirada perdida detrás de mí, el gesto enfurecido y desolado alternativamente, en apenas décimas de segundo, viraba de la desesperación más genuina a una virulencia feroz. A su vera, medio paso por detrás, una mujer, su esposa, como más tarde supe, trataba de calmarlo.

Era tal la desolación que transmitía el hombre que, pese a la hora en que nos movíamos, los invité a sentarse y a explicarse. Lo hicieron. A borbotones, las frases salían de su boca como salivazos, entremezclando un sinfín de emociones, de temores, de sueños frustrados...

¹ Hoy las terapias de conversión están prohibidas, incluso a petición del interesado o sus representantes legales.

- ¡Un MARICONAZO! El niño nos ha salido maricón.

Decía desafiante para, a continuación, solicitar, exigir, una cura, lo más rápida posible.

- ¿Cómo es posible que Dios nos haya mortificado con esto? ¿Qué hemos hecho para merecer semejante castigo?

Le permití que se explayara emocionalmente, que descargara toda su rabia, su enfado con la vida, con Dios, con el hijo...

La mujer, más frecuentadora de la consulta, contra su costumbre, siempre atildada, venía descompuesta y pálida, parecía sobrepasada.

“Verá, le he dicho que usted podría darnos consejo, orientarnos sobre cómo manejar esta situación”, acotó la mujer, mientras el hombre respiraba hondo tratando de controlarse. Podía percibir el esfuerzo que hacía en cada inspiración, y cómo el nudo de la corbata aflojado hablaba de la necesidad de relajar, también, una realidad que sin duda le ahogaba. Más calmado comenzó su verborrea peticionaria de imposibles...

- ¿Qué opina sobre las distintas opciones para curar la homosexualidad? ¿Conoce la técnica del jesuita, un sacerdote que garantiza un cien por cien de resultados positivos, para curar semejante aberración? ¿Hay otros modos?

Paró para coger aire, lo que aproveché para, de la manera más suave que pude, cuestionar el que la homosexualidad hubiera que curarla.

- ¿Cree que la homosexualidad es una enfermedad?, ¿una enfermedad que hay que curar?

Me miró como si fuera la primera vez, que me veía. Los ojos se le inyectaron en sangre, el pecho se hinchaba y deshinchaba al ritmo de una ira creciente, los puños tornaron blancos los nudillos, apretados como si en el gesto le fuera la vida.

- ¿QUÉÉÉÉÉ? -bramó- Mi hijo Luis es un perverso, un vicioso corrompido, un degenerado libertino y envilecido...

Lo dijo de tirón, sin respirar, soltando en cada palabra un escupitajo de inquina, odio y rencor.

- ¿Ha hablado con él?
- Pues claro que he hablado con él, para escuchar este impropio de absurdos pecaminosas. Que no solo ofenden a Dios, también a la humanidad en su conjunto, pues niegan la perpetuidad de la especie, el sagrado vínculo del matrimonio... Veo que no quiere ayudarnos. ¡Vámonos! -le dijo a la mujer de un modo imperativo, iniciando la acción de levantarse-.

Continué hablando sin alzar la voz, tratando de transmitir comprensión y calidez sin ser exageradamente blando.

- Claro que me gustaría ayudarles, a Luis y a ustedes, a cada uno en su necesidad. Creo que usted necesita desahogar esa rabia que le está royendo las entrañas y prepararse para aceptar algo que parece inevitable, como es la tendencia de su hijo, y, a la par, sentirse orgulloso de haberle educado como persona, capaz de compartir semejante información. Es muy poco frecuente, muy difícil.
- ¿Me está tomando el pelo? ¿Me está diciendo que es bueno que mi hijo sea un invertido?

- No hablaba de su hijo en ese sentido, estaba hablando de que educar a un hijo y conseguir ese grado de confianza, al punto que llegue a compartir su intimidad con ustedes, es un mérito innegable.

Si las miradas pudieran matar yo hubiera fallecido en aquel instante. Se levantó despacio y, sin dejar de mirarme, ojos centelleantes y los puños cerrados, no pronunció palabra, cabeceó a su mujer y ésta, en silencio, se incorporó. Giró sobre sí, abrió la puerta y permitió que saliera primero la dama...

- Si cree que puedo serle de alguna ayuda ya sabe dónde estoy -acerté a decirle-.

Un portazo fue la respuesta al ofrecimiento.

Al día siguiente la mujer vino a disculparse por el comportamiento del marido. Como siempre perfectamente arreglada, podía deducir que hoy no había salido de casa de estampida.

- Está fuera de sí. Cuando ayer Luis comentó en el desayuno que era gay, ¿se dice así?, le faltó pegarle, y eso que nunca les ha puesto la mano encima, ni a los chicos ni a mí. Es muy buen hombre. Pero esto lo ha desbordado. Telefoné a su confesor y le sugirió que consultáramos con un sacerdote jesuita que los cura, yo fui quien le dije de venir a verle a usted. No sé si fue una buena idea.

Me buscaba y esquivaba la mirada sucesivamente, mientras abría y cerraba las manos mostrándome las palmas y los nudillos alternando los movimientos de un modo sincopado. Aguanté el silencio por si quedaba algo por añadir, pero tampoco hasta el punto de que creara tensión, así que dije:

- Está bien, era una buena idea, ¿cree que puedo ayudarles de algún modo? Luis parece, que en este sentido no necesita ayuda, impresiona de ser un hombre valiente, capaz de comentar esta situación con sus

padres, lo que habla muy bien de ustedes. Sin embargo, es seguro que el tránsito hasta aquí ha estado lleno de sufrimiento.

- Siempre pareció muy sensible, en el colegio no jugaba al fútbol, como todos, era más de música y arte. Como es grande y fuerte no se metían con él, pese a que a veces parecía un poco amanerado. Pero supongo que sí, que eso no impidió que sufriera.

No parecía que fuera a añadir nada más, así que decidí abrir otro frente.

- Por cierto, ¿es normal que un hombre pegue a sus hijos o a su esposa?
- Hombre claro, es bastante frecuente que un padre o una madre corrijan con un cachete o un coscorrón las trastadas o desobediencias de los hijos. Nuestros hijos son muy buenos, obedientes, estudiosos, trabajadores... Y yo... no le he dado motivos². A muchas de mis amigas sus maridos las “educaron” con alguna azotaina, lo normal -dijo con una sonrisa, que buscaba la complicidad, mientras añadía, al no encontrar respuesta-; a los hombres les gusta y a las mujeres puede que tampoco nos disguste.

Conociéndola me pareció un terreno muy resbaladizo, así que volví a Luis y a ofrecer mi ayuda.

- Dígale a su hijo que si cree que puedo ayudarlo de alguna manera aquí estoy, a veces desahogarse sin juicios es un verdadero alivio y aquí no se juzga a nadie.

Se levantó y se fue, despidiéndose con un hasta pronto.

² No es hasta 1997 con el caso de Ana Orantes en que la violencia de género deja de verse como algo normal para verse como inaceptable. Ana Orantes denunció a su marido por malos tratos y un juez los obligó a separarse y a vivir en la misma casa en distintos pisos, donde siguieron el acoso, el maltrato y las vejaciones. Harta, fue a un programa televisivo a contarlo y trece días después, el marido, ante el hijo de 13 años, asesinó a Ana. Aquella historia sirvió de espoleta, no solo en España, como activación de considerar la violencia de género como una lacra social y no como un uso normal dentro de la intimidad de la pareja.

Habrían pasado menos de dos semanas cuando volvió a la consulta, comentó un par de intranscendencias y antes de que yo preguntara por Luis me dijo:

- ¿Sabe? Luis nos ha dejado...

Sonó como el resto del parlamento: anodino y sin interés. Sin alma. Algo me puso alerta. Quizás un gesto de los labios, exageradamente pintados o un discreto temblor en los dedos. La invité con un gesto de mi mano a seguir.

- ... que se ha ido.
- ¿Dónde? De casa, de la ciudad...
- Podría decirse que de casa -dijo con un rictus lacónico, para luego añadir-, se tiró por la ventana hace un par de días.

Sus palabras, tan frías, sonaron como una explosión de cristales haciéndose añicos en el silencio de la consulta. Una confusa mezcla de sentimientos me invadió. Indignación, vergüenza... culpaba a los padres y a mí del desenlace. ¿No tendría que haberle llamado? ¡Qué torpe, qué impotente me sentía! Chocado como me encontraba fui incapaz de reaccionar con la suficiente presteza, el estupor me invadía, me paralizaba cuando ella se levantó y se fue.

¿Quién, qué se había ido de casa?, ¿un hijo o un problema?

Esta escena la rememoré cuando, hace apenas tres semanas un compañero me contaba un caso parecido.

Mi colega está de guardia en el pueblo, y la chicharra del teléfono suena irritante, son las seis treinta de la mañana, poco más de una hora para terminar la guardia que ha sido, como siempre, pesada, cargada de motivos que podían esperar, salvo la riña alcohólica que ha requerido puntos de sutura. Cada timbrazo

suenan más y más desagradable. Se incorpora de la butaca para descolgar, pensando:

- ¡Coño! Que llamen al 112, yo ya acabo la guardia...

Son los bomberos. De golpe se despeja y se pone en alerta. Los bomberos no llaman si no es imprescindible. Le ponen al corriente: un joven de entre veinte y veinticinco años se ha subido al alféizar de la ventana de su cuarto, en un quinto piso, amenazando con tirarse al vacío. Desde allí farfulla algo confuso sobre los médicos, *“por eso ha sido el llamarle a usted, mientras desplegamos los recursos adecuados, el cordón de seguridad...”*. La hora tan temprana ha evitado, de momento, el aluvión habitual de curiosos, pero si se prolonga el tema llegarán.

Al entrar los bomberos en la habitación, el muchacho se ha puesto en pie en el hormigón exterior al que el rocío nocturno ha vuelto resbaladizo. Han decidido no acercarse y llamar al médico, porque algo dice de los médicos y de su agotamiento mental.

- Doctor: le pongo en altavoz...

Estas últimas palabras el bombero las pronuncia enfáticamente para que el joven lo oiga. La estratagema surte efecto, el chico se aferra al marco de la persiana.

- ... Siéntese y hable con el médico del centro de salud y le explica...
- Nunca me hacen caso -son las primeras palabras que no amenazan con tirarse-.

Pero cuando el bombero se acerca, con el brazo extendido y coronado por el móvil... vuelven las amenazas.

- No te acerques que me tiro... -La voz suena aflautada, pero no falsa-.
- Tranquilo, tranquilo era para que oyeras mejor al doctor...

- Oiga, oiga... -suena en el altavoz la voz del médico, ya espabilada y alerta- ¿Le gustaría contarme su problema?, para ver si puedo ayudarle.
- Lo he contado mil veces y no me hacen nunca caso...
- Dígame como se llama...
- Para qué, qué más da, en un rato ya puede que no tenga nombre...
- Primero para saber cómo dirigirme a usted y, si me facilita los apellidos, para buscar en su historia y ver qué puedo hacer por usted, aunque preferiría que me lo contara usted. Lo escrito en el ordenador es siempre muy frío, datos carentes de alma y me interesan sus sentimientos, los que le generan tanto sufrimiento.
- Llámeme Juan.
- Bien, Juan, ¿cuál es el problema? Y los apellidos...
- De momento Juan.
- De acuerdo, Juan, cuénteme en qué le hemos fallado...

Un grito ahogado y el ruido al aferrarse a la persiana sobresalta a todos. Al intentar sentarse en el cemento, Juan resbala y casi se cae.

- ¡Coño, qué susto! -exclama Juan, ya sentado a caballo en el vano inferior-

Los bomberos, pasado el sobresalto, miran y sonrían cómplices a Juan.

- ¿Qué quiere saber?
- Todo lo que crea que puede ayudarme a ayudarlo.
- Es muy sencillo. ¡Coño, sencillísimo! Solo quiero un volante. Un puto volante -la voz se ha venido arriba, ya no gimotea, ahora ruge enfadada-

- ¿Un volante? ¿Para quién? ¿Para qué?
- Para el endocrino, llevo un año solicitándolo. Es fácil, un PUTO VOLANTE.
- Si, parece sencillo, ¿por qué se lo han negado?
- A la médico no le ha dado la gana -el tono se ha vuelto áspero y desabrido-.
- ¿No le ha dado alguna razón?
- Si, que no lo considera oportuno. Mire -la voz ha vuelto a suavizarse-, yo no quiero llamarme Juan, yo quiero llamarme Juana Mediavilla Blanco y ella considera que es un capricho.

El médico según escucha los apellidos los teclea en el ordenador y la historia salta a la pantalla llenándola con un significativo “CONSULTA SIN ENFERMEDAD”³. Ahora el relato empieza a cobrar sentido. Entiende todo lo que escucha a través del auricular.

- Llevo un año suplicándole que me mande. No puedo más, soy una mujer, quiero mostrarme como tal: vestirme, peinarme, hablar, actuar como me sale, no como se supone que debo. Pero la barba, el vello, el maldito rabo que cuelga entre mis piernas, no hay manera de disimularlos. Soy motivo de escarnio vaya donde vaya... Y no puedo más, me paso las noches llorando y los días disimulando, pierdo el apetito o me pego unos atracones pantagruélicos, no duermo o no hay manera de despertarme, muchos días no quiero levantarme de la cama y es un esfuerzo enorme ir a trabajar...

³ Es el episodio asignado, en la historia clínica a los antiguos epígrafes del DSM-IV o la CIE-10 donde se cobijaban las disforias de género, entre otras, despatologizadas desde 2022.

- Estoy repasando su historia, y no veo ningún problema para hacer el volante, si los bomberos pueden acercarlo al centro se lo hago ahora mismo.
- ¿Me lo dice para que me baje de la ventana?
- No creo que valiera de nada engañarlo, ya que, si no cumplimos, nada le impide volver a intentarlo y que nadie llegue a tiempo para evitarlo.
- Si Juan quiere, se lo llevamos ahora mismo, que debe estar usted, como nosotros, fuera de turno -añade el bombero-.

En demasiadas ocasiones los médicos nos dejamos llevar por el juzgar, sin darnos cuenta de que abrimos la puerta a jugar con la vida de las personas.

En estos temas, un tanto delicados, que rozan las raíces más casposas de nuestra herencia cultural, acostumbramos a contraponer los deseos del paciente con los costes que percibimos para el sistema sanitario. En alguna ocasión los tildamos de despilfarros.

¿Cuánto pagamos por un tratamiento hormonal para una persona trans?
¿Cuánto para una cirugía de cambio de sexo?

Preguntas que revelan más preocupación por el sistema sanitario y lo culturalmente ortodoxo o lo socialmente correcto, que hacia la persona que sufre. La realidad es que en demasiadas ocasiones nuestros prejuicios se imponen al sentido común. Y fruncimos el ceño cuando la realidad nos mueve de nuestra zona de confort ancestral. Preferimos pensar que estas demandas de los pacientes son nimiedades, caprichos sin sentido, a reconsiderar o afrontar las propias creencias y/o la herencia recibida. ¿Tiene que ser un desenlace fatal el que nos enfrente, visibilice toda la angustia, toda la congoja, toda la amargura y el desconsuelo de la persona que busca nuestra ayuda y comprensión?

Nuestro pensamiento colisiona, en demasiadas ocasiones, con nuestra educación. Ofreciéndonos paradojas inquietantes. A veces, el raciocinio propone un argumento que el corazón rechaza furibundo. Son estrategias para no contactar con este sufrir. Se dice que para aplicar la empatía se precisa de paciencia, pero sobre todo de coraje, porque abrir la caja de Pandora tiene sus riesgos.

En ocasiones, la inercia laboral es la reina. Debo de admitir, con sonrojo y vergüenza, que nunca me he planteado lo que se paga por un stent a un fumador irredento, o el coste derivado de una amputación por una complicación diabética o... y que ese gasto significará menos dinero para otros apartados, como contratar médicos para suplir ausencias, por ejemplo. Pero cuando hablamos de tratamientos necesarios para un derecho recién reconocido: un cambio de sexo, terapia hormonal o un tratamiento para revertir un anterior procedimiento... sí me asalta ese pensamiento desapacible. Y, lo que es peor, entro en bucles nada racionales, donde siento que nos convertimos en médicos a la carta, donde practicamos medicina de complacencia...

Hará seis o siete años entró, Emilio, en la consulta lentamente, arrastrando los pies, mal arreglado y sucio, con la vista perdida entre las baldosas del suelo. Recorrí los cuatro pasos hasta la puerta para recibirlo, con la mano extendida y una mirada afectuosa. Tardó en estrechar la mano ofrecida y aceptó la invitación a sentarse, levantando la cara y enfrentando, por un instante, mi mirada.

- Venía a despedirme -dijo, con las palabras un tanto atrancadas-. Disculpe, estoy un poco lento, quizás he bebido un poco, bastante, de más.
- Y eso... -le invité a seguir-.
- Me voy de mi casa; desde que me separé no tengo dinero para pagar y el casero me echa. En el trabajo también he tenido problemas, me han

despedido, con razón, últimamente no estoy en lo que tengo que estar y así no se puede currar en ningún lado. El dinero que había se lo quedó mi ex...

- ¿Por eso bebe? -pregunté, tratando de imprimir un poco de dulzura a cada palabra-
- Estoy muy solo, se me viene el mundo encima, solo pienso en morirme, el mundo estará mejor sin mí...

La conversación se mantuvo por esos derroteros, sin explotar en lágrimas, pero con la pesadumbre cubriéndolo todo.

- Entonces, si le he entendido bien, ¿ha pensado en suicidarse?...
- Sí.
- Y, ¿cómo lo haría?
- No estoy seguro, pero creo que tirándome al metro o en casa con el gas.
- Mire, creo que lo que tenemos que hacer es buscar ayuda.
- Da igual, creo que estoy atrapado en un laberinto sin salida.

Le busqué la mirada hasta encontrarla, aguantando ambos un silencio que devenía estruendoso.

- Entiendo su desesperanza, está viviendo una situación tremenda y sin un atisbo de luz al fondo que anuncie el fin en algún momento, pero eso es lo que le lleva a estas ideas, y le aseguro son temporales. El tratamiento no le va a devolver el amor perdido, ni la casa, ni el trabajo, pero le ayudará a ver otras opciones, ahora todo es negro, pero hay grises y azules, para eso sirven las pastillas y la terapia.

- Siempre me trató bien, doctor, pero no sé si esto que dice puede funcionar...
- Le propongo una cosa, Emilio, voy a pedirle una ambulancia para que le lleve al Hospital, a Urgencias, y allí le valorará un psiquiatra que podrá ofrecerle la ayuda que precisa ahora mismo.

Me puse a hacer el informe y mientras el paciente repensaba la propuesta llamé a la administración para que me pusieran con el 112.

- Está bien, ¿qué tengo que hacer?, ¿ir con el volante ese que está haciendo?
- Si, este es para los médicos, pero le he pedido una ambulancia, para que le lleve.

No se sorprendió, cualquier palabra era aceptada, a lo mejor...

El 112 me pedía garantías de que no era peligroso, las ambulancias psiquiátricas eran muy escasas y convenía no demorar la derivación, no fuera a arrepentirse, y hacer el traslado en una convencional. Garantiqué la no peligrosidad y acompañé al paciente a la entrada en espera de la ambulancia y lo puse bajo el control del vigilante de seguridad al que aleccioné.

Quedó ingresado. Pese a haber cambiado varias veces de domicilio sigo visitándolo. Hace unos meses vino por la consulta, tenía un trabajillo que le permitía mantenerse modestamente y había retomado una relación fluida con la única hermana que tenía. Había tenido un accidente de tráfico, que me llevó a explorar su estado anímico, pues en ocasiones los cuadros depresivos se esconden en conductas autolíticas, temerarias... Fue consciente de lo que hacía y con una sonrisa contestó a mis preguntas con las que descarté una recaída.

Me sentí muy satisfecho, probablemente Emilio seguía vivo gracias a mi intervención. Los médicos nos venimos arriba con cierta facilidad, es como si

necesitáramos reafirmarnos en nuestras decisiones continuamente. Olvidando que el azar, en demasiadas ocasiones, torpedea el mejor de los protocolos o desactiva una mala praxis. O al revés: da al traste con la mejor práctica clínica.

No es raro que enmascaremos la vanidad con abnegación, ¿cómo no voy a ser capaz, yo, de resolver, de curar, de aliviar... semejante problema? Pero cuando cuestionamos la veracidad del sufrimiento para actuar, ¿realmente que nos preocupa, nuestro paciente o nuestro ego? Y es cierto, que, en demasiadas ocasiones, la soberbia nos hace sentir por encima del bien y del mal, quizás como una estrategia para camuflar nuestras debilidades, paliar la inseguridad, engañar la incertidumbre... Aunque en la mayoría de nuestras acciones reine la voluntariedad, la entrega desinteresada y la compasión, hemos de estar alertas para no rehuir al contacto con el sufrimiento de nuestros pacientes.

Augusto Blanco Alfonso

Médico de Familia. Profesor asociado de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

Cómo citar este artículo:

Blanco Alfonso A. Decisiones. *Folia Humanística*, 2023; 2 (3) 42-55. Doi: <http://doi.org/10.30860/0099>.

© 2023 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

ATENCIÓN A LAS HISTORIAS.

Blanco Ramos MT.

Resumen: Las consultas médicas son fábricas de narraciones, relatos a la espera de ser contados y que requieren por nuestra parte una atención plena. Reconocer el significado de las palabras, de los hechos descritos, permitirá afianzar la relación médica. Importante también es reconocer qué sentimientos nos generan esos encuentros, conocer nuestras limitaciones, ser reflexivos y poder comunicarlos a los demás.

Palabras clave: *medicina narrativa, reflexión, emociones.*

Abstract: ATTENTION TO MEDICAL HISTORY.

Medical consultations are narrative factories, stories waiting to be told and that require our full attention. Recognizing the meaning of the words, of the events described, will allow us to strengthen the medical relationship. It is also important to recognize what feelings these encounters generate in us, to know our limitations, to be reflective and to be able to communicate them to others.

Key words: *Narrative medicine, reflection, emotions.*

Artículo recibido: 10 abril 2023; aceptado: 18 mayo 2023.

Aguantó pacientemente en la sala de espera el consabido retraso que se acumula los lunes, día donde la avalancha de pacientes intercalados entre los citados, los que llamamos “sin cita”, dinamitan cualquier intención de ir en hora.

Es curiosa la cantidad de sucedidos que los pacientes cuentan los lunes, tropiezos y descalabros por el campo o en casa, malestares digestivos tras celebraciones familiares o excesos etílicos, virus traicioneros que perturban la paz del descanso merecido... y así un sinfín de cuitas.

Él estaba allí. Era la única figura que no reconocía de entre los presentes en la sala, edad cercana a los 50, mostrando una media sonrisa condescendiente con mi gesto de sorpresa cuando, al salir a llamar, se acercaba un nuevo “sin cita” proclamando su imperiosa necesidad de ser visto; la mañana se dibujaba difícil y el retraso en consulta asegurado.

Y por fin llegó su turno.

Me gusta mirar cómo se levanta el paciente de la dura silla de la sala de espera, sobre todo con qué objetos se acompaña: la bolsa de la compra, el periódico, acaso un libro o una *tablet* para entretener la espera. Y me echo a temblar cuando portan una bolsa de plástico que sospecho llena de sobres de informes, portafolios y dosieres infinitos, que intuyo positivamente van a ser extendidos sobre la mesa, como regalo para mí, para mis 7 minutos, en los que con una capacidad de síntesis de la que aún me asombro, poder realizar un compendio de sus numerosos motivos de consulta y demandas, pulverizando el reloj, que se traga su tiempo y el de los tres pacientes siguientes.

Él no portaba ningún objeto, respondió a mi llamada con sosiego, me pareció que la espalda se le curvaba en el gesto, ante un peso que le aplastaba, su porte elegante, aun sin adornos, con esa aura especial que acompaña a algunas personas y que brota del interior; esa estampa no me hizo sospechar el motivo de consulta que traía y no bajo el brazo, no en una bolsa, sino en el espacio que va del corazón al alma.

Tras las presentaciones de rigor, ante mi pregunta de en qué le podía ayudar, acomoda su cuerpo hacia atrás en la silla, posa sus manos de largos dedos extendidos sobre sus muslos, deja caer sus hombros, que otra vez me parece se hundan con el peso que no veo, y me espeta:

- Ya no quiero vivir más. Vengo a decírselo, doctora.

Y ahí mi cuerpo, echado hacia adelante, en postura receptiva, pero tenso como los músculos de un galgo que va a la carrera para poder remontar la demora, se resitúa.

Una alarma se dispara en mi interior, olfateo el peligro, estoy ante una consulta sagrada, que llaman los maestros (1).

Desconecto la prisa y me sumerjo en lo que para mí es un intervalo, un Gap, donde no siento el paso del tiempo, me deshago de todos los pensamientos

distractores, concentro mis sentidos en la responsabilidad de la que el paciente me ha hecho conocedora, mis hombros también se hundan.

Le invito a compartir su biografía, no se llega a esa aseveración si no es después de una reflexión, de una desesperanza que pido me argumente, y me dispongo a acoger su relato.

Según va contando, intento imaginar cómo han sido sus años atrás; ya desde joven, de trabajo en trabajo, donde apenas si dura unos años, de todos le acaban echando, es de los de reivindicar sus derechos, afea a los empleadores sus abusos, las horas no pagadas, la falta de valoración, los desprecios a él o a sus compañeros y ha aguantado años así, un trabajo tras otro, porque es bueno en su oficio, pero le recomen las injusticias. Ya no soporta más vapuleo, a nadie le interesa la lucha por los derechos laborales, nos movemos en unas tierras pantanosas donde todo vale.

Le imagino como un Don Quijote resolviendo entuertos que le quedan tan grandes como a aquel los molinos.

Su integridad moral no le permite mantener ningún trabajo y así lo declara.

Sí, sí ha tenido pareja estos años, eso le ha mantenido a flote de tantos atropellos. Una compañera a la que me describe paciente, dulce, pero que, impotente ante sus repetidos fracasos, se fue de casa hace unos meses. Ningún reproche.

La casa tiene una orden de embargo, la situación actual de hipotecas impagables, proyectos que quedaron en fracasos y con deudas acumuladas le han llevado a este punto.

- Me echarán -me dice sin sofoco-.

Con su relato reconstruyo su vida, que pasa como una película ante mis ojos; hasta ya le he puesto a su pareja un pelo ensortijado casi pelirrojo, con ojos

tristes de ver cómo su compañero se hunde en el cúmulo de miserias que le acontecen y cómo le pone una escalera para que ella se salve y no le arrastre la ola de desesperación que ya a él le amenaza con hundir.

Mi cerebro activa cien mil conexiones para poder ofrecerle algo más o menos convincente, una balsa de rescate ante el naufrago que tengo delante, desde donde poder asirle con fuerza y que no se marche a cumplir esos fatídicos planes que con parsimonia me enumera, que van desde el vértigo de una altura a la negrura de las vías del metro aquí cercano.

Y me lanzo al rescate con una apuesta, un palpito que le verbalizo:

- Aún con todo lo que me has contado, no veo en ti un vacío, sino una persona con valores, con convicciones por las que has luchado, creo tienes un relato que narrar pendiente. ¿Has pensado escribir todos estos devenires?, dejar los sinsabores en el papel para seguir luchando por lo que quieres, por tus deseos, por esa mujer a la que has abierto la puerta como el que libera un pájaro de la jaula... Creo te podría ayudar.

Un brillo en sus ojos me anima a seguir con mi discurso y cuando se hace el silencio dice:

- Es que yo escribo, desde hace años, cosas sin importancia, tonterías más, pero sí es verdad que me gusta, me reconcilia conmigo mismo.

Hablamos del poder sanador de la escritura, relatar para conservar la dignidad que la sociedad le arrebató; no había reparado en ello, la rabia le inunda de tal manera con las vivencias, que no se había planteado descargar en el papel esa ira no muy bien contenida. Compartimos lecturas, y autores, le alabo el gusto.

Le hago saber que, con ese motivo de consulta, con esa planificación tan mano a mano que ha pactado con la parca, no le puedo dejar marchar si no es con la derivación a urgencias para una valoración por el especialista en Salud Mental.

Tiene miedo de sí mismo y accede sin dilación, no vaya a darle por matarse, que al fin y al cabo es a lo que venía.

Dudo de esta derivación, lo nota en mi mirada -lo único que deja ver la mascarilla-, que trasluce una pregunta que me asalta. ¿Y si se suicida?, ¿me enteraré mañana en las noticias? Así que me promete que se va a urgencias, que necesita esa valoración especializada que le explico.

Y todo esto a primerísima hora de la mañana. Queda por delante una jornada que va a quedar marcada por esta temprana visita. Deseo pasen las horas para poder leer al final de la mañana el informe que la especialista de urgencias habrá redactado.

Me inunda la incertidumbre, hacia dónde le habrán dirigido sus pasos tras nuestro encuentro, hacia el oscuro metro, hacia la luminosa mañana...

Rita Charon (2) interpela a sus pacientes con un *“cuéntame lo que creas debo saber de tu situación”*. Eso abre un espacio y tiempo al paciente para el relato, su relato, y se establece una relación médico-paciente extraordinaria, al recibir el médico el discurso con una atención plena, que, en sí, crea un vínculo.

Me gusta, cuando entra el paciente, mantener una expectación similar a la que tenemos al abrir un libro, ¿qué nos contará?, mirarle con esos ojos con los que iniciamos una nueva lectura, nos invade la curiosidad, algo sabemos sobre el mismo, o no, como en este caso, y esa concentración para registrar palabras y silencios va a permitirnos absorber sus historias.

La herramienta narrativa me había permitido tener una conversación con el paciente. Parece sencillo, pero entrar en sintonía a través de la atención requiere un ejercicio de reflexión por parte del médico sobre cómo ejercer su propia práctica.

Final de la mañana, con ansiedad y miedo a partes iguales consulto el historial del paciente. Mientras abro las distintas pantallas previas me asaltan dudas.

¿Y si no fue al hospital a la valoración psiquiátrica?, ¿y si salió de la consulta con la firme decisión de acabar con su vida y los pies le han llevado a un final dramático del que no quiero ni saber?

Se abre el informe del hospital. Está en urgencias, bueno, ya de alta.

Leo a toda prisa la impresión del psiquiatra y en su valoración del riesgo suicida considera que lo tuvo, pero ya no está presente, que el paciente está más animado, que repite no va a consumir el fatídico destino que se había asignado y entrecomilla el especialista “y tiene prisa por el alta, que tiene muchas cosas que hacer”.

Me quedo anclada en el entrecomillado, sonrío. ¿Serán las prisas para ponerse a escribir, para contarse lo sucedido?, ¿será para salir corriendo y recuperar a la amada que dejó partir?

Da igual, tengo la seguridad que entre las muchas cosas que dice tiene que hacer, no está matarse. Objetivo conseguido.

No siempre recibimos las historias de nuestros pacientes con el mismo compromiso y de hecho todas las visitas posteriores de esa mañana quedaron veladas por el impacto de la descrita.

Es importante que hagamos ese ejercicio de reflexión ¿Cómo estoy yo, hoy? Un autoexamen que nos permita poner en la balanza nuestra fuerza real de entrega.

Hay un ejemplo visual, una foto con la que ayudarme a explicar esa otra manera de acoger a los pacientes, a algunos pacientes a los que con solo ver su nombre en la lista nos recorre una especie de fastidio, en algunos días, donde nuestra biografía se ve rebasada hasta el punto de que nuestro propio relato interno nubla el del consultante... hay días...

Imagen 1

Dr. Ceriani con paciente. De la serie Médico rural/Country doctor (by W. Eugene Smith, 1948) (3).



Creí durante algún tiempo que la imagen (ver imagen 1) pertenecía al libro de John Berger “Un hombre afortunado” (4), narración de un humanismo lírico, puro, del día a día de un médico rural, la cruz y cara de su trabajo, de sus reflexiones... lectura recomendada por su curiosa combinación de loa a un trabajo sacrificado, desempeño intachable y abnegado con ese otro poso triste que da el compartir las inmundicias que aplastan tu día a día, donde oscilas entre sentirte el miembro más importante de la comunidad al ser más prescindible en la vida de los demás. Un estudio antropológico de la experiencia humana muy especial.

Y no. Pertenece a un encargo que realizó la revista LIFE al fotógrafo W. Eugene Smith sobre la salud en el medio rural, en la que el autor acompañó durante 23 días al Dr. Ceriani, médico rural joven y audaz, y que como resultado plasmó un ensayo fotográfico con sus propias narrativas en cada una de las imágenes, en las que siempre ocurría algo.

La fotografía mostrada líneas arriba (imagen 1) me inquieta y por ello quiero comentar la lectura personal, la reflexión que provoca en mí y que aún sin ser muy ortodoxa, me atrevo a exponer a continuación.

El doctor Ceriani sentado en su consulta con un lenguaje no verbal impecable: cuerpo hacia adelante, acogedor, mano apoyando su cabeza sesuda en ella, todo él parece entregado a la escucha de la anciana primorosa de tantos años como arrugas surcan su cara y manos, que parece explicar cien mil motivos de consulta pero que toda su imagen, su sombrero con flor en el ala, su cuidado aspecto, denotan una salud a raudales.

Esta imagen se utiliza en ocasiones para explicar a los neófitos estudiantes de medicina la importancia de la escucha atenta, centrada en el paciente.

Pues bien, yo veo otra cosa, y lo veo en los ojos de mi colega: no está atendiendo, está reflexionando sobre el sentido de su escucha, del desempeño de su trabajo, de la validez de esa atención. No escucha, pero sabe perfectamente qué está diciendo, a qué ha venido y se interroga a sí mismo sobre su impotencia para curar. Día tras día acuden pacientes sin que la intervención por su parte varíe un ápice el discurso, cómo decirles que se declara incapaz.

A cuántos de nosotros se nos dibuja la misma cara de (des)atención, con mirada de introspección, cuando atendemos a pacientes que, bien por su trayectoria de sobra conocida para nosotros, nos parece que a lo peor ya ni acompañar podemos, o porque somos los profesionales los que no estamos bien y dudamos del efecto reparador de nuestra tarea, se nos mueve la tierra bajo los pies cuando percibimos que el discurso de los pacientes deja de ser atractivo.

Por ello, cuando un paciente me regala un relato como el de esta mañana, vuelvo a recuperar el sentido de nuestra humilde presencia, se acelera mi pulso y soy capaz de escribir una historia que, al compartirla, se hace menos pesada para el

paciente. Apuntalamos con nuestra escucha muros a punto de ceder, acogemos desesperanzas en nuestras manos...

Buen método para alejar de nosotros cualquier atisbo de desgaste. Que el paciente narre lo que quiera que sepamos, que el médico escriba lo que el relato le provocó, ni bien ni mal, da igual, pero según las líneas rellenan el papel, se vacía la obsesión, los pensamientos recurrentes, en bucle, se estiran sobre la pantalla y dejan ver más claro el por qué estamos aquí, delante de los pacientes, todos los días.

Con fortaleza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gervás J, Pérez M, Gutiérrez B. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. *Aten Primaria*. 2004; 41(1): 41-44. DOI: 10.1016/j.aprim.2008.05.005.
2. wwwintramed. Rita Charon [video en internet]. Youtube. 9 de Septiembre de 2014. Recuperado a partir de: <https://www.youtube.com/watch?v=ui2NfgpLdKM>
3. Colorado Nates O. Country Doctor por W. Eugene Smith: La serie completa comentada; 2017. Recuperado a partir de <https://oscarenfotos.com/2017/01/07/country-doctor-por-w-eugene-smith-la-serie-completa/>
4. Berger J. Un hombre afortunado "Historia de un médico rural". *Narrativa Internacional*; 2008.

María Teresa Blanco Ramos.

Médica de Familia.

Cómo citar este artículo:

Blanco Ramos MT. Atención a las Historias. *Folia Humanística* 2023; 2 (3): 56-65 Doi: <http://doi.org/10.30860/0100>.

© 2023 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.