

SALUD
CIENCIAS SOCIALES
HUMANIDADES



Fundación
Letamendi
Foms

2025, Vol. 5, núm 2

ISSN: 2462-2753

SUMARIO

TEMA DEL DIA

Pág.

ENFOCAR Y DESENFOCAR. UNA PROPUESTA

1

Torrell Vallespín G, Novoa Jurado AJ.

PENSAMIENTO ACTUAL

EL CINE COMO AULA EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD

31

López García-Franco A, Álvarez Herrero C.

UNA APROXIMACIÓN A LOS VALORES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL ASISTENCIAL

72

Casado Buendía S.

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

COMUNICANDO EN PATIO DE VECINAS

92

Galindo Salmerón Z.

EL ARTE DE VER LO QUE DUELE: CRÓNICA DE UN MÉDICO-FOTÓGRAFO

102

Almendo C.



Fundació
Letamendi-Forns

REVISTA

FOLIA HUMANÍSTICA

Codirectores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Alexandra Albarracín Castillo

Responsable de Redacció

Beatriz Gutiérrez Muñoz

Consejo Editorial

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

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
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.

ENFOCAR Y DESENFOCAR. UNA PROPUESTA.

Torrell Vallespín G, Novoa Jurado AJ.

Resumen: Los profesionales que aplican un enfoque generalista llevan a cabo, ante cada paciente, un trabajo cognitivo y afectivo de alta complejidad. Este trabajo cognitivo y afectivo podría compararse con la utilización y selección de una lente u objetivo para tomar una fotografía de una persona: algunas lentes ponen de manifiesto los aspectos biomédicos, otras ayudan a comprender el contexto personal o biográfico, psicológico, social y ambiental. En este artículo describimos la acción de enfocar y desenfocar como una función específica del razonamiento clínico en la práctica generalista, y cómo la persona y su narrativa sirven de “toma de tierra” para este trabajo afectivo-cognitivo. La longitudinalidad y el vínculo, la organización del equipo en el que se trabaja o el compromiso del profesional influyen en el proceso. Este trabajo afectivo-cognitivo desarrollado a lo largo del tiempo puede generar fatiga. El lenguaje descriptivo tiene un rol relevante en el razonamiento clínico generalista. Disponer de una persona que guíe la reflexión en la práctica puede facilitar el aprendizaje de esta función.

Palabras clave: *Razonamiento clínico, Lente, Metacognición, Lenguaje, Atención Primaria.*

Abstract: FOCUSING AND DEFOCUSING. A PROPOSAL

Professionals who apply a generalist approach carry out highly complex cognitive and affective work with each patient. This cognitive and affective work could be compared to the use and selection of a lens or objective to take a photograph of a person: some lenses highlight biomedical aspects, while others help to understand the personal or biographical, psychological, social and environmental context. In this article, we describe the action of focusing and defocusing as a specific function of clinical reasoning in generalist practice, and how the person and their narrative serve as a “grounding” for this affective-cognitive work. Longitudinality and bonding, the organization of the team in which one works, and the commitment of the professional influence the process. This cognitive and affective work developed over the time can generate fatigue. Descriptive language has a relevant role in generalist clinical reasoning. Having someone to guide the reflection in practice can facilitate learning to use this function.

Key words: *Clinical reasoning, Lens, Metacognition, Language, Primary Care.*

Artículo recibido: 1 julio 2025; aceptado: 7 julio 2025.

Los profesionales que aplican un enfoque generalista llevan a cabo, ante cada paciente, un trabajo cognitivo y afectivo de alta complejidad.

Se trata, en primer lugar, de una actividad cognitiva compleja, caracterizada por la incorporación constante de información heterogénea –de distinto nivel y naturaleza– que debe ser procesada e integrada de forma simultánea en la toma de decisiones.

Es también un trabajo afectivo que se despliega en el marco de una relación interpersonal (entre dos o más personas), donde el diálogo exige no solo presencia y atención, sino también, un compromiso ético ante la interpelación que supone la alteridad. La noción de **conocimiento encarnado** alude a este aspecto afectivo: el saber humano no se reduce a una representación abstracta y descontextualizada, sino que está indisolublemente ligado al cuerpo, a la acción y a la experiencia situada (1).

El trabajo afectivo-cognitivo requiere de capacidades mentales tales como *la concentración y suspensión de uno mismo* (en ese lugar, ante esa persona, en ese momento y durante un espacio de tiempo), *agilidad* (nos movemos de un conocimiento a otro constantemente), *adaptabilidad* (a las preferencias del paciente, a los recursos disponibles, a lo posible y a lo que no sabemos si es posible) y *flexibilidad* (porque aquello que formulamos inicialmente puede dar un giro diametralmente opuesto al final de la consulta). Se trata de un trabajo afectivo-cognitivo creativo puesto que se imaginan múltiples escenarios que puedan dar respuesta a la situación expuesta por la persona atendida, porque la interpretación realizada por el profesional –y matizada y/o complementada por la persona atendida– genera un conocimiento diferente y mayor al que se tenía al iniciar la consulta y, finalmente, porque trata de configurar, entre ambos actores, un sentido a lo que sucede (Tabla 1).

Este movimiento mental de un tipo de conocimiento a otro, del síntoma que presenta el paciente, por ejemplo, a su traducción biomédica o, al contrario, desde una categorización como es “enfermedad crónica” a los síntomas persistentes de un enfermo concreto funciona casi como el objetivo de una cámara. Constantemente enfocamos y desenfocamos de un lugar a otro, de un tipo de conocimiento a otro, de algo que nos dicen a lo recogido en la exploración física, de lo que vemos y oímos a lo que interpretamos. Para ello, ajustando el objetivo, probamos diferentes lentes (biomédica, social, psicológica, relacional, etc.), hasta construir una explicación que ofrezca sentido a aquello que sucede, es decir, hasta llegar a una imagen lo más nítida posible.

Tabla 1

Características del trabajo afectivo y cognitivo en la práctica clínica generalista.

Tipo de trabajo mental	Característica	Definición
Cognitivo.	Concentración y suspensión de uno mismo.	Capacidad de estar plenamente presente en el lugar, ante esa persona, en ese momento y durante un espacio de tiempo determinado.
	Agilidad.	Habilidad para desplazarse rápidamente entre distintos conocimientos o planos de información.
	Adaptabilidad.	Capacidad para ajustarse a las preferencias del paciente, a los recursos disponibles, a lo posible y a lo incierto.
	Flexibilidad.	Capacidad para reformular lo inicialmente pensado cuando la consulta da un giro inesperado.
	Creatividad.	Capacidad para imaginar múltiples escenarios posibles y co-construir con el paciente una interpretación y un sentido compartido de lo que sucede.
	Abstracción.	Movimiento mental de enfoque y desenfoque entre datos sensoriales, interpretaciones clínicas, ideas previas y metacognición, para construir una narrativa coherente y significativa. Se asemeja al objetivo de una cámara que ajusta constantemente su enfoque.
Relacional – afectivo.	Conocimiento encarnado. Establecimiento de un espacio dialógico donde hay presencia consciente de ambos interlocutores. Este vínculo es condición de posibilidad del pensamiento clínico.	

En la práctica clínica generalista, se **enfoca** cuando se atiende a los detalles singulares del paciente –su relato, sus gestos, el contexto inmediato de la consulta–, permitiendo captar lo concreto y lo particular de la situación. Pero a la vez se necesita **desenfocar**, ampliando el campo de visión para integrar esa información en marcos más generales: aspectos psicosociales, conocimientos biomédicos, experiencias previas, categorías diagnósticas. Este vaivén entre la cercanía, más afectiva, del detalle (enfoque) y la distancia, más reflexiva, de lo general (desenfoque) constituye

la esencia misma del encuentro clínico en Atención Primaria: una oscilación constante de ida y vuelta que permite reconocer al individuo único sin perder la visión global que otorga sentido y orientación a la decisión médica. Se trata de un proceso, en su fundamento, que es epistémico ante el espacio infinito de problemas que presentan las personas en Atención Primaria.

Este artículo es una propuesta de conceptualización de esta función de enfoque y desenfoque, de sus consecuencias y del marco necesario para aplicarla.

RESONANCIAS

El movimiento de enfocar y desenfocar no se produce de manera automática, sino que se apoya en determinadas operaciones intelectuales de control y soporte que articulan el trabajo clínico generalista. La primera es la *abstracción*, entendida como la capacidad de separar lo esencial de lo accesorio, situando los problemas singulares dentro de marcos conceptuales generales. Sin esta operación no sería posible reconocer patrones clínicos ni establecer categorías diagnósticas compartidas. En segundo lugar, la *metacognición* introduce un nivel de vigilancia reflexiva sobre el propio proceso de pensamiento: permite a la médica cuestionar si está cayendo en un sesgo, revisar la validez de sus inferencias y decidir cuándo es necesario abrir o cerrar el campo de hipótesis. Finalmente, la *conciencia subsidiaria*, en el sentido planteado por Polanyi (2), alude a ese conocimiento tácito que opera de manera implícita: la integración de señales corporales, contextuales y biográficas que no siempre se verbalizan, pero que orientan de forma decisiva la percepción clínica y la intuición diagnóstica.

De este modo, la oscilación entre enfoque e individualización y desenfoque y generalización se sostiene en un entramado afectivo-cognitivo complejo, donde cada operación cumple un papel específico: la *abstracción* abre la puerta a lo universal, la *metacognición* regula la calidad del razonamiento, y la *conciencia subsidiaria* aporta el trasfondo tácito que ancla la decisión en la experiencia vivida del paciente.

Epstein introduce en todo el proceso, con su concepto de *mindful practice* (3), una necesaria disposición afectiva-reflexiva, al enfatizar la importancia de contrarrestar la automatización de la práctica biomédica mediante la recuperación de la presencia consciente del profesional. Su propuesta sitúa en el centro de la clínica la capacidad del médico para atender no solo a los datos objetivos del paciente, sino también a su propio proceso cognitivo y emocional, cultivando una conciencia abierta, flexible y no reactiva. En este sentido, la *mindful practice* complementa la descripción del trabajo generalista como un proceso de enfocar y desenfocar sostenido en operaciones intelectuales específicas (abstracción, metacognición y conciencia subsidiaria), aportando la dimensión disposicional que hace posible que dichas operaciones se realicen con equilibrio y sensibilidad en el encuentro clínico.

FUNCIONAMIENTO. ¿CÓMO SABER DE DÓNDE PARTIMOS Y ADÓNDE VAMOS? RECOLECTA DE INFORMACIÓN

Los procesos de abstracción, metacognición, conciencia subsidiaria y *mindful practice* o práctica consciente encajan de manera coherente en algunos modelos de razonamiento clínico propuestos en el generalismo, como el de Donner-Banzhoff (4), en el que se describe la interacción dinámica de diversas estrategias cognitivas: búsqueda inductiva, rutinas gatillo, interrogatorio descriptivo, generación y prueba de hipótesis (Tabla 2).

Tabla 2

Descripción y ejemplos de las estrategias cognitivas propuestas por Donner-Banzhoff (4), creando un espacio colaborativo de búsqueda y delimitación del espacio problemático.

Estrategia cognitiva	Descripción	Motivo	¿Quién guía?	Ejemplo
Búsqueda inductiva (<i>inductive foraging</i>).	Invitar al paciente a describir el problema sin interrupciones. Escucha atenta.	El paciente expresa el problema con sus palabras, realiza asociaciones, y proporciona explicaciones y preocupaciones alrededor del problema.	El paciente*.	Maribel explica que se siente más cansada últimamente, ha dejado de hacer tareas habituales y ha notado que la ropa le va más holgada y que ha dejado de ser un reloj a la hora de ir de vientre.
Interrogatorio descriptivo (<i>descriptive questioning</i>) y rutinas gatillo (<i>triggered routines</i>).	Una vez limitado el espacio problemático, lo intentamos definir y describir mejor el síntoma o el problema a través de preguntas cerradas acerca de ese espacio y disparados (<i>triggered</i>) por síntomas que hayamos recogido de la narración inicial.	Permite describir, y delimitar mejor ese espacio .	El profesional.	Ana, su médica, pregunta por síntomas asociados a cansancio (disnea, palpitaciones, debilidad muscular, falta de energía, p.ej.), por cómo es el cansancio (cuándo aparece, qué lo empeora, qué lo mejora...) y por la alteración deposicional (frecuencia, productos patológicos, dolor abdominal, etc.). Que la ropa le vaya más holgada también lo identifica como signo de alarma y activa otras preguntas para recabar más información sobre ese espacio que se ha abierto (¿astenia, anorexia, pérdida de peso, antecedentes familiares de cáncer de colon?).
Pruebas de hipótesis (<i>hypothesis testing</i>).	Elaboración y contrastación de hipótesis a través de preguntas cerradas acerca de una enfermedad en concreto (de una hipótesis o explicación en concreto).	Una vez acotado, descrito y delimitado el espacio problemático es donde el despliegue de esta estrategia es más eficiente.	El profesional.	Imaginemos que sí hay signos de alarma. Generamos una hipótesis a descartar que es la de un posible cansancio por anemia causada por un posible cáncer de colon.

*el paciente en ese punto conserva la iniciativa. Si interrumpimos la narración con preguntas cerradas, es posible que perdamos contenido en ese relato, puesto que el paciente se dedicará a responder nuestras preguntas, de forma más pasiva.

Fuente: Tabla de elaboración propia a partir de los conceptos de Donner-Banzhoff (4).

En un lugar donde los pacientes no están seleccionados ni vienen referidos por otros profesionales y en el que la probabilidad de encontrar una enfermedad es baja, iniciar la consulta con una **búsqueda inductiva** (*inductive foraging*) es más eficiente que hacerlo directamente con una estrategia hipotético-deductiva. Esta búsqueda inductiva obtiene su mayor beneficio en un entorno como la Atención Primaria, ya que se ajusta a la ambigüedad y diversidad de los problemas de salud que allí se presentan, y se ve facilitada por el vínculo y la longitudinalidad de la relación clínica. Eso no quiere decir que sea exclusiva de la Medicina de Familia: también puede, y probablemente debe, formar parte del razonamiento clínico en otros entornos especializados, como las urgencias.

Conviene distinguir claramente entre los tres grandes modos de inferencia. La **inducción** en medicina se refiere a la inferencia de lo particular a lo general, es decir, a establecer conclusiones probabilísticas a partir de la repetición de observaciones. En la práctica clínica, los médicos reconocen patrones porque han visto a muchos pacientes con síntomas semejantes y conocen su desenlace; así, la inducción fundamenta juicios de probabilidad, como cuando se concluye que un dolor torácico típico en un paciente de riesgo probablemente será de origen isquémico.

La **abducción**, definida por Charles Sanders Peirce (5), ocupa un lugar anterior y más creativo: surge de la sorpresa ante un hecho inesperado o inespecífico, y consiste en proponer una explicación plausible (“quizá se trate de una pericarditis” o “quizá no sea nada”). Posteriormente, la inducción y la deducción permitirán valorar la probabilidad de esa hipótesis y verificarla con datos adicionales. En este sentido, la abducción es el primer salto explicativo (*qué podría estar pasando debido a este síntoma torácico*); la inducción acumula y organiza evidencia en términos de probabilidad (*la probabilidad de un infarto ante un dolor torácico opresivo e irradiado en un hombre con alto riesgo cardiovascular es elevada*), y la deducción aplica reglas generales al caso individual (*si es un infarto, entonces debería tener las troponinas elevadas*).

En un espacio de problemas poco definidos y a menudo atípicos, el paciente orienta la mirada del clínico hacia un motivo concreto. La médica, escuchando atentamente su relato, acota el espacio de indagación y, al mismo tiempo, lo otea desde lejos. Mientras se sigue atendiendo a la narrativa del paciente mediante esta búsqueda inductiva, se va realizando la anamnesis con preguntas cerradas para describir lo mejor posible los síntomas o problemas (interrogatorio descriptivo).

Este proceso interactivo nos sirve de brújula. Cada enfoque responderá a un set de preguntas relacionadas con esa zona enfocada, para delimitarla mejor. Por ejemplo, si el síntoma inicial pertenece al sistema digestivo, preguntaremos sobre otros síntomas relacionados con el sistema digestivo. Esto es lo que se conoce como *rutinas gatillo*, es decir, iniciar un set de preguntas relacionadas con, por ejemplo, signos de alarma. Si una persona nos cuenta que tiene una alteración del hábito deposicional y dice que ha perdido peso, en seguida sacaremos un set de preguntas orientadas a definir más esa posible gravedad (se hace más probable la posibilidad de cáncer) (6).

Si desde el principio generáramos una hipótesis y quisiéramos contrastarla, no acabaríamos nunca, sería un trabajo arduo y poco eficiente, puesto que nos encontraríamos teniendo que contrastar múltiples posibles diagnósticos en un espacio infinito de problemas y, a la vez, existiría el peligro de cerrar demasiado pronto el proceso. Nos arriesgaríamos a perder información relevante. Generar y contrastar hipótesis demasiado pronto podría reducir la información disponible, puesto que el paciente se limitaría a responder las preguntas que hiciéramos y habríamos tomado una dirección concreta que deberíamos contrastar, manteniéndonos “ciegos” a cualquier otra posibilidad.

A parte del lugar donde señala la persona que atendemos (enfoque), hay otras zonas legítimas donde podemos dirigir nuestra atención en ese espacio infinito (desenfoque). Por ejemplo, podríamos revisar si se requiere de alguna actividad preventiva relacionada o no con el motivo de consulta actual, o ampliar algún aspecto

que pueda estar asociado al problema que nos ha señalado el paciente (esfera emocional, relacional, social, laboral).

El objetivo no es el diagnóstico, sino el sentido: dar sentido a lo que sucede y, de entre aquello que sucede, ver cuánto nos acercamos a la posibilidad de que eso sea una enfermedad. La mayor parte de los problemas a los que nos enfrentamos o no lo serán, o serán leves, y muy pocos de ellos requerirán de un diagnóstico preciso o una derivación a un nivel secundario. Habremos explorado una parte de ese espacio infinito.

Los procesos afectivo-cognitivos de abstracción, metacognición, conciencia subsidiaria o *mindful practice* se distribuyen funcionalmente sobre las estrategias cognitivas generalistas, dotando a la Atención Primaria de una arquitectura cognitiva y disposicional capaz de responder al carácter abierto, incierto y singular de la consulta generalista. Así podríamos resumir que:

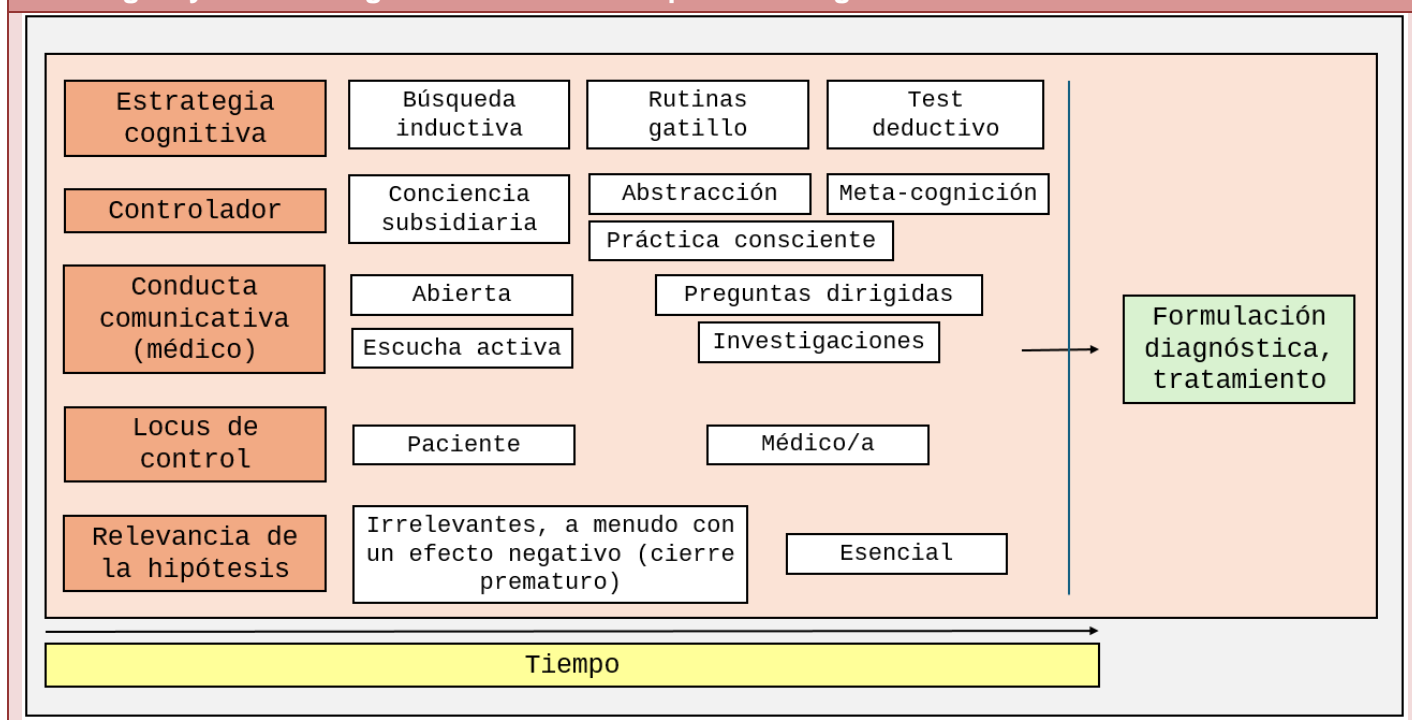
- La **conciencia subsidiaria** (Polanyi) actúa de manera temprana en la búsqueda inductiva y en las rutinas gatillo, ya que permite al clínico percibir de forma tácita patrones, señales corporales o contextuales que “llaman la atención” antes de ser formalizadas en hipótesis.
- La **abstracción** entra en juego sobre todo en la generación de hipótesis, al condensar datos particulares en categorías diagnósticas generales y reconocibles, posibilitando la transición del relato singular a un marco clínico compartido.
- La **metacognición** opera de manera transversal, pero cobra un papel decisivo en la prueba de hipótesis, donde permite al médico reflexionar sobre sus propias inferencias, detectar sesgos (p. ej. anclaje, disponibilidad) y reconsiderar diagnósticos alternativos.
- La **práctica consciente** (*mindful practice* de Epstein) atraviesa todo el proceso como disposición afectivo-reflexiva: sostiene la calidad de la

búsqueda inductiva (atención plena al relato del paciente), modera la automatización de las rutinas gatillo, facilita la escucha abierta en el interrogatorio descriptivo y promueve una prueba de hipótesis consciente, menos reactiva y más contextualizada.

Las estrategias y tácticas cognitivas usadas durante el proceso diagnóstico según Donner-Banzhoff (7) se resumen a continuación (Figura 1).

Figura 1

Estrategias y tácticas cognitivas usadas en el proceso diagnóstico.



EN QUÉ CONSISTE EL TRABAJO DE ENFOCAR-DESENFOCAR

La toma de decisiones clínicas, marcada por la hegemonía de, por seguir a Anne Marie Mol (8), la lógica médica, ha tendido a privilegiar el proceso de abstracción, en tanto mecanismo de generalización que permite inscribir los

problemas individuales en categorías diagnósticas universales. Este énfasis ha ido acompañado, sin embargo, de una subestimación de la conciencia subsidiaria, es decir, de aquellas formas tácitas de conocimiento que sostienen la percepción clínica y que rara vez se formalizan en guías o manuales. Del mismo modo, la metacognición –cuya función debería ser la vigilancia crítica sobre los propios procesos de razonamiento– se ha visto reducida en la práctica a un ejercicio limitado de verificación de la adherencia a protocolos, en lugar de operar como un recurso genuino para cuestionar supuestos, explorar sesgos y abrir alternativas diagnósticas. En este supuesto, la única realidad que subyace es la biomédica, con nuestra estructuración del caso clínico e interpretación de este. Este soliloquio en lenguaje biomédico permite mantener cierta sensación de control y de poder porque no interviene ningún otro actor. Hace que nos sintamos cómodos. Además, estamos entrenados a hacerlo, tal es la forma con la que aprendemos a hablar de “casos” en la facultad durante años. El resultado es un modelo decisional más seguro en apariencia, pero empobrecido en su capacidad de integrar lo singular y lo complejo que caracteriza a la práctica clínica generalista.

Sin embargo, la corporalidad de la persona que atendemos es necesaria, puesto que nos hace responder a una realidad compartida, demanda que estemos presentes y eso es más agotador, más riesgoso e incierto, pero también más apasionante. La persona es nuestra toma de tierra. Nos saca de esa abstracción (de nuestro soliloquio) con su narrativa y su cuerpo, añadiendo matices, perfilando la descripción de los síntomas, durante toda la consulta. Nos ayuda a focalizar en la persona.

Esta centralidad del cuerpo y de la experiencia del paciente conecta con la noción de **conocimiento encarnado** (1), según la cual el saber no es un repertorio abstracto de categorías, sino que se construye en la práctica, enraizado en la percepción, la acción y la interacción corporal. En la consulta generalista, este conocimiento se manifiesta en la forma en que el médico interpreta gestos, tonos de voz, silencios o posturas, integrándolos con el relato verbal y con los datos clínicos.

Lejos de ser un simple complemento, lo encarnado constituye el núcleo mismo de la comprensión clínica, pues recuerda que conocer en medicina no es aplicar esquemas universales, sino aprender a reconocer al otro en su corporeidad y singularidad y a reconocer la necesidad de situar el conocimiento recopilado y generado en esa persona en concreto, en ese momento, ante ese problema de salud.

Nos centramos en la persona (enfocamos), dejando de lado momentáneamente nuestra propia abstracción o soliloquio interno (desenfocamos) y viceversa (enfocamos en nuestro soliloquio y desenfocamos a la persona). Este soliloquio, sin embargo, sigue operando en segundo plano, moviéndose entre distintos conocimientos y temporalidades, para ayudarnos a ubicarnos mejor en ese espacio complejo e infinito. El objetivo principal no es necesariamente realizar un diagnóstico –pues muchos de los problemas que encontraremos no lo requerirán–, sino más bien delimitar y comprender el problema que la persona presenta: entender qué está sucediendo. Una vez que hemos logrado situarnos, entonces podemos preguntarnos qué podemos hacer al respecto y a la vez, qué no deberíamos hacer.

El trabajo de enfoque y desenfoque múltiple tiene lugar en el tiempo, aunque seamos sincrónicos con el paciente; es decir, estamos presentes en el ahora, nos tenemos que trasladar mentalmente a lo que ha sucedido anteriormente y proyectar a lo que puede suceder en un futuro.

Así, enfocamos y desenfocamos en el pasado –lo acumulado hasta el momento, tanto a nivel biográfico como biológico–, presente y futuro:

- Pasado: ¿Ha presentado este problema antes? ¿Qué recuerda de eso? ¿Qué han visto los demás antes sobre ese motivo y qué han hecho (exploraciones complementarias, derivaciones y en ese caso, quién le ha visto, qué ha hecho, qué se ha propuesto, qué se ha prescrito –para luego preguntar qué de lo prescrito ha servido, por cuánto tiempo, efectos secundarios, si se ha dejado por qué...–)? Intentaríamos recabar información precisa e integrarla desde el lugar

biomédico para luego enlazarla con aspectos biográficos del paciente que nos permitan generar una imagen en movimiento de lo que sucede. Incluso si no es paciente nuestro y no disponemos de ese conocimiento acumulado, desenfocamos el problema actual para realizar una apertura de foco que permita repasar aquellos problemas de salud (medicación, analíticas previas que pudieran tener relevancia con la situación expuesta por el paciente en la actualidad).

- Presente: enfocamos en lo que nos dice la persona y vamos, mientras habla, enfocando y desenfocando en cada síntoma y su periferia, para acotar el espacio infinito de posibilidades (búsqueda inductiva).
- Futuro: qué expectativas puede tener respecto a resolver su situación actual, qué escenarios podríamos plantear como posibles y cursos de acción plausibles de estos, que sería factible realizar o que podríamos revisar junto a la paciente como posibles propuestas terapéuticas.

No acaba aquí la tarea de enfocar y desenfocar. Veamos otros movimientos de enfoque y desenfoque:

- **Entre la persona y su contexto.** La desenfocamos para observar mejor el entorno en el que vive, ya sea a nivel relacional (familia, amistades, trabajo) o bien de condiciones (vivienda, comunidad, laborales). Detectamos posibles fuentes de estrés y opresión, aunque también de apoyo y sostén.
- **Entre lo que sucede y lo que pensamos que sucede.** Nos referimos a la metacognición, a estar atentos a nuestros propios procesos mentales, a qué está sucediendo y qué papel estamos representando cada uno de los actores, y qué dinámicas están teniendo lugar en la interacción. Permite reconducir la escena y detectar situaciones que pueden ayudarnos durante la consulta. Por ejemplo, nos damos cuenta, tras explorar varios síntomas con la anamnesis y la exploración

física, de que el paciente rehúye nuestra mirada y pese a haber dado por terminada nuestra tarea y hacerlo explícito, no se levanta de la silla; sospechamos que hay un motivo latente que no acaba de comentar y que es el que verdaderamente le ha traído a consulta. Correspondería al “supervisor de tareas” que propone Borrell (9), a la segunda cabeza propuesta por Roger Neighbour (10).

- **Entre la atención centrada en la enfermedad y la atención centrada en la persona.** Sobre todo, ante aquellos problemas de salud agudos que harán que focalicemos en lo biomédico más que en lo biográfico. Y al revés, cuando estamos valorando a personas con síntomas persistentes, con multimorbilidad, nos centramos en lo biográfico-contextual, pero desenfocamos para enfocar en lo biomédico, balanceando ambas estrategias.
- **Entre el síntoma y el relato.** Focalizamos en el síntoma y en los síntomas relacionados, pero no olvidamos desenfocar para valorar el relato en su conjunto. ¿Hay algún significado más allá de lo explícito en el relato que esté queriendo comunicar?
- **En la interfaz de lo que es una experiencia de enfermedad, un estrés o un malestar y lo que puede ser una enfermedad.** Enfocamos y desenfocamos. ¿Hay que hacer un diagnóstico?
- **Entre conocimientos.** Una vez acotado un problema, si se ha optado por medicalizarlo, ¿cuál es la mejor estrategia?, ¿qué guías o qué artículos pueden ayudarnos?, ¿desde qué punto de vista? Enfocamos en las guías y desenfocamos de nuevo para ver a esa persona en ese momento, ante ese problema de salud.
- **En lo individual y en lo poblacional.** Mover el foco de la persona individual a la población en la que está inserida puede ayudarnos a

detectar aspectos que afecten y enfermen a la población y no solo a un individuo.

En ese enfoque y desenfoque, además, podemos usar varias lentes. ¿Desde dónde vamos a mirar a este paciente y a su narrativa? Desde lo social, desde lo biomédico, lo psicológico, lo narrativo, etc. Cambiar de lente nos ayudará a enfocar y desenfocar mejor el problema y a buscar diferentes soluciones plausibles y posibles. Y nos va a hacer disponibles informaciones diferentes. Como si estuviéramos en el optometrista. ¿Lo vemos mejor así o así? El objetivo será hacerse una imagen dinámica de lo que sucede y compartirla con el paciente en la búsqueda de un sentido y de una mejora en su día a día.

ELEMENTOS QUE SOSTIENEN LA FUNCIÓN DE ENFOCAR Y DESENFOCAR. LA PERSONA, SU CUERPO Y SU NARRATIVA COMO TOMA DE TIERRA

Decíamos que la persona, su cuerpo y su narrativa funcionan como una toma de tierra de nuestro soliloquio y permiten sostener la función de enfocar y desenfocar. ¿Qué ocurre en espacios donde no hay esa corporalidad? ¿O cuando el entorno organizativo no facilita la escucha de la narrativa? En efecto, se impone con mayor facilidad la lógica médica. Pensemos en un contacto telefónico, por ejemplo. Ocurriría lo mismo si prescindiéramos de la narrativa y de la exploración física (datos compartidos-interactivos) y decidiéramos apoyarnos solo en las pruebas complementarias (datos informativos), tanto en el contacto presencial como en el virtual. Generaríamos mayor distancia con el paciente, los contactos serían menos eficientes (no contrastaríamos nuestro soliloquio), esto promovería otros contactos con el sistema y aumentaría la probabilidad de yatrogenia. Será más probable que nos mantengamos en nuestro soliloquio biomédico sin incorporar al paciente.

El razonamiento clínico (y sus herramientas –la anamnesis, la exploración física, la integración y la interpretación–) requieren de interacción continua entre el paciente y el profesional. Son cosas que *se hacen* junto con el paciente (11).

En una práctica generalista no podemos prescindir de la exploración física ni adelgazar la anamnesis, porque es de lo que, en mayor parte, vamos a nutrir el razonamiento y los conocimientos que deberemos barajar. Además, tejemos con el paciente. El diagnóstico (en caso de ser necesario llegar a él) y el sentido se hacen junto con el paciente-persona. Si prescindiéramos de ellas, estaríamos indicando al paciente que no tienen relevancia para nosotros y que son prescindibles. Para quien observara nuestra práctica, estaríamos diciéndole que no nos dan ninguna información relevante a tener en cuenta enfrente de otras informaciones (pruebas complementarias, etc.), no las legitimaríamos como generadoras de conocimiento ni como generadoras de vínculo, las estaríamos relegando en la escala de jerarquía del conocimiento. Estaríamos promoviendo la pérdida de una competencia imprescindible para las nuevas generaciones de Médicos de Familia. Y como decía Sackett, estaríamos confiando más en las pruebas diagnósticas de laboratorio a sabiendas que estas producen una información diagnóstica y pronóstica que “*costs most and means less*” de aquella que obtendríamos de hablar más con el paciente y explorarle (12).

Tanto la anamnesis como la exploración física aportan información y generan otra mientras se realizan. Permiten que pongamos en acción esas estrategias cognitivas que describe Donner-Banzhoff (7) y que no perdamos el enfoque. Son puntos de enfoque en la persona. Son caminos, como los hilos que conectan un globo con la anilla pesante que lo sujeta al suelo, que nos llevan a tomar tierra (a la persona), a encarnar el conocimiento.

CUANDO HEMOS ENFOCADO Y DESENFOCADO... ENTONCES, ¿QUÉ?: INTEGRACIÓN POR RELEVANCIA. RELEVANCIA SITUADA

¿Por qué en un paciente en un momento dado hacemos prevalecer más un conocimiento que otro? ¿Cómo identificamos aquello que es relevante y nos ayudará a valorar lo que sucede? Tendrá que ver el motivo por el cual consulte, el conocimiento acumulado que tengamos de él, la estabilidad clínica, nuestra percepción del estado

del paciente, nuestros conocimientos en ese momento y nuestro estado físico y emocional. La definición de salud que estemos utilizando también otorgará mayor relevancia a un conocimiento u otro. Por ejemplo, ante un problema agudo, si optamos por entender la salud como ausencia de enfermedad, se dará mayor relevancia a la lente biomédica. Ante un problema complejo, si optamos por entender la salud como capacidad de adaptación, daremos más relevancia a una lente generalista. La relevancia, también está situada: en este paciente, en este momento, para este motivo, ante este profesional.

Se trata más o menos de identificar el contenido relevante de un texto. En este caso tenemos diferentes textos en movimiento (lo que nos narra el paciente, la información que tengamos clínica, la información científica que tengamos sobre el motivo por el que consulta), junto con un nuevo texto que es el que resulta de esa interacción, de los hallazgos en la exploración física, de poner en común los hallazgos con el paciente, etc. Según el paciente, lo que nos plantee y los hallazgos, desecharemos una información y nos centraremos en otra. No se trata de nada que suceda antes o después de enfocar y desenfocar sino durante el proceso. Integramos e interpretamos a la vez que enfocamos y desenfocamos.

De nuevo, la relevancia la marca el paciente y está situada (en este paciente, en este momento, para este motivo), y la matiza el médico, puesto que habrá situaciones en que el profesional valorará como relevantes a nivel clínico aspectos de su narrativa, de la exploración o de las pruebas científicas que no lo serán para el paciente, y eso hará que tenga que volver a valorar qué conocimientos pone en juego y qué lentes tendrá que usar para enfocar y desenfocar. En este caso, también tendrá que recoger y atender aquello que es relevante para el paciente, aunque no dirija el razonamiento, para generar un sentido.

Si nos perdemos en el proceso, ¿qué hacemos? Volver a la persona. Principio y final de nuestro enfoque. Toma de tierra.

Si hay algún área de no conocimiento que nos impide enfocar y desenfocar, ¿qué hacemos? Ponerlo en conocimiento del paciente con el compromiso de volver a contactar cuando hayamos obtenido la información necesaria para cubrir esa área de desconocimiento. Y posteriormente, revisar y reflexionar sobre las causas. Si se trata de una falta de formación, la intentaremos solventar consultando bibliografía específica. Si se trata de una dificultad en el manejo, preguntaremos a otros compañeros que puedan aportar otras formas de manejo.

¿QUÉ LO FACILITA? MARCO NECESARIO PARA EJERCER LA FUNCIÓN DE ENFOCAR Y DESENOFocar

1. Afinadores de la lente: la longitudinalidad y el vínculo

Tanto la longitudinalidad como el vínculo permiten afinar el movimiento de enfoque y desenfoque. Veamos cómo.

La longitudinalidad, entendida como el contacto en el tiempo con un mismo profesional (13), facilita la gestión de los diferentes conocimientos (sirve de vector epistémico) y la co-construcción de otros (los acumulados). Facilita pues, la realización de todo el trabajo cognitivo que supone el generalismo, hace que los conocimientos acumulados sean más accesibles en el razonamiento clínico y junto al vínculo, permite identificar cuáles de esos conocimientos son más relevantes en ese momento, ante esa persona, para ese problema. Alivia la carga que implica el trabajo cognitivo del profesional generalista.

Pensad en una visita a una persona de vuestro contingente, que conocéis desde hace varios años y, por el contrario, qué os supone mental y afectivamente hacer una consulta a una persona de otro contingente, que solo habéis visto esa vez. En el primer caso, el acceso al conocimiento biomédico y biográfico acumulados (el movimiento del objetivo) requiere de menor esfuerzo que en el segundo, donde hay

que recabar información, integrarla e interpretarla, tanto biomédica como biográfica, para construir una imagen mínimamente robusta y nítida de lo que está sucediendo y desplegar un enfoque generalista (el movimiento del objetivo es más lento y requiere de mayor número de movimientos de enfoque y desenfoque para llegar una imagen lo más nítida posible de lo que sucede). Diferente carga en el mismo tiempo asignado, ¿no?

El vínculo va ligado a la persona (al otro) y el otro genera un compromiso. El enfoque generalista proyecta nuestra atención a la persona (no a la enfermedad), por eso es un enfoque que vincula. El vínculo no puede desligarse del enfoque generalista. Si hay vínculo, el movimiento de nuestro objetivo hacia la toma de tierra (la persona que atendemos) es más corto y el movimiento se torna más ágil.

El vínculo, a la vez, es un catalizador de la práctica generalista. Dispone al paciente a explicar mejor lo que le preocupa (y a sus acompañantes), dispone al médico a prestar mayor atención a la narrativa del paciente (disponibilidad de escucha y epistémica) y a un uso más responsable de los conocimientos que baraja (responsabilidad epistémica). Hace más firme y visible para el profesional el camino hacia la toma de tierra. Hace más preciso el movimiento del objetivo de nuestra cámara.

La longitudinalidad y el vínculo son imprescindibles en una atención centrada en la persona, ya que potencian el enfoque generalista y hacen que el objetivo de nuestra cámara sea más ágil y preciso. Sin olvidarnos, sin embargo, de que también pueden constreñir la visión que tenemos del paciente y, por tanto, dificultar el proceso diagnóstico (“este paciente se queja por todo”). La mirada de otro profesional sobre esa persona puede funcionar como una mirada libre de ese constreñimiento creado por la repetición de contactos y puede hacer aflorar aspectos relevantes para el diagnóstico que se mantenían ocultos ante el profesional de referencia.

2. La organización del equipo. ¿Facilita, entorpece o es indiferente al generalismo?

Para ejercer la práctica generalista se necesitan instituciones y equipos que entiendan la filosofía que contiene el generalismo y su práctica. A nivel institucional, diríamos que entender la filosofía significaría adecuar el presupuesto para la Atención Primaria y organizar el sistema alrededor de esta.

Si pensamos en los equipos, su organización debería facilitar el despliegue del enfoque generalista en las consultas, pero también a todos los niveles de la organización (personal administrativo, Enfermería, Trabajo Social...). Hablamos de que es necesario disponer de:

1. Equipos estables y bien dimensionados en los que todos los integrantes conozcan y entiendan el generalismo y lo que supone el enfoque generalista en la Atención Primaria y qué papel ocupa esta, dentro del sistema sanitario. Equipos en los que fluya el conocimiento, que sean comunidades de aprendizaje (14). La estabilidad promueve la longitudinalidad. Que estén bien dimensionados permite no ahogar a los profesionales en la asistencia y realizar tareas de coordinación (con el segundo nivel asistencial y otros actores), docencia, investigación, comunitaria (centrarse y organizarse para cubrir las necesidades de la comunidad), etc.
2. Organización interna del equipo que proteja los atributos de la AP y que permita el ejercicio del generalismo: autonomía en la gestión del tiempo (es decir, de las agendas), entender el equipo como un ecosistema dentro de otro ecosistema (la población donde da servicio) y de lo que cada uno puede aportar desde sus competencias y talentos desplegados al máximo. Agendas flexibles pueden permitir visitas más largas para atender en un tiempo razonable a la persona aplicando un enfoque generalista y otras con más cortas para aquellas personas que

requieran de una atención más inmediata. Esto requeriría trasladar al paciente el conocimiento necesario para solicitar qué tipo de cita y cuándo (15).

3. Formas de evaluación relacionadas con la práctica. Complementar los indicadores clínicos de resultado con otros indicadores que tengan que ver con la práctica generalista puede dar sentido a la evaluación del trabajo generalista.

3. Compromiso y conocimiento propio del profesional

Es imprescindible para mover la lente que el profesional esté comprometido con ejercer un enfoque generalista. Un compromiso encarnado en la presencia del otro y en el rol de servicio en un sistema público y a la vez, que sea capaz de conocerse a sí mismo y de identificar cómo se encuentra, qué valores tiene, cómo reacciona ante los otros y ante el estrés, la angustia, la falta de sueño, el malestar propio, etc. Esta reflexión permitirá llevar a cabo el movimiento con mayor o menor precisión, velocidad o incluso llevarlo o no a cabo.

OTROS ASPECTOS RELEVANTES EN EL USO DE LA LENTE: EL LENGUAJE DESCRIPTIVO COMO PUNTO DE APOYO DEL TRABAJO GENERALISTA

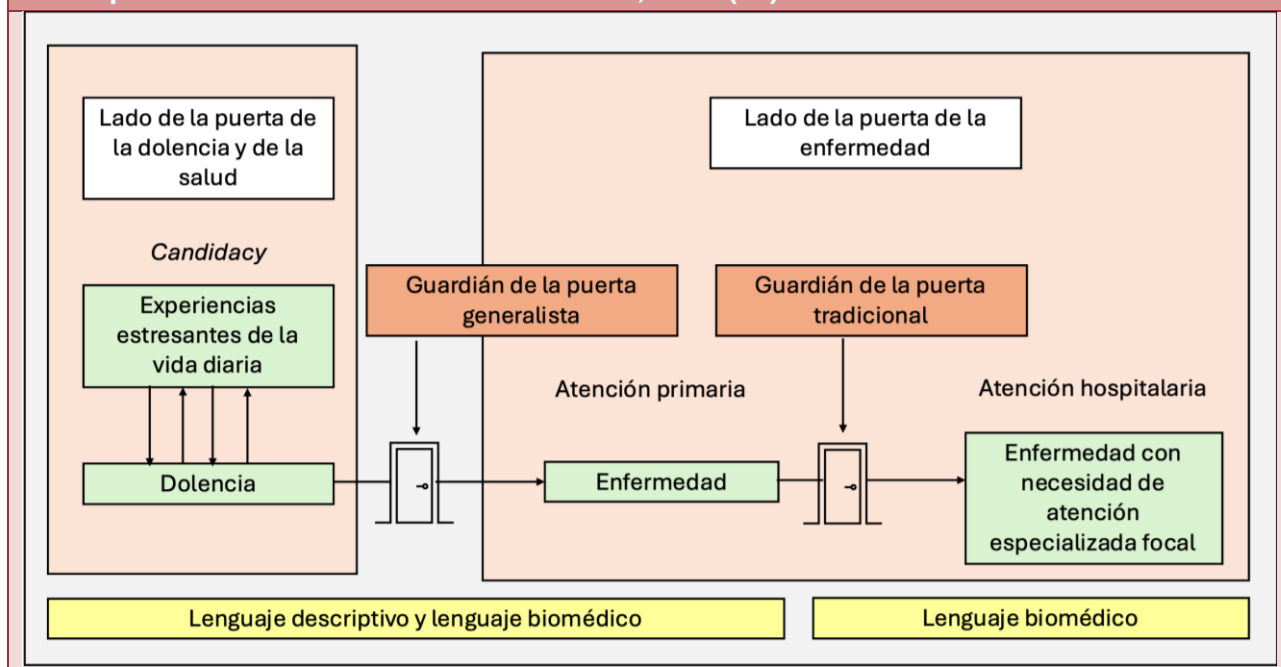
Partimos de la hipótesis que una causa de la desventaja epistémica que sufren los Médicos de Familia en su práctica generalista se debe al uso de un lenguaje más descriptivo y menos traducido al lenguaje biomédico. Esto, que tradicionalmente se ha podido atribuir a “tener menos conocimiento”, por parte de la comunidad científica, e incluso a menospreciar a la Medicina de Familia, no solo no es indicativo de debilidad epistémica si no que tiene un sentido en la práctica y en el razonamiento clínico generalista. Debemos disponer de un lenguaje descriptivo, próximo al paciente, por diferentes motivos.

En primer lugar, porque tratamos con personas (cada una con su lenguaje y forma de explicarse) y no con enfermedades. Personas que sufren y padecen problemas diversos, indeterminados muchas veces e indefinidos a nivel taxonómico, difíciles de describir. Mantener la descripción sintomática tal y como la describen los pacientes usando su lenguaje, nos ayuda a evitar un cierre prematuro de la exploración/anamnesis y del razonamiento clínico, a tener una mayor apertura de foco. Traducir todo síntoma a lenguaje biomédico, une el camino de la consulta a lo biomédico, reduce la riqueza de la descripción sintomática y nos hace más proclives a identificar como enfermedad afecciones o síntomas que no lo son, con el consiguiente riesgo de sobrediagnóstico, sobretratamiento y sobreuso de servicios. Frenar esa traducción, ayuda al proceso de razonamiento generalista, a incluir en la integración otros conocimientos diferentes al biomédico. Permite llevar a cabo una exploración abductiva inicial hasta poder delimitar mejor el problema, valorando si se trata de una dolencia que no debe ser medicalizada o, por el contrario, se trata de una enfermedad. En este último caso, empieza a tener más sentido la utilización (la traducción, en el razonamiento) de un lenguaje biomédico.

Si revisamos la función de guardianes que realizan los Médicos de Familia, definidos por Iona Heath en su ponencia *Divided we fail*, observamos que entre la primera y la segunda puerta (Figura 2), cuando todavía nos estamos planteando si aquello que le sucede al paciente es o no es una enfermedad, el lenguaje tiene que ser prioritariamente descriptivo, usando las palabras que usa el paciente para describirlo (16). Necesitamos de ese lenguaje descriptivo para mantener la atención y el foco abierto, puesto que estamos intentando delimitar el problema. Si traducimos a lenguaje biomédico en la etapa de búsqueda inductiva, es más probable que rechacemos información relevante, que generemos hipótesis demasiado precozmente y que cerremos el diagnóstico prematuramente. El lenguaje descriptivo lo utilizaremos con el paciente, pero también en nuestras notas clínicas (veremos más adelante el porqué).

Figura 2

Las diferentes funciones del Médico de Familia y el uso del lenguaje descriptivo/biomédico. Modificado de Heath, 2011 (16).



Una vez hemos delimitado el problema y lo hemos orientado, si podemos hablar de enfermedad, o si tenemos que derivar a un segundo nivel, ya traduciremos a lenguaje biomédico, como lenguaje de comunicación entre profesionales y también como lenguaje que activa circuitos (“código ictus”, p.ej.).

Esto no significa que si hacemos una práctica generalista no debemos conocer el lenguaje médico ni que no lo debemos usar, sino que no lo necesitamos en todo momento, y tiene un sentido que no lo hagamos. Y eso no nos hace menos científicos. Eso nos hace más generalistas.

En segundo lugar, porque contribuye a generar vínculo. Indica que reconocemos, damos valor y estamos atentos a la narrativa del paciente. Permite incluir a la persona en el proceso de razonamiento, manteniendo un lenguaje que le sea comprensible y del que pueda participar, le da agencia en todo el proceso, le invita a participar. En sus términos, no en los nuestros.

Por otro lado, nos ayuda a hacer un seguimiento de lo que le sucede desde un lugar común. “¿Cómo sigue ese dolor en el pecho que explicaba la otra vez que le parecía que tuviera un gato sentado encima?” sirve para reconectar al paciente con aquello que explicó que le sucedía. Sería diferente decirle “¿Cómo sigue ese dolor torácico opresivo?” que quizás, el paciente no siente como propio y dificulta la continuidad de su expresión. Con razón, las notas clínicas del Médico de Familia se nutren de un lenguaje más descriptivo y menos biomédico.

En resumen, el lenguaje descriptivo nos acerca más a la persona y contribuye a generar vínculo, mantiene una mayor apertura de foco (necesaria para evitar cierres prematuros), invita al paciente a participar en el proceso de razonamiento y permite un seguimiento desde un lugar común.

COMPLICACIONES: TANTO GENERALISMO CANSA. FATIGA POR GENERALISMO

La función de enfocar y desenfocar consume mucha energía y puede generar fatiga (mental y física). Cuanta mayor complejidad (social, emocional, biomédica) tenga la situación que nos presenta la persona a la que atendemos, cuanto menos vínculo tengamos con ella, cuanto más presión tengamos en el entorno laboral, más cansancio va a generar desarrollarla y más proclives vamos a ser a movilizar menos el objetivo de la cámara, esto es, a usar una sola lente o un solo enfoque (habitualmente, el biomédico), a centrarnos solo en el motivo de consulta actual y a no revisar qué ha ocurrido anteriormente, a generar y cerrar hipótesis de forma más prematura.

Sin embargo, no todas las consultas requerirán hacer tanto movimiento de enfoque y desenfoque. Habrá motivos de consulta que requerirán un único enfoque, por ejemplo, el biomédico. Otras requerirán de mayor apertura de foco, de mayor número de movimientos de enfocar y desenfocar, de mayor o menor trabajo cognitivo y afectivo. Dependiendo de nuestro estado (mental, físico), de las condiciones

externas (volumen de pacientes, retraso, etc.) tendremos mayor o menor capacidad de hacer ese movimiento de enfocar y desenfocar. En ese caso, siempre podemos emplazar a la persona a un momento más propicio para poder realizar ese movimiento con mayor seguridad (donde dispongamos de más tiempo, de un mejor estado cognitivo –menos cansancio–, o cuando la persona que atendemos esté disponible a lo que supone abrir el foco a situaciones complejas, también).

Podríamos referirnos aquí al cansancio por complejidad o fatiga mental por complejidad, término relacionado con la teoría de la carga cognitiva. Según esta teoría, para cualquier tipo de tarea existirían tres tipos de factores que influyen en la carga percibida: intrínsecos (interpretar resultados clínicos de pruebas, comprender la terminología médica), superfluos (navegar por la interfaz, gestionar notificaciones) y pertinentes (sintetizar la información existente en la historia clínica, por ejemplo, y establecer un plan de acción) (17).

Los médicos de Atención Primaria se enfrentan a escenarios de alta complejidad clínica y social, pero también de alta demanda emocional (ante el sufrimiento de los demás) que los hace más susceptibles a una sobrecarga cognitiva y moral. Los sistemas informáticos actuales que dan soporte a la historia clínica favorecen esta sobrecarga al dificultar la búsqueda de información del paso del paciente por el sistema, junto con los múltiples contactos que una persona puede hacer a diferentes dispositivos del sistema sanitario para un mismo problema de salud, engrosando así la información a revisar e integrar.

En el caso del enfoque generalista, la función de enfocar y desenfocar puede contribuir a esa sobrecarga. A su vez, la sobrecarga vinculada a las condiciones laborales, interrupciones, interfaces de historia clínica poco ágiles, etc. puede hacer que la función se vea reducida o distorsionada.

Síntomas relacionados con esta sobrecarga cognitiva son la sensación de agotamiento, la falta de energía y de concentración, la dificultad para tomar decisiones. Cuando la sobrecarga cognitiva se sostiene en el tiempo, aparece el burn-

out, ese estado de agotamiento emocional y físico que pueden experimentar los profesionales y que puede conllevar a no encontrar sentido al trabajo que se realiza y a la desprofesionalización.

La pérdida del monopolio del primer contacto de la Atención Primaria (por la tensión/rotura de la accesibilidad y la longitudinalidad) y la condición de la demanda (que no se destruye, sino que se transforma y busca quien le dé respuesta) hacen que el trabajo de integración sea mucho más arduo (a más contactos con otros dispositivos, más cursos clínicos y orientaciones, más pruebas realizadas y más datos a revisar y a valorar como relevantes o no e integrar). En la Medicina de Familia, atender a la parte afectiva, relacional y social, añade mayor complejidad y carga al trabajo cognitivo.

El trabajo cognitivo que supone el enfoque generalista y en particular la función de enfocar y desenfocar es complejo y requiere de unas condiciones óptimas para ejercerlo con toda su potencia. La Atención Primaria es el nivel asistencial garante del enfoque generalista por lo que debería tener en cuenta qué significa ejercer un enfoque generalista, qué beneficios reporta para el paciente que lo recibe, para el profesional que lo ejerce y para el sistema sanitario en el que se realiza.

APRENDER A MOVER EL OBJETIVO

Dice Ronald M. Epstein que a una práctica consciente no se llega por un aprendizaje formal (teórico) sino a través de alguien que la guíe. De alguna forma, recuerda al aprendizaje socrático, a través de la generación de preguntas que promuevan la autorreflexión, en este caso, de la propia práctica y que movilicen el aprendizaje desde la experiencia de la propia práctica. ¿De qué forma, pues, podríamos guiar y promover esa función?

- Observando la consulta de otros y que otros observen la nuestra, para identificar diferentes etapas de la consulta (búsqueda inductiva, rutinas

gatillo, deducción) y la función de enfocar y desenfocar. Se promovería así la reflexividad sobre lo que hacemos y cómo lo hacemos. Hacernos preguntas los unos a los otros.

- Fortaleciendo nuestros conocimientos base (sobre todo la anamnesis y la exploración) y practicándolos, que es una manera de difundirlos y enseñarlos.
- Promoviendo espacios para compartir cómo hemos actuado ante casos clínicos complejos y qué decisiones hemos tomado y en base a qué, lo que puede entrenar nuestra capacidad de enfocar y desenfocar, al compartir, no solo lo que ha sucedido sino también cómo hemos llegado a construir lo que ha sucedido, qué escenarios nos hemos encontrado mientras lo construíamos, qué escenarios hemos desechado y por qué. Entrenar en explicitar nuestro razonamiento con otros y en observar el razonamiento de otros.
- Promoviendo la capacidad imaginativa. En una misma situación entrenarnos imaginando diferentes cursos de acción y posibles consecuencias, lo que ayudaría a mejorar la adaptabilidad y flexibilidad. La literatura puede ser una buena aliada para conseguir este objetivo.
- Encontrando espacios y grupos donde compartir inquietudes, cuestionar la propia práctica, el sistema que la sustenta, y desde donde se puedan pensar acciones sobre la organización, sobre las políticas, etc. para conseguir las condiciones necesarias para poder realizar la mejor práctica generalista.

FINAL

La capacidad de enfocar y desenfocar (en tiempo, conocimientos, sujetos y objetos, la persona, la enfermedad y su contexto, lo individual y lo poblacional, etc.) constituye una función específica del razonamiento clínico en la Medicina de Familia. La longitudinalidad y el vínculo afinan la función y permiten realizarla con mayor agilidad. Ese movimiento de enfoque y desenfoco es un movimiento de ida y vuelta, en el que la persona, su cuerpo y su narrativa sirven de toma de tierra. Este trabajo cognitivo y afectivo desarrollado a lo largo del tiempo puede generar fatiga. Requiere de unas condiciones de trabajo que permitan desplegarla y que sostengan y cuiden a los profesionales que desarrollan esa función. Tener una persona que guíe en el uso de esta función podría ser una forma de aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pozo JI. Aprendices y maestros. La psicología cognitiva del aprendizaje. Madrid: Alianza Editorial; 2006.
2. Festré A, Østbye S. Michael Polanyi on creativity in science. 2020. Disponible en: <https://shs.hal.science/halshs-03036841v1/document>
3. Epstein RM. Mindful Practice. JAMA. 1999;282(9):833-839.
4. Donner-Banzhoff N, Seidel J, Sikeler AM, et al. The Phenomenology of the Diagnostic Process: A Primary Care-Based Survey. Med Decis Making. 2017 Jan;37(1):27-34.
5. Schleifer R, Vannatta J. The Logic of Diagnosis: Peirce, Literary Narrative, and the History of Present Illness. J Med Philos. 2006;31(4):363-384.
6. Oliva-Fanlo B. Paseo por las corazonadas en Medicina de Familia y cáncer: una revisión narrativa. Rev Clin Med Fam. 2024;17(3):188-95.
7. Donner-Banzhoff N. Solving the Diagnostic Challenge: A Patient-Centered Approach. Ann Fam Med. 2018 Jul;16(4):353-358.

8. Mol A. The Body Multiple: Ontology in Medical Practice. Duke University Press, 2002. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/j.ctv1220nc1>.
9. Borrell-Carrió F, Peguero E. Pensamiento crítico: cognición educada para la práctica clínica. En: Gensollen M, Mosqueda JA, Sans A. La Medicina en vivo: cuestiones filosóficas sobre la salud y la enfermedad. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2024. pp. 111-138.
10. Neighbour R. The Inner Consultation: How to Develop an Effective and Intuitive Consulting Style, Second Edition. Londres: CRC Press; 2005.
11. Mol A. The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice (1st ed.). Routledge; 2008.
12. Sackett DL. The science of the art of the clinical examination. JAMA. 1992 May;267(19):2650-2.
13. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University Press; 1998.
14. Gabbay J, Le May A. Practice-based Evidence for Healthcare: Clinical Mindlines (1st ed.). Routledge; 2010.
15. Park S, Leedham-Green K, Cohen T. Chapter 1: What is generalism and why is it important? En: Park S, Leedham-Green K (eds). Generalism in Clinical Practice and Education. London: UCL Press; 2024.
16. Heath I. Divided we fail. Clin Med (Lond). 2011 Dec;11(6):576-86.
17. Asgari E, Kaur J, Nuredini G, et al. Impact of Electronic Health Record Use on Cognitive Load and Burnout Among Clinicians: Narrative Review. JMIR Med Inform. 2024 Apr 12;12:e55499.

Gemma Torrell Vallespín (a), Abel Jaime Novoa Jurado (b).

(a) Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Les Indianes. EAP Montcada i Reixac (Barcelona).

(b) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Unión. Área II de Salud. La Unión (Cartagena).

Cómo citar este artículo:

Torrell Vallespín G, Novoa Jurado AJ. Enfocar y desenfocar. Una propuesta. *Folia Humanística*, 2025; 5(2):1-30. Doi: <http://doi.org/10.30860/0124>.

© 2025 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

EL CINE COMO AULA EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD

López García-Franco A, Álvarez Herrero C.

Resumen: La medicina narrativa se erige como una herramienta diagnóstica y terapéutica en el acto clínico y una estrategia para profundizar en la relación con el paciente y con los discentes. La narrativa, vinculada habitualmente a la literatura y la escritura, encuentra en el cine un aliado insustituible. En el fondo, porque el cine nos aproxima a realidades que de otra manera serían difíciles de vivir; sentimientos como el de culpa, compasión o perdón afloran hasta la conmiseración. En la forma, porque el cine nos muestra de manera ejemplar aspectos de la comunicación difícilmente extraíbles en otras artes como son el paralenguaje y el lenguaje corporal (con su gestualidad, proxémica y quinesia). Todo ello favorece la discusión filosófica y la deliberación, tan necesarias en nuestra profesión. El cine nos permite aproximarnos a los diferentes dominios de la persona referidos a su identidad, su orientación o sus valores, todos ellos ligados a su intimidad. También nos permite analizar y reflexionar sobre procesos complejos como el de la muerte o el duelo, como la separación, el maltrato o la soledad. El séptimo arte se constituye en herramienta formativa y terapéutica sobre la que cimentar nuestros encuentros clínicos, proponiendo actitudes como la tolerancia y la comunicación no violenta, y desarrollando y ejercitando aspectos básicos de la entrevista motivacional, la escucha activa y la empatía... siempre la empatía. En este artículo proponemos películas virtuosas que nos acercan a estos contextos, realidades y emociones.

Palabras clave: *Medicina Narrativa, Cine, Salud.*

Abstract: CINEMA AS A CLASSROOM IN THE HEALTH SCIENCES

Narrative medicine stands as both a diagnostic and therapeutic tool in clinical practice, as well as a strategy to deepen the relationship with patients and students. Narrative, usually linked to literature and writing, finds an irreplaceable ally in cinema. Fundamentally, cinema brings us closer to realities that would otherwise be difficult to experience; feelings such as guilt, compassion and forgiveness surface to the point of commiseration. Formally, cinema exemplarily demonstrates aspects of communication that are difficult to convey through other arts, such as paralanguage and body language (with its gestures, proxemics and kinesics). All of this encourages philosophical discussion and deliberation, both of which are essential to our profession. Cinema allows us to approach the different domains of a person related to their identity, orientation and values, all of which are linked to their intimacy. It also allows us to analyse and reflect on complex processes such as death or grief, separation, abuse or loneliness. The seventh art becomes a formative and therapeutic tool upon which to build our clinical encounters, promoting attitudes such as tolerance and non-violent communication, and fostering core elements of motivational interviewing, active listening and empathy... always empathy. In this article, we propose virtuous films that bring us closer to these contexts, realities and emotions.

Key words: *Narrative Medicine, Cinema, Health.*

Artículo recibido: 13 junio 2025; aceptado: 9 julio 2025.

La última escena de “**Memorias de África**” ya nos sugiere esa realidad que nos trasciende más allá de la muerte de las personas queridas cuando la voz en off

de Karen Bixen (Meryl Streep) asevera que “*Hay una leona que todas las tardes se asienta sobre su tumba*”, la de su amante Denys Finch (Robert Redford): “*Tengo que contárselo*”, se dice Karen. Una constatación más de lo que la película de animación “Coco” nos propone: vivimos después de la muerte mientras haya gente que nos recuerde... ¿Verdad papá?

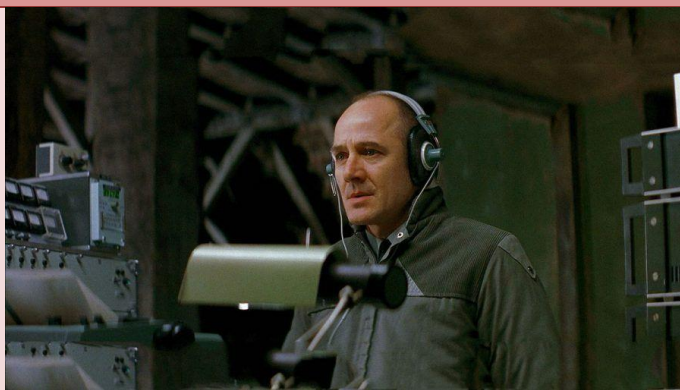
Los seres humanos somos historias que, a veces, distorsionamos por afán o por necesidad. Historias que nos entrelazan con nosotros mismos y con los otros: «*Nos contamos historias a nosotros mismos para poder vivir*», escribió Joan Didion. Somos relatos que nos marcan y nos guían. De ahí que para acercarnos a nuestros pacientes necesitamos valorar sus narraciones en su entorno biopsicosocial. Si fuera un coctel sería un buen chorro de empatía, siete u ocho gotas de compasión, un golpe de respeto y una rodaja de atención, reconocimiento picado hasta el borde y servir frío, aunque cálido; si fuera una píldora, sería literatura y cine, con lo que sumamos a lo biopsicosocial la visión ética y la espiritual (1).

Urge introducir en las aulas y en la práctica la medicina narrativa. Como ente y como simiente. En palabras del doctor William Osler: “*Se trata de saber qué tipo de enfermedad tiene el paciente, y qué tipo de paciente tiene la enfermedad*”.

EL CINE COMO AULA FILOSÓFICA Y NARRATIVA

El cine nos aproxima a realidades que, de otra manera, serían difíciles de vivir y convivir. No hace falta un bagaje cultural elevado (como en la filosofía), ni una sensibilidad especial (como en la poesía) ni una intuición de la abstracción (como en las matemáticas). El cine se mueve y nos mueve, y así nos sentimos concernidos y conmovidos, obrando como auténtico entrenador de la empatía, imprescindible para nuestro trabajo como clínicos y docentes. En la película “**La vida de los otros**” vemos qué difícil es permanecer ajeno al sufrimiento humano en la figura de un teniente de la Stasi (policía política comunista), condenado al oficio de “oyeur” escuchando las conversaciones privadas de un intelectual acusado de no ser afecto al régimen, tras

haber asaeteado de micrófonos las paredes de su apartamento (Figura 1). La acción se desarrolla en 1984 (¿qué opinaría George Orwell?) en el Berlín anterior a la caída del muro, en donde todo el mundo era sospechoso de ser delatado o delator. Nuestro espía (hasta la extenuación y hasta la conmiseración) llora al escuchar al dramaturgo espiado interpretar al piano “Sinfonía para un buen hombre”, la partitura que le regaló un buen amigo que, al no resistir la presión policial, se acaba de suicidar.

Figura 1**Fotograma de la película “La vida de los otros”.**

Esta película también trata de la compasión. La compasión de Hume y no la denostada por Spinoza, el filósofo de la alegría, para el que esta virtud con su componente de tristeza puede impedir las acciones juiciosas si no hay distancia terapéutica. Tampoco la compasión condenada por Nietzsche que, como todo valor cristiano (piensa el filósofo) condena al individuo a perpetuarse en su misma condición, sin autoafirmarse, obrando como coartada que mantiene la moral del sumiso y le perpetúa como esclavo. Tampoco es relevante para Hannah Arendt, más partidaria de la solidaridad, de la ideología de la dignidad más que la del amor. Para Hume la compasión es la raíz de todas las virtudes sociales (amabilidad, generosidad, amistad, gratitud y sociabilidad). ¿Podría ser innecesaria si hubiese justicia? No, dado que la justicia no siempre revierte injusticias; hay situaciones (dependencia, migración...) en las que se necesita compasión, por ser la justicia imperfecta e insuficiente para compensar la miseria, la soledad o la tristeza. La compasión es una mezcla de empatía y acción que pretende revertir injusticias. Como dice Victoria

Camps (2), la compasión puede tener efectos perjudiciales –como el del egoísmo del donante con su dosis de auto gratificación, de superioridad y de humillación ajena–, pero la pregunta sería si para suprimir sus perversiones hay que cargarse la compasión misma. La compasión *humeana* (empatía y acción) la demuestra nuestro espía alemán al hacerse cómplice de la persona a la que vigila, hasta el punto de arriesgarse al esconder la máquina de escribir del escritor (con la que éste realizó un comprometedor artículo contra el régimen) para que no la intercepten los militares de la Stasi. Y si vamos al cine clásico, nuestro admirado Atticus Finch en “**Matar a un ruiseñor**” nos da una soberana lección de empatía en la profunda conversación que mantiene con su hija Scout en ese porche de su jardín transmutado en academia platónica; también vemos su compasión cuando evita, en la puerta de la cárcel, el linchamiento de su cliente acusado injustamente de una violación, y cuyo único delito es el color (negro) de su piel.

El cine introduce un lenguaje propio en el que los silencios son tan importantes como los titubeos o las vacilaciones, y donde el lenguaje corporal nos dicta con precisión quirúrgica emociones y reacciones. Paralenguaje y lenguaje no verbal obran el milagro de transmitirnos emociones como sólo el cine sabe hacerlo, como se refleja en “**Her**”, que nos sitúa en la ciudad neoyorquina, en la que su protagonista se enamora de un sistema operativo (con la sensual y próxima voz de Scarlett Johansson) en una realidad de soledad y desamparo. Una sociedad cada vez más conectada, pero menos acompañada.

TEXTO, PRETEXTO Y CONTEXTO

El cine nos entrena en la disquisición filosófica. El acto médico es un acto hermenéutico^a en el que debemos dar significado a la realidad en toda su extensión, no sólo en el texto, sino en el contexto y en el pretexto.

^a Hans-Georg Gadamer es el representante del enfoque filosófico de la hermenéutica que consiste en interpretar el mundo como se interpreta un poema, de manera circular, glosando los versos, releándolo en su conjunto, valorando su momento histórico.

El primer plano nos acerca al texto: allí vemos el sufrimiento magnificado con unas lágrimas o contenido en un rictus de tensión; descubrimos la ternura, esa que nos desarma, y la risa, esa que nos reconcilia. En “**Horizontes de grandeza**”, la narración objetiva de los acontecimientos épicos (el héroe solitario dispuesto a luchar contra el pistolero que atemoriza a los campesinos) a través de los enfáticos primeros planos del rostro del niño, admirador de las proezas de su héroe, hace que descubramos que no se trata tanto de una revolución contra la injusticia, como de una revelación de la idea misma de justicia (3). Un elemento básico dentro de la kinésica son las expresiones faciales por su gran relevancia en la interacción con el otro, al ser rápidamente captadas por el interlocutor o el espectador. Las expresiones faciales, como el paralenguaje, manifiestan ante todo emociones comunes en todas las culturas (4).

El contexto lo apreciamos en los planos de fondo, con sus rutinas, y en los fuera de campo en los que vemos lo insinuado, y en donde el maestro Lubitsch sentaba cátedra. “**La zona de interés**” (película sobre la vida familiar del comandante del campo de concentración de Auschwitz, en su casa colindante al centro de exterminio), representa todo un tratado de lo sugerido. Con los travelling y planos secuencia descubrimos itinerarios, relaciones y emociones.

El pretexto lo encontramos en los *flashbacks* que nos vuelven al pasado (que, en realidad, nunca es pasado), en la escucha atenta, en las sinopsis que sugieren constructos y analogías. En este sentido podemos destacar la sinopsis más famosa de la historia del cine con ese hueso utilizado como arma, lanzado al aire por un simio y convertido en nave espacial en la película “**2001: Odisea en el espacio**”. En su escena final contemplamos el ciclo de la vida a través del protagonista, que se contempla a sí mismo anciano y moribundo, al mismo tiempo que aparece la gestación de un embrión/feto en un universo estrellado a modo de útero materno. Para el filósofo Eugenio Trías representa la consecución de las metamorfosis que enuncia Nietzsche en su libro “Así habló Zaratustra” (Kubrick utiliza en su banda sonora la sinfonía de

Richard Strauss del mismo nombre) y constituye la advocación *zaratustraniana* de un Nietzsche revisitado (5).

El cine se convierte en auténtica aula de filosofía, trasunto del mundo de sombras del mito de la caverna platónico, tan bien explicado en **“Matrix”**, donde los seres humanos viven una falsa existencia mientras que en la vida real están conectados por sondas que les alimentan y cables que extraen la energía que nutre a las máquinas. La película **“El show de Truman”** da un giro de tuerca al mito de la caverna: su protagonista vive en un mundo imaginario, ignorante del engaño al que se ve sometido, ya que su vida está siendo filmada en directo. Su familia y allegados son sólo actores. Aquí el personaje no ve las sombras de la realidad, sino que es la realidad la que le ve y le vigila (6).

Los conceptos de “eterno retorno” o de “amor fati” de Nietzsche aparecen, respectivamente, en las películas **“El día de la marmota”** y **“Qué bello es vivir”**. Aquí, su última escena nos invita a considerar qué habría sido de la vida de los que nos rodean si no hubiésemos existido. Nietzsche nos invita a transformar todo “fue” en un “así lo quise” y dar un sí a nuestra vida en un grado de aceptación pulsional, vital, alegre y exuberante. La magia del cine nos permite filosofar gracias a ese ángel que aspira a conseguir sus alas por su mediación evitando el suicidio de un James Stewart desesperado y falto de reconocimiento. Ese espíritu angélico, de nombre Clarence que, junto al de **“El cielo sobre Berlín”**, nos traen ángeles alados a diferencia de otros que deciden serlo sin sacralidad. Como la Amélie Poulain de **“Amélie”**, el Willem Dafoe en **“The Florida Project”** (encarnando al responsable de mantenimiento de los miserables moteles que rodean al parque temático de Disney World, en los que malviven familias monoparentales con niños extraviados de todo límite), o la asistente Cleo de la película **“Roma”**, tan atenta a todo lo que ocurre a la familia. Todos ellos se constituyen en los ángeles que guardan y protegen las infancias destartaladas de los niños a los que cuidan. Constituyen la nómina de los ángeles de cine.

FINAL DE VIDA

De metafísica hablamos cuando tratamos de la muerte. Desde el punto de vista de *los que van a morir*, la lectura de “La muerte de Iván Illich” de Tolstoi nos brinda momentos de análisis y reflexión, pero el cine nos ofrece igualmente oportunidades para acercarnos a esa temática: “**La vida sin mí**”, “**Truman**” o “**Las invasiones bárbaras**” son magníficos ejemplos (7). En “**La vida sin mí**”, la joven protagonista, diagnosticada de un cáncer terminal, se dedica en el tiempo que le queda a ocuparse de asuntos trascendentes para cuando ella no esté (buscarle pareja al desastre de su marido, redactar las 18 cartas destinadas a los 18 próximos cumpleaños de su bebé...) y a satisfacer los deseos más inmediatos que la ligen arrebatadoramente con la vida (como tener una pasión amorosa). En “**Truman**”, Ricardo Darín se emplea en las cuestiones pendientes, entre otras, la de buscar a quien cuide de su perro tras su muerte. “**Las invasiones bárbaras**” habla de la buena muerte en un momento en el que, en Canadá, no existía la eutanasia. Al protagonista ya nos lo presentó el director de la película, Denys Arcand, 20 años antes en su precursora “**El declive del imperio americano**”, donde descubrimos a un profesor universitario de la “gauche divine”, izquierdista, intelectual, hedonista y mujeriego (su esposa descubre que la engaña con una amiga y se separan). Veinte años más tarde (“Las invasiones bárbaras”) le diagnostican un cáncer terminal y su exmujer acude en su ayuda para cuidarlo. Esta convence a su hijo (un bróker separado de su padre por problemas ideológicos) de que regrese para visitar al padre. El hijo atiende a su llamada y, a fuerza de empeño y talonario, resuelve las carencias del sistema sanitario (entre otras, contratando a una drogadicta para que administre la morfina al paciente), y también logra reunir a todos los amigos de su padre para acompañarle y ayudarle a completar el relato de su vida. En estas películas de contenido existencial, el viaje hacia la *ausencia* se enfatiza por la importancia que el paciente concede a su necesidad de participar en todo su proceso y, sobre todo, a su urgente requerimiento de acompañamiento emocional. A todas estas circunstancias se suma –como destaca la doctora Heath (8) en su libro “Ayudar a morir”– la dignidad. La coherencia, la dignidad y el significado del relato de una vida, permiten a la persona morir con sentido

de realización, lo cual proporciona consuelo a los familiares en un acto de catarsis colectiva. Permitir que fluyan sentimientos de arrepentimiento, remordimiento y perdón, ayuda a configurar el proceso, en un ejercicio de memoria y, también, de imaginación. Evocamos un pasado que distorsionamos, y un futuro que nos trasciende en las personas que amamos (como se evidencia en las películas “Memorias de África” y “Coco”).

Siguiendo en el terreno de la espiritualidad, otro enfoque a la hora de hablar de la muerte es el de los allegados de la persona muerta que tienen que superar las distintas fases del duelo hasta la aceptación y la adaptación a la nueva realidad. “**Despedidas**” (Figura 2) analiza la importancia de los rituales de despedida (9).

Figura 2**Fotograma de la película “Despedidas” (Okuribito).**

El protagonista, un violonchelista transmutado en amortajador al disolverse la orquesta en la que trabajaba, vive su nueva profesión con vergüenza, hasta que capta el enorme significado personal, social y simbólico que los seres humanos, de todas las culturas y épocas, concedemos a los ritos del adiós (7).

UNA EXCUSA PARA DELIBERAR

Si pasamos de la metafísica a la ética, vemos la potencia del cine para alimentar el debate ético. En la película “**En un mundo mejor**” se plantea la pregunta kantiana de cómo es posible que la razón pura sea práctica, cómo realizar ese salto

enorme entre la teoría –“lo que debemos hacer”– y su realización –“lo que de veras hacemos”–. La respuesta que se deduce de esta película es que los principios morales, por encima de la razón, deben ejecutarse. El protagonista, un médico danés que trabaja de cooperante, se enfrenta a dos tipos de violencia: una descarnada en África y otra más sutil en su país. Así, es capaz de permitir que linchen al sádico jefe de una tribu, violador, torturador y asesino y, al mismo tiempo, dejarse pegar por un matón de barrio en su ciudad, con tal de demostrar a sus hijos lo absurdo de la violencia. Como decía Aristóteles, las virtudes no se enseñan, sino que se transmiten y se aprenden con su práctica, el esfuerzo y el ejemplo. Los valores son trascendentes (dan sentido a la vida), no siempre universales (en EE.UU. los principios de justicia y autonomía no son prioritarios), históricos (en la virtuosa Grecia clásica, la esclavitud estaba permitida) y, por supuesto, jerárquicos. Como dice Diego Gracia, los valores se priorizan mediante el proceso deliberativo (10).

En nuestra experiencia con más de 50 cinefóruns realizados en ámbitos profesionales o con la población general, estos se constituyen como una auténtica aula de deliberación. Es especialmente provechosa la visión compartida de la película y su análisis posterior, todavía con la lágrima en la pestaña o con la sonrisa en los labios, para llevar a cabo este irremplazable proceso deliberativo. Apoyados en textos filosóficos y psicológicos (11,12,13), realizamos un análisis argumental conjunto (temas tratados, ideas fuerza) así como la exploración compartida de los sentimientos evocados. Los valores expuestos en la película son examinados, comentados y jerarquizados. Una clave para el éxito de la experiencia radica en la buena selección de una película “buena”, orientada al público al que va dirigida, y en la adecuada moderación del coloquio primando el diálogo profundo y respetuoso. Tras el conversatorio, los moderadores cerramos la sesión con una disertación sobre la idea fuerza principal de la película.

La gran película de valores y dilemas éticos es “**Las normas de la casa de la sidra**”, cuya acción se desarrolla durante la Segunda Guerra Mundial en el estado de Maine, el último estado de EE.UU. donde se legalizó el aborto. El doctor Larch ejerce

en ese orfanato donde las mujeres acceden para abortar o dejar un huérfano. El médico prima la compasión por encima de las normas, y la siembra de la autoestima; todas las noches se despidе de sus huérfanos con la letanía: “*Buenas noches príncipes de Maine, reyes de Nueva Inglaterra*” (13).

Entre las películas de valores analizadas en nuestro libro “Divisible por ti” (7) se encuentran: “**Hannah Arendt**”, en la que se nos muestra cómo por muy banal que sea el origen del mal, sus consecuencias son funestas; “**El jardinero fiel**”, que permite deliberar sobre la ética en la industria farmacéutica (tantas veces profanada en la investigación y en la práctica); y “**La bicicleta verde**” (Figura 3), donde se persevera en el valor de la voluntad y la ilusión por alcanzar proyectos (poseer una bicicleta) (14) con esta niña, marginada por su condición de mujer en una escuela coránica. Sobre el pesimismo de la razón, el optimismo de la voluntad.

Figura 3

Fotograma de la película “La bicicleta verde”.



El debate filosófico sobre los valores enfrentados se presenta por ejemplo en la película “**Matrix**”, cuando se hacen incompatibles la verdad y la felicidad. En esta cinta el conflicto surge del hecho de que el mundo irreal es más agradable que la desolada realidad. ¿Preferimos la ignorancia?

En su libro “De Blancanieves a Kurosawa”, Javier Ocaña propone el cine como instrumento de adquisición de valores en la infancia, estableciendo una guía de películas en función de la edad (15). La película “**Capitanes intrépidos**” supone una acertadísima elección para niños y adultos, al anteponer la amistad y la solidaridad sobre el dinero y el poder. Esto lo descubre un niño consentido y despótico que encuentra el auténtico sentido de la vida gracias a compartir sus días con los pescadores del barco que le rescata tras caer de un trasatlántico de lujo. La canción que le canta Manuel (el pescador portugués interpretado por Spencer Tracy) es una bonita nana para incitar al sueño a nuestros hijos: “*Ay mi pescadito deja de llorar, ay mi pescadito no llores tú más...*”.

En su libro “Cineclub” (16), el crítico de cine canadiense David Gilmour describe la utilización del cine como diagnóstico y como terapia; propone a su hijo adolescente Jesse (fracaso escolar, desinterés por todo) que haga lo que quiera, pero con el compromiso de ver tres películas a la semana...y comentarlas. Empieza con “**Los cuatrocientos golpes**”, la historia del rebelde Antoine Doinel, trasunto de Truffaut, que nos interpela con esa mirada que rompe la cuarta pared.

EL CINE PARA ACERCARNOS A LA PERSONA

En este acercamiento al individuo, muchas son las pulsiones que se nos arremolinan (la culpa, la ira, el remordimiento), las pasiones que nos inundan (el amor, el apego, el duelo), las emociones que nos desbordan (alegría, tristeza) y las situaciones por las que atravesamos (maltrato, burnout). Para Rita Charon –directora del Programa de Medicina Narrativa en la Facultad de Medicina de la Universidad de Columbia– (17), lo que favorece la desconexión entre el paciente y el médico no se debe tanto a la muerte como a la relación que se tiene con ella, no es tanto la enfermedad como su contexto y las creencias sobre su causalidad; no es tanto el revelar los aspectos íntimos, sino la vergüenza, la culpa y el miedo que sienten cuando

penetramos en su intimidad. El cine supone una herramienta facilitadora para trabajar estas situaciones y profundizar en la comunicación.

SOBRE LA COMUNICACIÓN COMPLEJA

La comunicación puede ser el elemento esencial en la trama (como, por ejemplo, en la mencionada “**Her**”) y si hablamos de comunicación compleja conviene destacar la película “**La llegada**”. La aparición de unas naves extraterrestres obliga a los gobiernos planetarios a intentar comunicarse entre ellos y con ellas. Para ello se sirven de una lingüista (¿es el lenguaje órgano u organismo?) (Figura 4) y un físico con la convicción de que, como el universo habla el lenguaje de las matemáticas, los habitantes de las naves misteriosas deben saber álgebra. Así descubren el idioma de los heptápodos, que se aleja de una estructura lingüística simple (obra como organismo) y permite “abrir el tiempo” para explorar diferentes dimensiones de la vida en una temporalidad circular.

Figura 4

Fotograma de la película “La llegada”.



De comunicación compleja también trata “**La familia Béliet**”, en la que la única miembro no sorda de una familia de granjeros es la hija que, como toda adolescente, se debate en el anhelo de autonomía (con la dificultad de la asunción de responsabilidades al ser la persona que se relaciona con los proveedores y clientes

de la granja) y su necesidad de comprensión (cuando su vocación es el canto que su familia no puede oír). Entre el abandono y la necesidad de validación por parte de sus iguales, tenemos la cinta española **“Besos de gato”**: un padre de familia se aventura a buscar a su hija a través de la noche madrileña, iniciando su búsqueda homérica en un intento de recuperarla. En su recorrido trabado por polifemos, circes, calipsos y sirenas descubrirá que el regreso a Ítaca no resulta posible cuando la comunicación con la joven se ha desarrollado “ya demasiado tarde”. Idéntica necesidad vemos en **“Close”**, en la que dos chicos adolescentes viven una amistad sincera y desprejuiciada, sospechosa de homosexualidad para sus compañeros de clase; por esa necesidad de validación, uno de los amigos se separa intencionadamente, rehuyendo lo no normativo respecto al tipo de masculinidad impuesta; el otro se topa con la soledad no deseada (hasta un 20% de los adolescentes la padecen en esta sociedad tan conectada, tan poco acompañada) y encuentra en el suicidio su último recurso.

Hablar de infancias es hablar de cine de aulas. **“Profesor Lazhar”** habla de duelos y de aulas: el duelo de una clase de primaria cuando, tras el recreo, descubre que su profesora se ha suicidado ahorcándose en la misma aula (tras una falsa acusación de abusos); y el duelo migratorio en la figura de ese maestro argelino, que todavía no ha arreglado los papeles y es contratado como sustituto. Aquí, nuestro profesor pretende incorporar la emoción en la clase, como ya lo intentará Robin Williams en **“El club de los poetas muertos”** en una exclusiva escuela americana, con la estrategia de “Oh capitán, mi capitán” y con la intención de seguir el mensaje kantiano de guiar las enseñanzas promocionando la autonomía, la libertad y la independencia (18). Con una vocación holística, estos maestros –como los Médicos y Enfermeras de Familia– pretenden trabajar el conflicto en el aula, pero la dirección del colegio del profesor Lazhar decide que éste se limite a enseñar y no a formar y que los niños tendrán atención psicológica aparte. Un colegio sin educación *narrativa* donde ni se permite hablar de conflictos, ni expresar sentimientos. Un colegio de niños huérfanos de abrazos. Tras plantear el conflicto en clase, el profesor es expulsado; éste suplica a la directora que le permitan despedirse de la clase para no ahondar en

otro duelo y, para este adiós, Lazhar lee a los niños una redacción escrita por él mismo que versa sobre crisálidas, la fase intermedia entre el gusano y la mariposa como metáfora del aprendizaje en busca de conocimiento. La misma metáfora que emplea José Luis Cuerda en **“La lengua de las mariposas”**, lepidópteros que desenrollan su lengua cuando encuentran el polen... o la sabiduría. Una película *oxitocínica* a juzgar por ese memorable abrazo (Figura 5) con el que el profesor Bashir Lazhar se despide de una pequeña alumna que se ha sentido sola y sólo acompañada por él en ese duelo infantil (la oxitocina es la hormona del apego que se incrementa cuando un abrazo dura más de 8 segundos). Una de las ideas fuerza de **“Profesor Lazhar”** es el miedo a hablar de la muerte en la infancia. Los preadolescentes comprenden su significado, lo que implica (irreversible, universal y fin de las funciones vitales), les produce inquietud, pero desean participar en ritos funerarios (19).

Figura 5

Fotograma de la película “Profesor Lazhar”.



SOBRE LA IDENTIDAD

A la hora de acercarnos al individuo interesa profundizar sobre la intimidad. Esto nos sitúa en el terreno de los deseos, de los anhelos e, indefectiblemente, del sexo. De la identidad sexual (lo que soy) y de la orientación sexual (lo que deseo). **“Girl”**, del mismo director que **“Close”**, trata de un adolescente que estudia danza y que lucha para que se produzca el milagro del cambio de sexo y convertirse en

bailarina: la identidad no es coincidente con su cuerpo biológico. Si hablamos del deseo (la orientación sexual) hablamos del cine dopaminérgico (la dopamina, considerada hormona del placer, lo es aún más del deseo; la dopamina vive del futuro, del proyecto que, cuando logramos, apaga al anhelo; es motor y no meta). **“Brokeback Mountain”** constituye un arrebatador alegato de la pasión amorosa homosexual de dos vaqueros que viven en la homófoba sociedad de la América profunda, fértil para el cereal y estéril para el amor. Como **“Carol”**, **“La vida de Adèle”**, **“Retrato de una mujer en llamas”** (las tres con relaciones lésbicas) o **“Desconocidos”**, en estas historias de amor homosexual se esconde la incomprensión, el miedo a la reprobación social (cuando no violencia), el desamparo y, por supuesto, el deseo.

En el campo filosófico, de la mano de los deseos pasamos de la academia platónica al jardín epicúreo. **“ONCE”** nos habla del amor eros con Glen, un cantante y compositor callejero que conoce a Marketa, una música emigrante sin papeles, por la que se siente atraído; juntos comienzan a componer e interpretar canciones. Entre ellos surge la llama de una relación amorosa imposible y una relación amistosa de ayuda (amor philia) en la difícil situación de ambos. Películas igualmente dopaminérgicas de amor heterosexual son **“Orgullo y Prejuicio”** y la trilogía de Richard Linklater que constituye un tratado: **“Antes del amanecer”**, **“Antes del atardecer”** y **“Antes del anochecer”**.

Si hablamos del amor materno filial, **“Café de Flore”** trata de las segundas víctimas en la piel de un niño con síndrome de Down sobre el que su madre mantiene expectativas poco realistas. **“Hace mucho que te quiero”** nos habla de una madre (médico) que ingresa en prisión tras realizar una eutanasia a su hijo aquejado de un cáncer terminal y que, tras cumplir su condena, es acogida por una hermana recelosa (**“No la dejes con las niñas”**, le advierte a ésta su marido). En esta película, cuyas ideas fuerza son la culpa y el amor fraternal, descubrimos que para que se produzca el perdón, antes es preciso perdonarse a uno mismo (7).

EJERCITAR LA EMPATÍA

Como clínicos debemos potenciar la empatía, las habilidades de escucha atenta y el enfoque centrado en la persona. **“La vida de los otros”** y **“El hijo del otro”** son películas que nos hablan de empatía. El conflicto de esta última surge cuando una médica israelí descubre, a raíz de los análisis que le hacen a su hijo que desea alistarse en el ejército, que no es su hijo biológico. Un bombardeo en la planta de maternidad, producido 18 años antes, obligó a llevar a los recién nacidos a una habitación protegida, y en el posterior reparto de niños se produjo la confusión: a la familia israelí le dieron el bebé palestino y viceversa. A partir del descubrimiento se manifiesta la importancia de un genotipo, hasta ese momento apagado, que pugna contra el fenotipo apegado: los padres sienten que han perdido un hijo, las madres que lo han ganado (Figura 6). Una metáfora de la empatía y una alegoría contra las identidades excluyentes.

Figura 6

Fotograma de la película **“El hijo del otro”**.



En cuanto a la escucha activa, cualidad inherente en la consulta, dos cintas constituyen una oda a la atención atenta. **“El abrazo de la serpiente”** es una película spinoziniana que, con la idea de Dios/naturaleza, descubre el valor de escuchar a un ecosistema tan benéfico como hostil. Su protagonista Karamakate, un nativo amazónico, nos conduce en un viaje iniciático a la búsqueda de uno mismo y del propio conocimiento a través del cuidado de un entorno cada vez más degradado y del conflicto con aquellos que pretenden esquilmarlo. Por otro lado, **“Smoke”**, en la que el estanquero (Harvey Keitel) cada día, a la misma hora, hace la misma foto en la

misma esquina de su comercio. Una fotografía que, si te fijas, resulta siempre diferente porque distintas son las personas (y sus gestos y posturas), la luz del día y los anhelos. ¿Un estanco como centro comunitario de reunión?

Si la empatía es la clave, la entrevista motivacional es la estrategia. De eso habla **“Un puente hacia Terabithia”**, de eso y de muchas más cosas. Una cinta que –como el libro de “El principito”– tiene apariencia infantil y un sentido profundo. Nuestro protagonista Jess es un joven de 12 años en fase de precontemplación, permanentemente regañado con su familia y su entorno, y que sólo alberga tres emociones: el enamoramiento por su profesora, el amor por el dibujo y el desconcierto ante Leslie, la nueva alumna que tanto le descoloca y que siempre está allí. Leslie supone el verdadero motor del proceso de cambio pues –a base de cordialidad, empatía y ausencia de enjuiciamiento– establece un vínculo de calidad con Jess, que es capaz de recuperar la suficiente confianza en sí mismo como para salir de la parálisis que le arrastraba (20). Película que trata del bullying, la relación entre iguales, la culpa, el duelo y, sobre todo, de cómo llegar desde la fase precontemplativa a la de acción con tan solo (¿tan solo?) una mirada, una sonrisa... y un chicle (Figura 7).

Figura 7

Fotograma de la película “Un puente hacia Terabithia”.



El cine profundiza en la relación, siempre asimétrica, entre profesional sanitario y paciente; asimétrica, pero no por ello jerarquizada si aspiramos a la toma de decisiones compartida. Compartida con respeto, como en **“El cartero de Neruda”**,

que muestra la relación que se va estableciendo entre el poeta, durante su exilio en la pequeña isla italiana de Ischia, y un joven pescador prácticamente analfabeto convertido en el cartero, en *il postino*. Su vínculo se fortalece recurriendo a las metáforas con las que Neruda alecciona a su cartero que, aunque no sabe qué es lo que son éstas, sí sabe lo que es el ansia de su belleza (*“La poesía es de quien la necesita”*). Una invitación a la utilización de las metáforas en nuestra práctica diaria.

MÁS ALLÁ DE LO NORMATIVO EN LA SALUD MENTAL

En esa atención al paciente encontramos tantas lindes como personalidades y situaciones. Las que separan lo normal de lo peculiar, las que confunden lo normativo con lo inusual; las que intentan discernir la tenue línea que separa lo racional de la locura. El mundo de la enfermedad mental ha sido llevado al cine con diferentes intenciones. Unas veces plasmando la complejidad del mundo del loco (**“Una mente maravillosa”, “Spider”, “Donnie Darko”**); otras con visión crítica, denunciando las tropelías que se hacían en las instituciones manicomiales (**“Alguien voló sobre el nido del cuco”, “La mejor juventud”**); o la inconsistencia de determinados tratamientos dirigidos no “para” sino “contra” el paciente (**“De repente el último verano”**); o analizando la enfermedad mental y sus abismos (**“Lilith”, “Inocencia interrumpida”**). Enfoques críticos, como los del director Ken Loach, nos ayudan a discernir lo que puede ser una alteración de la razón de lo que es una desviación de la norma cultural. En **“Family Life”** (1972) se describe la realidad psicodélica del amor libre, las drogas y la posición contestataria a la moralidad vigente de una joven de 19 años que, en la década de los 70, es obligada por sus padres a interrumpir su embarazo; la disonancia entre su comportamiento y las rígidas normas de su conservadora familia es resuelta recurriendo a un pseudodiagnóstico psiquiátrico y a su reclusión en un frenopático. **“Locas de alegría”** nos permite diferenciar lo que son las taxonomías diagnósticas y lo que en verdad le ocurre al loco; conocemos a Donatella, cuyo juicio clínico es una severa alteración mental tratada con promacina, diazepam, clorazepam y citalopram; lo que en verdad le sucede es la

necesidad de ver al hijo a quien, siendo un bebé abrazó y sumergió en el mar para protegerlo. La reconciliación consigo misma aparece como la preciosa imagen final que transcurre en su huida del manicomio: por fin, sin descubrir su identidad, contacta con el niño de 8 años, en una playa con ese azul del mar asesino (7). Para Fernando Colina Pérez y Laura Martín López-Andrade (21), la práctica discursiva se sustenta en las necesidades de las personas, cambiando el *qué tiene* (DSM V) por el *qué le pasa*.

El cine obra como elemento divulgativo cuando muchas personas se percatan de sus dolencias al ver determinadas películas (el trastorno obsesivo compulsivo con **“Mejor imposible”**; el trastorno límite de la personalidad con **“Herida”**...). La depresión y sus consecuencias (el suicidio, el aislamiento social) ha sido profusamente analizada y diseccionada en el cine. Sobre el suicidio versa **“Las horas”**, que expone la vida de tres mujeres relacionadas con la novela de Virginia Woolf, **“La señora Dalloway”**. La primera de ellas es la propia Virginia Woolf (Nicole Kidman) en pleno proceso de desesperación/locura/suicidio en el año 1923; la segunda discurre en 1953, donde Julianne Moore realiza un infructuoso intento de suicidio en un ritual de pastillas y soledad de habitación de hotel, con el libro de **“La señora Dalloway”** en la mesilla; la tercera, representada por Meryl Streep en el año 2001, es un trasunto de la propia señora Dalloway, que organiza una fiesta con la contingencia del suicidio del homenajeado. Tres mujeres dan la unidad al relato: la que lo escribe, la que lo lee y la que lo vive. Otra cinta descarnada sobre suicidio es **“Oslo, 31 de agosto”**, donde la drogadicción y la soledad se abaten sobre el protagonista, y en la que se intuye que el diálogo atento y auténtico es el arma más eficaz contra la autolisis. Esta película evidencia que el suicidio no es una enfermedad, sino una conducta; que el suicida no desprecia la vida, sino el sufrimiento. Siete de cada diez personas que mueren por suicidio no pensaban quitarse la vida una hora antes del desenlace (22).

En nuestro libro **“Divisible por ti”** (7) desgranamos minuciosamente dos películas sobre la locura: **“Leolo”** –donde el pequeño protagonista, miembro de una familia severamente disfuncional intenta, sin conseguirlo, huir del destino que se le

augura a base de inventarse mundos irreales y a través de la poesía (“*Porque lo sueño, no lo estoy*”)– y “**Lars y una chica de verdad**”, en la que a modo de metáfora –y parafraseando a Foucault, que sostenía que la locura es un constructo social– se presenta el abordaje comunitario como terapia. La comunidad y una impagable Médico de Familia que atiende a la muñeca hinchable que Lars se ha echado por novia sostienen a este retraído, tímido y acomplejado personaje representado por Ryan Gosling (Figura 8).

Figura 8**Fotograma de la película “Lars y una chica de verdad”.**

LA OPRESIÓN

En este acercamiento a la persona y, como diría Ortega y Gasset, a sus circunstancias, no podemos obviar las situaciones de desigualdad y marginación. Ya hemos hablado de “**La bicicleta verde**”, referida a la situación de la mujer en la cultura musulmana, reflejando el sin sentido de su discriminación; incluso la directora del film (la primera mujer que dirige una película en Arabia Saudí) tuvo que rodar con la prohibición de su gobierno, y muchas de las escenas fueron grabadas a escondidas desde una furgoneta. La bicicleta representa el objeto/símbolo de los deseos de libertad de Wadjda y de sus proyectos (los grandes *por qué* de nuestras acciones) (14), a la que la rigidez coránica oprime. Otra película en la que se aprecia la discriminación de la mujer es “**Cafarnaúm**”, donde un niño, en representación también de su hermana, lleva a los tribunales a sus padres por el *crimen* de haberlos dado la

vida. De la misma directora son las películas “**Adam**” y “**El caftán azul**”, cuyo común denominador es la delicada exaltación del trabajo manual representada en el hacer de una panadera “amasando sosegadamente la masa con cariño” y en el trabajo tradicional, hebra a hebra, pulso a pulso, de esos caftanes que cubrirán el cuerpo de las mujeres. En ambas cintas se aprecia la marginación de la mujer marroquí y su dedicación a ese trabajo exquisito como cuidadora, en especial en la película del caftán azul donde la pareja vive con el secreto de la homosexualidad del marido: una película que destila amores (dopaminérgicos y oxitocínicos). “**Mustang**” trata de cinco hermanas sometidas al puritanismo coránico que pretende aprisionarlas mientras ellas exhiben su optimismo como defensa y su risa como bandera. Su encierro, con consecuencias nefastas, se precipita cuando, para celebrar el final de curso escolar, chicos y chicas se ponen a jugar en la playa. Su ingenuidad en esa pelea acuática es vista por los vecinos como inmoral; sus adolescentes cuerpos mojados (sólo los de ellas, claro) son interpretados como concupiscentes y pecaminosos por los guardianes de una extraña virtud. La maldad no está en el acto, sino en la mirada de los necios.

La mujer ostenta un papel secundario en las religiones. La sumisión y el sometimiento repercuten negativamente en el binomio salud-enfermedad, sobre todo en aspectos tan luctuosos como la violencia de género, física o psicológica. En las religiones monoteístas se las ha denigrado (véase su exclusión en los cónclaves religiosos de la iglesia católica y judía, y en su papel social marginal en la musulmana) y asociado con la tentación y la maldad (en la cultura judeocristiana es Eva quien tienta al *inocente* Adán). En las religiones politeístas el estigma de la maldad quizás está menos marcado. En la mitología griega, los dioses se vengan de Prometeo por haberles quitado el fuego y haberlo repartido entre los hombres; por ello facilitan el encuentro entre Pandora y Epimeteo (hermano de Prometeo). La característica de Pandora no era la maldad (como Eva), sino la curiosidad (una de las 24 fortalezas psicológicas humanas) por la que abre la caja de todos los males, mal llamada *caja de pandora*; allí se ubica toda la infamia, aunque la base alberga la esperanza, esa tan necesaria en la relación con el doliente. En el hinduismo, prácticas como el purdah

(reclusión) o las leyes de Manu contienen pasajes muy restrictivos para las mujeres (véase la película “**Agua**”).

Películas en las que se aprecia el papel de la mujer en la España franquista son “**Calle Mayor**” y “**El mundo sigue**”, en las que se describe cómo el aburrimiento puede ser una fuente de maldad en aquellas sociedades hipócritas, hastiadas y discriminatorias (6). Si hablamos de violencia de género, “**Te doy mis ojos**” retrata con realismo y crudeza las fases del ciclo de violencia: la de tensión en la que la protagonista desarrolla conductas de evitación para evitar conflictos, la de explosión masculina con una agresividad casi siempre sin previo aviso, y la de luna de miel, en la que el agresor plantea propósitos de enmienda que el tiempo demostrará que carecen de veracidad (7).

LAS ETAPAS VITALES

Cuando nos acercamos a las etapas vitales de las personas, indefectiblemente nos encontramos con la vejez y la dependencia. El protagonista de “**Lucky**”, un vaquero casi centenario que vive en un pueblo de Tejas, nos sorprende por su hondura filosófica, su coherencia y su intento de mantenerse autónomo. Tras la visita al médico (le dice que su desmayo obedece a la edad), camina al pub en el que se reúne con sus amigos y asevera: “*Todo desaparecerá... y no hay nadie al mando*”. “¿Y cómo nos lo tomamos?” le pregunta un amigo. “*Sonriendo*” responde Lucky. Cuando la cajera del comercio en el que compra le visita (hace días que no aparece por la tienda), Lucky le dice: “*¿Te digo un secreto que no dirás a nadie?; tengo miedo*”. “*Lo sé*” responde ella con tanta sabiduría como empatía.

EL DESGASTE PROFESIONAL

Si hablamos de etapas profesionales, encontramos (sobre todo entre los Médicos de Familia) el síndrome de Burnout. Hay dos películas que nos dan claves

para su análisis: “**NO estoy hecho para ser amado**” y “**The visitor**”, con el común denominador de mostrar el arte como terapia (en un caso, una sala de baile; en el otro, un instrumento musical): en ambas, sus protagonistas encuentran alivio en el amor.

En “**NO estoy hecho para ser amado**”, un abogado con una aburrida vida familiar y laboral –que no se siente merecedor del afecto de nadie, básicamente porque él mismo no se quiere– se apunta a la academia de baile que tiene enfrente de su despacho descubriendo en el acompasamiento del lenguaje corporal lo que no se atreve a pronunciar y lo que las palabras esconden (23). Película de encuentros titubeantes, con silencios embarazosos y pasos mal dados, hasta que descubre en un espacio común su necesidad de amar y ser amado. El lenguaje corporal tan elocuente en su proxémica (en el baile se pasa de la distancia social a la íntima) y en su quinesia de gestos adaptadores que denotan estados anímicos, ilustradores que aluden al tipo de personalidad, y emblemáticos que acompañan aseveraciones, incertidumbres o vacilaciones.

En “**The visitor**” conocemos a un profesor universitario de Connecticut obligado a acudir a un congreso en Nueva York, donde debe exponer un estudio en el que figura como autor sin haber participado. Cuando llega a su apartamento en Nueva York descubre que éste ha sido ocupado por unos inmigrantes sin papeles. La película muestra el viaje interior de este hastiado profesor cuyo contacto con *el otro* deriva en un compromiso ético con uno de los ocupantes furtivos, que intenta resolver su difícil situación, y en un acercamiento a la música (el joven inmigrante le enseña a tocar los bongos), que le hacen encontrar un nuevo sentido a su vida. Sabemos que la formación en entrevista clínica y la práctica reflexiva (a la que tanto puede ayudar el cine) mejoran la actividad asistencial de los profesionales, su satisfacción y el adecuado afrontamiento de los inevitables errores clínicos (el *biennerrar*, neologismo acuñado por el Dr. Victor Afán de Rivera), además de tener un efecto preventivo en la aparición de burnout (24).

EL CINE PARA APROXIMARNOS A LOS ENTORNOS

Que los entornos nos marcan es una realidad difícilmente cuestionable. La familia determina, con la precisión de esos corifeos griegos, gran parte de nuestro destino con una intensa capacidad para salvarnos o condenarnos. La familia constituye un paradigma de la teoría general de sistemas –concebida por Ludwig Von Bertalanffy–, en la que se establece como finalidad de éstos la de conservar su identidad; por ello, prevalece la tendencia a mantener el *statu quo* y, en ese sentido, a perpetuar los “roles” asignados a cada miembro de la familia (7). Uno de los aspectos de la teoría de sistemas es el del mantenimiento de la homeostasis que le permite permanecer en un estado estable a través del tiempo, ya sea con una relación emocional y física que promueva el desarrollo individual y familiar, ya sea con sistemas patológicos en los que predomina una excesiva rigidez y un potencial limitado de desarrollo (25).

La película en la que se aprecia esa rigidez patológica que condena a sus miembros a perpetuarse en los roles asignados es “**Agosto**”. Otra cinta, “**El último concierto**”, nos permite adentrarnos en la teoría de sistemas a través de un cuarteto de cuerda cuyos integrantes deben acoplarse para tocar el Cuarteto de cuerda número 14 de Ludwig Van Beethoven, que éste escribió poco antes de morir y que, a diferencia de otras piezas, está compuesto por siete movimientos que deben tocarse sin interrupción, sin tiempo para afinar ni para descansar, como la vida. La armonía imperante del cuarteto se ve alterada cuando uno de sus miembros tiene que retirarse aquejado de la enfermedad de Parkinson. La amistad se conduele y el equilibrio grupal se altera evidenciándose reivindicaciones no satisfechas. Dos de los integrantes pugnan por ser primer violín, menospreciando la labor de aglutinación que posee un segundo violín e ignorando el hecho de que la suma de las partes es mayor que el todo sólo cuando aquellas interaccionan entre sí; o sea, cuando son un sistema y se establecen sinergias (7).

“**Nuestro último verano en Escocia**” nos presenta una estructura familiar tan disfuncional como deliciosa, con tres niños de diferentes edades; su argumento se

sustenta en la resolución de conflictos desde la ocurrente y espontánea visión infantil. Plantea temas como la separación parental, las relaciones familiares extensas, la reconciliación, la muerte y un tema importante en nuestro quehacer médico: las mentiras piadosas que contamos a los niños (*“No digáis al abuelo que no vivimos juntos”*; a lo que la más pequeña responde *“¿Y podemos hablar de renacuajos?”*) y las que se dicen con intención benevolente a los no tan niños. En muchos casos, este tipo de falsedades que pretenden aliviar penas, constituyen –y nos referimos esencialmente a los pacientes en situaciones críticas– auténticas *conspiraciones de silencio*. Para el estricto Kant, tan categórico como imperativo, la mentira nunca es lícita; para los filósofos consecuencialistas, depende de si el beneficio es mayor que el perjuicio. El debate se establece cuando la intención es proteger al otro (¿con cuál derecho?) o protegerse uno mismo (con todo derecho). En la configuración subjetiva de nuestra personalidad y nuestra identidad, el secreto y, por ende, el silencio y a veces la mentira, salvaguardan nuestra intimidad. Puede ser lícito ocultar algo, siempre que no se dañe. La intimidad es imprescindible para mantener el doble vínculo, el que se establece con uno mismo y con los demás, y en la gestión del deseo. Nuestra madurez se basa en una correcta gestión del duelo por esos afectos contrariados tras los abandonos sufridos y esa renovación permanente del deseo, cuya reactivación se fundamenta en un juego de seducción en la que el secreto y la mentira son partes consustanciales. La sinceridad excesiva nos transparenta y delata; la escasa nos degrada; la justa mantiene nuestra identidad y permite el juego de la seducción con el que gestionar el deseo (26). Su base moral: el respeto. En la película **“El ídolo caído”** se ilustran los efectos perjudiciales de esas mentiras protectoras con las que nuestro protagonista, un niño de 5 años, va ensartando su discurso ante la policía con afán de proteger a su cuidador, acusado de asesinato, y cómo le va complicando su inocencia (15).

“Nuestro último verano en Escocia” nos permite, además, hacer un merecido elogio a la risa, tan marginada en la filosofía canónica (salvo excepciones hasta el siglo XX), más preocupada por cuestiones metafísicas “supuestamente” *más serias*. Aristóteles no supo valorar su potencial catalizador y, en su teoría de la

mimesis o imitación, postulaba que lo trágico emula a los hombres nobles y superiores, y lo cómico, a hombres inferiores. La filosofía escolástica de la Edad Media denigraba la risa; de ello da cuenta “**El nombre de la rosa**”, en la que extraños asesinatos en una misteriosa abadía tenían su causa en la ocultación del libro aristotélico sobre la risa, ya que «de aquí podría saltar la chispa luciferina que incendiará el mundo mediante la capacidad de la risa de aniquilar al miedo». Tendríamos que esperar a Spinoza para encontrar al filósofo de la felicidad, de la alegría, de la exaltación de la vida y del goce, del deseo (junto con Epicuro). Spinoza reivindica la felicidad con el panteísmo ecológico del Dios que es naturaleza. Ni Kant ni Schopenhauer defienden la risa: para Schopenhauer solo está permitido reírse antes de morir; para Nietzsche, reivindicador de Dionisos (la embriaguez) y Apolo (las artes), la risa es aliada de la vida y de la sabiduría. En el siglo XX surgen filósofos que teorizan sobre la risa como un elemento tendente a ridiculizar (Theodor Adorno, Henri Bergson), como un fenómeno que facilita la interacción social, un gesto de alivio compartido o una respuesta emocional (Robert C. Solomon, John Monreal, Noel Carroll) o como constructo sobre el que reflexionar, criticar o analizar estructuras, situaciones o emociones (Simon Critchlev, Slavoj Žižek, Alenka Žužanec, Judith Butler o Giorgio Agamben).

Henri Bergson, en su “*Ensayo sobre la significación de lo cómico*”, pensaba que mientras que el drama aspira a lo individual, la comedia es generalización y sólo nos habla de arquetipos, no de individuos. Bergson, en el 1900, no pudo intuir la grandeza de la comedia en el cine, ni que la risa no solo sirve para ridiculizar a los envanecidos o parodiar a los mediocres, sino también para conmovernos, como forma de denuncia, de ternura y de reflexión filosófica (7). Toda la vida está en Chaplin, Wilder o Allen. No en vano, la crisis hipocondríaca del protagonista de “**Hannah y sus hermanas**” se resuelve, en una especie de *carpe diem* en vena, cuando disfruta viendo una película de los hermanos Marx. El humor en el cine nos hace reflexionar, analizar, elucubrar y... ¡nos hace reír!

Si hablamos de mentiras piadosas, “**La habitación (Room)**” nos las presenta como estrategia, y al sistema de apego como pretensión. En “**Room**”, nuestra heroína Brie Larson es una adolescente secuestrada y raptada en una habitación donde es reiteradamente violada; fruto de esta violencia, nace su hijo, con quien establece un apego seguro (recurriendo al recurso de mentiras piadosas de “**La vida es bella**”). El apego adecuado favorece el desarrollo de una alta autoestima y una apropiada confianza en los demás, y se basa en la calidad de los vínculos afectivos próximos, establecidos sobre todo durante los primeros años de la vida (27). Brie Larson muestra a su hijo que la realidad es la que discurre en esa pequeña habitación, que el mundo que le muestra la televisión es irreal y que el hombre que les lleva comida y enseres no es un despótico violador sino el buen Jack. Toda una alegoría del mito de la caverna desde la misma caverna de la crueldad. Todo es así hasta que ella entiende que la madurez del niño hace que la farsa no se sostenga: es preciso escapar. Ahí surge otra película, enmarcada en el proceso de adaptación de la joven y del chiquillo a una nueva realidad en la que habitan tanto cielos y mares inmensos, como también el desencanto, los reproches, los remordimientos, la culpa... y la hostilidad de un abuelo que no acepta a un nieto fruto de una violación.

DETERMINANTES DE SALUD

El impacto del entorno se aprecia en cómo nos determinan las circunstancias en las que las personas nacemos, crecemos, vivimos, trabajamos y envejecemos (circunstancias íntimamente relacionadas con la distribución del dinero del poder y de los recursos). Todo ello conforma los llamados determinantes de salud, los cuales configuran las dimensiones que el clínico debe analizar al atender a cada paciente: *lo bio*, tan dependiente de código genético y del sistema de salud; *lo psico*, tan dependiente de las relaciones y del apego; y *lo social*, tan dependiente del trabajo, la vivienda, los estilos de vida. A esto se suma la dimensión *ética*, tan dependiente de los valores, y la *espiritual*, tan trascendente.

Existe constancia de que el código postal es tan (o más) importante que el código genético por dos razones: por su repercusión en la mortalidad y por su posible impacto generacional. Su repercusión en la salud ya se reconoce desde al menos 1974: el informe canadiense Lalonde considera que la adecuación de los estilos de vida y del entorno contribuyen a la reducción de la mortalidad en un 60% (28). En relación con el impacto generacional podría pensarse que tan sólo el código genético se hereda, pero existen indicios de que además de la transmisión del ADN podría existir una herencia transgeneracional epigenética (TLE por sus siglas en inglés) de la vulnerabilidad que provoca la pobreza, los hábitos insanos y los entornos insalubres (29), aunque los estudios actuales deben tomarse con cautela, ya que están siendo realizados en animales.

Las dos películas que recogemos en nuestro libro (7) para hablar de determinantes de salud son “**The Florida Project**” y “**Las vidas de Grace**”. La primera toma su nombre de la idea del parque de Disney World para crear un conjunto de urbanizaciones de lujo a su alrededor. ¿Qué queda del proyecto? La linde entre el mundo de fantasía y cartón piedra del parque temático y un conjunto de cutres moteles donde habitan multitud de familias monoparentales cuyas madres luchan por sobrevivir, algunas ocupadas en dedicaciones indignas (robo, prostitución) y otras en las que lo único indigno es el salario. En ese escenario pululan un montón de niños a los que nadie pone límites y cuya ingenuidad e inocencia no oculta su futura delincuencia y marginación; el único ángel que los guarda es el responsable de mantenimiento (Willem Dafoe), que los protege de pederastas y desamparos. En “**Las vidas de Grace**”, unos esforzados, generosos y valientes monitores de un centro de acogida se dedican a intentar restañar las heridas de esas infancias destrozadas. La película “**Sorry, we missed you**” nos habla de las epidémicas dimensiones que alcanzan las nuevas formas de esclavitud entre los trabajadores pseudoautónomos con contratos leoninos y con una familia sin futuro que, a fuerza de ser explotada, va perdiendo el presente.

VIOLENCIA Y POBREZA

Si la pobreza es un limitante determinante, la violencia es una ruina moral que tiene su máxima expresión en la guerra. ¿Existe algún antídoto? Seguramente la tolerancia sea uno de ellos, con sus virtudes amigas: la humildad y la misericordia. No tiene nada que ver con la condescendencia que consiste en considerar las opiniones ajenas como inferiores o equivocadas (13,30). En el ámbito clínico, la condescendencia se asemeja a la actitud paternalista del profesional que no tiene en cuenta al paciente, ya que *yo sé lo que le conviene*. Por el contrario, el modelo deliberativo de la toma de decisiones compartidas es reconocido como la culminación de la atención centrada en la persona, favoreciendo el incremento de la confianza y de la satisfacción mutua, mejorando el compromiso por la decisión tomada conjuntamente (24).

La película “**Mandarinas**” constituye un magnífico ejemplo de tolerancia en la figura de Ivo, un estonio que en la guerra de la independencia de Georgia (un avispero de las antiguas repúblicas soviéticas) representa la cordura frente al fanatismo. Mientras que insurgentes, mercenarios, doctrinarios e ideólogos ven su tierra como depositaria de la sangre de sus héroes locales, él ve un lecho fértil donde germinan las mandarinas. Ivo recoge en su casa a dos heridos de bandos contrarios. La tolerancia es balsámica en su manera de desactivar odios y lúcida en *desarmar* la sinrazón; no es debilidad ni pasividad. Nuestro protagonista deja muy claro que no va a tolerar ninguna forma de violencia en su casa, pues (al contrario que otras virtudes como la generosidad o el amor) la tolerancia tiene límites: hay que ser intolerante con la intolerancia. Otro valor que destaca “Mandarinas” es el del perdón. El hijo de Ivo murió en esa guerra asesina: perdonar no es anular o cancelar una falta, no es olvidarla (lo que sería imposible). Es dejar de odiar, hacer el duelo del rencor.

Sobre las tierras yermas de otra guerra, “**Un día perfecto**” brinda una acertada visión del trabajo de los cooperantes, ese oficio insensato que intenta restañar las heridas y la desolación de la pesada muerte. Supone un canto a la esperanza ante la devastación misma, con certeros golpes de realidad, aunque

aderezados con humor, ternura y hasta justicia poética. Los denodados esfuerzos de los cooperantes por sacar un cadáver que amenaza con corromper el agua del pozo en el que está sumergido, es resuelta por una lluvia benéfica que desborda las letrinas del campamento de refugiados sacando el cuerpo hinchado del foso. *Dejarse llover* sobre nuestras plegarias, sobre nuestros odios (31).

En cada uno de nuestros cinefóruns, aportamos bibliografía (7). Para estas películas “bélicas” recomendamos en especial el libro de Marshall Rosenberg, *“Comunicación no violenta”* (32). A la hora de plantear conflictos o resolver enfrentamientos, el autor aporta directrices: primero, la observación de la situación, evitando generalizaciones improcedentes (tales como “siempre, nunca, nada...”) ni descalificaciones innecesarias, solo los hechos en cuanto hechos; segundo, poner nombre y palabras a los sentimientos: qué nos produce eso (cansancio, frustración, pena...) (12); el tercer punto es expresar necesidades, el cuarto exponer requerimientos. Es básico diferenciar lo que son necesidades de lo que son requerimientos; frecuentemente es esta confusión la que hace saltar nuestros puntos gatillo. Por ejemplo, ante la demanda de un paciente que solicita “quiero que me mande al neurólogo”, la necesidad real sería “quiero que me quite el dolor de cabeza”: necesidad cuyo requerimiento puede ser competencia del Médico de Familia.

Existen otras violencias como las que se derivan del acoso escolar (**“En un mundo mejor”**), la violencia de género (cuyas películas hemos comentado) o la de abusos a menores (**“Spotlight”**, **“La duda”**). **“La caza”** nos habla de la violencia que ejerce la propia comunidad contra uno de los cuidadores de una guardería, acusado injustificadamente de abusos por parte de una niña. La investigación de los hechos cursa con interrogatorios que producen situaciones de indefensión, la sospecha se convierte en incriminación y la comunidad pronuncia el veredicto de culpabilidad.

METAPREFERENCIAS

Las neuronas espejo se activan tanto cuando se realiza una acción como cuando se observa actuar a otra persona; también lo hacen con el recuerdo de acciones pasadas. Su multifuncionalidad propicia que se activen con la información visual y a través de otros sentidos, y no sólo con acciones, sino también como reflejo de emociones universales, lo que posibilita la sincronía con otras personas...Y eso es el cine (33). Coincidimos con nuestro *postino* Mario Ruoppolo (“**El cartero (y Pablo Neruda)**”) en que “*La poesía –y el cine, añadimos nosotros– no es del que la escribe –o realiza–, sino del que la necesita*”. Bien nos ilustra Irene Vallejo de la importancia de las metáforas y de que no somos conscientes de su presencia constante, del modo en que impregnan la vida cotidiana: no solo el lenguaje, también el pensamiento y la acción. “Tenemos el ignorado poder de contemplar la vida a través de metáforas alternativas” (34).

Existen razones filosóficas, fisiológicas y emocionales que apuntan al cine (y a la literatura) como actividad formativa y terapéutica. Nuestro *gusto moral* se compone de metapreferencias que representan no tanto lo que nos gusta, sino lo que *nos gusta que nos guste* (6). Frente a la joyería Tiffany & Co, nuestra Holly Golightly (Audrey Hepburn en “**Desayuno con diamantes**”), con un vaso de café en una mano y un croissant en la otra, busca en el brillo de los diamantes la luz de su desnortada vida; pero su metapreferencia es buscar el amor, como expresa cantando *Moon River* en la escalera de incendios de un piso de ladrillo rojo de Manhattan, con el pelo envuelto en una toalla y los ojos con color esperanza. Nuestra metapreferencia es buscar en el cine, con curiosidad y ganas, los detalles de lo que nos ocurre, los gestos que nos son comunes, las emociones que nos conmueven y los valores que dan sentido a nuestra vida; lo que acontece en todos los lugares del mundo, en cada uno de sus rincones (35).

En el cine encontramos valores, temas, certezas, dudas, anhelos, sensaciones, sugerencias... lo que hemos intentado exponer en este artículo (las

películas según temática que pueden ser de utilidad como herramienta de apoyo a la docencia se pueden consultar en el Anexo I).

Como dice Vázquez Montalbán, “Nunca desayunaré en Tiffany ese licor fresa en ese vaso Modigliani como tu garganta..., nunca quiero llegar a Ítaca, aunque sepa los caminos, lejana y sola”. Quizás porque el premio es el camino de baldosas amarillas que, como en “**El mago de Oz**”, el cine nos permite encontrar: valor para las adversidades, inteligencia para ser mejores y corazón... mucho corazón.

THE END

BIBLIOGRAFÍA

1. Borrel i Carrió F. Entrevista clínica. En: Borrell i Carrió F. *Práctica clínica centrada en el paciente*. Madrid: Triacastela; 2011. pp. 131-156.
2. Camps V. *Elogio de la duda. Todo lo que es podría ser de otra manera*. 6ª ed. Barcelona: Arpa; 2020.
3. Balló J, Pérez X. *La semilla inmortal. Los argumentos universales en el cine*. Barcelona: Anagrama; 1997.
4. Ekman P. *El rostro de las emociones. Signos que revelan significado más allá de las palabras*. Barcelona: Círculo de lectores; 2004.
5. Trías E. Stanley Kubrick: la inteligencia y sus fantasmas. En: Trías E. *De cine. Aventuras y extravíos*. Barcelona: Galaxia Gutenberg, Círculo de lectores; 2013. pp. 107-152.
6. Rivera JA. *Lo que Sócrates diría a Woody Allen. Cine y filosofía*. Barcelona: Espasa Libros; 2003.
7. López García-Franco A, Álvarez Herrero C. *Divisible por ti. Un recorrido por la medicina, la filosofía y la vida a través del cine*. Madrid: Europa Ediciones; 2022.

8. Heath I. Ayudar a morir. Con un prefacio y doce tesis de John Berger. Buenos Aires: Katz Editores; 2008.
9. Han BC. La desaparición de los rituales. Barcelona: Herder; 2022.
10. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela; 2007.
11. Camps V. El gobierno de las emociones. Barcelona: Herder; 2012.
12. Marina JA, López M. Diccionario de los sentimientos. 3ª ed. Barcelona: Anagrama; 2005.
13. Comte-Sponville A. Pequeño tratado de las grandes virtudes. Barcelona: Paidós; 2013.
14. Savater F. El valor de elegir. Barcelona: Ariel; 2003.
15. Ocaña J. De Blancanieves a Kurosawa. La aventura de ver cine con los hijos. Barcelona: Península; 2021.
16. Gilmour D. Cineclub. Ni escuela, ni trabajo, ni drogas; sólo tres películas a la semana. Barcelona: DeBolsillo; 2010.
17. Serrano Ferrández E, Yebra Delgado S, Baza Bueno M. Medicina Narrativa y oficio en Atención primaria. AMF. 2024;20(3):136-144.
18. Cabrera J. Kant, Tomás Moro y el club de los poetas muertos (Teoría y práctica). En: Cabrera J. Cine: 100 años de filosofía. Una introducción a la filosofía a través del análisis de películas. Barcelona: Gedisa; 2015. pp. 219-248.
19. Cid Egea L. Explícame qué ha pasado. Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños. Madrid: Fundación Mario Losantos del Campo; 2011.
20. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós; 1999.
21. Colina Pérez F, Martín López-Andrade L. Seminarios sobre psicopatología clínica y comunitaria. Julio 2021.
22. Giovio E. El diálogo, el arma más eficaz contra el suicidio adolescente. EL PAÍS. 2 de febrero de 2025: 34-35.

23. Neighbour R. La consulta interior. Cómo desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. Barcelona: J&C; 1998.
24. Bosch Fontcuberta JM, Martín Álvarez R, Rodríguez Barragán M. Claves para investigar en entrevista clínica y comunicación asistencial en Atención Primaria. AMF. 2025;21(3):135-145.
25. de la Revilla Ahumada L, de los Ríos Álvarez A. La dimensión familiar en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badía G. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. Barcelona: Elsevier; 2014. 63-84.
26. Colina C. Sobre la locura. El arte de no intervenir. Madrid: Enclave de Libros; 2013.
27. Borrell i Carrió F. La familia en crisis. En: Borrell i Carrió F. Práctica clínica centrada en el paciente. Madrid: Triacastela; 2011. pp. 95-130.
28. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Department of National Health and Welfare; 1974.
29. Castellanos N. El puente donde habitan las mariposas. Biosofía de la respiración. 2ª ed. Madrid: Siruela; 2025.
30. Droit RP. La tolerancia explicada a todo el mundo. Barcelona: Paidós; 2018.
31. Farias P. Dejarse llover. Barcelona: Penguin Random House Grupo Ed; 2015.
32. Rosenberg MB. Comunicación no violenta. Un lenguaje de vida. 3ª ed. Barcelona: Acanto SA; 2015.
33. Catuara Solarz S. Las neuronas espejo: aprendizaje, imitación y empatía. Barcelona: EMSE EDAPP SL; 2018.
34. Vallejo I. Por una frasecilla se pierde un gran amor. Ensayar metáforas nuevas puede crear una nueva comprensión, y, en consecuencia, nuevos mundos. EL PAIS. 1 de junio de 2025.
35. Marías J. La educación sentimental. Madrid: Alianza ed; 1992.

ANEXO I. PELÍCULAS SEGÚN TEMÁTICA

Tabla 1			
Películas según temática.			
Idea fuerza	Películas	Otros temas	Características y curiosidades
La empatía	EL HIJO DEL OTRO	Las identidades excluyentes. Los mitos.	<i>Fenotipo apegado frente a genotipo apagado.</i>
	LA VIDA DE LOS OTROS	La compasión. La escucha. El reconocimiento.	Lo difícil de permanecer ajeno al sufrimiento humano.
	Matar a un ruiñeñor	La formación en valores. La lucha contra la discriminación.	Atticus Finch for ever.
La soledad	HER	La soledad. La inteligencia artificial. El paralenguaje. Lo heurístico.	La elocuencia de los silencios, las vacilaciones y los titubeos.
	NO ESTOY HECHO PARA SER AMADO	El burnout. La comunicación no verbal. Sobre lo no dicho –el silencio–. La compenetración y la sintonía.	El acompasamiento del baile como forma de lenguaje no verbal.
Las mentiras y las hipocresías	EL SHOW DE TRUMAN	La necesidad de conocimiento. La libertad.	Giro de tuerca al mito de la caverna: el personaje no ve las sombras de la realidad, sino que es la realidad la que le vigila.
	NUESTRO ÚLTIMO VERANO EN ESCOCIA	Las mentiras piadosas. El concepto de muerte en la infancia. El elogio del humor y la risa. La conspiración del silencio. La compasión. El tránsito.	La vida en el enfermo terminal es como las cosquillas: gritas “para, para”; pero cuando para, gritas “más, más”.
El apego	LA HABITACIÓN (ROOM)	Las mentiras piadosas. La libertad y las cárceles. La adecuación a las nuevas realidades.	Mantener el apego con risas o sonrisas.
	La vida es bella	El apego. La esperanza.	
Los determinantes de la salud	LAS VIDAS DE GRACE	La generosidad. La valentía, el coraje, el compromiso. La superación. El abuso de menores.	La adecuación al lenguaje del que cuidamos (recurriendo a bongos y relatos).

	THE FLORIDA PROJECT	Los límites en la infancia. El apego. La epigenética.	La inocencia teñida de amargura. La <i>mutilación</i> de derechos comporta <i>metilación</i> de bases nitrogenadas.
La muerte del que va a morir	La vida sin mí	Los asuntos pendientes.	18 cintas de casete para sus siguientes 18 cumpleaños.
	LAS INVASIONES BÁRBARAS	La eutanasia, la buena muerte. El relato de la vida. La crítica al sistema sanitario.	Elogio a la vida y a la amistad: "Dígame que le quiere. Tóqueme, tóqueme".
	Truman	El futuro sin mí.	La condena de la conspiración del silencio.
La muerte del que ha muerto	Coco	El sentido de la vida.	Dos películas de hondura filosófica en clave de animación, que animan a la disertación.
	SOUL		
Los duelos	DESPEDIDAS (OKURIBITO)	Los ritos del adiós. La pérdida, el final. Sueños y muerte.	El sabor dulce de una despedida inevitable.
Las violencias	CRASH	El miedo, la avidez, el odio. La ternura. Los prejuicios.	Lo poliédrico del ser humano.
	EN UN MUNDO MEJOR	Los distintos tipos de violencia. El bullying.	Cómo enseñar valores. El modelaje contra la venganza.
La solidaridad	THE VISITOR	El burnout. La inmigración. La diversidad cultural. El compromiso. La musicoterapia.	Los bongos como elemento de terapia.
La culpa	HACE MUCHO QUE TE QUIERO	El amor fraterno y materno. El perdón.	No nos perdonarán hasta que no nos perdonemos: "Sí, ya estoy aquí".
Los valores	EL ACUSADO	La veracidad. Cine de juicios. La violación.	Sólo sí es sí.
	EL JARDINERO FIEL	La lealtad. La investigación farmacéutica. El consentimiento informado. Los lobbies.	Los principios éticos como base de nuestra práctica. "Vivió y murió porque le importaba la vida"
	HANNAH ARENDT	La banalidad del mal.	Ni monstruos ni locos: culpables.
	Las normas de la casa de la sidra	Los conflictos de intereses. Empoderamiento. La jerarquía de valores.	"Buenos días príncipes de Maine, Reyes de Nueva Inglaterra".

Cine de aulas: la formación y la educación	Capitanes intrépidos	Los valores. La amistad. El duelo.	El aula en la vida... y en el mar.
	EL CAPITÁN FANTÁSTICO	Los valores. El respeto por la naturaleza. La crítica a la sociedad capitalista. El duelo.	Aula en las montañas.
	El club de los poetas muertos	La pasión por el conocimiento.	El <i>carpe diem</i> : “Oh capitán, mi capitán”
	La lengua de las mariposas	Las crisálidas como metáfora. Enseñar o formar. La muerte contada a los niños. Duelos en la infancia.	“En la búsqueda de una generación de personas libres, alejados del caciquismo y de la educación castrante de la iglesia”
	PROFESOR LAZHAR	Duelos migratorios e ideológicos. La narrativa.	Película <i>oxitocínica</i> por su memorable abrazo entre el olivo y la crisálida.
Comunicación compleja	LA FAMILIA BÉLIER	Déficits sensoriales. La necesidad de ser comprendido. La búsqueda de la autonomía.	La comunicación más allá de la palabra.
	LA LLEGADA	La cooperación. La interculturalidad. Método científico.	
	THE GUILTY	Comunicación telefónica. Escucha activa. El engaño de las apariencias.	Además de inspección, palpación, percusión y auscultación, la <i>escuchación</i> .
Identidad sexual	Girl	La necesidad de aceptación. La necesidad de ser entendida/o.	Ignora su orientación, pero tiene clara su identidad.
	Una mujer fantástica		Una mujer compleja enfrentada a su familia y a la sociedad.
Orientación sexual. La diversidad sexual.	BROKEBACK MOUNTAIN	El YO, lo que siento, lo que deseo, lo que expreso.	La marginación social como elemento de conflicto.
	Carol		
	Desconocidos		
	Disobedience		
	EL CAFTÁN AZUL	La ética del cuidado. La marginación de la mujer. El trabajo manual.	
	La vida de Adèle Retrato de mujer en llamas	Relaciones lésbicas.	

Comunicación con el adolescente	BESOS DE GATO	La falta de valores y de límites. La drogadicción. El regreso a Ítaca.	Peter Pan en la niebla o cuando se nos borra la rayuela.
	Close	Las relaciones no normativas generan sufrimiento cuando no son aceptadas. El suicidio.	
Violencia y discriminación de género	LA BICICLETA VERDE	La marginación religiosa. La voluntad, el valor de elegir. La ilusión.	El fundamentalismo coránico.
	Mustang	La falsa decencia. La lucha contra la injusticia.	¿Libre de qué?
	Te doy mis ojos	La posesión. El ciclo de la violencia de género.	La marginación cultural, social, política y religiosa de la mujer (en todas las culturas monoteístas, también en la judeocristiana).
	Thelma y Louise	La persecución y el acorralamiento. La rebelión.	
	Calle Mayor	El aburrimiento en las sociedades hastiadas en su hipócritas.	
Entrevista motivacional	UN PUENTE HACIA TERABITHIA	La motivación. El bullying, Las relaciones entre iguales. La culpa, el duelo.	La imaginación como terapia: “Érase una vez...”. Cómo pasar de la precontemplación a la acción con una sonrisa... y un chicle.
La dependencia	LUCKY	La necesidad comunitaria. Ser mortal. El declive.	Sobre los existencialistas de Tejas, las tortugas y los cactus.
Lo comunitario	SMOKE	Estar atento. La escucha activa. La gratitud.	Un montón de hombres buenos.
La atención	EL ABRAZO DE LA SERPIENTE	Salud planetaria.	El respeto a la naturaleza y a uno mismo.
Las relaciones asimétricas	EL CARTERO (Y PABLO NERUDA) (IL POSTINO)	La relación clínica. El respeto. La asimetría sin jerarquía. La belleza y las metáforas.	“La poesía es de quien la necesita”.
Las familias y otros sistemas	Agosto	Los roles.	El equilibrio disfuncional.
	EL ÚLTIMO CONCIERTO	La jubilación. La enfermedad y la vejez. .	El tiempo de TS.Elliot. El último concierto se celebra al principio.
Acoso laboral	SORRY, WE MISSED YOU	Determinantes sociales. La explotación laboral. El burnout.	Familias sin futuro y sin presente.

La tolerancia	MANDARINAS	La comunicación no violenta. Conflictos y mediación.	Un canto a la tolerancia y al perdón, contra las identidades excluyentes.
	UN DÍA PERFECTO	El esfuerzo por restañar heridas. La cooperación. La incertidumbre.	“La lluvia que al caer todo limpia”
Las segundas víctimas	CAFÉ DE FLORE	Sobre los amores posesivos con expectativas irracionales. El pensamiento mágico. La soledad, el vacío. El perdón. La narrativa.	Atrapados en los bucles del tiempo. Yo soy dos... por lo menos.
	LA CAZA	Las falsas acusaciones. El abuso a menores.	Acusado, acosado.
Las locuras	LARS Y UNA CHICA DE VERDAD	El abordaje comunitario.	El síntoma como defensa.
	LEOLO	La poesía como terapia. La esperanza. La inocencia. La soledad. El miedo.	“Porque lo sueño, no lo estoy”
	Donie Darko	Psicosis.	Alucinando con chicos, traumas y genios.
	Spider		
	Una mente maravillosa		
	Alguien voló sobre el nido del cuco	Instituciones manicomiales.	Entre la locura y la cordura. El cuco: icono de la crítica a los manicomios.
	Corredor sin retorno		Una sociedad enferma.
	Family Life	Las falsas taxonomías y lo que esconden las auténticas.	La locura como excusa.
	Locas de alegría		
	Herida	Anclajes afectivos. El miedo al abandono. Trastorno límite de personalidad.	No es una forma de ser sino de enfermar. No es una personalidad anómala, sino una enfermedad de la personalidad.
	Inocencia interrumpida		
	Lilith	El respeto al loco. Los centros psiquiátricos de ricos.	Transferencias, contratransferencias, y sexo.
	Mejor imposible	TOC.	No pisar baldosas como propósito...
La depresión	Las horas	Suicidio.	No quieren morir, quieren dejar de sufrir.
	Oslo, 31 de agosto		

Las adicciones	El hombre del brazo de oro	Heroína.	La peor de las cárceles.
	Días de vino y rosas	Alcoholismo.	La dependencia alcohólica como cárcel interior.
	Días sin huella		
	Leaving Las Vegas		
	Otra ronda		
El deseo	ONCE	Eros y Philia.	
	Trilogía del amanecer	De la carencia a la plenitud. Al amor bajo diferentes prismas.	
... y algunas películas de médicos			
	Barbarroja	Exaltación de una medicina rural alejada de afán de lucro y de notoriedad, dirigida por el virtuoso Kurosawa.	
	Ciudadela	Médico que se inicia trabajando en un poblado minero en Gales, tratando a pacientes con silicosis y proponiendo mejoras en el alcantarillado, para después culminar su profesión lucrándose en una consulta privada en Londres.	
	Despertares	Historia real del doctor Malcolm Sayer en su lucha contra la enfermedad (epidemia de encefalitis).	
	Las alas de la vida	El médico Carlos Cristos a sus 47 años padece una enfermedad terminal y nos regala este relato de sus últimos días...	
	Las confesiones del doctor Sachs	Reflexiones y contingencias de un médico de familia francés.	
	El doctor	El medico como enfermo.	
	El olvido que seremos	Especialista en salud pública en Colombia que es asesinado por su mensaje revolucionario de equidad. Las 5 Aes en las que se fundamenta la salud: aire, alimentación, agua, abrigo y apego.	
	No serás un extraño	Experiencias de un médico desde su formación a su desempeño profesional y cómo lidiar con el error cuando es negligencia –el <i>biennerrar</i> –.	
	Siete mujeres	Las vicisitudes de un grupo de mujeres en un dispensario en la frontera entre China y Mongolia en 1935. Solicitan urgentemente un doctor y les envían a la Dra. Andrew, una médico con ideas modernas. La última película de John Ford.	

En negrita y MAYÚSCULAS, las 30 películas que constituyen los 30 capítulos del libro “Divisible por ti” (7), presentadas en los primeros 30 cinefóruns de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (somamFYC) y con población general.

En MAYÚSCULAS, otras 12 películas presentadas en cinefóruns de la somamFYC, en otras sociedades federadas de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) o con población general.

Alberto López García-Franco (a), Concha Álvarez Herrero (b).

(a) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Autor del libro "Divisible por ti. Un recorrido por la medicina, la filosofía y la vida a través del cine". Miembro del Grupo de la Mujer del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de semFYC (PAPPS).

(b) Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Autora del libro "Divisible por ti. Un recorrido por la medicina, la filosofía y la vida a través del cine". Miembro del Grupo Comunicación y Salud de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFYC).

Cómo citar este artículo:

López García-Franco A, Álvarez Herrero C. El cine como aula en las ciencias de la salud. *Folia Humanística*, 2025; 5(2):31-71. Doi: <http://doi.org/10.30860/0125>.

© 2025 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

UNA APROXIMACIÓN A LOS VALORES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL ASISTENCIAL

Casado Buendía S.

Resumen: Los valores morales son fundamentales para orientar el comportamiento individual y colectivo, siendo especialmente relevantes en la práctica clínica, donde impactan directamente en la calidad asistencial y las relaciones interpersonales. En este artículo se analiza cómo guían la conducta de los profesionales sanitarios y condicionan la toma de decisiones clínicas. También se explora la dinámica por la cual los profesionales de la salud incorporan, modifican o abandonan ciertos valores durante su trayectoria profesional. Se ofrecen estrategias para comunicarlos eficazmente dentro del equipo sanitario y hacia pacientes y comunidades, promoviendo así una mejor convivencia y colaboración. Finalmente, se reflexiona sobre la relación entre valores y sacrificio personal en medicina, destacando la importancia del equilibrio entre compromiso ético y autocuidado para evitar el burnout y asegurar una práctica clínica sostenible.

Palabras clave: *Valores morales, Ética clínica, Comunicación, Crisis de valores.*

Abstract: **AN APPROACH TO VALUES IN CLINICAL PRACTICE FROM THE PERSPECTIVE OF A HEALTHCARE PROFESSIONAL**

Moral values are fundamental in guiding individual and collective behaviour, being particularly relevant in clinical practice, where they directly impact the quality of care and interpersonal relationships. This article analyses how they guide the conduct of healthcare professionals and influence clinical decision-making. It also explores the dynamic by which health professionals incorporate, modify, or abandon certain values throughout their careers. Strategies are offered for effectively communicating these values within the healthcare team and to patients and communities, thereby promoting better coexistence and collaboration. Finally, the relationship between values and personal sacrifice in medicine is considered, highlighting the importance of balancing ethical commitment with self-care to prevent burnout and ensure the sustainability of clinical practice.

Key words: *Moral values, Clinical ethics, Communication, Crisis of values.*

Artículo recibido: 5 junio 2025; aceptado: 7 julio 2025.

En memoria del doctor Fernando Casado Campolongo.

*Está delante
lo que más nos importa
y no lo vemos.*
Casado Buendía S.

Hablar de valores no nos resulta fácil. Son invisibles y escurridizos, y para acceder a ellos se requiere reflexión. Además, no es sencillo ponerles nombre para incluirlos en una conversación, ni tampoco tenemos costumbre. Este texto trata de facilitar un poco las cosas dejando entreabierto el umbral de una puerta para que, si les apetece, investiguen lo que pudiera haber al otro lado. Y lo haré desde la perspectiva de un profesional asistencial que utiliza la visión bioética a diario para visualizar principios y valores en consulta. El texto está redactado para poder ser leído por cualquier perfil profesional, buscando un enfoque práctico apoyado en conversaciones y ejemplos. Pero no les engañaré, hará falta que nos hagamos preguntas y tengamos el valor de mirar donde habitualmente no miramos, y quizás duela.

Comenzaremos nuestro viaje en un bar en 2011. Es de noche y estamos en un bullicioso hotel céntrico de Madrid. Tras una jornada científica internacional nos han invitado a unas copas. Hay varios corrillos y el ambiente es alegre y desenfadado. La conversación es dinámica e interesante, y en ella destaca el profesor canadiense Alex Jadad (1) que en un momento dado nos lanza esta pregunta: *¿qué es lo más importante para ti?* A mi lado, el Premio Nobel Robin Warren (2) (descubridor del *Helicobacter Pylori*) con cara de circunstancias no supo responder, a mi otro lado un par de investigadores de prestigio balbucearon algo. Yo entré en pánico al constatar que tampoco lo tenía claro, y lo debió notar porque me rescató enseguida invitando al camarero, un joven alemán, a la conversación. Las habilidades de comunicación de Jadad son evidentes para quien le haya visto en directo en alguna presentación, pero en la distancia corta son impactantes. En cualquier caso, me llevé a casa una tarea que no había asumido en mis nueve años previos de participación en comités de ética asistencial: dar un repaso a mis valores personales y tratar de dilucidar su jerarquía, algo que desgraciadamente había dado por supuesto como la mayoría. Pasaría tiempo hasta que pudiera visitar de nuevo al profesor en su universidad y darle mi respuesta, pero eso lo contaremos luego.

¿PARA QUÉ SIRVEN LOS VALORES?

La segunda conversación que les propongo tiene lugar en Gerona, año 2025. Estamos en un congreso de comunicación clínica (3) dentro de la capilla desacralizada, convertida en salón de actos, de un enorme hospital barroco. En este caso me rodean Victoria Camps, una de las filósofas contemporáneas más importantes, y Marc Antoni Broggi, prestigioso bioeticista catalán. Hablamos de valores desde distintas perspectivas siguiendo una intuición de mi amigo Francesc Borrell que preside la Mesa que trata de acometer un tema potencialmente explosivo en la jornada, “mentirnos los valores que predicamos”. Cuando me toca hablar lo primero que hago es descalzarme y explico mis razones. Estamos en un lugar sagrado, los valores merecen reverencia y máximo respeto, tanto los propios como los ajenos. Por lo tanto, la primera actitud ante ellos debe ser quitarnos el calzado manchado por el camino para entrar en la tierra delicada y brillante de lo que tiene valor. Una tierra que en la antigüedad se consideraba sagrada, aunque hoy en día no sabemos muy bien lo que eso significa. Aprovecharemos ahora la reflexión que se hizo ese día para plantearnos en primer lugar qué son los valores.

El primer paso lo damos cuando nos damos cuenta de que somos criaturas en busca de sentido (4). Al ser humano no le basta con lo que ve, quiere ver más, quiere ser más, quiere trascender (5). Porque al abrir los ojos ve la luz y la oscuridad, la vida y la muerte, lo que es y lo que no es. Y el lado oscuro le asusta, no lo comprende, le duele. La muerte de seres queridos nos ocasiona pérdidas progresivas y el horizonte de la propia angustia al acercarse. Ese umbral nos obliga a construir un sentido para navegar la vida con dirección y propósito, desde la profunda intuición de que nuestra breve existencia tiene que importar.

Necesitamos trascendencia por una compleja red de razones psicológicas, filosóficas y existenciales (6). No es una necesidad puramente física o biológica, sino más bien una aspiración profunda arraigada en nuestra conciencia y nuestra capacidad de reflexión.

Mientras escribo esto me informan de la muerte de uno de mis más queridos amigos. Es justo en la intensidad de ese dolor donde vuelvo a encontrarme con la posibilidad de enfrentarme a lo que importa y volver a la pregunta “*¿qué es lo más importante para mí?*” si la vida es tan breve. Surge una nueva conversación con alguien que ya no está –qué importante es que lo permitamos. En ella me enfrento al misterio de la vida y la muerte de la mano de un ser querido que me ayuda a mirar dentro, al pozo de mis valores, un lugar donde nos cuesta entrar.

Esta aspiración fundamental por trascender moldea nuestra visión del mundo y guía nuestro comportamiento. Pero es fácil perderse, necesitamos orientación moral, como el navegante precisa de una brújula que le señale el norte. Esa orientación nos la proporcionarán los valores y su jerarquía. Hay inevitablemente un orden de lo más importante a lo menos. Porque los valores, aquello a lo que se lo damos, implican un precio a pagar. Generalmente en forma de un sacrificio. Las cosas de más valor para nosotros no son gratuitas.

La orientación moral no trata de imponer un conjunto específico de creencias, sino de facilitar el desarrollo del juicio moral del individuo para que pueda tomar decisiones éticas de manera reflexiva y autónoma.

Podríamos definir los valores (7) morales como principios, creencias y normas que guían el comportamiento de las personas y las sociedades, indicando lo que se considera correcto o incorrecto, bueno o malo. Son esenciales tanto para el desarrollo individual como para la construcción de sociedades justas, pacíficas y armoniosas. Actúan como una guía interna para las personas y como un pegamento social para las comunidades, permitiendo la convivencia, la cooperación y el progreso. Y por supuesto tienen una dimensión profesional que –en el mundo de la salud– es imprescindible por las razones que más tarde detallaremos.

A nivel individual funcionan, como hemos dicho, como brújula personal para tomar decisiones y actuar en diversos contextos. Promueven ese autoconocimiento que en la Grecia clásica preconizaban al desentrañar prioridades y motivaciones.

Permiten la integridad y la coherencia entre aspiraciones y conducta. En definitiva, nos ayudan a alcanzar metas y desarrollar el carácter y la personalidad.

En lo colectivo establecen las bases de la convivencia al proporcionar normas compartidas que facilitan la interacción pacífica y respetuosa entre los miembros de una comunidad (8). Crean un sentido de pertenencia, identidad colectiva y cooperación y regulan el comportamiento al definir los límites de lo aceptable e inaceptable, contribuyendo al orden social (9).

Si nos detenemos en el nivel profesional veremos que los valores también sirven para orientar conducta, decisiones y relación con los demás (10). Actúan como brújula ética y humana en contextos complejos, donde no siempre hay respuestas claras. Valores como la empatía, el respeto y la compasión permiten tratar al paciente como persona y respetar su dignidad. En situaciones clínicas con dilemas éticos (como el final de la vida (11), la confidencialidad o el consentimiento informado), los valores ayudan a decidir con coherencia y justicia. Valores como la honestidad, la responsabilidad y la integridad fortalecen la relación médico-paciente, que se basa en la confianza mutua (12). Esa es la piedra angular tanto de la citada relación como del sistema sanitario por entero; si se pierde, la organización deviene en una entidad despersonalizada y meramente técnica. Construir confianza es el Santo Grial de la asistencia sanitaria.

Sin valores no es posible humanizar la asistencia sanitaria ni tampoco sostener a los profesionales (13). Por eso, valores como la vocación, la solidaridad o el sentido del deber dan sentido al ejercicio profesional y ayudan a prevenir el desgaste emocional y el cinismo, monstruos que cada día crecen más.

LOS VALORES DEL CLÍNICO A EXAMEN

La formación ética de los profesionales sanitarios no es un evento puntual, sino un proceso dinámico que se inicia de estudiante (14) y no termina nunca. La

incorporación efectiva de los valores ocurre cuando estos son internalizados, es decir, cuando dejan de ser externos o impuestos y se integran en el sistema de creencias del individuo (15). Este proceso se ve favorecido por la práctica habitual: cuando una conducta, como el respeto a la autonomía del paciente mediante el consentimiento informado, se repite con convicción, termina formando parte del modo natural de actuar del profesional. A través de la identificación con los valores de la comunidad médica, el clínico los hace propios (16) y busca actuar conforme a ellos, reforzando su identidad ética (Figura 1).

Figura 1**¡Mis periodos de descanso son sagrados!**

La Dra. Junior ha cuidado exquisitamente al paciente P en su fase terminal. Percibe que este fin de semana entrará en agonía, incluso podría morir. Deja a la familia el número de Urgencias, del equipo de soporte de cuidados paliativos... Y se pregunta: “¿Debería dejar mi número de teléfono particular?”, “No lo haré, tengo derecho a descansar”, se responde. Pero al día siguiente la duda es tan fuerte que decide ser ella quien llama al domicilio y habla con la cuidadora principal. Ahora sí, ahora puede disfrutar de su fin de semana.

Los valores del clínico no permanecen inalterables (17), con el tiempo se modificarán a partir de vivencias significativas, como la pérdida de un paciente, la vivencia de un error médico o el enfrentamiento con situaciones de injusticia. Como pasa en la vida ordinaria, son las catástrofes vitales las que nos obligan a mirar y reformular nuestra escala de valores. Todos recordamos aquel error profesional que causó un daño importante a aquel paciente cuya cara jamás olvidaremos, o aquella guardia donde la situación vivida nos sobrepasó por completo y terminamos llorando. Hay circunstancias impactantes que tienen el poder de mover nuestra escala axiológica.

En algunos casos algunos valores pueden ser descartados. Esto ocurre cuando un valor entra en conflicto sistemático con la experiencia clínica o pierde relevancia en un nuevo contexto profesional. Por ejemplo, un valor sostenido durante la formación, como priorizar nuestro éxito académico sobre otras cosas, puede dejar

de ser útil o incluso ser contraproducente en una práctica especializada donde quizá haya que hacer sacrificios en favor de los pacientes. También puede suceder que la exposición repetida a ambientes institucionales hostiles o incoherentes con determinados ideales conduzca al abandono de esos valores, en un proceso de desencanto o cinismo. No obstante, este descarte no es necesariamente negativo: puede formar parte de una reconfiguración ética más madura (18), siempre que se dé a partir de una reflexión crítica y no sea un mero automatismo.

La ordenación o jerarquización de los valores constituye otro aspecto clave en la ética clínica. No todos los valores tienen el mismo peso en todas las situaciones, y su prioridad puede cambiar según el contexto. Por ejemplo, en una situación de emergencia, la beneficencia puede prevalecer sobre la autonomía si el paciente no puede expresar su voluntad. Para actuar éticamente, el clínico necesita desarrollar la prudencia o *phronesis*, esa capacidad práctica de discernir cuál es la mejor decisión posible en cada circunstancia, considerando los valores en juego. La deliberación ética (19) (el análisis reflexivo de los dilemas, la evaluación de consecuencias y la identificación de los principios implicados) permite ordenar los valores y fundamentar las decisiones. Aunque esta jerarquía puede ser flexible, un profesional éticamente maduro buscará mantener coherencia y consistencia en su práctica, guiado por un núcleo de valores fundamentales.

La dinámica de los comités de ética nos puede ayudar de nuevo aquí en el proceso de aprender a identificar y nombrar valores para luego buscar cursos de acción prudentes que a menudo se esconden detrás de los cursos extremos que suelen ser más visibles.

¿PODEMOS COMPARTIR VALORES EN NUESTROS EQUIPOS?

La comunicación de valores en el ámbito sanitario no es una actividad secundaria (20) ni meramente complementaria a la atención técnica. Por el contrario,

constituye una dimensión esencial del trabajo clínico (21), especialmente en entornos como la Atención Primaria, donde el vínculo longitudinal entre profesionales y pacientes favorece una interacción ética continuada. Comunicar los valores que orientan la práctica clínica es, por tanto, una forma de cuidado, una manera de construir confianza y una estrategia para fortalecer tanto la cohesión del equipo de salud como la relación con la comunidad. Aprovecharé mi experiencia como Médico de Familia para ofrecer una aproximación al tema desde un ámbito profesional que conozco bien.

Para comunicar valores hay que generar conversaciones (22). Un cuatro de abril en Granada tuve dos largas conversaciones muy significativas en mi vida. La primera tuvo lugar en un autobús, un paseo por un río y un palacio, y dio pie a una fuerte amistad. La segunda, de madrugada por las calles vacías de la antigua ciudad árabe, fue el inicio de una relación de pareja. En ambas se tocaron muchos aspectos de la vida y se puso de relieve lo que para cada interlocutor era importante, lo que tenía valor. Nos resulta fundamental saber lo que valora el otro para poder reconocerlo como afín. Por eso es necesario hablar largo y tendido, para esto no basta con la conversación superficial, para llegar al otro hay que generar intimidad. Al final del texto diremos como terminaron estos diálogos.

Una comunicación eficaz de estos valores básicos requiere una diferenciación según los destinatarios. En primer lugar, hacia el equipo de salud, la comunicación debe adoptar una forma dialógica, basada en la escucha, el respeto por la diversidad de opiniones y la creación de espacios que permitan la deliberación compartida. La práctica del liderazgo ético cobra aquí una importancia particular, no entendida como imposición de criterios, sino como la capacidad de inspirar, orientar y sostener procesos colectivos de reflexión y decisión. Quienes ejercen funciones de coordinación o mayor responsabilidad pueden modelar los valores con su conducta cotidiana. Sin embargo, si se aprovechan de su posición para relegarse de funciones que sobrecargan a los demás, tal vez originen un conflicto de valores que se hará evidente en el equipo.

Dentro del acompañamiento de colegas más jóvenes o en formación, la mentorización y la tutoría ética contribuyen a hacer explícitas las razones que sustentan determinadas decisiones clínicas, así como a compartir experiencias en las que se pusieron en juego valores como la justicia, la compasión o el respeto por la autonomía. Por otro lado, también podremos ser testigos de ejemplos de anti valores, falta de liderazgo o directamente de conductas poco éticas por parte de las gerencias, directivos o los propios profesionales. Si un profesional senior hace sistemáticamente objeción de conciencia en todos los temas posibles y termina sobrecargando a los demás compañeros puede terminar provocando la protesta de estos.

La creación de espacios formales para el diálogo ético dentro del equipo (23) puede servir de ayuda. Estos espacios permiten abordar dilemas concretos surgidos en la práctica diaria y revisar colectivamente las normas implícitas que guían la conducta profesional. Reuniones clínicas, sesiones de formación continua o tiempos específicos para la reflexión ética pueden convertirse en escenarios propicios para compartir valores, siempre que se garantice un ambiente de respeto, confidencialidad y apertura. Estos espacios no surgirán por sí solos, hay que plantarlos, regarlos y cuidarlos. De este modo la deliberación ética (24) puede llegar a convertirse en un ejercicio comunitario, que fortalece la identidad del equipo y da coherencia a sus acciones. Incluiremos también los espacios informales como las conversaciones al entrar o salir del trabajo, el tiempo de café o las pequeñas celebraciones con el equipo, donde además de la charla blanda siempre es posible incluir algún asunto de mayor calado. Una conversación de pasillo o de café puede llevarnos a tratar un asunto en el que un valor se manifieste, lo que probablemente ocurra más aquí que en la sesión clínica.

En relación con los pacientes y la comunidad, la comunicación de valores adquiere un matiz diferente. Aquí, el énfasis recae en el respeto a la autonomía, la sensibilidad cultural y la capacidad de adaptar los mensajes a las características específicas de cada persona o colectivo (25). Comunicar valores en este contexto no significa adoctrinar ni imponer criterios morales, sino construir una relación basada en

la confianza, la transparencia y la corresponsabilidad. La escucha activa, la empatía y la educación sanitaria participativa son estrategias clave para favorecer esta forma de comunicación. Explicar los fundamentos éticos que sustentan una decisión clínica, compartir las incertidumbres inherentes a algunos procesos diagnósticos o terapéuticos, y validar las preocupaciones de los pacientes son formas concretas de hacer visibles los valores en la práctica clínica. Para esto será necesario tener presencia en la comunidad y hablar con sus diferentes actores y miembros (Figura 2).

Figura 2

Vamos a conversar con la comunidad.

La nueva Médica de Familia recién llegada al equipo plantea la necesidad de abrir nuevos escenarios de diálogo y propone reunir cada seis meses a los farmacéuticos de la zona de influencia del Centro de Salud, y también de manera periódica a los responsables municipales.

¿Cómo responderías a las siguientes intervenciones contrarias a estas iniciativas?

- Reunirnos con los farmacéuticos es una pérdida de tiempo. No conocen ni les interesan nuestros protocolos asistenciales.
- Es deber del director reunirse con los responsables municipales, pero para el equipo entrar en temas burocráticos es una pérdida de tiempo.

La Atención Primaria, por su orientación comunitaria y su enfoque biopsicosocial (26), se configura como un ámbito especialmente idóneo para cultivar una ética compartida que puede ser el fruto que obtengamos si con paciencia vamos escuchando y generando conversaciones con nuestra comunidad. La mejor respuesta a las críticas que manifiestan algunos profesionales (Figura 2) sería esta pregunta: “¿Hablar de valores es una tarea que solo incumbe a los responsables de las organizaciones o a todas/os?”

La transmisión de valores como la responsabilidad, la justicia y la equidad dentro del equipo no puede dejarse al azar ni depender únicamente de la buena voluntad individual al ser fundamental para la profesionalidad (27). Requiere de una estrategia consciente y sostenida que combine diferentes niveles de intervención. La

comunicación cotidiana, a través de conversaciones informales, reuniones clínicas o discusiones sobre casos, ofrece múltiples oportunidades para hacer explícitos los valores que orientan las decisiones. Analizar colectivamente situaciones complejas permite no solo identificar posibles alternativas de acción, sino clarificar las razones éticas que sustentan cada opción. Este proceso solo será posible si al menos un profesional del equipo se atreve a desempeñar un rol facilitador (28) que anime a los demás a unirse a este punto de vista.

LA IMPORTANCIA DE PREDICAR CON EL EJEMPLO

El ejemplo personal, constituye una poderosa herramienta de transmisión de valores. Los profesionales más experimentados actúan, muchas veces sin proponérselo, como referentes éticos para sus colegas. Su forma de comunicar malas noticias, de gestionar un conflicto con un paciente o de afrontar un error clínico, ofrece aprendizajes tácitos sobre qué significa actuar con integridad, prudencia o respeto. Reconocer públicamente conductas que encarnan los valores del equipo refuerza su importancia y estimula su reproducción. Igualmente, ofrecer apoyo a quienes enfrentan situaciones emocionalmente complejas o dilemas morales difíciles ayuda a construir una cultura de cuidado mutuo y respeto ético. También podemos ser anti referentes cuando nuestra conducta prioriza nuestro interés personal, nos escaquea de obligaciones o salpicamos a los demás con las tareas que dejamos sin hacer.

La formación continua (29) constituye otro pilar fundamental en la construcción y comunicación de valores. No basta con haber cursado asignaturas de bioética durante la formación universitaria: el aprendizaje ético es un proceso permanente, que requiere actualización, revisión crítica y puesta en práctica. Sesiones específicas sobre dilemas comunes en Atención Primaria, talleres sobre habilidades de comunicación o actividades centradas en la empatía y la relación con el paciente permiten mantener vivo el debate ético y ofrecer herramientas concretas para su aplicación. El análisis de casos reales –siguiendo una metodología (30)– facilita el

anclaje de los valores en situaciones concretas, alejándose de una ética abstracta o excesivamente normativa, sobre todo cuando son pacientes conocidos por todo el equipo (Figura 3). La participación en comités de ética asistencial (31), como hemos dicho antes, amplía la perspectiva de los profesionales y fomenta una mayor sensibilidad ante las dimensiones morales de la práctica.

Figura 3

Propuestas para deliberar con el equipo.

La manera más habitual de solicitar una opinión que afecta a valores éticos es, casi de hurtadillas; por ejemplo, al final de una sesión clínica (donde hemos presentado casos “de verdad”), decir algo así como: *“Hoy he visitado una mujer de unos 40 años que me ha confesado que recibe malos tratos de su marido, pero no quiere denunciarlo, ¿qué haríais?”*

¿En qué consiste presentar un caso clínico para deliberarlo? Hemos de darle entidad, como cualquier otro caso de los “de verdad” (sic), y explicitar:

- a. Entorno o contexto (familiares, laborales...).
- b. Datos detallados: cómo hemos sospechado el mal trato, si ha habido agresión física, amenazas, duración, etc.
- c. Conversación establecida.
- d. Explicitar valores en juego, en nuestro caso los valores que se contraponen son principalmente la autonomía de la paciente frente al principio de la no maleficencia (evitar el daño) y la beneficencia (procurar el bien) por parte del médico, así como la posible obligación moral y legal de proteger a individuos vulnerables.
- e. Cursos de actuación propuestos y consejos posibles en esta situación.

Crear un entorno organizacional que promueva, sostenga y refuerce estos valores es también imprescindible. No se trata solo de transmitir instrucciones o proponer infinitas reuniones: el ejemplo y el buen trato son una vez más fundamentales. Lamentablemente nuestros directivos sanitarios suelen estar enfocados en otras prioridades y estas facetas terminan en algún cajón.

RELACIÓN ENTRE VALORES Y SACRIFICIO

El trabajo clínico exige, como sabe quien se dedica a ello, una renuncia voluntaria a comodidades, tiempos personales o incluso seguridad física y emocional. Este sacrificio no siempre se experimenta como una pérdida; en muchas ocasiones, es vivido como una reafirmación del sentido de la tarea profesional, como una confirmación de la vocación. Pero cuando la entrega no encuentra condiciones que la reconozcan, la sostengan y la equilibren, puede convertirse en un camino hacia el desgaste. La historia de la medicina está entrelazada con relatos de entrega y sacrificio que se mezclan con experiencias de agotamiento, despersonalización y pérdida del sentido (32). La pregunta sobre si el sacrificio es inevitable no puede responderse de forma simple. La cuestión no es tanto si hay que sacrificarse, sino cómo, hasta dónde y en qué condiciones. Nadie nos enseña a clarificar las líneas rojas personales que no deberían cruzarse (Figura 4). Lo habitual es que seamos ciegos y sordos a nuestro propio desgaste hasta que llegamos al límite o tocamos fondo. Por eso creo necesaria esta reflexión que nos resultará más fácil si conseguimos verbalizarla con otras personas en nuestras esferas familiares o profesionales.

Figura 4

“Se te ha cambiado un paciente mío de alto riesgo”

La Dra. Coch aborda al Dr. Brunel y le pide hablar privadamente en su consulta. Así lo hacen:

Dra. Coch- Tengo que explicarte que se te ha cambiado un paciente mío de alto riesgo de suicidio. Se llama PJ, tiene 82 años, y desde hace tiempo padece una fuerte depresión que se ha incrementado al fallecer recientemente su esposa. Se da el caso de que tengo en mi contra a la familia porque orienté inicialmente a la esposa como una artrosis de cadera, cuando en realidad se trataba de una esclerosis lateral amiotrófica, causa de su fallecimiento. El caso es que la familia me perdió la confianza, y ha forzado este cambio, pese a que me llevaba muy bien con PJ. En la historia clínica he dejado escritas una serie de recomendaciones para el seguimiento del paciente, que si quieres ahora te comento.

Dr. Brunel- *No me expliques nada. De entrada, te diré que me disgusta enormemente que pacientes tuyos complicados se me cambien, porque si esta es la tónica no vamos a entendernos. Cada médico tiene que aguantar a sus pacientes complicados, si los transferimos al colega de al lado lo único que logramos es saturarlo y que haga lo mismo. Y así los pacientes difíciles van de médico en médico.*

¿Qué valores expresa ambos contertulios? ¿Qué le responderías al Dr. Brunel?

La vivencia del sacrificio está estrechamente ligada a la manera en que los valores profesionales son interiorizados. Por ejemplo, el imperativo de “no hacer daño” y de “hacer el bien” se convierte en un mandato que, llevado al extremo, puede llevar al profesional a negarse descanso, a aceptar jornadas interminables o a asumir responsabilidades más allá de lo razonable. En esta línea, un marco legal que permite guardias de 24 horas o jornadas laborales semanales extensas debería quizá ser revisado. Del mismo modo, la empatía, entendida como la capacidad de ponerse en el lugar del otro y de sentir con él, puede conducir a una implicación emocional intensa y continuada que no siempre encuentra mecanismos de regulación. Esta forma de sacrificio se convierte así en una extensión lógica de los valores éticos, pero puede transformarse en una trampa moral si no se modula de manera consciente.

Estamos rodeados de colegas que sufren o se han quemado (33) por un exceso de buenismo. Esto ocurre cuando el sentido del deber se entrelaza con la identidad personal. La vocación no es solo un motivo inicial, sino una vivencia sostenida de estar al servicio. Desde esta perspectiva, el sacrificio no se impone desde fuera, sino que brota desde dentro, como una consecuencia natural de querer hacer las cosas bien, de no abandonar a quien necesita ayuda, de defender la dignidad del paciente por encima de otros intereses. La situación reflejada en la Figura 4 resulta paradigmática: si la Dra. Coch no le hubiera dicho nada al Dr. Brunel, se hubiera ahorrado una amarga conversación. Es el coste de “hacer las cosas bien”. El

Dr. Brunel descarga en su compañera una frustración que poco tiene que ver con el caso que analizan. En lugar de culpabilizarla debería darle las gracias por ayudar. Una buena respuesta al Dr. Brunel hubiera sido: *“El paciente tiene derecho a cambiarse, no he podido evitarlo, pero en relación a mi propósito de ayudarte, ¿hubieras preferido que no te dijera nada?”*.

Esta actitud vocacional puede ser profundamente motivadora (34), pero a su vez puede dificultar la puesta de límites. Se produce entonces una forma de lealtad al paciente o al sistema que pone en riesgo el propio equilibrio físico y emocional del profesional. A esto se añade la tesis de Byung Chul Han, que esgrime que una de las causas que crea la moderna sociedad del cansancio (35) es el desarrollo de una incrementada autoexigencia que nos anima a acelerar nuestra productividad a costa de energía y salud.

La cultura sanitaria ha tendido históricamente a glorificar el sacrificio, presentándolo como un signo de virtud y compromiso. La disponibilidad incondicional del profesional no puede seguir siendo el pilar que sostiene el funcionamiento del sistema. Si el sacrificio se convierte en una expectativa estructural, entonces deja de ser un acto ético libre y se transforma en una imposición silenciosa que erosiona la vocación. Los profesionales se sienten engañados y terminan escorándose hacia posiciones de queja permanente, bloqueo o claro cinismo. ¿Quién no ha transitado alguna vez por estos caminos de penumbra?

Por esta razón, es imprescindible replantear el lugar del sacrificio en la ética profesional. No se trata de eliminarlo (pues sería ingenuo pensar en una práctica clínica sin renuncia), sino de articularlo con criterios de sostenibilidad, reciprocidad y justicia. Los profesionales debemos poder decir “no” sin sentirnos culpables. Debemos contar con estructuras que nos apoyen (sindicatos, organizaciones profesionales, Colegios de Médicos, grupos de auto apoyo...) cuando enfrentamos dilemas éticos profundos o situaciones emocionalmente devastadoras. Y reconocer con humildad que, pese a que conozcamos todo lo anterior, llegado el caso de vivir una crisis

profesional tal vez no seamos capaces de darnos cuenta de las llamas hasta que sea demasiado tarde (36).

A nivel formativo, es necesario preparar a los futuros profesionales para que comprendan la relación entre valores y sacrificio de forma realista. El papel de tutores y mentores es esencial para ilustrar con el ejemplo opciones reales de equilibrio. De nada sirve que el tutor recomiende un artículo de bioética si luego en la práctica trata mal a un determinado paciente o no respeta un valor importante para este priorizando sus propias creencias.

Por otro lado, es imprescindible rescatar el papel de la música (37), la poesía (38), el arte y la belleza en el binomio entre valor y sacrificio. La estética complementa la ética y hace más soportable el peso de su carga. Tal vez podríamos preguntarnos si la pérdida de peso de las artes y humanidades en la formación y en la vida de los profesionales de la salud son una causa del aumento de su sufrimiento. Invitamos a los amables lectores a plantearse personalmente.

La cuestión del sacrificio, por tanto, no puede ser reducida a una simple virtud individual. Es, más bien, una expresión compleja de la relación entre los valores personales, las expectativas sociales y las condiciones institucionales.

CONCLUSIÓN

Para descubrir mi valor principal no tuve más remedio que callarme (39) y reflexionar. Fue necesario un largo proceso de silencio y pensamiento profundo complementado con largas conversaciones y lecturas. Seguí esa vieja senda de los sabios de antes que salían de su cómoda morada en mitad de la noche para hacer una larga travesía por esa zona oscura que constituye nuestra vida interior. Al final llegué a la fuente que mana en el centro del bosque y me detuve a escuchar el refrescante sonido del agua fresca. Por fin lo veía claro, lo tenía delante, lo más importante para mí era la **Vida** (נפש nefesh), una fuerza vital que me sostenía e

impulsaba, algo que no es sencillo expresar con palabras. Seguidamente lo compartí con mis seres queridos y al poco pude completar la conversación incompleta con Jadad cenando con él en una bulliciosa plaza de Vancouver. Tal vez alguno crea que viajar a Canadá para mantener un diálogo es excesivo, pero si hablamos de lo que para nosotros es más importante la cosa cambia. Descubrir nuestros valores es un tesoro por su capacidad de funcionar como brújula moral y permitirnos orientarnos en la selva de la vida ordinaria. Y también es una buena noticia para los que nos rodean, no tanto porque tengamos que imponérselos sino porque si caminamos orientados habitualmente les haremos la vida más fácil que si no lo estamos.

En las tres conversaciones a las que anteriormente hice referencia mis interlocutores identificaron sus valores principales: **Curiosidad, Armonía y Amor**. Fueron valientes y los compartieron conmigo. Inevitablemente sonreí, qué gran privilegio poder hilvanar nuestra historia a la de los demás.

En la vida profesional y en la personal solemos perder el norte, lo que nos hace vagar a la deriva sin llegar a puerto. Esto termina agotando al marinero más fuerte.

Sirva este texto para invitarles a mirar sus valores, nombrarlos y compartirlos si desean. Espero que esta travesía narrativa que hemos acometido juntos haya sido de su agrado, permítanme agradecerles su compañía y desearles suerte en sus próximos viajes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casado S. Haiku for Alex Jadad [Internet]. La consulta del doctor Casado; 2011 [citado 2025 Jun 3]. Disponible en: <https://doctorcasado.blogspot.com/2011/12/haiku-for-alex-jadad.html>
2. Casado S. Cenando con Robin Warren, premio Nobel [Internet]. La consulta del doctor Casado; 2011 [citado 2025 Jun 3]. Disponible en:

<https://doctorcasado.blogspot.com/2011/12/cenando-con-robin-warren-premio-nobel.html>

3. Barragán MR, Bosh Fontcuberta JM. XXXIV Congreso de Comunicación y Salud de la semFYC - Un espacio esencial para la Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2025;57(6):103305.
4. Frankl VE. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder; 2015.
5. Borrell i Carrió F. Espiritualitat i medicina. *Ann Med*. 2007;90(1):26-30.
6. Armstrong K. *La gran transformación*. Barcelona: Grupo Planeta; 2007.
7. Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.
8. Camps V. *Una vida de calidad: reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Ares y Mares; 2001.
9. Camps V. *Virtudes públicas*. Barcelona: Arpa; 1990.
10. Moyo M, Goodyear-Smith FA, Weller J, Robb G, Shulruf B. Healthcare practitioners' personal and professional values. *Adv Health Sci Educ*. 2016;21(2):257–86.
11. Broggi MA. *Per una mort apropiada*. Barcelona: Grupo Planeta; 2011.
12. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Q*. 2001;79(4):613–39.
13. Han B-C. *El espíritu de la esperanza*. Barcelona: Herder; 2024.
14. Román CA, Rodríguez FO, Rodríguez YH. La bioética y la educación en valores en estudiantes de Medicina durante la etapa preclínica: un análisis desde el enfoque histórico cultural. *Panorama Cuba y Salud*. 2008;3(3):22–8.
15. Ruiz Moral R, Álvarez Montero S. La interfaz comunicación clínica-ética clínica: implicaciones para la educación médica. *Educ Med*. 2017;18(2):125-135.
16. Camps V. Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educ Med*. 2015;16(1):3-8.
17. Crombie DL. The beliefs and attitudes of general practitioners. *Med Care*. 1963;1(2):92-3.

18. Camps V. Una vida de calidad: reflexiones sobre bioética. Barcelona: Ares y Mares; 2001.
19. Gracia D. El animal deliberante. Madrid: Triacastela; 2025.
20. de Dios Lorente JA, Jiménez Arias ME. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. Medisan. 2009;13(1).
21. Siegler MA. Professional values in modern clinical practice. Hastings Cent Rep. 2000;30(4):S19-22.
22. Díaz Barzola AE, Mancero Arias MG et al. Valores y Ética en el Área de la Salud: La Filosofía y los Profesionales en la Salud. Quito: Binario; 2019.
23. Fulford KW, Peile E, Carroll H. Essential values-based practice: clinical stories linking science with people. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
24. Gracia D. Problemas con la deliberación. Folia Humanística. 2016;3:1-16.
25. Broggi MA. La actitud profesional ante los valores del enfermo en la toma de decisiones. Psicooncología. 2010;7(2-3):401-414.
26. Borrell i Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. Ann Fam Med. 2004;2(6):576-82.
27. Borrell i Carrió F, Epstein RM, Pardell Alentà H. Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. Med Clin (Barc). 2006;127(9):337-42.
28. Millán Asín MA. Humanización y gestión por valores. Bilbao: Editorial Sal Terrae; 2025.
29. Couceiro A. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999.
30. Gracia D. Como arqueros al blanco: estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004.
31. Gracia D, Júdez J (eds). Ética en la práctica clínica. Madrid: Triacastela; 2004.
32. Casado S, Núñez I. La crisis actual ¿es irreversible? Aten Primaria Pract. 2022;4:100156.
33. Organización Médica Colegial. Informe PAIME 2023 [Internet]; 2023 [citado 2025 Jun 3]. Disponible en: <https://www.fpsomc.es/notas-de-prensa/se->

duplica-el-numero-de-medicos-atendidos-en-el-programa-de-atencion-integral-al

34. McWhinney IR. Primary care: core values. Core values in a changing world. BMJ. 1998;316(7147):1807-9.
35. Han B-C. La sociedad del cansancio. Barcelona: Herder; 2012.
36. Goroll AH. Addressing burnout—focus on systems, not resilience. JAMA Netw Open. 2020;3(7):e209514.
37. Borrell i Carrió F. La música transforma nuestras vidas. Folia Humanística. 2022;2(7):39-63.
38. Casado S. Haikus como signo de revolución. Folia Humanística. 2021;2(6):68-85.
39. Casado S. Silencio en el ruido: oportunidades para la meditación en la vida cotidiana. Folia Humanística. 2018;9:21-40.

Salvador Casado Buendía.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Manzanares el Real, Madrid. Autor de “Diario de un médico descalzo”.

Cómo citar este artículo:

Casado Buendía S. Una aproximación a los valores en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional asistencial. *Folia Humanística* 2025; 5(2):72-91. Doi: <http://doi.org/10.30860/0126>.

© 2025 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

COMUNICANDO EN PATIO DE VECINAS

Galindo Salmerón Z.

Resumen: A través de un arcoíris de voces disidentes que habitan en lo más profundo de una India rural y, en ocasiones hostil, con el cuerpo y la libertad de las mujeres que dedican su vida al campo de otros, me sumerjo en las cotidianidades de una lucha por sobrevivir y reinventarse, de la mano de Rhuna y Ruhi, dos pacientes primero, amigas después, que tanto me enseñaron en mi etapa como médica cooperante en Kolkata, al cuidado de mujeres quemadas por ácido por sus maridos. En este relato autobiográfico trato de despertar consciencias acerca de lo que significa ser mujer, en función del lugar en el que nazcas, la cultura que te envuelva y tus posibilidades de desarrollar una economía propia, con una red de apoyo.

Palabras clave: *Comunicación, Medicina rural, Cooperación Internacional, Ataques con ácido, Violencia ácida, Feminicidio, Sistema de castas, Perspectiva de género, India.*

Abstract: COMMUNICATING IN A NEIGHBOURHOOD COURTYARD

Through a rainbow of dissident voices that inhabit the depths of a rural and sometimes hostile India, with the body and freedom of women who dedicate their lives to the field of others, I immerse myself in the daily struggles to survive and reinvent themselves, hand in hand with Rhuna and Ruhi, two patients first, friends later, who taught me so much during my time as a medical volunteer in Kolkata caring for women burned with acid by their husbands. In this autobiographical account I try to raise awareness about what it means to be a woman, depending on where you are born, the culture that surrounds you and your possibilities of developing your own economy, with a support network.

Key words: *Communication, Rural medicine, International Cooperation, Acid attacks, Acid violence, Feminicide, Caste system, Gender perspective, India.*

Artículo recibido: 18 abril 2025; aceptado: 20 mayo 2025.

Rhuna es una chica locuaz y extrovertida, de tez multicolor –como le gusta decir a ella– y cabello negro azabache. Lleva varios pendientes en su oreja izquierda y un arete dorado en la nariz; es alta, delgada, y un círculo como luna de sangre preside el espacio comprendido entre sus dos ojos.

Su color favorito es el verde –no es casualidad la tonalidad del sari que lleva puesto hoy– y le encanta poner al resto de chicas patas arriba con sus canciones a primera hora de la mañana. El día en que me conoció –había escuchado que yo era española– me recibió con el “Aserejé” a todo volumen.

Tiene 18 años y vive en Kolkata, India, concretamente en una pequeña aldea llamada Daki que no aparece en los mapas. Así me lo hicieron saber en la oficina de

vacunación internacional cuando fui a preguntar por la vacuna de la Malaria, unos treinta días antes del viaje.

- *¿Estás segura de que esto está en Calcuta, niña? Mira que aquí en el ordenador no me aparece el sitio este por ningún lado... Asegúrate bien, anda, no te vayan a engañar.*

Rhuna me estaba contando aquella mañana, entremezclando el inglés con el bengalí, que le hubiera encantado poder estudiar Veterinaria. Adora los animales, le entusiasman. Sin embargo, el único animal al que había tenido que estudiar en profundidad, por pura supervivencia, había sido su marido. Aquel con quien la casaron, sin vista previa y dote en mano, a los 15 años. El mismo que la recluyó en un pequeño habitáculo de adobe, su propia habitación impropia, mezcla de olores, cada una de las eternas horas que tiene el día cuando no se vislumbra el campo ni a las amigas cerca.

Solo le dejaba salir para hacer sus necesidades; las de él, claramente. Limpiar, cocinar, recoger los huevos y echarle de comer a la vaca. Por lo menos, pensaba ella, tenía animales. Eso la consolaba. Ella lloraba cuando él no estaba y ellos miraban. Sin comprender.

Así pasaron tres largos años, castigada, por no traer un varón al mundo. Todas las noches forzada, y ella mecánica, impasible, en silencio. Eso le enfadaba más a él. Que aparentase no tener miedo ni emoción alguna. Rendida pero brava. Pero podría ser peor, pensaba: podría haber traído al mundo a una niña. Entonces, estaba segura, Rajat le hubiera echado la culpa a ella y las palizas se habrían incrementado.

Una mañana cualquiera –ya estaba todo preparado desde hacía semanas–, su marido le pidió que fuese al mercado sola. ¡Se puso tan contenta! Por fin coincidir con otras voces, lucir sus telas de colores viejas, sentir, aunque solo fuese por un instante, que su cuerpo le pertenecía, que le respondían los pasos. Normalmente, era

su suegra la encargada de aprovisionar los víveres, para evitar distracciones y tentaciones en la joven. Como si fuese a pensar en escapar, como si no resultase más dolorosa la deshonra a la familia y la frialdad del padre, aún invisible ahora, que el cómputo global de zarandeos semanales. No sabía que un hematoma podía tener tal diversidad de colores. Su piel era un lienzo.

Recorrió tres calles, cuatro calles, cinco calles. Tocaba girar a la derecha. Se entretuvo en quitarse una piedrecita juguetona que se había escondido entre el primer y el segundo dedo de su pie izquierdo. Escuchó un “¡Hey!” y se dispuso a levantar la cabeza para ver quién era, pero no pudo verlo. Quedó a medio camino, entre su futuro y la asfixiante Pompeya haciéndose eco en su diafragma. Un instante de frescor, de cascada desparramándose parcialmente por su rostro, sus brazos, sus senos, su abdomen... y, tras ello, una oleada de dolor irruptivo y denso, calcinante. Después, todo se llenó de oscuridad y de gritos pasajeros.

Rhuna tardó en desmayarse escasos dos minutos. Despertó tres días más tarde en un hospital benéfico a las afueras de Kolkata. Nosotras no nos conoceríamos hasta varios meses y cirugías después, cuando transcurre el grueso de este relato, el suyo.

Le pregunto cómo es que sabe hablar inglés. Me cuenta que su padre había trabajado años atrás como guía de montaña en los Himalayas, para grupos de turistas europeos que ansiaban hacer cima en la montaña más alta del mundo. “¿Cómo había acabado entonces siendo jornalero en aquellas tierras?”.

- *Just love* –responde ella.

Al parecer, en su país –al menos en las zonas rurales–, si te casabas con alguien de una casta inferior, perdías todos tus privilegios de clase y eras expulsado de tu comunidad, de tu familia, de tu núcleo. Así fue como su padre contrajo por dote deudas y pobreza, ganado escuálido y una boca más a la que alimentar: la de su hija.

La alimentó de todo cuanto sabía, de todo cuanto había conocido antes de conocerla a ella y, cuando tuvo la edad suficiente para ser mujer, la entregó en mano y destino a quien pudiese hacerse cargo de ella, como un buen padre, como había que hacer. Era difícil casar a una hija mestiza y no quería que acabase con un paria, teniendo que mendigar por un naan y un cuenco de arroz.

Fueron muchas las conversaciones con Rhuna durante aquellas primeras semanas en que todavía había que ir a curarla al menos dos veces al día. Las heridas de la última cirugía aún estaban frescas y el ambiente sofocante y húmedo que nos propiciaba el Ganges, con todo su esplendor turquesa, creaba un microclima perfecto para el desarrollo de sobreinfecciones en la piel. Así que, cada mañana después del desayuno y cada noche antes de la meditación con Shyamalmoy en la azotea, me pasaba a ver cómo estaba Rhuna, charlábamos un rato, reíamos, revisaba el estado de sus muñones y le ayudaba a echarse crema hidratante en el rostro.

Rhuna, a sus dieciocho años apenas cumplidos, había sido brutalmente quemada por ácido por algún muchacho lo suficientemente desesperado económicamente como para hacerle el trabajo sucio a su marido por un puñado de rupias. El precio de una vida en una bolsa tintineante.

Donde antes había dos manos, con cinco dedos en cada una de ellas, ahora quedaban, aún en proceso de remodelación, dos muñones asimétricos con algunos dedos emergiendo directamente del muñón. Eso sí, las uñas pintadas de verde. Sus brazos tenían al menos cuatro tonalidades diferentes: marrón oscuro, marrón claro, rosa pálido y blanco roto; al igual que su rostro, su torso, y parte de su abdomen. En el lugar donde antes se encontraba la oreja derecha, quedaba al descubierto el conducto auditivo externo, no tenía pestañas y apenas quedaba el perfil de su labio superior, pintado de rojo. Una serie de pliegues fibróticos recorrían la cara anterior de su cuello y algunas partes más de su cuerpo, y lucía una orgullosa peluca que le cubría la zona de crecimiento del pelo.

Siempre intentaba que me diese tiempo a pasar al menos una vez más a media tarde, por el dormitorio donde se encontraba Rhuna, para echar un ratito extra de cháchara sin la distracción de las curas y los tratamientos de por medio. Así, poco a poco, nos fuimos haciendo amigas. Ella me pedía que le contase cosas de cómo era mi vida en España, se reía de mi pelo azul y me preguntaba por qué no estaba casada si era mayor que ella y me veía guapa. Yo le contaba que allí no hacía falta casarse si una no quería, y que, si quería, normalmente, podía hacerlo con aquel o aquella de quien estuviese enamorada. Yo aprovechaba para hablarle de las leyes que nos protegían y sobre que, bajo ningún concepto, estaba permitido insultar, pegar o asesinar a las mujeres, aunque todavía hubiese quien lo hiciera. Fue la primera vez que introduje el tema de la Violencia de Género. Fue un antes y un después. Rhuna se quedó pensativa y, después de unos minutos en silencio, mientras yo terminaba de recoger mis cosas para marcharme al mercado, me dijo:

- *Eso es lo que me han hecho a mí... me han quemado por ser mujer, ¿verdad?*

A partir de entonces, Rhuna fue hablando un poco más del, al principio, “accidente”, y más tarde agresión, que había sufrido, así como de las cosas que quería hacer cuando se curase y saliese de allí: quería irse del pueblo, pedir un microcrédito a la ONG y abrir una tiendita en la capital junto a su amiga Ruhi, la compañera de la cama de al lado, también quemada con ácido por su marido, y que se debatía entre si regresar o no con él cuando saliese de allí, lo cual sucedería en breve. Ruhi decía que era eso o ponerse a mendigar con su pequeño de dos años en el mercado de las flores, como tantas otras antes que ella. No quería que su hijo creciese en la calle y sin padre, aunque dicho padre fuese un monstruo; además, “*estaba arrepentido*”, decía.

Rhuna le decía que ni lo uno ni lo otro, que se iban las dos con el niño, lejos de ambos maridos y lejos de los rumores mezquinos de las gentes del pueblo. Ruhi

asentía y sonreía triste, con la mirada posada en su pasado y con su pasado posado sobre la imagen que le devolvía su rostro.

Una noche le pregunté a Shyamalmoy qué hacía Rhuna todavía aquí. Shyamalmoy era el director del proyecto en Daki. Era un hombre que rondaba los cincuenta, apuesto, educado y al que le encantaba que terminásemos el día reflexionando sobre la vida y sus derroteros en la azotea, bajo las estrellas de Bengala. Me contestó que aún la estábamos “curando”, que las cicatrices de adentro tardan más en desaparecer que las de afuera y que, lejos de Europa, no existían los psicólogos para las personas rotas.

Me fui a dormir pensando en nuestra conversación, recorriendo mentalmente las vidas de cada una de las mujeres que dormían bajo el mismo techo que yo y, por primera vez, siendo consciente de que ninguna de ellas tenía razones estrictamente médicas, o mejor dicho “orgánicas”, para permanecer ingresadas. Nosotras no estábamos allí para revisar las heridas y pautar analgésicos, lo que dolía no era el cuerpo, sino el alma.

A partir de entonces, cambié mi rutina de pasar la planta. Comenzaba las visitas preguntando a cada una de ellas sobre qué querían charlar hoy. Rhuna me hacía de traductora, ya que el resto no hablaban inglés y mi dominio del bengalí era aún muy torpe. Cada mañana escogíamos un tema y, mientras las curas pasaban a un lugar secundario, debatíamos posturas y compartíamos experiencias y conocimientos sobre nuestras particulares visiones desde dos puntos tan lejanos en el mundo. La maternidad, las clases sociales, el trabajo, el dinero, el campo, las ciudades, ser mujer, la enfermedad, la muerte, el duelo... Y descubríamos en la palabra de la de enfrente toda una potencialidad de destinos que nos ensanchaba la mente, nos acercaba a lo desconocido y nos abría en canal. Después, como despedida, se elegía la canción favorita de alguna de nosotras, se traducía la letra para que la entendiésemos todas, y la bailábamos entre las camillas como si fuese a ser la última.

Así se sucedieron un par de semanas más, hasta que se me ocurrió ir un paso más allá. Si todo aquello era tan enriquecedor, si estábamos aprendiendo tanto las unas de las otras, ¿por qué esperar a la tragedia para que fuese pertinente compartirnos en asamblea de mujeres? No estaba bien visto entre los hombres que las mujeres hablasen entre ellas, sin estar ellos presentes y, mucho menos, que hablasen con una occidental. Sin embargo, se había corrido la voz de que María y yo estábamos en el proyecto y ya habían empezado a acercarse algunas curiosas.

María era una chica de la facultad que tampoco estaba dispuesta a hacer el MIR nada más acabar la carrera. Quería recorrer mundo, decidir a qué quería dedicarse e impregnarse de cómo se trabajaba en otros lugares, donde había escasez de tecnologías y recursos. A mí me pasaba un poco lo mismo. Siempre había querido dedicarme a la Cooperación, pero renegaba completamente de los aires de “blanquita salvadora” que se respiraban en las grandes ONGs de “acción humanitaria”. Habíamos estado leyendo sobre otras formas de proceder, sobre aquello de la pertinencia cultural, la sostenibilidad, la participación y el trabajo en red, como herramientas de empoderamiento de las comunidades, de ayudar sin asfixiar, de cooperar respetando; desde otro lugar. Por eso, pensamos que, eligiendo un proyecto local, donde no fuésemos el eje fundamental de acción sino un apoyo a las necesidades percibidas por la población, podíamos acercarnos de primera mano a la Medicina en la que creíamos, la de “*primum non nocere*” y la de “¿Cómo estás? ¿Qué necesitas?”.

De esa curiosidad ajena y de esas dos preguntas en boca propia, partió el desarrollo de la iniciativa que más motivación nos suscitaría. Dado que las mujeres del pueblo habían comenzado a querer invitarnos a sus casas para charlar un poco y hacernos a su vez preguntas, decidimos probar a convocarlas en pequeños grupos para tratar sobre temas que les interesaran y que pudieran mejorar su salud y sus capacidades para mantenerla y recuperarla.

A la primera “asamblea de salud” acudieron tan solo unas pocas, con los críos en brazos y la bandeja de té en el centro. Nos reunimos en el patio de la más anciana. Nosotras, por nuestra parte, habíamos preparado unas cartulinas improvisadas donde habíamos escrito en bengalí y en inglés unos cuantos términos introductorios acompañados de dibujos con trazos sencillos (pero eso sí, sin escatimar en colores) sobre cada uno de los temas que habían decidido previamente que querían hablar. El día previo, Shyamalmoy había sido el encargado de hacérselo llegar, a través de todo un entramado de comunicadoras intermedias.

El primer taller fue sobre salud infantil, para lo que recogimos un montón de tratamientos naturales, recopilados de un viejo libro de salud indígena latinoamericana que tenía María, adaptando los ingredientes a la cultura popular. Se trataba de poder trabajar sin recursos farmacológicos –dada la práctica inexistencia de asistencia sanitaria posible en aldeas lejanas al hospitalito–, y de reconocer, cuando los hubiese, signos de alarma para poner toda la maquinaria social en marcha y poder llevar al crío o la cría al centro más cercano, si su salud peligraba.

Conforme se fue corriendo aún más la voz sobre las charlas participativas, el número de asistentes a las mismas fue aumentando exponencialmente; tanto, ¡que se nos fue de las manos y no cabíamos en los patios! Ahí fue cuando la cosa empezó a ponerse interesante de verdad y aparecieron puestos sobre la mesa los temas que más les inquietaban, aquellos de los que nadie hablaba en voz alta. Y así, fue como surgió “la cartulina del cuerpo femenino”.

Muchas de aquellas mujeres habían tenido o tenían infecciones genitales, dolor con las relaciones sexuales o incluso cánceres de vulva no diagnosticados por vergüenza a “hablar de sus partes”. Fue sacar la cartulina y sonrojarse la multitud entera como si de un atardecer cegador se tratase, comenzaron a escucharse susurros como cigarras y, acto seguido, se agolparon las preguntas en un tono cada vez más sonoro.

Aquella tarde nos quedamos casi tres horas hablando sobre nuestros cuerpos, sobre la higiene íntima, sobre el deseo, sobre el consentimiento y, sobre todo, sobre la violencia: cómo identificarla, cómo decir que no, cómo pedir ayuda y qué otras opciones tenían las mujeres de una India rural para poder decidir libremente en contra de lo que el estado, sus familias, las instituciones o sus maridos, esperaran de ellas. Sabíamos que era muy difícil y ellas sabían más que de sobra la complejidad de las cadenas que las ataban a sus destinos, pero, aquella tarde, al menos, sabían que no estaban solas, que su rumiación era la misma que la de sus vecinas y que, si en algún momento se decidían a dejarlo todo, estarían acompañadas en el proceso.

Les hablamos de los proyectos de microcréditos para mujeres viudas, separadas, sin recursos o víctimas de violencia sexual o de género, que teníamos a disposición, y estuvieron exponiendo sus ideas sobre cómo emplearían el dinero para construir sus negocios, sus sueños, su forma de vida.

En los días siguientes, algunas de estas mujeres aparecieron por el centro de Daki. Querían abrirse una cuenta bancaria, marcharse de allí, empezar de cero. Todo sucedió muy deprisa. Las mujeres del proyecto las entrevistaron, les entregaron la cantidad que necesitaban y las pusieron en contacto con sus redes de apoyo en ciudades y pueblos cercanos. Dos de ellas vinieron a buscarme y me dijeron que querían ser “profesoras” y llevar a otras mujeres sus propias cartulinas para continuar con las charlas cuando nosotras ya no estuviéramos. Las contrataron en la ONG como comunicadoras docentes. Ahora sí, nuestro trabajo había acabado.

Por su parte, Rhuna y Ruhi me consta que están bien, ambas se fueron juntas de allí cuando le dieron el alta a Rhuna. Ruhi nunca volvió con su maltratador. Abrieron una tienda de saris en Kolkata, donde, por cierto, abundaba el verde, y pudieron meter al crío en el colegio del proyecto. Rhuna consiguió unas prótesis para sus manos y Ruhi se encarga de las costuras que requieren un uso más preciso de su pulgar oponible. El año pasado me llegó una invitación de boda al correo electrónico, era de Rhuna; me prometía que, si podía asistir, pondrían el “Aserejé” en el convite de bodas.

Zahira Galindo Salmerón.

Médica Rural. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Magíster en Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias. Experta en Violencia de Género, Violencia Doméstica y Acoso Escolar. Activista en Salud Planetaria y Derechos Humanos. Artista multidisciplinar.

Cómo citar este artículo:

Galindo Salmerón Z. Comunicando en patio de vecinas. *Folia Humanística* 2025; 5(2):92-101. Doi: <http://doi.org/10.30860/0127>.

© 2025 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

EL ARTE DE VER LO QUE DUELE: CRÓNICA DE UN MÉDICO-FOTÓGRAFO.

Almendo C.

Resumen: Fui Médico de Familia durante cuatro décadas. Médico jubilado y fotógrafo tardío, encontré en los claroscuros de la lente y la honestidad de los relatos un lenguaje para descifrar lo que las historias clínicas nunca capturaron: el universo íntimo de los sentimientos.

Esta serie de relatos nace de ese archivo vivo: fotografías, confesiones grabadas al borde de un escritorio, cartas nunca enviadas. Cada texto es un intento de revelar, como en cuarto oscuro, las emociones que el tiempo no desarrolló. Porque en el fondo, retratar a otros fue mi manera de entender qué latía bajo su propio silencio. Lean estas páginas no como historias ajenas, sino como espejos. Porque en cada instante capturado (ya sea con la cámara o con la palabra) se encierra una verdad universal: solo cuando nombramos lo que sentimos, comenzamos a sanar.

El fonendoscopio de las tres cosechas. El Dr. Emilio Sender, médico rural en Cuenca, descubre un fonendoscopio antiguo de su predecesor, Don Raimundo. Al usarlo con la señora Adelaida, escucha su soledad: la pena por un hijo ausente y su miedo a morir sola, no solo su bronquitis. El dispositivo revela historias ocultas tras los síntomas. Al auscultarse a sí mismo, oye su verdad: el niño que quiso ser médico al ver morir a su perro, sus errores y su miedo a convertirse en un burócrata. El fonendoscopio se quiebra, pero su legado perdura.

La luz que queda cuando se va el sol. Este relato explora, desde una mirada íntima y pausada, la conexión entre la motivación y el acto de cuidar, tomando como punto de partida una escena crepuscular sobre la ciudad de Cuenca. La imagen, evocadora y simbólica, sirve de anclaje para una reflexión profunda sobre la práctica médica, el sentido del trabajo bien hecho, y cómo sostener la llama interna cuando la rutina o el desgaste apagan los fuegos artificiales del inicio. Es un viaje desde el asombro hasta el compromiso, desde la inspiración hasta la constancia.

Un encuadre casi perfecto. A partir de la imagen de una mujer que cruza el Puente de San Pablo en Cuenca, este relato reflexiona sobre el aprendizaje clínico como proceso introspectivo, metacognitivo y profundamente humano. A través de una narrativa en primera persona, se exploran la autonomía del médico, la reflexión continua, el autocuidado y la dimensión emocional de la práctica. El texto entrelaza la metáfora del puente con el tránsito personal y profesional del médico, especialmente en momentos de cambio o incertidumbre.

El atardecer que cambia la piel. El relato transcurre durante un paseo al atardecer por la calle Caballeros, en Cuenca. Un médico jubilado vuelve a recorrer el escenario de su pasado profesional y, a través de la contemplación de una fachada dorada por la luz, activa una reflexión profunda sobre las creencias que han guiado —y limitado— su vida como médico. Se entretienen temas como la autoeficacia, las expectativas, el error clínico, la mentalidad de crecimiento y el estrés, todo narrado desde una mirada personal, humanizada y madura. El relato culmina en un anclaje clínico: transformar las creencias no es solo un ejercicio individual, sino un acto de cuidado hacia los otros.

Palabras clave: *Medicina Narrativa, Escucha profunda, Salud rural, Dolor invisible, Motivación, Vocación médica, Aprendizaje, Luz interior, Profesionalismo, Práctica reflexiva, Metacognición, Aprendizaje clínico, Autocuidado, Reflexión, Autoeficacia, Mentalidad de crecimiento, Creencias, Error médico.*

Abstract: THE ART OF SEEING WHAT HURTS: CHRONICLE OF A DOCTOR-PHOTOGRAPHER

I was a Family Doctor for four decades. A retired doctor and late photographer, I found in the chiaroscuro of the lens and the honesty of stories a language to decipher what medical records never captured: the intimate universe of feelings.

This series of stories is born from that living archive: photographs, confessions recorded on the edge of a desk, letters never sent. Each text is an attempt to reveal, as if in a darkroom, the emotions that time did not develop. Because deep down, portraying others was my way of understanding what lay beneath their own silence. Read these pages not as other people's stories, but as mirrors. Because in every moment captured (whether with the camera or with words) there is a universal truth: only when we name what we feel, we begin to heal.

The stethoscope of the three harvests. Dr. Emilio Sender, a rural doctor in Cuenca, finds an old stethoscope once owned by his predecessor, Don Raimundo. When he uses it on Mrs. Adelaida, he hears her loneliness: her grief for an absent son and her fear of dying alone, not just her bronchitis. The device unveils hidden stories behind the symptoms. Placing it on his own chest, he hears his truth: the boy who became a doctor after his dog's death, his clinical errors, and the fear of becoming a health bureaucrat. The stethoscope shatters, but its legacy remains.

The light that remains when the sun goes down. This narrative explores, from an intimate and unhurried perspective, the connection between motivation and the act of caring, taking as its starting point a twilight scene over the city of Cuenca. The image, evocative and symbolic, serves as an anchor for a deep reflection on medical practice, the meaning of a job well done, and how to sustain the inner flame when routine or weariness extinguish the initial fireworks. It is a journey from wonder to commitment, from inspiration to constancy.

An almost perfect frame. Based on the image of a woman crossing the San Pablo Bridge in Cuenca, this narrative reflects on clinical learning as an introspective, metacognitive, and profoundly human process. Through a first-person narrative, it explores the physician's autonomy, continuous reflection, self-care and the emotional dimension of practice. The text intertwines the metaphor of the bridge with the physician's personal and professional journey, especially in times of change or uncertainty.

The sunset that changes the skin. The narrative unfolds during an evening walk along Caballeros Street in Cuenca. A retired doctor revisits the setting of his professional past and, by contemplating a facade gilded by the light, triggers a profound reflection on the beliefs that have guided –and limited– his life as a doctor. Themes such as self-efficacy, expectations, clinical error, growth mindset, and stress are interwoven, all narrated from a personal, humanised and mature perspective. The narrative culminates in a clinical anchor: transforming beliefs is not just an individual exercise, but an act of caring for others.

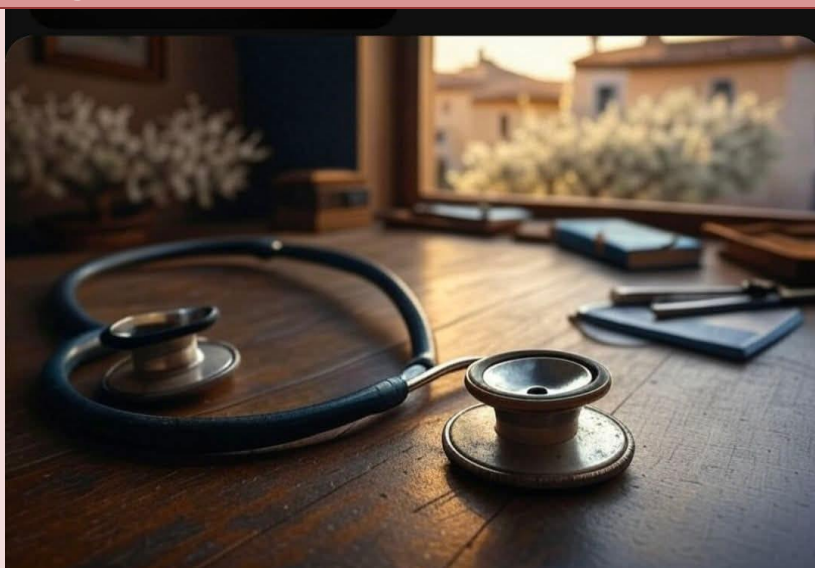
Key words: *Narrative Medicine, Deep listening, Rural health, Invisible pain, Motivation, Medical vocation, Learning, Inner light, Professionalism, Reflective practice, Metacognition, Clinical learning, Self-care, Reflection, Self-efficacy, Growth mindset, Beliefs, Medical error.*

Artículo recibido: 25 junio 2025; aceptado: 10 julio 2025.

EL FONENDOSCOPIO DE LAS TRES COSECHAS

Imagen 1

Fotografía del autor.



El doctor Emilio Sender lo encontró en el fondo de un armario de la sala de curas, entre vendas caducadas y frascos de mercromina. Era un fonendoscopio antiguo, de goma agrietada y campana desgastada, el que usaba el viejo Don Raimundo, el médico de pueblo que atendía partos en carretas y recetaba vino tinto para la anemia. Emilio lo guardó por nostalgia, o quizá porque en aquel Centro de Salud de Cuenca –donde el viento silbaba entre los pinos y las historias se acumulaban como recetas sin cobrar– los objetos muertos a veces resucitaban.

La primera vez que lo usó, sucedió lo imposible.

No escuchó el jadeo de la bronquitis de la señora Adelaida, ni el soplo inocente que llevaba décadas en el corazón de Paco, el pastor. Escuchó un coro de cucharas golpeando cazuelas de barro, el rumor del Júcar arrastrando hojas secas, una discusión en la plaza mayor sobre si las cigüeñas llegaban tarde ese año. Emilio retiró el aparato, desconcertado. Volvió a apoyarlo. Allí seguía: la tos de la señora Adelaida no era solo tabaco. Era la rabia muda por un hijo que se fue a Madrid y nunca llamó, las noches tejiendo mantas para vender en el mercadillo, el miedo a morir sola como

su madre, ahogada en silencio entre cuatro paredes de yeso. Emilio apretó los ojos. No era medicina basada en la evidencia. Era medicina basada en la memoria.

Pero la memoria, pensó, también es un síntoma.

Las tres cosechas del fonendoscopio se revelaron con paciencia manchega. Cada paciente le entregaba un racimo de verdades que no cabían en la historia clínica digital: el agricultor con lumbago que añoraba pisar uvas descalzo como en su juventud; la niña con alergias que coleccionaba piedras del río porque creía que contenían el alma de los peces; el viudo que fingía tomar su medicación para la hipertensión solo porque la enfermera Marta le recordaba a su difunta esposa. Emilio comenzó a anotar esos fragmentos en una libreta de tapas azules, junto a las interconsultas y los partes de baja. No lo hacía por protocolo, sino porque intuía que el fonendoscopio, como los pozos de la serranía, exigía bajar hasta el fondo para encontrar agua.

- *¿Esto es brujería o psiquiatría de andar por casa?* –le espetó la doctora Ruiz durante el café de las once, señalando la libreta con una cuchara manchada de ColaCao– *Aquí llegamos a ver treinta pacientes al día. No hay tiempo para cuentos.*
- *Los cuentos son los que evitan que el señor Jacinto deje de tomar el Sintrom cada vez que su yerno lo llama "viejo inútil"* –replicó Emilio, mordiendo una rosquilla de Almodóvar.

El silencio que siguió tuvo sabor a azúcar quemada y tierra reseca.

La tercera cosecha fue la suya.

Ocurrió al atardecer, mientras repasaba informes en la consulta con olor a lejía y tomillo. Emilio, por hábito o por esa melancolía que trae el otoño en la meseta, apoyó el fonendoscopio sobre su propio pecho. Y allí estaba: el niño que soñaba con ser médico tras ver morir a su perro en una cuneta; el primer día en el Centro de Salud,

cuando confundió una gripe con una neumonía y Don Raimundo le corrigió sin levantar la voz; la noche que recitó un poema de Antonio Machado a una anciana en fase terminal porque las palabras calmaban más que el midazolam. Vio sus propias grietas: la arrogancia de creer que las guías clínicas eran biblias, el miedo a convertirse en un funcionario de la salud, ese orgullo de no haber seguido el consejo de su padre ("*Huye de los pueblos, hijo, aquí solo se envejece*").

El fonendoscopio se resquebrajó en sus manos, como una rama seca.

Ahora, cuando las enfermeras le preguntan por la libreta azul, Emilio se encoge de hombros.

- *Aquí todo se sabe –dice–. Hasta el diagnóstico más simple tiene subtítulo.*

Y aunque no lo menciona, piensa en Drucker: "*Conocer tus fortalezas es como labrar un campo pedregoso: hay que escarbar hasta encontrar la tierra fértil bajo las piedras*".

Los residentes de ciudad no lo entienden, pero los médicos de pueblo –esos que saben que la receta más efectiva a veces es un "*Cuénteme más*" dicho mientras se mira por la ventana– asienten. Porque han aprendido que en lugares como Cuenca, donde las farmacias cierran a la siesta y las urgencias están a setenta kilómetros de curvas, curar no es solo recetar. Es recordar que cada tos es un relato, cada arruga una línea de un poema que nunca se escribirá.

Aunque el fonendoscopio se haya convertido en polvo. Aunque el invierno borre las huellas.

Posdata para los que dudan: pregunten en el bar de la plaza por la señora Adelaida. Si les ofrece un café, escuchen. Entre los sorbos, quizá reconozcan el sonido de un río, de un llanto, de un latido que no aparece en los manuales. La Medicina de Familia, al fin y al cabo, es la única especialidad donde el pronóstico se escribe a lápiz, por si la vida decide corregirnos...

LA LUZ QUE QUEDA CUANDO SE VA EL SOL

Imagen 2

Fotografía del autor.



Hay atardeceres que no se olvidan. No por su grandiosidad, sino por la forma en que nos alcanzan. Fue en Cuenca, una tarde en la que el viento arrastraba una luz oblicua entre las nubes y los riscos, cuando comprendí algo que llevaba años buscando en los libros, en las guardias, en las sesiones clínicas, en los pacientes.

Había terminado una jornada larga. Esas que no se miden solo en horas, sino en palabras retenidas, en silencios compartidos, en decisiones que se posponen porque el alma necesita un respiro. Me senté en un banco de piedra, en uno de esos miradores que parecen hechos para recordar que somos pequeños y, a la vez, infinitos cuando atendemos a alguien con la escucha entera. Frente a mí, Cuenca se deshacía en dorado. No el dorado brillante de lo nuevo, sino ese que queda cuando la luz, como un buen médico, se retira dejando el mundo un poco más claro.

La ciudad parecía suspendida entre la gravedad de las sombras y el vértigo de los acantilados. Los edificios antiguos, testigos de siglos, reflejaban la última luz

con la dignidad de quien ha resistido todo. Y yo, entre ese paisaje de piedra y cielo, pensé en la primera vez que sentí ganas de ser médico.

No fue en una clase ni en un libro. Fue viendo cómo mi abuelo ponía una mano en el hombro de alguien para decirle: esto va a pasar, estamos contigo. No había receta, no había diagnóstico. Solo una presencia. Aquella escena fue como la brocha de Tom Sawyer: un gesto que parecía sencillo, pero que escondía una complejidad inmensa. Como él, también yo he aprendido a fingir que ciertas cosas no son difíciles, para que otros se animen a tocarlas.

Durante años me obsesionó el porqué de las cosas. Después, aprendí a preguntar para qué. ¿Para qué me levanto cada día? ¿Para qué repito ciertas frases, aunque ya no suenen nuevas en mi boca? ¿Para qué vuelvo a escuchar síntomas que conozco de memoria, si a veces siento que me desgasto? Y la respuesta volvió, silenciosa, con la misma luz que se colaba entre los tejados: porque alguien tiene que cuidar sin ruido.

A lo largo del tiempo, la motivación cambia. Al principio, es pura chispa. Lo nuevo, lo intenso, lo brillante. Te alimentas de primeras veces: la primera historia clínica, el primer parto, el primer paciente que sonríe al irse. Luego vienen otras etapas. Días en los que pintar la valla ya no parece divertido, sino obligatorio. Días en los que nadie te mira mientras haces tu trabajo, y la recompensa no viene. Es entonces cuando te das cuenta de que la verdadera motivación no es una emoción, sino una decisión. Elegir pintar bien la valla, aunque nadie mire. Elegir escuchar con atención, aunque la historia se repita. Elegir aprender algo nuevo cuando todo parece rutina.

Allí, en ese banco frente a Cuenca, recordé a una paciente mayor que me dijo una vez:

- *Doctor, no sé si lo que me dio me ha curado, pero desde que me escuchó, ya me siento mejor.*

Y entendí que había algo más fuerte que el conocimiento: el cuidado. No como técnica, sino como modo de estar. No como resultado, sino como presencia. Es en ese espacio donde la motivación se transforma en vocación, y la vocación en manera de vivir.

Los que ejercemos medicina durante años descubrimos que el aprendizaje no se agota, pero cambia de piel. Ya no consiste solo en acumular saberes, sino en depurar gestos. En hacer menos, pero hacerlo mejor. En mirar con más hondura. En dejar que las palabras tengan aire entre sí, como las ramas desnudas que enmarcan el paisaje cuando el sol se va.

La motivación, como el atardecer de Cuenca, no está en el centro del día. No es bulliciosa. No exige reconocimiento. Está al final, cuando uno mira atrás y se pregunta si ha valido la pena. Y descubre, con sorpresa, que sí.

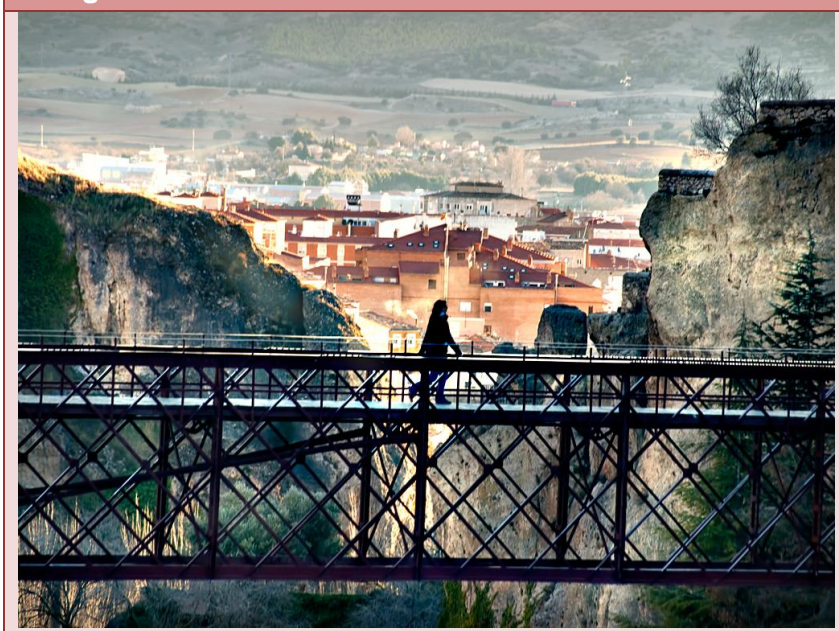
Al volver a la consulta al día siguiente, algo había cambiado. Los mismos pacientes, las mismas historias, pero otra luz en mis gestos. Como si el recuerdo del atardecer se hubiera quedado en mis pupilas. Como si cada encuentro tuviera algo de esa última luz que se cuela entre las nubes: fugaz, cálida, necesaria.

No hay manual para sostenerse en la práctica clínica diaria. Pero sí hay pequeños rituales, como sentarse a mirar cómo el día termina. Como recordar por qué empezamos. Como seguir pintando, aunque nadie lo note, la parte más visible de la valla: la que da a la calle, la que sostiene, sin aplausos, el cuidado de lo humano.

UN ENCUADRE CASI PERFECTO

Imagen 3

Fotografía del autor.



Desde este lado de la ciudad, Cuenca parece dibujada por una mano paciente y algo melancólica. El Puente de San Pablo –aéreo, delgado, casi temerario– une dos márgenes que no parecen desear tocarse. Y, sin embargo, lo hacen. Siempre hay alguien cruzando.

Ese día, la vi a ella.

No sé quién era. No la reconocí. Caminaba sola, sin prisa ni pausa, con un ritmo preciso, contenido, como si cada paso fuera una decisión deliberada. La cámara, silenciosa y cómplice, captó el instante en el que la figura de la mujer quedaba encajada justo entre las laderas, suspendida en medio del aire, trazando la línea invisible entre un lugar y otro. Como si cruzar no fuera solo cambiar de sitio, sino mirarse.

Volví a casa con esa imagen prendida en la retina. Había algo profundamente íntimo en su forma de caminar: no era huida, ni conquista. Era tránsito. Y ahí entendí por qué me conmovió.

Durante años he ejercido la Medicina de Familia. He acompañado dolores, despedidas, certezas rotas. He sido parte de historias donde nadie sabía aún que estaban escribiéndose. Pero también he cruzado mis propios puentes: agotamientos silenciosos, decisiones que no parecían tener vuelta atrás, días en que uno se pregunta si sigue siendo útil, si sigue sabiendo.

En esos momentos, lo que me ha sostenido no ha sido el conocimiento técnico –que también–, sino una forma de pensarme. De observar mi mente como si pudiera verla desde fuera. De preguntarme qué estoy haciendo, cómo lo estoy haciendo, por qué lo sigo haciendo. Lo que la psicología llama metacognición, y que yo, con menos rigor y más piel, llamo respirar antes de seguir.

Esa mujer, sin saberlo, me recordó esa necesidad: caminar no como quien se lanza, sino como quien se acompaña. Como quien se escucha.

Recuerdo una tarde, no tan lejana, en que una residente me confesó que ya no sabía si quería seguir. Que se había formado para ayudar, pero que últimamente sentía que sobrevivía a trompicones. Le pregunté si estaba escribiendo. Me miró, confundida. Le hablé de cómo, a veces, poner las ideas en papel ayuda a ordenarse por dentro. Que no es un lujo ni una terapia alternativa, sino una forma de volver a mirarse con compasión.

- *No sé si tengo tiempo para eso* –me dijo.
- *Entonces quizás necesites escribir más que nunca* –le respondí.

Ese diálogo me visitó de nuevo al mirar la fotografía. Porque escribir, caminar, mirar... son, en el fondo, lo mismo. Formas de cruzar. Formas de estar consigo mismo sin huir.

No es fácil practicar la medicina sin perderse. Se nos pide eficiencia, rigor, productividad. Pero poco se dice del desgarró lento que puede producir el exceso de

presencia. Del desgaste de estar siempre ahí para otros. Del olvido de uno mismo que se cuela entre interconsultas y notas clínicas.

La mujer del puente, sin saberlo, me ofreció un recordatorio: avanzar no es acelerar. Es poder detenerse. Es elegir hacia dónde ir. Es darse permiso para nombrar los miedos, para revisar lo aprendido, para afinar las decisiones. Porque solo quien se piensa puede aprender de verdad.

Hay una medicina que se mide en cifras, protocolos, algoritmos. Y hay otra que ocurre en ese intersticio invisible donde el médico se encuentra consigo mismo. Donde reconoce sus propias limitaciones, donde vuelve a sus preguntas de origen. Donde no olvida que cuidar no es solo aplicar conocimiento, sino también sostenerse. Volver a uno. Volver a cruzar.

He aprendido, con el tiempo, que mis mejores decisiones clínicas han surgido no del apuro, sino de la pausa. Que la sabiduría, si llega, lo hace despacio, sin hacer ruido, como una mujer cruzando un puente. Que el aprendizaje duradero ocurre cuando somos capaces de mirar con honestidad nuestra práctica, nuestras dudas, nuestros errores. Y que el coraje de seguir aprendiendo no viene de saber más, sino de aceptar con humildad que nunca lo sabremos todo.

Por eso, cuando me preguntan qué recomendaría a los jóvenes médicos, ya no hablo solo de libros o habilidades técnicas. Les hablo de esto: de aprender a caminar sus propios puentes. De no olvidar quiénes son cuando la bata pesa. De tener a mano un espacio –físico o simbólico– donde detenerse y respirar. Porque en el fondo, practicar la medicina es eso: cruzar sin certezas, cuidar sin garantías, sostener sin armadura.

Hoy, al volver a pasar por Cuenca, levanté la vista y busqué el puente. La luz de la tarde lo dibujaba con trazos suaves. No había nadie cruzando.

Y, sin embargo, la vi. Vi a esa mujer en cada médica que decide parar y preguntarse por qué sigue. En cada residente que empieza a escribir para entender

su cansancio. En cada compañero que reconoce que necesita ayuda. En cada profesional que, a pesar de todo, vuelve a su consulta al día siguiente, no por inercia, sino porque ha encontrado una forma más humana de cruzar.

Y me sentí, una vez más, parte de esa senda compartida...

EL ATARDECER QUE CAMBIA LA PIEL

Imagen 4

Fotografía del autor.



Volver a Cuenca después de tantos años era, en sí mismo, un riesgo calculado. El riesgo de reencontrarme con todo lo que no supe, con lo que no dije, con lo que creí que había olvidado.

Bajaba por la calle Caballeros cuando la luz se volvió materia. La fachada de una casa cualquiera –una de esas que durante años había pasado sin mirar– ardía con una incandescencia líquida. El sol, rozando el horizonte, la acariciaba con la ternura de quien despide a alguien que ya no volverá.

Y entonces me detuve. Porque en ese muro había algo de mí.

Durante doce años trabajé en esta ciudad como Médico de Familia. Consultas, domicilios, urgencias, tardes interminables. El paciente número doce con disnea, la señora que nunca llegaba sola, el adolescente que venía a hablar del acné pero se quedaba en silencio hasta que yo le preguntaba si dormía bien.

Cuenca fue mi escenario, pero también mi escondite. No es que fuera un mal médico –eso nunca lo sabré del todo–, pero sí fui un médico atravesado por creencias que nunca me cuestioné. La primera de ellas: que tenía que poder con todo.

Autoeficacia, dicen los libros ahora. Yo lo llamaba obligación.

Creí durante años que, si no sabía algo, debía ocultarlo. Que dudar era debilidad. Que los errores se firmaban en silencio. Que el estrés era el precio justo por estar en primera línea.

Cuánto daño puede hacer una creencia sin revisar.

Un día, hace más de diez años, una paciente anciana me dijo:

- *Doctor, a usted lo estresa más mi dolor que a mí.*

No supe qué contestar. En ese momento creí que era una falta de respeto. Hoy sé que era una revelación.

Desde entonces empecé a notar cómo mis propias expectativas –y las ajenas– configuraban mis decisiones clínicas. Como aquel residente, Sergio, brillante y lleno de entusiasmo, al que sin querer le inoculé mi ansiedad:

- *Esto es medicina de verdad* –le dije una vez, señalando un caso complicado.

Y él me respondió:

- *¿Y la otra medicina cuál es? ¿La que no duele?*

Ese comentario me acompañó durante semanas.

Las creencias son traicioneras. No se presentan como tales. Se infiltran en la forma de actuar, en cómo uno enseña, en cómo interpreta un silencio o decide cuándo parar. Me creí Pigmalión de muchos, sin darme cuenta de que yo también era estatua: rígido, idealizado, esperando a que alguien –o algo– me diera vida nueva.

Y ocurrió, sin pretenderlo, esta tarde. El muro de la calle Caballeros me devolvió un reflejo cálido y veraz. Me vi. Ya sin bata. Ya sin la urgencia de responder. Vi a un hombre que se había exigido ser perfecto para no tener que lidiar con el miedo. Que había confundido control con seguridad. Y que ahora, al mirar esa luz filtrándose entre los barrotes, comprendía que las creencias también pueden cambiar de textura.

He aprendido –tarde, pero aún a tiempo– que no es la ausencia de estrés lo que nos hace buenos médicos, sino la capacidad de dialogar con él. Que un poco de presión puede mejorar el rendimiento, pero que vivir en la hipervigilancia constante nos vacía. Y que las emociones –esas compañeras incómodas– son, muchas veces, las verdaderas guías del acto clínico.

Hoy, cuando hablo con residentes sobre cómo mejorar el aprendizaje, les propongo esto: *“No se trata de ser el mejor. Se trata de entender qué crees sobre ti mismo cuando te enfrentas a lo que no sabes”*.

Y entonces hablamos de autoeficacia. De expectativas. De atribución. De mentalidad de crecimiento. De cómo el “todavía no puedo” es infinitamente más poderoso que el “nunca podré”.

A lo lejos, una joven se detuvo a hacer una foto del muro. La misma luz que a mí me trajo recuerdos, a ella le dibujaba una postal. Le sonreí. Ella me devolvió la sonrisa sin saber por qué. Tal vez intuyó que yo también estaba capturando algo, aunque sin cámara.

Volví a andar. Y me dije algo que jamás me permití decir en mis años de práctica: *“No tienes la responsabilidad de ser como los demás esperan. Tu error no te define. Tu duda tampoco”*.

A veces basta eso. Un paseo lento. Una fachada dorada. Un momento de silencio.

La medicina que hoy defiendo no es menos rigurosa. Pero es más honesta. Reconoce que aprender no es solo acumular conocimiento, sino revisar las creencias que lo sostienen. Que cuidar a los demás empieza por cuidar el relato que uno se cuenta sobre sí mismo. Que transformar la práctica médica pasa, antes, por transformar la manera en que uno se mira.

El muro de la calle Caballeros me lo recordó.

Y supe que, a pesar de la jubilación, aún me queda algo por enseñar: que cada médico, como cada ciudad, puede cambiar de piel si deja entrar la luz

Carlos Almendro.

Médico narrador. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (jubilado).

Cómo citar este artículo:

Almendro C. El arte de ver lo que duele: crónica de un médico-fotógrafo. *Folia Humanística* 2025; 5(2):102-116. Doi: <http://doi.org/10.30860/0128>.

© 2025 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.