



SUMARIO

TEMA DEL DIA

Pág.

TEORÍA DEL OTRO

1

Borrell i Carrió F.

PENSAMIENTO ACTUAL

TODOS DE LOS NERVIOS

25

Medrano Albéniz J.

LA NARRATIVA CLÍNICA COMO BRÚJULA. REFLEXIONES DESDE LA IV JORNADA INTERNACIONAL DE NARRATIVA CLÍNICA

34

Blanco Alfonso A, Blanco Ramos MT.

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

SUERO Y ANÍS

44

Galindo Salmerón Z.

PROSPECTO INFORMATIVO DE “MEDICUS MEDICINAE GALENICO COLLABORANS”

49

Rossi E.

SALUD
CIENCIAS SOCIALES
HUMANIDADES



Fundación
Letamendi
Forns

2026, Vol. 6, núm 1

ISSN: 2462-2753

SUMARIO

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

Pág.

MÁS ALLÁ DE ORIÓN

52

López García-Franco A.

EXTENSIÓN

54

López Caballero S.

LLEGASTE CUANDO EL SUELO DEJÓ DE SOSTENERME

56

Fernández Vega J.

PREVENIR O CURAR (SAINETE)

58

Álvarez Herrero 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:

<https://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

<https://www.fundacionletamendi.com/revista-fofia-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.

<https://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.

TEORÍA DEL OTRO

Borrell i Carrió F.

Resumen: Lo que pensamos de las personas que nos rodean constituye lo que en psicología se llama "Teoría del Otro". Las experiencias vividas, nuestra manera de sentir, cómo hemos sido educados y los valores morales que compartimos con nuestros grupos de referencia, entre otros factores, determinan la imagen "del otro" y la previsión de sus intenciones y de cómo puede reaccionar. Constituimos algo así como un "archivo" de posibilidades y propósitos que se adapta a cada individuo y situación.

En el entorno asistencial: "¿Qué desea o persigue este paciente hoy de mí? ¿Cuáles son sus expectativas y sus necesidades?". Este tipo de preguntas subyacen a todo tipo de interacciones humanas, porque nuestro cerebro se ha adaptado durante generaciones a los peligros del entorno. Otra cosa es que seamos conscientes –o llevemos al plano de la conciencia– la vertiginosa sucesión de emociones y sentimientos que se producen en una entrevista o en una reunión de amigos. Lo más probable es que nos dejemos arrastrar por intuiciones o por rituales establecidos. Algo nos dice que no deberíamos firmar unas arras de compraventa, porque detectamos deshonestidad en el vendedor. Pero firmamos porque es el ritual. Una persona acostumbrada a la flexibilidad cognitiva hubiera dado importancia a su corazonada y se habría preguntado, antes de firmar, si había suficiente fundamento para sus sospechas y cuáles eran sus grados de libertad para demorar la firma.

Pero además, la "Teoría de mí mismo" nos lleva a los guiones de vida. Comprenderlos posibilita al profesional de la salud proponer al consultante o paciente estrategias de empoderamiento.

Palabras clave: *Teoría del Otro, Medicina Narrativa, Empatía, Flexibilidad cognitiva, Intuición, Sentimientos morales, Guiones de vida, Narrativas.*

Abstract: THEORY OF THE OTHER

That which we think about the people around us constitutes what in psychology is known as the "Theory of the Other". Lived experiences, our way of feeling, how we have been brought up, the moral values we share with our reference groups, among other factors, shape the image of "the other" and our anticipation of their intentions and how they may react. We construct something akin to an "archive" of possibilities and purposes that adapts to each individual and situation.

In the clinical setting: "What does this patient want or seek from me today? What are their expectations and their needs?" Such questions underlie all types of human interaction, because our brain has adapted over generations to the dangers of the environment. It is another matter whether we are aware of –or bring into conscious awareness– the dizzying succession of emotions and feelings that arise during an interview or at a meeting with friends. Most likely, we allow ourselves to be carried along by intuitions or established rituals.

Something tells us that we ought not to sign a preliminary purchase agreement because we detect dishonesty in the seller. Yet we sign because it is the ritual. A person accustomed to cognitive flexibility would have paid attention to their hunch and, before signing, would have asked whether there was sufficient basis for their suspicions and what degree of freedom they had to postpone the signing.

Moreover, the "Theory of Myself" leads us to life scripts. Understanding them enables the healthcare professional to propose empowerment strategies to the client or patient.

Key words: *Theory of the Other, Narrative Medicine, Empathy, Cognitive flexibility, Intuition, Moral sentiments, Life scripts, Narratives.*

Artículo recibido: 28 diciembre 2025; aceptado: 16 enero 2026.

INTRODUCCIÓN

Los “Encuentros de Medicina Narrativa” celebrados en España (Nota 1) propician el clima necesario para que muchos profesionales de la salud (y algunos pacientes) describan la cotidianeidad de sus emociones. La importancia de estos encuentros entre profesionales de la salud y pacientes viene avalada por excelentes libros y series que exploran todos los matices y posibilidades. Sin embargo, no deja de sorprender en estos encuentros que la realidad es siempre más rica que la ficción, y se obstina en presentarnos nuevos paisajes con ricas paletas de colores emocionales.

Para que nos interese una narración, es de rigor ofrecer una perspectiva original, ya sea de las percepciones externas o internas del escritor. Un mismo hecho puede percibirse de maneras diferentes, y por lo general, borramos del plano de la conciencia lo que se separa de un guion socialmente acordado. Es ahí donde entra el bisturí del escritor: percibe lo que todos hemos percibido, pero le da importancia, establece relaciones, se pone en los zapatos del otro, contrasta, especula... Se confunde al buen escritor como el artífice de las palabras; en realidad, es un artífice de la singularidad. Ha aprendido a sacar el brillo donde antes solo veíamos deslustre. Él o ella nos presenta objetos, personas y situaciones con fulgencias ignotas.

Hay escritores que se llevan bien con los objetos, pero, en cambio, en sus narraciones las personas transitan como zombis. Otras, en cambio, muestran el arcoíris de sus propias emociones, sin apenas importarles la de los demás. La manera de narrar nos lleva a la manera de percibir y valorar el mundo. Aparece el escritor que revela manías secretas que también nosotros tenemos, o desvela una intimidad que nos parece próxima a la nuestra. Podemos escribir lo que queramos, pero solo va a interesar lo que seamos capaces de plasmar en un medio audiovisual o de papel para amplificar en el lector su experiencia vital. Nos interesan aquellas narraciones que nos hacen vivir otras vidas, o que hacen aflorar nuevos brillos y ecos en la propia. Somos espectadores por la esperanza de amplificar nuestra experiencia vital. Concedemos verosimilitud a las ficciones porque no renunciamos a esta esperanza.

El buen escritor y guionista comparten mucho con el buen humorista o el eficaz tertuliano. Todos ellos tienen una previsión de cómo reaccionará su público.

“Cuando vi por primera vez *Psicosis* de Hitchcock, me di cuenta de que aquel director hacía conmigo lo que quería”. He ahí un comentario inusual: esta persona se da cuenta de que un guionista, director y montador han logrado secuencias verosímiles que conducen al espectador, de manera irremediable, a una serie de emociones extremas. Un comentario tan elemental indica que esta persona atribuye a Hitchcock el poder de aplicar en sus películas *una teoría del espectador*. Otrosí: esta persona tiene un concepto intuitivo de lo que es una “Teoría del Otro”.

En la Navidad de 1914, las trincheras alemanas y anglo-francesas eran un campo de exterminio, pura banalidad del mal. Un soldado empezó a cantar “Noche de Paz”, y en el otro bando le contestaron con “Adeste fideles”. Luego alguien alzó una bandera blanca y se expuso a las balas enemigas, y alguien del otro lado hizo lo mismo. Al final, soldados y oficiales compartieron pitillos y jugaron incluso un partido de fútbol. La escena fue documentada por un reportero de guerra (Figura 1) y posteriormente adaptada en la película ‘Feliz Navidad’ de Christian Carion (2005).

Resulta curioso imaginar los miedos de quienes se atrevieron a salir de la trinchera... ¿Estaría un soldado con una metralleta escondido en alguna parte y esperando el momento para matarlos? No se sale de una trinchera si no estás muy seguro de cómo van a reaccionar tus enemigos. La anticipación del comportamiento del adversario era fundamental para decidir si abandonar o no la trinchera.

Figura 1

Navidad 1914, fotografía original de la confraternización entre soldados.



Y no solo eso. Una vez regresaron a sus puestos, aquellos hombres apostados enfrente ya no eran unos seres diabólicos y anónimos; eran padres de familia, jóvenes que esperaban regresar con sus novias, gente con la que podías hablar... Un cambio radical con relación a la imagen previa que obligó a los oficiales a trasladar a estos soldados a otros frentes.

El concepto de “Teoría del Otro” no es baladí. Nos lleva a repensar la comunicación a otro nivel. Si en los años 90 del siglo pasado enfatizábamos el valor de percatarnos de la comunicación no verbal, o percatarnos del “subtexto” que añadía matices al texto verbal, ahora inscribimos este esfuerzo en un marco superior: lo que se acaba por pensar de las intenciones y expectativas del “otro”. E incluso cómo puede reaccionar, qué le puede interesar, cómo se sentirá si le digo que tiene un nódulo canceroso, etc.

DE LA HERMENÉUTICA A LA TEORÍA DEL OTRO

Demos ahora un paso atrás: ¿cómo analizábamos en el siglo XX la comunicación? Destaco que se trata de un análisis, no de una práctica de la comunicación. En la segunda mitad del siglo XX se propusieron modelos de comunicación y se descubrieron aspectos conductuales y de comunicación no verbal que marcaron de forma indeleble la manera de ver una interacción humana (Nota 2). La aparición de las videograbaciones puso abundante material a disposición de expertos y aprendices. Donde antes había un recuerdo confuso de lo ocurrido, ahora, contemplando estas videograbaciones, nos veíamos incómodos, transmitiendo ansiedad, emitiendo información confusa, etc., etc. Y lo más interesante: emergían diferentes interpretaciones de la misma escena.

No estábamos solos en este progreso. El lenguaje cinematográfico experimentó también un cambio radical: si antes los actores, con su manera de actuar, advertían que su papel era impostación de la realidad (algo así como que nos dijeran: “Cuidado, soy un actor que ahora hace el papel de esposo iracundo”), a finales de

siglo esta manera de presentar una película queda completamente arrumbada. El siglo XXI acrecentará el *naturalismo interpretativo*, añadiendo matices y ofreciendo materiales al espectador sin forzarle a comprenderlos: “o los pillas o los pierde”. Es un avance colectivo que permea toda la sociedad: un niño contemplando “Inside Out” (2015) (“Del revés”, en España), de Pixar Studios, puede aprender a darse cuenta de sus propias emociones contradictorias. Estamos educando su capacidad de “darse cuenta” de sus propios sentimientos (metacognición) (1, 2).

Este “darse cuenta”, para al final obtener una mejor interpretación de lo que me pasa, o de lo que me quiere decir esta persona, este libro o película, es precisamente la práctica hermenéutica; pero con un matiz: *es una manera de proceder consciente y metódica*. Devenimos forenses de textos audiovisuales o de cualquier otro formato.

Ganar una visión más profunda de la realidad es una tendencia que aflora a comienzos del siglo XX. Aparecen esfuerzos hermenéuticos para dar sentido a la evolución histórica (Marx), a los sueños (Freud), a la diversidad de creencias religiosas (Eliade), a la evolución moral de las sociedades (Weber, Nietzsche, entre otros). Estas aportaciones se refinan, adquieren método y finalmente se fijan en forma de modelos: lucha de clases, psicoanálisis, historicismo, influencia de la cultura sobre la economía... Una vez asimilamos un modelo, podemos usar sus conceptos para interpretar la realidad, algo así como ponernos unas gafas de realidad aumentada, para ver lo que otros no ven. Sin embargo, estas gafas ocultan también datos de la realidad discordantes, y dificultan la emergencia de modelos más explicativos, más ajustados a la realidad. Para usar un concepto filosófico: cada uno de estos modelos tiene un “horizonte de significado”. Ayudan, pero ocultan.

¿Cuál era el modelo subyacente a la hora de analizar una entrevista videograbada? Se trataba de un modelo finalista que llamaremos “modelo de guiones” (“scripts”). Cada persona en un encuentro tiene su agenda, sus objetivos, sus expectativas, y actúa de la mejor manera posible para obtener un fruto (una receta, una exploración complementaria, un consejo, un diagnóstico...). Se trata de un

modelo que combina aportaciones de la sociología (rol de paciente, (3)), psicología (4), filosofía personalista (5,6) y antropología (7,8). Los pacientes configuran una demanda, aportan materiales semiológicos y tienen unas expectativas (recibir un producto de esta interacción, ya sea un diagnóstico, un tratamiento, un consejo...).

En los talleres de Problem Based Interview (PBI) o de simple análisis de videograbaciones, los participantes transitaban desde los juicios de hecho (“este paciente realiza adaptadores”) a juicios de valor (“por lo que deduzco que este tema de conversación le incomoda”). Pero sobre todo orientaba el análisis preguntas tales como: ¿Qué crees que esperaba el paciente? ¿Cómo te sentiste? ¿Podía este mensaje desagradar al paciente? Etc.

Este tipo de preguntas emergían de un *modelo de guiones*; dicho de otra manera, cada sujeto tenía una agenda, unos objetivos, y los perseguía en la entrevista. Ahora bien, interpretar en base a un modelo basado en guiones es como caminar sobre un pastizal. Pone de relieve intenciones de los protagonistas, emociones, pero es difícil extraer un significado nítido sobre *quién* es esta persona. Este paciente, que llega tan quejumbroso, quizás solo desee un informe o aumentar la posología antiinflamatoria. En tal caso, podríamos estar frente a un paciente que se queja de todo. Llegados a este punto, hemos abandonado el modelo de guiones. Ahora estamos en el terreno de una Teoría del Otro. Dicho de otra manera: las diferentes interpretaciones que hacemos sobre una misma entrevista videograbada ganan significado, plausibilidad, si añadimos una Teoría del Otro. Eso es lo que ocurre de manera espontánea en un seminario basado en la metodología del PBI: aparecen irremediabilmente teorías del otro.

Ocurre exactamente lo mismo en la vida cotidiana: “¿Viste con qué ademanes de desprecio me contestó esta vendedora?”, “Ya lo creo, en esta tienda solo atienden a gente muy rica, y pensó que nosotras no íbamos a comprarle una joya tan cara... fue una manera de decirnos que nos largáramos”. Teoría del Otro: es una vendedora que sabe ver dónde invertir su tiempo para lograr resultados; quizás tenga un incentivo

de productividad; su conducta tiene una lógica interna, aunque nos sepa mal por la manera en que hemos sido tratados.

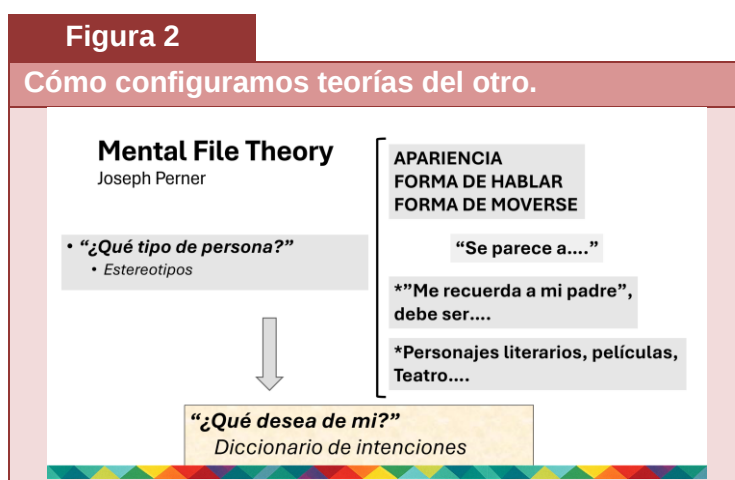
Un estudioso de la Teoría del Otro, Perner J. (9,10), propone que “*vemos a otras personas como «carpetas de archivo» que llenamos de información y así les hacemos un seguimiento*”. Desde mi punto de vista, asociamos una o varias emociones a cada persona, a su rostro, y cuando volvemos a saludarla, emerge esta emoción (de desagrado o agrado, interés o aburrimiento, etc.) como si fuera su *tarjeta de visitas*. Es la manera natural y básica de manejarnos con “el otro”. Pero a partir de ahí la cosa se complica...

El conferenciante con experiencia no repetirá para un público joven lo que ha preparado para un público senior. En las webs de citas, los usuarios se esfuerzan por adivinar quién hay detrás de una foto y unas breves notas de presentación. El programa televisivo “First Dates” (Cuatro) muestra a diario gente necesitada de compañía que hace teorías del otro comensal: “¿Es agradable?, ¿culto?, ¿comparte aficiones?, ¿cómo será en una relación íntima?”. Mucho cuidado con los chistes: la gente ríe, pero a veces piensa: “¡Qué desagradable!”. El bromista debe ser cauto y sagaz, no sea que su broma sea malinterpretada o sobrepase alguna línea roja. Por ejemplo:

Ejemplo 1. El autobús tiene programada la salida a las 7:30 horas; faltan 10 minutos. Sin embargo, el chófer cierra la puerta, como si ya se dispusiera a partir. Llega una chica y el conductor abre la puerta y le dice: “¡Oye!, ni viendo que la puerta se cierra te echas a correr, ¡vaya aplomo!”, y la chica responde: “He pensado que eras tú, con tus bromas”. Ambos ríen. Pero no sabemos lo que de veras piensa la chica.

Las películas del siglo XXI incorporan una comunicación rica en detalles, actuaciones realistas de los actores y, a la postre, cierta coherencia en las conductas de los protagonistas. El guionista tiene que figurarse una “Teoría del Otro” de cada uno de sus personajes, o la película perderá verosimilitud. Las películas más galardonadas son las que cuentan con un reparto riguroso: véase Sirat (2025) de

Oliver Laxe o Romería (2025) de Carla Simón. Los mejores castings escogen personas que en su mochila ya incorporan partes del personaje que van a representar. McKee, en su libro seminal sobre guiones (11), lo formula con toda claridad: el guionista tiene que saberlo todo de sus personajes, intenciones, traumas... aunque no se explicita en el libro o en la película. Y cuando un personaje no actúa de manera coherente, el espectador debe intuir el motivo.



Por si fuera poco, algunas obras de teatro o de cine incorporan la Teoría del Otro de manera explícita en la misma trama. Sería el caso de "Le Prénom" (en español, "El Nombre"), escrita por los autores franceses Matthieu Delaporte y Alexandre de la Patellière. El protagonista anuncia que su nuevo hijo se llamará "Adolf", lo que suscita una reacción airada de la familia; reacción esperada y que hábilmente manipulará. En la película "Truman" (2015), de Cesc Gay, el protagonista (Ricardo Darín) reúne a su mejor amigo (Javier Cámara) y la ex de este amigo (Dolores Fonzi) para revelarles que próximamente morirá. Esta revelación suscita en la mujer una reacción airada ("¿Qué mierda me estás contando?, ¿por qué me lo cuentas?"), y se marcha abruptamente. El espectador esperaba una reacción de empatía, y este exabrupto le sorprende, lo que implica un aumento exponencial de su atención. Lejos de enfadarse, el protagonista le dice a su amigo: "No te preocupes, tiene mucho carácter, es italiana". El espectador adivina varias cosas: que el protagonista conoce a esta mujer en profundidad, que entiende que ha derivado la tensión de la noticia hacia un objeto externo (él) y que tras esta explosión de ira vendrá

la pena, la compasión y posiblemente la restauración de la amistad. El comentario de Darín resuelve la tensión a la vez que crea otra: ¿ocurrirá esta restauración?, ¿volverá la amiga para apoyarle?

En el campo asistencial, los profesionales elaboran de manera espontánea taxonomías de los pacientes (el más común y menos sofisticado: “buenos”, “difíciles” y “malos” pacientes), como también perfiles de demanda (figura 2). Y en este punto podemos preguntarnos: de acuerdo, pero si configurar Teoría del Otro es algo espontáneo, ¿qué ganamos hablando y teorizando sobre ello? Contesto en el siguiente apartado.

TEORÍA DEL OTRO EN LA VIDA COTIDIANA

Todo ser humano debe incorporar “sí o sí” la Teoría del Otro en su actividad diaria. Pero no lo hacemos de la misma manera ni con la misma intensidad. Distingo tres niveles (Figura 3):

Figura 3

Niveles en el manejo de la Teoría del Otro.

¿CÓMO MANEJAMOS LA “TEORIA DEL OTRO”?	• ¿Me sigue? ¿Puede interesarle?	¿Es apropiado?	¿Cómo se siente? ¿Debo callar?
• Subestándar	✗	✗	✗
• Básico	✓	✓ / ✗	✗
• Avanzado	✓	✓	✓

Subestándar: En una conversación, se producen repetidamente “pérdidas de referente”. Por ejemplo: “Mercedes me dijo que no lo comprara”, “Perdona, ¿quién es Mercedes?”, “Claro, es la hija de la Juani”, “¿Y quién es la Juani?”.

La pérdida de referente sería un indicador de que nuestro tertuliano no se ha preguntado si sus oyentes podían seguirle o, por el contrario, tenía que proporcionar información o ser más preciso para que pudiera entendersele.

Otro aspecto crucial es prever que el material que vamos a compartir sea del interés de la otra persona. Un mismo contenido, presentado de dos maneras distintas, producirá niveles de atención también diferentes. Por ejemplo: “Estas pastillas tiene que tomarlas para bajar la presión” no tiene el mismo efecto que: “Estas pastillas, al bajarle la presión, hacen que el corazón trabaje más tranquilo y envejezca más lentamente”.

El comunicador eficaz está alerta a las señales de fatiga o desatención de su contertulio, y sabe cambiar de tema o reactivar su atención. Y no solo eso. También podemos hablar del fenómeno que denominé “rescate emocional”:

Ejemplo 2. Imaginemos que en una entrevista, al hablar de los hijos, percibimos que al paciente se le humedecen los ojos. Tenemos ahí un aviso “no verbal” de suma importancia: ¿tiramos del hilo? ¿O por el contrario restablecemos la serenidad? Un entrevistador no siempre tiene que dejar fluir una conversación hacia donde sea que conduzca. Quizás no sea ni el momento ni el lugar de tratar las relaciones paternofiliales. En tal caso estaríamos hablando de un nivel avanzado en el manejo de la Teoría del Otro.

Podemos ya contestar a la pregunta sobre la utilidad de trabajar conscientemente la Teoría del Otro. Nuestro objetivo tiene que ser colocarnos en el nivel avanzado de la Figura 3. El nivel avanzado tiene en cuenta todos estos elementos de la tabla y, ocasionalmente, añade otro: no solo que el contenido a comunicar sea pertinente, sino también *el efecto que producirá*. E incluso más: las consecuencias a medio o largo plazo. Es justamente en este aspecto donde sobresalen los publicistas. Un buen anuncio debe resultar agradable, pero no solo eso, debe influir en la toma de decisiones a futuro. La pregunta clave es: “Si emito este mensaje, ¿cómo se sentirá de manera inmediata y mediata?”. Un chiste inapropiado –pongamos de un verde subido– puede hacer reír a los comensales, pero a medio plazo algunos pueden pensar: “Vaya estupidez interrumpir una agradable conversación con semejante porquería; esta persona no tiene criterio”.

Si de algo somos amos es... de nuestros silencios. Porque una vez emitimos un mensaje, este adquiere vida propia, será interpretado y repetido de diversas e interesadas maneras, y quizás algunas puedan disgustarnos. El comunicador avanzado en Teoría del Otro realiza una previsión de las consecuencias a medio o largo plazo. En un grupo de amigos, por ejemplo, puede simular que desconoce los vericuetos del comercio internacional (o de otras temáticas especializadas), para evitar el sambenito de “sabelotodo” y permitir que otros compañeros luzcan sus conocimientos. En cambio, saber todos los detalles de la Liga de Fútbol puede ser más apreciado.

TRABAJAR LA TEORÍA DEL OTRO PARA ADQUIRIR UN NIVEL AVANZADO

Las personas agudizan su ingenio para prosperar en su ecosistema social, lo que incentiva que muchas desarrollen la Teoría del Otro. Pero el aprendizaje de una Teoría del Otro abarca otros ámbitos de los que aún no hemos hablado: abarca la teoría que nos hacemos de *nosotros mismos*, y abarca la teoría que hacemos del *grupo o grupos de referencia con los que convivimos*. Solo si consideramos estos aspectos podremos adivinar cuán diferentes somos en la comprensión y aprovechamiento de las “Teorías del Otro”.

Si nos consideramos muy poquita cosa, tampoco nos esforzaremos mucho en “ser alguien para los demás”. Si además nuestra vida es básicamente doméstica, o disponemos de un trabajo, pero es un trabajo que no implica demasiado contacto con gente muy variada, el esfuerzo que destinaremos para adquirir una Teoría del Otro es limitado.

En cambio, un directivo, un vendedor, un camarero, un profesional de la educación o de la salud, incluso un delincuente (sobre todo uno de guante blanco), deberán afilar todo su ingenio para hacer teorías del otro. Un líder de una organización debe tener visión innovadora, desde luego, pero para poner en práctica esta

innovación deberá ilusionar a un equipo, y eso va a lograrlo si conoce qué mueve a la gente (aparte del dinero, claro).

Pero no solo el interés por nuestro estatus social puede movernos a adquirir Teoría del Otro avanzado. También el sufrimiento íntimo, el sufrimiento que se produce por el roce con familia, amigos, conocidos, colegas... Estamos en el campo de la personalidad y de los entornos sociofamiliares.

Las personas con alta sensibilidad tendrán un buen motivo para adquirir habilidades de comunicación, y lo harán desde la infancia para atenuar el temor que les produce relacionarse con sus iguales. Pueden inicialmente parecer niños retraídos, pero si son inteligentes, pronto aprenderán lo que deben decir o callar para agradar a su grupo de referencia y evitar ser acosados. El narcisista también aprende a agradar para luego manipular el entorno a su antojo. Lo hará a condición de que tenga tomada la medida a las personas que le rodean, eso es, a condición de ser expertos en Teoría del Otro. Los narcisistas pueden ser muy empáticos, deben serlo ocasionalmente, pero a la postre serán implacables en la búsqueda de su beneficio. El delincuente que al otro lado del teléfono te persuade de que le proporciones las claves de tu cuenta es un experto en empatía, persuasión y, sobre todo, Teoría del Otro. Sin esta última, no adivinaría las brechas por las que puede colarse y alcanzar nuestra privacidad.

Todos estos perfiles humanos educan su intuición, su sensibilidad emotivo-sentimental, para refinarla. ¿Cuál puede ser el camino para hacerlo? Destacaría dos:

A- No desprecies el primer impacto que te produce una persona. A lo largo de tu biografía has ido construyendo algo así como una taxonomía de situaciones y de gente, un catálogo de personalidades que has ordenado en el eje de “peligro-confianza”. Esta taxonomía –es decir, estos estereotipos– a buen seguro tiene errores, pero también aciertos, muchos aciertos. Ahora, de lo que se trata es de perfeccionarla con datos objetivos, juicios de hecho que conduzcan a mejores juicios de valor.

Ejemplo 3. La nueva administrativa parece una persona tímida en extremo. Sin embargo, el director aprecia fortalezas: meticulosidad, esfuerzo, dedicación, capacidad de concentrarse, conocimientos de informática. Poco a poco se gana la confianza de todo el equipo y adquiere responsabilidades.

Durante la adolescencia etiquetamos a las personas de manera radical: nos gustan o nos disgustan. Partimos “de fábrica” con unos estereotipos “primarios” muy deudores de los *repelentes de comunicación* (por ejemplo, olor desagradable, gestualidad brusca, forma de vestir, voz desagradable...). Y por lo general, lo que disgusta se desprecia. El primer paso para amplificar y matizar los estereotipos primarios será reconocer aspectos positivos de la otra persona: por ejemplo, juega bien al fútbol, comparte la misma afición que yo, etc. Un educador ejemplar (padre, maestro, abuelo, etc.) puede hacer mucho para que un adolescente se interese por la manera de ser de los demás y amplíe su taxonomía de tipos humanos, lo que es tanto como decir que sea capaz de matizar la Teoría del Otro.

B- La mejor manera de probar si nuestra Teoría del Otro es correcta es haciendo predicciones para luego verificarlas. “Tal persona es muy flemática; seguro que no se despeina en una fiesta”. Pero la vemos reír y bailar como el que más... ¿Dónde ha fallado nuestra corazonada? ¿No nos dimos cuenta de que su kinésica emocional-facial era elocuente, aunque corporal y verbalmente muy contenida en el ambiente laboral? Las personas podemos cambiar mucho según el entorno.

Analizar los errores de predicción –“¿qué me hizo pensar que tal persona era de tal manera, y estaba equivocado?”– es inhabitual. Por lo general, minimizamos nuestros errores y desaprovechamos grandes oportunidades para refinar nuestra intuición. ¡Cuántas veces una mujer maltratada por un hombre alcohólico vuelve a juntarse con otro que presenta las mismas características! Y sin ir más lejos: cuántas veces la avaricia rompe el saco, y no una vez, varias. Pero desmentirnos de nuestras corazonadas exige un superpoder que analizaremos más adelante: *flexibilidad cognitiva*.

Las intuiciones, lo que en inglés llaman “*gut feelings*”, sentimientos viscerales (no confundir con “good feelings”, buenos sentimientos), son una poderosa arma que tenemos los humanos, a diferencia de las inteligencias artificiales. Pero hay que educar la intuición incorporando una visión probabilística y, sobre todo, bayesiana.

Ejemplo 4. “Esta vez tengo la corazonada de que me tocará la lotería”. “Perdona, ¿has calculado la probabilidad de que te toque? ¿Tienes más corazonadas de este tipo? Pues deberías saber que emergen por estados de ánimo de euforia que estropean literalmente tu capacidad intuitiva”.

Las personas muy emocionales (máxime si justifican sus arrebatos pesimistas, rabiosos, iracundos, etc.) tienen un arduo trabajo por delante antes de disponer de una perspicaz intuición. Las mejores corazonadas aparecen cuando estamos serenos.

FLEXIBILIDAD COGNITIVA: NUESTRO SUPERPODER

Y si decíamos más arriba que educar la intuición proporciona réditos que sobradamente compensan el esfuerzo de educarla, tenemos que ser conscientes de las dificultades de esta tarea. No tropezar dos veces con la misma piedra requiere de una habilidad sencilla pero difícil de adquirir: *flexibilidad cognitiva*.

Imaginemos que en casa decidimos cambiar de ubicación la basura orgánica: donde antes teníamos los envases, ahora irá lo orgánico. ¿Cuántas veces nos equivocaremos? Los hábitos, sobre todo los reforzados durante años, son difíciles de cambiar.

Otrosí: Estamos a medio bajar la escalera de casa y nos damos cuenta de que nos hemos dejado la lista de la compra. Nos decimos: “Es igual, ya recuerdo lo que debo comprar”. A la postre deberemos volver a la tienda porque nos dejamos la sal del lavaplatos, pero hemos preferido no volver a subir un trecho de escaleras. Cuando lanzamos una conducta de propósito claro (“ir a comprar”), resulta complicado

rectificar (“volver a casa a por la lista de la compra”). La pereza acecha en los actos más simples (12).

Otrosí: En una discusión con amigos, nos posicionamos en contra o a favor de XYZ y despreciamos los argumentos contrarios. Suele ocurrir que nos *enamoram* a tal punto de nuestras creencias que *ligamos su defensa a nuestra autoestima*. Las opiniones que tenemos sobre otras personas pueden sufrir del mismo mal. De ahí la dificultad de ampliar y matizar estereotipos.

La *flexibilidad cognitiva* consiste en la capacidad de rectificar hábitos, maneras emocionales de reaccionar, conductas o creencias.

Aparecen en este punto dos aspectos de nuestra personalidad que limitan la flexibilidad cognitiva: *la rigidez y la pereza*. Rectificar es siempre doloroso, sobre todo si implica cierta exposición pública y tenemos una personalidad orgullosa. Resulta más sencillo encastillarnos en una primera decisión que explorar otras opciones. Mal va quien une su autoestima a “siempre tener razón”.

La rigidez cognitiva es visible a temprana edad: niños que se niegan a probar nuevos alimentos, que patalean cuando pierden un partido de fútbol, que establecen rutinas inamovibles y no toleran cambios ni frustraciones, por mínimas que sean. En ocasiones, el entorno familiar ha potenciado la rigidez de creencias: “¡En esta casa nos mantenemos firmes en nuestras convicciones, no queremos traidores!”. El niño asocia bienestar psíquico a ser fiel a unas creencias, y muchas veces puede ser positivo si transmiten valores de solidaridad, amabilidad, etc., pero otras veces cercenan su libertad y capacidad crítica.

Si nos vemos inseguros o miedosos, nos acogemos a creencias que proporcionen certezas. Charles Peirce lo expresó con claridad: las creencias muchas veces las usamos para neutralizar miedos. La persona de mentalidad rígida tiene este beneficio. Si lo traducimos al mundo sanitario, el profesional de la salud de mentalidad rígida tratará de convertir a los pacientes a sus verdades, pero será incapaz de aceptar e integrar los valores y las preferencias de sus pacientes; incluso puede que le irriten.

Vivirá cómodo, pero muchas veces su tarea educadora o de asesoramiento será ineficaz. Por no decir las dificultades de cambiar una orientación diagnóstica.

Un aspecto que en general no se considera cuando hablamos de flexibilidad cognitiva es el concepto de *caridad hermenéutica*, es decir, interpretar de la mejor manera posible lo que trata de comunicarnos el paciente, o aplicar el beneficio de la duda a favor del contertulio o del paciente. La escucha empática implica necesariamente caridad hermenéutica: eliminar tartamudeos, palabras inapropiadas, exabruptos, circunloquios y metáforas desafortunadas para interpretar lo que dice el paciente de la manera más favorable para su salud. Ojo: la caridad hermenéutica también tiene un peligro: por ejemplo, justificar las excusas de un narcisista, o las de un toxicómano manipulador...

La flexibilidad cognitiva no está al alcance de todas las personas. Aquellas que han crecido en un ambiente familiar rígido, dogmático, deberán “deconstruir” certezas y hábitos mentales. Lamentablemente, discapacidades o trastornos cognitivos –incluso leves, como los propios de una ancianidad normal– la dificultan o imposibilitan. Exige además estar motivado: “¿Qué voy a ganar cambiando de opinión, creencia, hábito o conducta?”. Una persona con poder o estatus social puede tener poca o nula motivación para aplicar caridad hermenéutica. No digamos si este cambio comporta una pérdida económica.

En todo caso, suele cumplirse el siguiente aforismo: “Cuanto más te cueste rectificar, y cuanto más dolor moral experimentes rectificando, más avanza tu capacidad para percibir tu entorno tal como de verdad es”. Este es el verdadero premio de adquirir flexibilidad cognitiva.

DE LA TEORÍA DEL OTRO A LA NARRATOLOGÍA

Los seres humanos nos movemos por intereses y somos oportunistas. Sin embargo, tratamos de mantener una narración coherente de nuestras vidas. Los

entornos culturales en los que nos movemos exigen rendición de cuentas y respeto a valores morales. Adoptarlos *de verdad* significa renunciar a oportunidades (para un político, por ejemplo, renunciar a comisiones fraudulentas). Eso solo va a ser posible afianzando sentimientos morales.

Cada persona configura una *urdimbre emocional* que es su verdadero carácter, su estilo más genuino de resonar con el mundo. Lo que podemos decir de nuestra vida tiene mucho de maquillaje, pero lo que sentimos en las variadas situaciones con las que nos confronta la vida, es decir, los sentimientos morales, estos son *nuestra verdad*. Nuestro núcleo más genuino es esta suerte de diapasón o arpa que resuena en una conversación con un amigo, ante un reto, un encuentro profesional o jugando con nuestros hijos. Este “resonar” con el entorno no se improvisa: es fruto de vivencias infantiles, temperamento, la imagen que tenemos de nosotros mismos, el éxito o fracaso de diferentes episodios vitales...

Nuestra urdimbre emocional condiciona la manera de ver el mundo y a los demás. Esta manera de resonar con el mundo nos viene en parte “de fábrica” (temperamento) y en parte moldeada por nuestro entorno. La narratología –ciencia que estudia la estructura de las narraciones– nos aporta otra idea: nuestro cerebro tiene una clara predisposición a entender el mundo mediante estructuras narrativas. Breithaupt (13) propone que, ante una situación reto, elaboramos microrrelatos que exploran diversas posibles respuestas y sus consecuencias. Somos empáticos, por ejemplo, porque esta empatía encaja en una de estas microrrelaciones: «En este escenario, mi empatía es útil y añade valor».

La narratología también nos habla de la existencia de guiones arquetípicos, guiones que asimilamos en la infancia (cuentos) y que vendrían a ser el andamiaje de nuestros sentimientos más íntimos. ¿Qué relación podemos establecer entre estas narrativas de la vida cotidiana y la Teoría del Otro?

A lo largo de nuestras vidas recibimos influencias que moldean e incluso determinan lo que pensamos del mundo y lo que haremos en él. Determinan lo que

Eric Berne (psiquiatra californiano que falleció en el año 1970, fundador del Análisis Transaccional) llamó “guiones de vida”. Este autor daba mucha importancia a prejuicios inoculados durante la infancia, los cuales devienen auténticos mandatos a lo largo de la vida: “¡Tú no sirves para la música, no tienes oído, en cambio tu hermano!”. Estos guiones de vida impulsan “a la persona hacia su destino, tanto si la persona la combate como si dice que es su libre voluntad” (E. Berne (14,15)).

Resulta interesante analizar la obra de Berne como un intento de transitar de la comunicación a una Teoría del Otro, y de esta Teoría del Otro a una narración de vida. Por ejemplo (y sigo la metodología de Berne):

Ejemplo 5. Una mujer casada se queja reiteradamente de que su marido le impide crecerse como persona: “Si no fuera por ti, yo estudiaría / viajaría / tendría una vida interesante”. Sin embargo, cuando familiares o amigas le proponen opciones, ella encuentra siempre obstáculos. El guion de vida subyacente, y es ahí donde se produce una Teoría del otro, sería:

- **Mandato temprano (en su infancia):** “No crezcas” o “Evita el éxito”.
- **Decisión infantil:** Mantenerse dependiente y evitar el riesgo del fracaso proyectando la responsabilidad en otro.
- **Posición existencial:** “Yo no estoy bien, pero, en cambio, tú estás bien” (desvalorización de sí misma).

Pero Berne propone para diferentes guiones de vida unos efectos biográficos, y es ahí donde percibimos “*narraciones de vida*”; en el caso que nos ocupa:

- Repetición de relaciones donde puede ocupar el rol de víctima.
- Frustración crónica y resentimiento.
- Confirmación constante del guion: la vida “no vivida” siempre es culpa del otro.

Ahora imaginemos a esta mujer en la consulta: adivinamos un retraimiento, una desvalorización de sí misma, vulnerabilidad frente a malos tratos. Nos hacemos

una “teoría de ella”. Pero podemos dar un “salto” narrativo e intuir que tal vez vivió en un entorno que la desvalorizaba y que buscó una pareja que le diera seguridad, aun a costa de exponerse a malos tratos. Avancemos en el tiempo: se han producido infidelidades reiteradas por parte de su marido y están en proceso de separación. Se produce este diálogo:

- *Doctora, estoy desamparada, quisiera que mi marido volviera; aunque me maltrate, le perdonaría todas sus infidelidades.*

La doctora podría ser meramente empática, compasiva, pero decide confrontar –(no confundir con antagonizar (16))– de esta suerte:

- *Entiendo cómo te sientes, pero también recuerdo conversaciones que tuvimos en las que te quejabas de las limitaciones que te imponía tu marido para quedar con amigas, estudiar, hacer actividades... ¿No te das cuenta de lo mucho que ahora puedes crecerte?*

El profesional está proponiéndole un cambio profundo en su Guion de Vida, coherente con sus ansias de aprender y ser más autónoma (urdimbre emocional), pero que implica darle un giro de 180 grados a su posición existencial (teoría de sí misma). ¿Es posible? Sí, pero requerirá ayuda. No es cuestión de una entrevista, es un proceso.

Veamos otro ejemplo que también encontramos en la práctica profesional:

Ejemplo 6. Un hombre utiliza una limitación real (o simbólica) –una enfermedad pasada, crónica, una discapacidad– como excusa permanente para no asumir responsabilidades: “¿Qué quieres? Tengo una discapacidad visual/mental/tuve poliomielitis en la infancia...”. El entorno es amable con esta teoría de sí mismo. Pero sospechamos que esta persona tiene puntos fuertes que no ha sabido aprovechar, escudada en la etiqueta de “discapacitado”. ¿Cómo se llegó a esta situación? Berne lo analizaría posiblemente así:

- **Mandato temprano:** “No seas competente, no te merece el esfuerzo” o “No lo intentes”. “Nosotros te protegeremos, no necesitas más”.
- **Decisión infantil:** Usar la debilidad como protección frente a exigencias.
- **Mensaje parental internalizado:** El afecto se obtiene desde la fragilidad.

Nuevamente, el paciente queda a merced de los efectos biográficos de este mensaje internalizado mediante lo que nosotros hemos denominado una “teoría de sí mismo”:

- Evitación sistemática de retos laborales.
- Relaciones donde obtiene cuidados y prebendas, sí, pero pierde respeto, autonomía, oportunidades de crecimiento.
- Cronificación de un rol pasivo que confirma el guion: “Soy incapaz, pido tu compasión”.

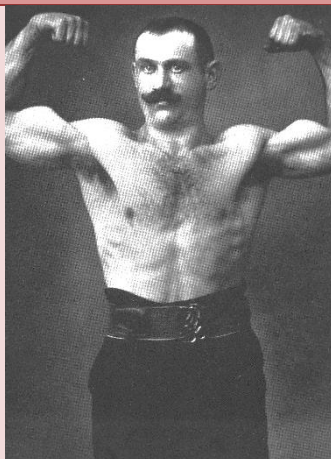
Estaríamos, según Berne, frente a un guion derrotista que deviene en coartada justificadora del devenir biográfico (narración). Un profesional que deseara empoderar a este paciente debería proponerle una narración alternativa: “Si estudiaras XYZ, te veo en unos años graduado y ejerciendo tal tarea; tienes capacidad para eso”. Riesgo: el paciente lo intenta y fracasa, y se hunde aún más en su narrativa de víctima. De la *hybris* (autoconfianza, empoderamiento) a la *némesis* (derrota), nos diría Eric Berne.

Adoptar los términos de Berne, o estar de acuerdo con todas sus afirmaciones, no es necesario ni conveniente. Afortunadamente, la mayor parte de las personas superan estos guiones iniciales de vida y los reconfiguran. Tal vez estos mandatos primigenios han sido un lastre durante unos años, pero comprueban que no son inamovibles, que sus grados de libertad eran más de los que predecía su entorno... Por otro lado, pueden influirnos maestros, amigos, gente ejemplar... en equivalente o mayor medida que unos padres. Incluso la posición ocupada en una fratría (por ejemplo, ser el hermano menor), junto a rasgos temperamentales, puede imprimir mensajes de resistencia o superación. No por ello deja de existir cierto guion

de vida, ciertas expectativas, ciertos objetivos que la persona perseguirá. Narrativas, después de todo.

Figura 4

Ramón y Cajal, culturista.



Ramón y Cajal los llamaría “tónicos de la voluntad”, acicates positivos que mueven al esfuerzo. Otros lo llamarían *empecinamientos* que en ocasiones pueden ser destructivos. Y es que son o pueden ser ambas cosas. Si atendemos a la misma biografía de Ramón y Cajal, observaremos que tuvo fracasos escolares y un entorno social desfavorable. Una curiosidad insaciable y el firme propósito de que podía superar cualquier obstáculo le abrieron puertas insospechadas. Uno de sus tónicos de la voluntad (lo que ahora llamamos *automotivación*) era superar el caciquismo y la desidia de una España en decadencia. Pero este tónico era el microrrelato que actuaba como acicate. A un nivel más profundo, creo que su “teoría de sí mismo” no era tanto la de creerse poderoso, sino la de ponerse a prueba y superarse. Empleaba sus “tónicos de la voluntad” para educar a su cerebro en el esfuerzo. Valga como muestra que, en su juventud, tras perder una pelea, se dedicó con ahínco al culturismo (Figura 4). En otras palabras: Ramón y Cajal nos muestra cómo en ocasiones usamos microrrelatos para espolearnos hacia metas que requieren mucha disciplina (Nota 3). Como dice un viejo refrán: “Si quieres ayuda para construir un barco, no des importancia a todos los árboles que deberán cortarse; explica todo lo que podréis hacer con el barco”.

ALGUNAS CONCLUSIONES

La complejidad del mundo en que vivimos exige importantes capacidades y habilidades de comunicación. La sociedad en su conjunto ha avanzado enormemente; basta comparar una película actual con otra de hace 30 años. Matices de comunicación, presencia de *subguiones*, ritmo y lenguaje visual exigen al espectador estar atento y no confiar en sus corazonadas. Los guiones audiovisuales que triunfan son los que desmienten nuestras primeras intuiciones (¿quién será el asesino?). Obligan a “repensar” lo que se nos ofrece, nos sorprenden porque son “escenarios de rectificación” (17).

Sí, cada vez sabemos más de lectura no verbal, cada vez somos mejores forenses –¡hermeneutas!– de los *textos* (una conversación, un libro, una película) que surgen en nuestra actividad social y profesional. Sin embargo, es menester dar un paso adelante: incorporar Teoría del Otro, de mí, de los demás. Es la palanca que nos catapulta a contemplar aspectos biográficos de las personas (o pacientes) que nos rodean. Quizás sean retazos parciales y deberemos esperar pacientemente para recomponer un puzle coherente. Otras veces, gracias a las habilidades adquiridas (análisis verbal y no verbal, interpretación, guiones de vida), aflorará una corazonada que usaremos como si fuera un primer borrador, totalmente sujeto a revisión, pero que ya nos servirá para orientarnos en “lo que es prudente hacer o decir”.

La irrupción de la inteligencia artificial (IA) supone valorar mucho menos los conocimientos enciclopédicos y, en cambio, mucho más las habilidades de comunicación interpersonal, de comprensión de las necesidades de los demás, persuasión, negociación... Por más IAs que intervengan en la tarea asistencial, hay cosas que en la actualidad solo podemos hacer los humanos (cuidar, consolar, intuir, imaginar...). Incorporar las herramientas que exploramos en este artículo refuerza el valor de lo “simplemente humano”.

NOTAS.

Nota 1. El presente artículo se inspira en la conferencia inaugural que su autor realizó en la IV Jornada Internacional de Narrativa Clínica celebrado en Santander, el 6 de febrero de 2026.

Nota 2. Podemos dividir los modelos de comunicación en: 1– clásico (Shannon-Weaver, S-M-C-R de Berlo), 2– interactivo, 3– constructivo-interaccional (el significado se produce mediante co-construcción), 4– sistémico (Palo Alto) y 5– semiótico-pragmático (el entorno acaba por definir el significado).

Nota 3. Aparecen en este punto diversos usos de las narraciones. Algunas surgen para interpretar, dar significado, pero otras actúan para dirigir emociones, certezas o conductas; por ejemplo, narraciones de lealtad, para activar el rencor, activar la compasión, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borrell-Carrió F, Peguero-Rodríguez E. Pensamiento crítico: cognición educada para la práctica clínica. En: Gensollen M, Mosqueda JA, Sans Pinillos A. La medicina en vivo: Cuestiones filosóficas sobre la salud y la enfermedad. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2024. pp. 111-138.
2. Rivas SF, Saiz C, Ossa C. Metacognitive Strategies and Development of Critical Thinking in Higher Education. *Front. Psychol.* 2022;13:913219. doi: 10.3389/fpsyg.2022.913219.
3. Parsons T. *The Social System*. Londres: Routledge; 1951.
4. VanderZee KI, Buunk BP, Sanderman R. Social Support, Locus of Control, and Psychological Well-Being. *Journal of Applied Social Psychology.* 1997;27(20):1842-1859. doi: 10.1111/j.1559-1816.1997.tb01628.x.
5. Marías J. *Persona*. Madrid: Alianza Editorial; 1996.
6. Laín-Entralgo P. *Teoría y realidad del otro*. Madrid: Selecta; 1968.

7. Harris M. Antropología cultural. Madrid: Alianza Editorial; 2011.
8. Anneliese Dörr A. Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Rev Méd Chile*. 2004;132:1431-1436.
9. Perner J. Developing semantics for theories of mind: From propositional attitudes to mental representation. En: Astington JW, Harris PL, Olson DR (eds). *Developing Theories of Mind*. Nueva York: Cambridge University Press; 1988.
10. Huemer M, Perner J, Leahy B. Mental files theory of mind: When do children consider agents acquainted with different object identities? *Cognition*. 2018 Feb;171:122-129. doi: 10.1016/j.cognition.2017.10.011. Epub 2017 Nov 16.
11. McKee R. El Guión. Story: Sustancia, estructura, estilo y principios de la escritura de guiones. Barcelona: Alba Minus; 2009.
12. Borrell i Carrió F. Lo que la pereza descubre de mí. *Folia Humanística*. 2024;3(3):11-30. doi: 10.30860/0102.
13. Breithaupt F. El cerebro narrativo. Madrid: Sexto Piso; 2023.
14. Berne E. *Transactional Analysis in Psychotherapy: A Systematic Individual and Social Psychiatry*. Montreal: Souvenir Press; 1996.
15. Berne E. *Juegos en que participamos*. Madrid: Gaia Ediciones; 2022.
16. Borrell i Carrió F. *Entrevista Clínica: Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2004.
17. Peguero Rodríguez E, Borrell i Carrió F. Pensamiento crítico en la docencia y la práctica de la medicina. *Folia Humanística*. 2023;3(2):24-41. doi: 10.30860/0098.

Francesc Borrell i Carrió.

MD, MFC, CBC, Fundación Letamendi-Forns.

Cómo citar este artículo:

Borrell i Carrió F. Teoría del Otro. *Folia Humanística*. 2026;6(1):1-24. Doi: <https://doi.org/10.30860/0133>.

TODOS DE LOS NERVIOS

Medrano Albéniz J.

Resumen: El artículo comenta una reciente investigación de McCaffree y Saide basada en una encuesta autoaplicada que encuentra una elevada prevalencia de sintomatología psiquiátrica en población estadounidense, pero sin una correlación con síntomas reales. Se plantea que la sensibilización en torno a la salud mental favorece la identificación de emociones normales como patológicas.

Palabras clave: *Enfermedad mental, Encuestas autoaplicadas, Epidemiología, Psicopatología, Planificación.*

Abstract: ALL ON EDGE

The article comments on recent research by McCaffree and Saide based on a self-administered questionnaire that finds a high prevalence of psychiatric symptoms in the U.S. population, but without a correlation with real symptoms. It is proposed that awareness about mental health issues favors the identification of normal emotions as pathological.

Key words: *Mental disorder, Self-administered questionnaires, Epidemiology, Psychopathology, Planning.*

Artículo recibido: 16 febrero 2026; aceptado: 19 marzo 2026.

Uno de los libros que más ácidamente ha retratado el *furor curandi* y, sobre todo, el *furor diagnosticandi*, si vale el término médico, es “**Knock o el triunfo de la Medicina**” (1923) (1), de Jules Romain (1885-1972) (Figura 1), inicialmente obra teatral y, más adelante, trasladada a la gran pantalla. El *héroe* de la historia es el Doctor Knock, nuevo galeno del pueblecito de Saint Maurice, que sustituye al antiguo titular, el Doctor Parpalaidun, hombre chapado a la antigua y firme observante del *primum non nocere*. Knock, *savia nueva*, se esmerará con la ayuda de fuerzas vivas locales como el maestro, el farmacéutico, el hostelero y el pregonero, para atemorizar a los vecinos haciéndoles creer que son enfermos potenciales y reales, y persuadirlos para que imploren sus servicios como médico y acepten, acriticamente, todas sus recomendaciones y admoniciones.

Pero más de 30 años antes de Romain, y al otro lado del Atlántico, ya se había ideado otro personaje que en cierto modo es su precursor. Joaquim María Machado de Assis (1839-1908) (Figura 2) había publicado en 1892 “**El alienista**” (*O Alienista*)

(2). En esta, el héroe es el Dr. Bacamarte, un psiquiatra (en aquella época, un alienista), que crea en la ciudad de Itaguaí la Casa Verde, un establecimiento destinado al estudio y tratamiento de las afecciones mentales. Bacamarte va diagnosticando a más y más personas como locas y las ingresa en la Casa Verde. Llegará finalmente a la conclusión de que, al estar tan extendida la locura entre los habitantes de Itaguaí, la exigua minoría de personas equilibradas son en realidad las que tienen una anomalía morbosa que debe ser curada, por lo que pasa a ingresar a personas virtuosas y prudentes. Tras “curarlos” y darles de alta, Bacamarte concluye que en realidad solo queda él como persona sana y equilibrada, lo que le convierte en el más necesitado de tratamiento. Por ello, fiel a sus concepciones, se ingresa a sí mismo y se convierte en el único paciente de su sanatorio, en el que acabará falleciendo mientras los vecinos, a su vez, descubren que el único enfermo real que pasó por la ciudad fue el psiquiatra.

Figura 1

Jules Romain.

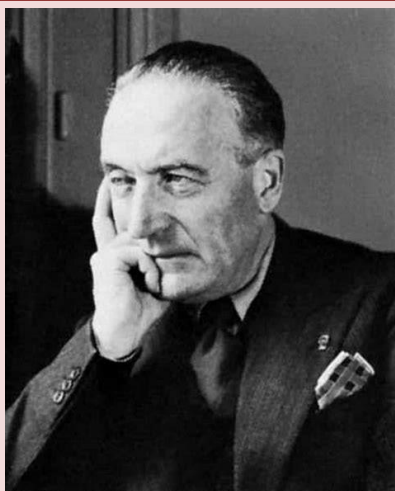
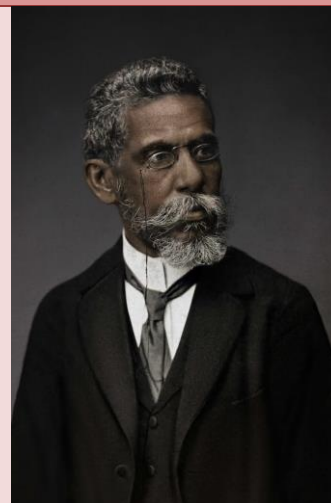


Figura 2.

Joaquim María Machado de Assis.

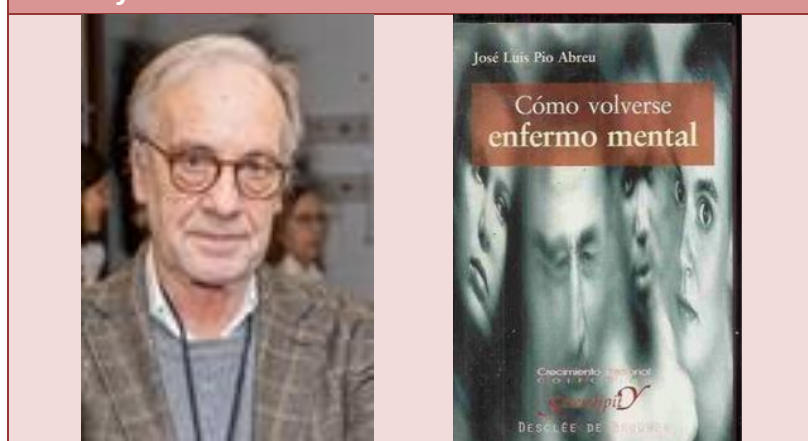


Sin duda, en “*El alienista*” hay un elemento de crítica social para el cual la psiquiatría siempre ha resultado algo más que una perfecta alegoría (véase “Alguien voló sobre el nido del cuco”), pero merece la pena considerar el contraste de esa visión con la reiterada preocupación y sensibilización por la Salud Mental.

Otro autor en lengua portuguesa, el psiquiatra José Luís Pío Da Costa Abreu (para simplificar, de aquí en adelante, Abreu), publicó en 2001 *“Como Tornar-Se Doente Mental”*, (Figura 3) un libro que publicó Desclee de Brouwer en castellano con el título **“Cómo volverse enfermo mental”** (2004) (3). En la introducción, el autor habla de que la experiencia de tratar enfermos mentales es paradójica. Los que llama *“verdaderos enfermos”* no aceptan fácilmente serlo y rechazan el tratamiento; en contraposición, acuden al psiquiatra libremente y con cierto entusiasmo personas por motivos diversos, entre los que no se cuenta presentar una enfermedad clara, más allá de algunos *“síntomas bastante vagos y muchos problemas de la vida”*. Abreu remarca que, ante estas situaciones, el psiquiatra, desprovisto de los recursos *“de un mago, un juez, un policía, un abogado, un político o un asistente social”*, muy poco puede hacer. Incapaz de cambiar la manera de ser de las personas, si esa fuera la solución, solo tiene dos alternativas. Una es derivar a la persona al recurso o profesional oportuno y la otra, esforzarse por darle un diagnóstico y aplicar una terapia que le resulte gratificante. Como observa nuestro autor, lo vago y ameboide de los síntomas psiquiátricos ayuda a que, si uno se afana, pueda diagnosticar todo lo que se le ponga por delante.

Figura 3

Abreu y su obra.



Observaremos que hay un notable salto cualitativo desde el *furor diagnosticandi* del Dr. Bacamarte al deseo de ser identificado como enfermo por el segundo grupo de pacientes de Abreu. En efecto: en el primer caso, el psiquiatra etiqueta de enfermo más allá de lo razonable, en tanto que, en el segundo, hay personas que se afanan en ser diagnosticadas como enfermas más allá de lo razonable. A este respecto resulta ilustrativo un reciente trabajo de Kevin McCaffree y Anondah Saide en **Skeptic Research Center**, titulado “Identifying as Mentally Ill Without Symptoms of Mental Illness. A Growing Generational Divide” (4). Comenta los resultados de una encuesta realizada en EEUU en la que se contempla la frecuencia con la que una muestra que se considera representativa de la población se considera a sí misma con síntomas psiquiátricos relevantes. Exponemos sus espectaculares resultados siguiendo el esquema de los autores:

1. En torno a un 75% de las mujeres encuestadas y de las personas con orientación progresista pertenecientes a la llamada Generación Z (es decir, nacidas entre mediados o finales de la década de 1990 y finales de la del 2000 o principios de la de 2010) consideran que los retos de salud mental son parte importante de su identidad personal. Esta es una formulación un tanto rebuscada para indicar que consideran que tienen síntomas psiquiátricos que les afectan.
2. La misma opinión tiene aproximadamente el 75% de los hombres y personas autoidentificadas como progresistas que pertenecen a la Generación Millennial (los nacidos entre comienzos de la década de 1980 y mediados de la de 1990).
3. La tendencia a considerarse afectado por patología psiquiátrica depende más de la edad o generación que del sexo u orientación política.
4. En todas las generaciones, las mujeres son más proclives a identificarse como afectadas por síntomas psiquiátricos, salvo en el caso de los millennials, entre los que los varones se consideran más afectados.

5. Los baby boomers y las personas con una orientación política conservadora son los que menos afectados se sienten por estos síntomas. Los encuestados de la Generación X (nacidos entre 1965 y 1981) se sitúan en valores intermedios.
6. Los autores pasaron también unos breves, pero acreditados, instrumentos de detección de los síntomas psiquiátricos más comunes (ansiedad y depresión). Curiosamente, encontraron que en torno al 70% de quienes resultaban tener síntomas leves se consideraban a sí mismos afectados, coincidiendo en esa apreciación con casi el 50% de quienes no tenían síntomas.
7. En conclusión: la presencia de síntomas psiquiátricos no es el principal determinante de sentirse enfermo psiquiátrico.

Sorprende que la población haya adoptado los puntos de vista del alienista Bacamarte y se considere enferma. Los síntomas “autodiagnosticados” serían predominantemente ansiosos o depresivos, o emociones normales que los encuestados por McCaffree y Saide parecen interpretar como patológicos. Son, en realidad, los más próximos a emociones que pueden ser desagradables, pero son rigurosamente normales. El psiquiatra evolucionista Randolph Nesse ha dedicado gran parte de su trabajo a esta confusión, como en su libro **“Good Reasons for Bad Feelings: Insights from the Frontier of Evolutionary Psychiatry”** (5).

Llama la atención que sean las personas más jóvenes las que se sienten con más problemas psicológicos y psiquiátricos. Puede deberse a la machaconería con la que los medios de comunicación y esos grandes profesionales del entretenimiento que son los políticos nos hablan a todas horas de la salud mental de los adolescentes. Pasan por alto que están atravesando por una época de la vida en la que las emociones están a flor de piel y las conductas son a menudo disarmónicas. Esto, unido a lo ameboide de los síntomas psiquiátricos, favorece una avalancha de falsos positivos.

También es llamativo que las personas con una orientación ideológica o política progresista se sientan más afectadas por patologías psiquiátricas. Puede tener que ver, al menos en parte, con que preocupaciones más comunes en personas con esta orientación empiezan a ser identificadas como causa de problemas mentales. Se habla así de “ansiedad climática” (6). Un estudio concluyó que las preocupaciones por las cuestiones relacionadas con el calentamiento global tienen un impacto variable en los diferentes países considerados y que, si bien no parecen favorecer la aparición de depresión, sí podrían facilitar la aparición de síntomas ansiosos (7).

Sea como fuere, la discrepancia entre la vivencia de enfermedad mental y la realidad de la misma suscita una más que razonable sospecha sobre la validez de estudios que, como el que comentamos, pretenden determinar la prevalencia de la patología psiquiátrica en la población utilizando encuestas autoaplicadas.

Por ejemplo, la validez que pueda tener la Encuesta AXA Salud Mental España (8), fechada en marzo de 2025, que encuentra unas preocupantes tasas autovaloradas de problemática psiquiátrica y que, como señala un resumen de la propia compañía, concluye que ***el 59% de la población en España dice sufrir estrés, el 48% depresión y un 23% ansiedad*** (la cursiva y negrita la ha añadido este comentarista). Si esto ya es inquietante por sí mismo, algunos estudios sobre la salud mental de los futuros médicos españoles ponen los pelos de punta, como una investigación en 743 MIR que halla prevalencias del 21% para la depresión y del 3% para la ideación suicida (9), u otro, en estudiantes de Medicina, que observa síntomas “*compatibles con depresión, ansiedad y estrés, desde moderado hasta extremadamente severo*” en el “*46.5, 56.6 y 57%, respectivamente. Asimismo, se ha registrado un significativo porcentaje de ideación suicida, correspondiéndose con un 14.3%*” (de nuevo, la intensificación se debe a este quisquilloso comentarista) (10).

No cabe duda de que el malestar psicológico y el sufrimiento humano son reales, son ubicuos y son, por supuesto, respetables. Pero favorecer un clima en el que emociones desagradables y malestares son identificados como enfermizos y precisados de intervención profesional no es la mejor actitud para ayudar a las

personas a superar sus dificultades vitales, y repetir conductas y sensaciones, lo que explica la pujanza de las modas, y resulta más que incoherente en un momento en el que precisamente están de moda conceptos como la resiliencia y el empoderamiento. Si se persevera en esa machacona alusión a los “*problemas de salud mental*”, solo podemos esperar una generalización del malestar y de la autoidentificación como enfermo o vulnerable. Porque si algo caracteriza a la especie humana es la capacidad para emular y repetir conductas y sensaciones, que explica la pujanza de las modas, la extensión de los movimientos culturales y, en definitiva, el contagio social.

Esta aparentemente imparable diseminación de la idea de que no hay quien se libre de estar enfermo de la mente hará imposible que llegue nunca a haber suficientes recursos para atender a un contingente epidemiológicamente tan voluminoso. Cuantos más profesionales y recursos se doten, peores, paradójicamente, serán los niveles de salud mental, porque crecerá en paralelo el número de quien lleve la etiqueta de enfermo. Además, se destinarán más recursos a problemas menores (en el mejor sentido de la palabra), lo que redundará en una desatención a los casos graves. Cada vez se invertirá más tiempo y presupuesto en los, en términos de Abreu, afectados por problemas de la vida y menos en los “verdaderos enfermos”. La Casa Verde del Dr. Bacamarte rebosará de personas autoidentificadas como enfermas, mientras quienes padecen las formas más necesitadas de ayuda se quedarán fuera. Allá donde se ha contemplado esta cuestión, se ha concluido que la focalización en problemas menos graves es un error costoso (en varias acepciones del término (11).

Sería conveniente que gobernantes y –que no se me pase por alto– profesionales, siempre prestos a sensibilizar sobre las necesidades de la población en materia de Salud Mental, nos recuerden que quienes nos precedieron sabían bien que la existencia es el transitar por un valle de lágrimas y nos ayuden a aceptar que, por el bien de todos, más vale que integremos el malestar y el sufrimiento como una parte de nuestras vidas. La entereza y madurez de la población y la propia

sostenibilidad del estado de bienestar se beneficiarán mucho de un volantazo a este respecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romains J. Knock ou Le Triomphe de la Médecine. París: Gallimard; 1924.
2. Machado de Assis J. O alienista. Río de Janeiro: Garnier; 1882.
3. Abreu JLP. Cómo volverse enfermo mental. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2004.
4. McCaffree K, Saide A. Identifying as Mentally Ill Without Symptoms of Mental Illness: A Growing Generational Divide [Internet]. Skeptic Research Center; 2025 [consultado 18 jun 2026]. Disponible en: <https://research.skeptic.com/identifying-as-mentally-ill-without-symptoms-of-mental-illness-a-growing-generational-divide/>
5. Nesse RM. Good Reasons for Bad Feelings: Insights from the Frontier of Evolutionary Psychiatry. Nueva York: Dutton; 2019.
6. Ogunbode CA, Player L, Lu S, Park MS, Doran R. Climate Anxiety in Perspective: A Look at Dominant Stressors in Youth Mental Health and Sleep. Ann N Y Acad Sci. 2025 Oct;1552(1):249-262. doi: 10.1111/nyas.70057.
7. Collery A, Niedzwiedz CL. Climate change worry and the association with future depression and anxiety: cross-national analysis of 11 European countries. BMJ Mental Health. 2025.28(1):e301318.
8. Ipsos. Estudio Internacional de Salud Mental del Grupo AXA. Fundación AXA; 2025. [consultado 18 jun 2026]. Disponible en: https://www.axa.es/documents/d/axa/axa_presentacionsaludmental25
9. Martínez-Sellés M, VanderWeele TJ. Mental Health, Spirituality, and Flourishing in New Medical Residents. J Clin Med. 2025 Oct 10;14(20):7147.
10. Ettaghadouini DA, Gallego-Fuentes P, Chica-Villa A, Fontalba-Navas A, Pérez-Costillas L, Gutiérrez-Bedmar, García-Casares N. Estudio sobre salud mental y motivación en estudiantes del grado de Medicina de la Facultad de Medicina

de la Universidad de Málaga. Educación Médica. 2025;26(3). doi: 10.1016/j.edumed.2024.101011.

11. Mulder RT, Bastiampillai T, Jorm A, Allison S. New Zealand's mental health crisis, He Ara Oranga and the future. N Z Med J. 2022 Jan 21;135(1548):89-95.

Juan Medrano Albéniz.

Red de Salud Mental de Álava y Txori-Herri Medical Association.

Cómo citar este artículo:

Medrano Albéniz J. Todos de los nervios. *Folia Humanística*. 2026;6(1):25-33. Doi: <https://doi.org/10.30860/0134>.

© 2026 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

LA NARRATIVA CLÍNICA COMO BRÚJULA. REFLEXIONES DESDE LA IV JORNADA INTERNACIONAL DE NARRATIVA CLÍNICA

Blanco Alfonso A, Blanco Ramos MT.

Resumen: La Medicina Narrativa (MN) no es un simple complemento humanista, sino una herramienta clínica y pedagógica esencial. En un contexto de aceleración tecnológica y deshumanización del cuidado, la MN surge como un puente necesario entre el "high tech" (dominio científico) y el "high touch" (competencias relacionales y éticas).

El texto destaca la urgencia de recuperar la palabra frente a la frialdad de los datos objetivos, señala que la formación actual suele centrarse en las "ciencias duras", provocando una pérdida de empatía en los estudiantes, fenómeno conocido como el "infierno del tercer año". La MN propone tres pilares fundamentales: la atención, la representación y la afiliación. La atención entrena la escucha profunda y la presencia completa ante el paciente; la representación, a través de la escritura reflexiva, permite al profesional procesar y otorgar significado a experiencias que suelen perderse en la rapidez de la consulta, tanto de lo que la enfermedad supone para la vida y entorno del paciente como la introspección para analizar cómo están sus propias emociones y comportamiento; y la afiliación fomenta comunidades de práctica que reducen la soledad y actúan como un antídoto contra el burnout.

Además, el artículo propone el uso del arte, el cine y la literatura como "simuladores clínicos" que permiten a los sanitarios experimentar vidas ajenas y desarrollar una atención más compasiva antes de enfrentarse al paciente real.

Palabras clave: Medicina Narrativa, Empatía, Escucha activa (atención), Agotamiento profesional (burnout).

Abstract: CLINICAL NARRATIVE AS A COMPASS. REFLECTIONS FROM THE 4TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON CLINICAL NARRATIVE

Narrative Medicine (NM) is not merely a humanistic supplement, but an essential clinical and pedagogical tool. In a context of technological acceleration and the dehumanisation of care, NM emerges as a necessary bridge between "high tech" (the scientific domain) and "high touch" (relational and ethical skills).

The text highlights the urgency of reclaiming the spoken word against the coldness of objective data, pointing out that current training tends to focus on "hard sciences," causing a loss of empathy in students, a phenomenon known as the "third-year slump". NM proposes three fundamental pillars: attention, representation and affiliation. Attention trains deep listening and full presence with the patient; representation, through reflective writing, allows the professional to process and give meaning to experiences that are often lost in the rush of the consultation, both in terms of what the illness means for the patient's life and environment, and in terms of introspection to analyse their own emotions and behaviour; and affiliation fosters communities of practice that reduce solitude and act as an antidote to burnout.

Furthermore, the article proposes the use of art, cinema and literature as "clinical simulators" that allow healthcare professionals to experience others' lives and develop more compassionate care before facing a real patient.

Key words: Narrative Medicine, Empathy, Active listening (attention), Burnout.

Artículo recibido: 16 marzo 2026; aceptado: 19 marzo 2026.

INTRODUCCIÓN

Tras la clausura de la **IV Jornada Internacional de Narrativa Clínica** (Figura 1) en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria, celebrada en febrero de 2026 en Santander, queda en el aire una certeza compartida por docentes y sanitarios. La medicina no es solo un arte mudo, sino una disciplina que requiere, más que nunca, recuperar la palabra.



Como médicos de familia y participantes en estas sesiones, en la mesa inaugural "Experiencia en torno a la educación médica", en el taller "Recuperando el disfrute" y en la lectura de relatos recibidos, nos ha servido para reafirmar que la **Medicina Narrativa (MN)** no es un "adorno" humanista. Es una herramienta clínica y pedagógica fundamental para los futuros sanitarios, que entronca con la esencia de la profesión.

Vivimos en tiempos de aceleración vital y tecnificación extrema, donde el relato del paciente ha perdido terreno frente a los datos objetivos. La narrativa nos permite tener la capacidad de captar lo singular del paciente y del profesional sanitario, formar en humanismo a las generaciones de profesionales que van a guiar nuestra

salud, perfectamente formados en las últimas tecnologías, como tiene que ser, pero que van perdiendo habilidad de reflexión y escucha. La formación universitaria actual, a menudo centrada en las "ciencias duras" y la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), ha generado lo que algunos autores denominan una "**deshumanización del cuidado**"...

El Cecil (1), un tratado de Medicina Interna de los clásicos, definía la Medicina como "una profesión erudita, basada en cierto número de ciencias y con obligación de aplicarlas en beneficio del hombre"; en eso estamos.

No queremos quedarnos sin citar al profesor Cerdán Vallejo, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) allá en los años 80 del siglo pasado, que escribía: "El paciente no es un órgano alterado, sino una persona compuesta de múltiples y complejos sistemas estrechamente relacionados, todos los cuales se afectan en la enfermedad; por ello, el médico que pierda esta visión holística del paciente corre el riesgo de personificar el absurdo desiderátum de saber todo de nada".

Nos preguntamos si será la insatisfacción la que genera el olvido de la esencia de la medicina en su relación con los pacientes.

Esta insatisfacción puede hacer que los estudiantes que empiezan la carrera con entusiasmo pierdan mucha de su empatía para el tercer año –el "infierno del tercer año" (2)– al enfrentarse a la realidad de los hospitales sin las herramientas emocionales necesarias.

¿Serán estos los pródromos del agotamiento hacia la profesión y el burnout consecuente que asola a nuestros médicos jóvenes? (Estudio IKERBURN) (3)

La MN surge, por tanto, como un puente necesario entre el *high tech* (dominio científico) y el *high touch* (competencias relacionales y éticas) (4).

Desde la narrativa se trabaja en comprender que persona, enfermedad y contexto son indivisibles. Es una buena herramienta para recuperar una medicina centrada en la persona, completar el abordaje biológico con el psicosocial, cultural y contextual del paciente, sin olvidar aspectos como los éticos y los espirituales, pero también para reconocer nuestras propias respuestas emocionales.

LA MEDICINA NARRATIVA COMO HERRAMIENTA FORMATIVA

La Medicina Narrativa, conceptualizada por **Rita Charon** en la Universidad de Columbia, se define como la competencia clínica para **reconocer, absorber, interpretar y conmoverse** por las historias de enfermedad (5). La Medicina Narrativa re-sofistica la atención tecnificada, fragmentada y reduccionista a la que estamos abocados. En el ámbito universitario, esta disciplina propone un giro epistemológico: de una mirada que solo observa síntomas a una mirada que considera al sujeto.

1. **El desarrollo de la "Atención"**. El primer pilar de la formación es entrenar la escucha. Requiere una **presencia completa**. En la práctica habitual, un médico suele interrumpir al paciente a los 18 segundos (6). La MN enseña al estudiante a "detenerse" y realizar una **lectura atenta** (*close reading*) del relato del paciente, tratándolo como un texto complejo cargado de metáforas, silencios y temporalidades propias que la anamnesis técnica suele ignorar.

Las personas nos relacionamos desde nuestras historias, por lo que la relación entre dos personas es la interconexión de dos relatos. Cada uno llega al encuentro con su historia colgada de la espalda, cada personaje, con su mochila vital; al fin y al cabo, somos hijos de nuestras vivencias, tanto como de nuestra carga genética. Tanto el profesional, el sanitario, como aquel que demanda ayuda, atención, el paciente.

Cuando desde nuestro relato, nuestra realidad, escuchamos al otro, su verdad, que, en ocasiones, entrará en colisión con la nuestra, gestará un proceso de intercambio inevitable. Este intercambio puede reafirmarnos, dejarnos indiferentes o crearnos cierto grado de incertidumbre, que, si bien desestabiliza, ayuda al crecimiento, aunque como todo crecimiento pueda ser doloroso.

Cuando entramos en contacto con alguien, no solo se conecta nuestra piel o nuestra voluntad, sino también nuestras expectativas, deseos, sueños y prejuicios...

Todo es demasiado rápido.

En la mayoría de las ocasiones, esas conexiones pasan desapercibidas y se pierden por el sumidero de lo irrelevante para nuestra consciencia, aunque el inconsciente toma nota (7).

En los talleres se utilizan textos literarios o cuadros para entrenar cómo las historias cambian según las distintas perspectivas, igual que ocurre en consulta: no perder de vista cómo recibimos las historias de los pacientes y cómo está el profesional en ese momento.

2. **La "representación" a través de la escritura.** Escribir sobre la práctica clínica permite al estudiante hacer visible lo invisible. Se convierte en un ejercicio de **reflexividad profesional** y autoconocimiento desde la introspección.

Escribir sobre esas experiencias condenadas, por su rapidez, a engrosar el bagaje de nuestros recuerdos "olvidados", nos permite fijarlos en el aquí y en el ahora (ya nada los cambiará) y, sobre todo, reflexionar sobre lo acontecido y sus significados, lo que sin duda enriquecerá la vivencia, haciendo aflorar matices que de la otra manera pasarían desapercibidos u olvidados.

Este ejercicio reflexivo, plasmando negro sobre blanco, nos enseñará aspectos desconocidos del otro y de nosotros mismos.

El poliedro del encuentro tendrá caras que se han ignorado o menospreciado por ser poco sólidas, y que, al ser vistas a través de la escritura, adquieren un nuevo significado y ofrecen una nueva perspectiva de los eventos.

La narrativa es el arte de usar historias para conectar, comunicar y transformar en contextos profesionales.

3. **La "Afiliación" y la comunidad.** El intercambio de relatos entre pares durante los talleres reduce el sentimiento de soledad y fomenta la creación de una comunidad de práctica más sólida y resiliente. Descubrir en los otros, en los pares, fantasmas compartidos disminuye la sensación de soledad, de orfandad.

EL ARTE Y LA LITERATURA COMO SIMULADORES CLÍNICOS

Durante la jornada en Santander exploramos cómo las artes son "escuelas de resistencia" frente al reduccionismo biológico.

En nuestro taller (Figura 2), utilizamos el cuadro "**El Doctor**" de **Luke Fildes** (pero podría ser cualquier otro) para entrenar la capacidad de observación y absorción de la historia ajena, evidenciando las diferentes miradas de un mismo estímulo.

La literatura, el cine y la pintura funcionan como laboratorios estéticos donde el futuro sanitario puede experimentar "vidas ajenas", reconocer emociones que tanto nos cuestan a los sanitarios y desarrollar una **atención más compasiva** antes de enfrentarse al paciente real, para volverse sensible a las historias de los pacientes. Añadir al estudio de las interacciones farmacológicas, el de las interacciones humanas.

Figura 2

Imagen del taller en la IV Jornada Internacional de Narrativa Clínica.



Así mismo, para entrenar la “escuchatoria” utilizamos una narración del libro “Relatos para estudiantes de Medicina” (independientemente de la edad), titulado “Prejuicios”, que se leyó. Los participantes podían tomar notas, formamos grupos de análisis y posteriormente se discutió sobre su contenido (como en el cuadro, el texto podría ser cualquier otro).

La narrativa clínica es un entrenamiento para interpretar la singularidad del sufrimiento humano, algo que la estadística de la MBE no puede captar.

HACIA UN EJERCICIO NARRATIVO Y LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT

El ejercicio profesional se ve amenazado hoy por el agotamiento y la pérdida de sentido. Como decíamos anteriormente y la bibliografía confirma, **la MN se presenta como un antídoto contra el burnout**, al permitir que el sanitario recupere el “vínculo” y la satisfacción por su trabajo.

La afiliación rompe el aislamiento profesional y humaniza la institución sanitaria. No somos flojos, somos sensibles y humanos.

LECTURA DE RELATOS. AFILIACIÓN

En la misma jornada tuvimos el privilegio de contar con la lectura de los relatos sobre experiencias de cuidados que buen número de los asistentes nos hicieron llegar, un ejercicio de vinculación.

Se trata de **compartir en voz alta** los textos escritos. Al escuchar los relatos de otros, los profesionales reconocen experiencias comunes, lo que fortalece la alianza terapéutica y la cohesión del equipo. ¿No es eso, acaso, una de las partes fundamentales en la relación con nuestros pacientes: la escucha?

Sin ningún género de dudas, la parte más interesante de la jornada.

Disfrutamos así, siguiendo los principios de Charon, la **lectura** que entrena la atención, la **escritura** que entrena la representación y el **compartir** los relatos en un ejercicio de entrenamiento de la afiliación. Estas acciones combaten la rumiación, rompiendo el bucle negativo, entrando por la vista y el oído, disminuyendo su carga ansiógena, de agotamiento y malestar.

Animamos a nuestros estudiantes y compañeros a leer ficciones, acudir a cinefóruns, al teatro, escribir con lenguaje no técnico; permite todo ello al sanitario realizar un ejercicio de imaginación para "ponerse en el lugar del otro", reconociendo perspectivas contradictorias y complejas del paciente. También la escritura ayudará al desahogo de vivencias con impacto sobre las propias emociones del sanitario, que va a ser capaz de captar no solo la singularidad de los pacientes, sino validar también la suya propia.

A los jóvenes estudiantes se les van a presentar situaciones clínicas y prácticas que no han vivido en la mayoría de las ocasiones, por ejemplo, situaciones de muerte que aún no han tenido ocasión de experimentar en sus familias. Libros como "La muerte de Iván Illich" les ayudarán a una comprensión del sufrimiento de la vivencia de la enfermedad; películas como "Despedidas" les hablarán de duelos con

serenidad... La narrativa clínica juega un papel destacado para entender lo inentendible, y las habilidades narrativas se entrenan.

EN CONCLUSIÓN

La formación universitaria debe entender que no basta con saber anatomía o farmacología; es imperativo cultivar una "**clínica del tacto**" y una ética de la hospitalidad que reconozca que, tras cada síntoma, hay una biografía esperando ser escuchada y comprendida. No enferma un órgano, es una vida y su entorno el que enferma, como bien apuntó Moratalla (8).

La Narrativa Clínica es, en definitiva, la brújula que nos permite navegar en el caos que la enfermedad supone para el paciente y su entorno, sin perder nuestra propia humanidad.

En la Facultad de Medicina de Santander, reafirmamos que el sanitario debe ser un experto en interpretar la **singularidad de la vida**.

Formar a los futuros profesionales en estas competencias no es un lujo, sino un **acto ético y político** para garantizar una medicina que, además de curar cuerpos, sepa honrar las historias de quienes los habitan (9).

Creemos que no hay nada más innovador en ciencia y salud en estos tiempos de aceleración vital que mejorar la conexión y fortalecer la relación médico-paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goldman-Cecil L, Cooney KA. Tratado de Medicina Interna. 27ª ed. Elsevier; 2024.
2. Hojat M, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Acad Med. 2009;84(9):1182-91.

3. Organización Médica Colegial (OMC). IKERBURN: De la vocación al agotamiento. Análisis del grado de burnout de los médicos jóvenes en España. 2025. Disponible en: <https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2025-11/Ikerburn-Report.pdf>
4. Esquerda M. Emociones a flor de piel: competencia emocional, la competencia olvidada en medicina [Internet]. Doctutor.es; 2025. Disponible en: <https://www.doctutor.es/2025/05/26/emociones-a-flor-de-piel-competencia-emocional-la-competencia-olvidada-en-medicina/>
5. Charon R, et al. The Principles and Practice of Narrative Medicine. Nueva York: Oxford University Press; 2017.
6. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med. 1984;101(5):692-6. doi: 10.7326/0003-4819-101-5-692.
7. Blanco Alfonso A, Blanco Ramos MT. La narrativa como herramienta profesional: Asignatura Transversal en la UAM para recuperar el Humanismo [Internet]. Universidad Autónoma de Madrid (UAM); 2025. Disponible en: <https://www.uam.es/uam/investigacion/cultura-cientifica/articulos-cientificos/narrativa-humanismo>
8. Domingo Moratalla T, Feito Grande L. Bioética narrativa. 2ª ed. Madrid: Guillermo Escolar; 2012.
9. Galichon I. (2024). Manifeste pour la médecine narrative. Pour une politique de la littérature dans le soin. Bordeaux: Éditions Le Bord de l'eau; 2024.

Augusto Blanco Alfonso, María Teresa Blanco Ramos.

Médicos de familia y profesores honorarios de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

Cómo citar este artículo:

Blanco Alfonso A, Blanco Ramos MT. La narrativa clínica como brújula. Reflexiones desde la IV Jornada Internacional de Narrativa Clínica. *Folia Humanística*. 2026;6(1):34-43. Doi: <https://doi.org/10.30860/0135>.

SUERO Y ANÍS

Galindo Salmerón Z.

Resumen: Hay ocasiones en nuestra práctica profesional en las que confrontamos de forma directa con esos conceptos, que pasan tantas veces desapercibidos, como son la transferencia y la contra-transferencia para con nuestros pacientes. Ese es el caso de Daniel: la ilustración del famoso “paciente difícil”; un muchacho joven politoxicómano, con deterioro cognitivo y con gran dificultad para el control de los impulsos, criado en un ambiente familiar disfuncional y en situación de desamparo institucional. Uno de esos pacientes por los que la Medicina Familiar y Comunitaria debe “pasar consulta mirando a la calle”. Este relato de vida nos hace reflexionar sobre cómo, cuando no podemos modificar un comportamiento dañino o conflictivo en una persona, sí que podemos cambiar, desde el cariño, la comprensión y los cuidados, la dinámica y la esfera que nos rodea a ambos, desvistiéndonos del ego médico del curar, para aprender a acompañar comunicando.

Palabras clave: *Conducta peligrosa, Alcoholismo, Relaciones Médico-Paciente, Comprensión, Atención centrada en el paciente, Medicina Narrativa.*

Abstract: SERUM AND ANISE

There are times in our professional practise when we directly confront concepts that so often go unnoticed, such as transference and countertransference with our patients. This is the case of Daniel: the illustration of the famous “difficult patient”; a young polydrug addict with cognitive impairment and severe difficulty with impulse control, raised in a dysfunctional family environment and in a situation of institutional neglect. He is one of those patients for whom Family and Community Medicine must “hold consultation looping out at the street”. This narrative of life makes us reflect on how, when we cannot modify a harmful or disruptive behavior in a person, we can change, through affection, understanding and care, the dynamics and the sphere that surrounds us both, stripping ourselves of the medical ego of curing, in order to learn to accompany through communication.

Key words: *Dangerous behavior, Alcoholism, Physician-Patient relationships, Comprehension, Patient-centered care, Narrative Medicine.*

Artículo recibido: 16 marzo 2026; aceptado: 19 marzo 2026.

Nota editorial. Relato enviado a la IV Jornada Internacional de Narrativa Clínica, celebrada en Santander el 6 de febrero de 2026, organizada por el Grupo de Comunicación y Salud de la Sociedad Cántabra de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFyC).

Treinta y uno de diciembre. Noche por excelencia de los buenos propósitos.

Para Daniel era otra noche cualquiera, una más en la que ahogar las penas en alcohol, esnifarse los duelos de una infancia corrompida por la ausencia del apego seguro y fumarse las distancias enclavadas en la psique de un muchacho apenas de mi edad, en la treintena de sus derrotas, en disociación consigo mismo y con las expectativas que, sobre su espalda, habían depositado otros.

En el bar La Perla, los más animados comenzaban a brindar con copillas de anís –"de las de toda la vida", como rezaban los viejos de nariz bulbosa y sonroje enólico– a eso de las siete de la tarde, mientras Daniel se preparaba por quinta vez para ser expulsado del bar a zancadas.

- *Pero mujer, no te pongas así, que solo te he dicho que hoy estás muy guapa.*
- *Daniel, hazme el favor y sal de mi bar por tu propia cuenta, que no tenga que volver a llamar a la Guardia Civil, hombre... ¡que ya está bien!*
- *Joder, macho, ¡ni una cerveza puedo tomarme tranquilo! ¡Sois todos unos hijos de puta, y tú, una zorra!*

Últimamente todas las semanas acababan igual, con la misma cantinela... Daniel buscando pelearse con cualquiera, Daniel consiguiéndolo, Daniel siendo traído al Centro de Salud con una brecha en la frente, con el labio partido, con una conmoción cerebral por haberse caído ebrio en la carretera, o directamente, con una llamada del 061 para avisarnos de que había sido encontrado inconsciente en una u otra acera sin ninguna respuesta a estímulos.

- *Sara, ve preparando la naloxona y el flumazenilo, vamos a cogerle una vía y a hacerle un electro... ¡Daniel! ¡Venga, vamos, dinos algo, despierta!*

Cuando por fin despertaba, ocurría lo de siempre: un grito ahogado y solemne, como aullido de luna llena, seguido de una sensación lancinante de opresión torácica mecida por el llanto entrecortado, y una retahíla de promesas sobre no volver a beber,

no volver a robarle a su abuela –a quien no le había quedado otra que terminar echándolo de casa–, y sobre aceptar internarse en una comunidad terapéutica “*lejos de toda la chusma del pueblo*”. Promesas que se quedaban en sutil brisa de invierno, sin materialidad alguna que anticipase el cambio, porque, a sus cortos treinta y dos años, Daniel olvidaba de un día para el siguiente sus deseos de año nuevo, así como los del resto del año y, sobre todo, los de quienes aún lo querían por lazos de sangre, aun mediando el miedo de por medio.

Daniel presentaba un trastorno llamado “Demencia de Korsakoff”, debido a su alcoholismo crónico y a su mala nutrición, que le impedía recordar casi todo lo que acontecía en su cotidiana existencia presente. Para él, solo existía el horror del pasado: la muerte de sus padres y de su hermana en un fatídico accidente de tráfico, el alcoholismo previo de su padre y las palizas reiteradas hacia su madre cuando aún era pequeño, las burlas en el instituto por ser “mal alumno” y “catearlas todas”, y el recuerdo de aquellas primeras “malas juntas” que le acogieron en su lecho de muerte, presagio de malestar futuro.

A partir de ahí, como si de un agujero de cola de gusano se tratase, saltaba a las primeras horas de todas sus noches, bienaventurados los pobres. El clamor del burbujeo de una Alhambra tras otra en comisura de payaso triste, y después la nada, el silencio, el dolor de cabeza como galaxia de astillas enemigas y el soliloquio disártrico de un fantasma en vida, niño huérfano de abrazos, adulto desdichado, caballero caído en combate en ausencia de guerra, como Don Quijote delirante a los pies de sus gigantes.

La gente del pueblo suele rehuir a Daniel, le tienen miedo, ¡y no es para menos! La última vez que lo vi, aquel treinta y uno de gravedades múltiples y solapamiento de avisos sin tregua ni descanso alguno, portaba en la mano derecha, medio escondido en el bolsillo, un tenedor que él mismo había customizado como si de un pequeño y afilado tridente se tratara. Siempre alerta; siempre temiendo, en el fondo, que sea a él a quien le hagan daño. Otra vez.

Pero no un daño orgánico, traumático, contusivo... sino un daño moral; más profundo, menos suturable.

Empatizo mucho con Daniel, no puedo evitarlo. Cada uno sobrevive como puede, con lo que tiene y con lo que alcanza a comprender llegado el punto. Mi infancia tampoco fue color de rosas; más bien, arte rupestre y escapada por los pelos de la cueva de Platón: para ver mundo, para conocer otras formas de amar, para inspeccionar mis propias heridas y darles formas más amables, más curvas y retóricas, como barro húmedo y vasija primordial.

Yo decidí irme fuera y estudiar Medicina –cómo no, la profesión de los cuidados, casi por excelencia–, mientras que él, con un poco menos de suerte y un poco más de rabia contenida, con menos arropo social y distinta capacidad discursiva, eligió la bebida.

Daniel se olvida de casi todo, pero casi siempre me recuerda.

- *Daniel, venga, dame ese tenedor y vamos a hablar un rato, ¿quieres? Que yo sé que, en el fondo, no quieres hacerle daño a nadie. Vamos a intentar que no te metas en ningún lío más esta noche... Nos quedamos aquí un ratito, nos tranquilizamos y, cuando te sientas preparado, intentamos encontrar un sitio para que duermas caliente y te sientas a salvo.*
- *Doctora, tú si me entiendes. Ay, te quiero mucho. Siempre me hablas bien, con cariño; no lo entiendo... Me siento solo, muy solo. Tengo miedo. Me quiero morir. No sirvo para nada. Soy un monstruo. Estoy perdido. Ayúdame. No puedo. Solo no puedo. No puedo. Solo no puedo. Quiero cambiar. De verdad que soy bueno, solo que tengo mucho dolor por dentro, ¿sabes? La próxima vez es mejor que no me despiertes, ya solo quiero dormir para siempre. ¿Cómo te llamabas? Ah, sí, ya me acuerdo, Zahira, te llamas Zahira. Me gusta. Me gusta tu pelo. Azul, como el mar. Yo nunca he ido a la playa...*

Ay, soledad, qué bonito nombre no tienes y calladita no estás más guapa, que las matas callando, aunque herirles no quieres.

Daniel no es un monstruo, es mi paciente. Y, como casi cualquier persona de este mundo individualista y feroz, repleto de niños rotos, tan solo necesita de la escucha pausada y atenta, la ausencia de prejuicio y un atisbo de confianza cálida, para volver a sentir que es una persona; aunque más tarde lo olvide, aunque vivamos, consensuadamente, en el día de la marmota.

Así que, como tantas otras veces, le permití llorar en mi hombro, desahogarse hasta quedar vacío de terrores nocturnos y quedarse unas horas en la sala de Observación, observándose por dentro, observándonos de cerca.

Aquella noche llamé a su abuela para que se lo llevase a casa, pero me colgó el teléfono. No la culpo, son ya muchas veces, y mucho intentar tender puentes para toparse con un muro de rumiaciones perennes. Así que empezamos el año los dos juntos: yo con las uvas, él con un suero, ambos charlando sobre la vida, a veces perra y a veces bella, mientras me contaba sus propósitos de llegar a final de enero en estado sobrio y volver a pedirle perdón a su abuela.

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. Suero y anís. *Folia Humanística*. 2026;6(1):44-48. Doi: <https://doi.org/10.30860/0136>.

© 2026 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

PROSPECTO INFORMATIVO DE “MEDICUS MEDICINAE GALENICO COLLABORANS”

Rossi E.

Resumen: El médico es un profesional que nos cuida cuando estamos enfermos. Lo hace con terapias que, en la mayoría de los casos, están constituidas por fármacos. Éstos traen las instrucciones en una pequeña hoja que les acompaña, y nos informa sobre sus posologías. Sin embargo, ¿qué sabemos a propósito del uso y dosis de los médicos? Aquí viene resumido.

Palabras clave: *Fórmula galénica, Advertencia, Interacciones farmacológicas.*

Abstract: PATIENT INFORMATION LEAFLET FOR “MEDICUS MEDICINAE GALENICO COLLABORANS”.

A doctor is a professional who takes care of us when we are sick. They act with therapies that, in most cases, consist of pharmaceuticals. These medications come with instructions on a small accompanying leaflet, informing us about their dosages. However, what do we know about the use and dosages of doctors? Here is a summary.

Key words: *Galenic formulation, Warning, Drug interactions.*

Artículo recibido: 16 marzo 2026; aceptado: 19 marzo 2026.

Nota editorial. Relato enviado a la IV Jornada Internacional de Narrativa Clínica, celebrada en Santander el 6 de febrero de 2026, organizada por el Grupo de Comunicación y Salud de la Sociedad Cántabra de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFyC).

Lea atentamente esta hoja porque tiene importante información para usted.

Qué es y por qué lo necesita:

Medicus medicinae galenico collaborans es un compuesto orgánico con varios componentes y que usted necesita solo en casos de verdadera enfermedad.

Qué tiene que saber antes de tomarlo:

Medicus medicinae galenico collaborans se realiza bajo una larga preparación que tiene una primera fase de diez años (seis más cuatro) que incluyen un juramento, y luego sigue madurando a través de dosis de formación continuada, de congresos y de comparación proactiva con sus compañeros, además de experiencia acumulada.

Advertencia y precauciones:

Como para todas las cosas de este mundo, no hay que abusar en su cantidad, porque cada ejemplar tiene una paciencia con límites y existe la posibilidad de que esté siendo utilizado contemporáneamente por pacientes con enfermedades más graves. ¡Piénselo y aleje su egoísmo por favor!

Reacciones y posibles interacciones:

Últimamente hay casos de pacientes que suelen pensar que si lo toman libremente, obtendrán ellos mismos resultados por simple deriva de lecturas en la red y/o escucha de amigos, vecinos y conocidos, autodefinidos sabios.

En este caso *Medicus medicinae galenico collaborans* reacciona de varias formas que van desde sencillas sonrisas e inmediatas descargas de psicología sobre su nocional sabiduría, incinerándola de inmediato en la mayoría de los casos, hasta la suspensión automática de su servicio y cambio de ejemplar de *Medicus medicinae galenico collaborans*.

Efectos no deseados:

Muy relacionado con lo ya dicho, le recordamos que depende exclusivamente del comportamiento de usted; en la mayoría de los casos no presenta ninguno.

Cómo conservar:

Con mucho cariño, como todo, construyendo confianza progresivamente; con regalos, si usted quiere, a pacto de que sean de un nivel moderado y sin alguna segunda finalidad escondida que no sea su contribución a la felicidad del *Medicus medicinae galenico collaborans*, de los maridos, mujeres o parejas de este, especialmente en el caso de regalos constituidos por productos alimenticios.

Emanuele Rosi.

Tecnólogo de alimentos.

Consultor en el sector de alimentación, estudios de vida útil de alimentos y validación de procesos, análisis, auditorías y preparación de procesos de certificaciones (BRC, IFS, ISO), asistencia y orientación en la producción de alimentos, A.P.P.C.C. e higiene.

Cómo citar este artículo:

Rossi E. Prospecto informativo de “*Medicus Medicinae Galenico Collaborans*”. *Folia Humanística*. 2026;6(1):49-51. Doi: <https://doi.org/10.30860/0137>.

© 2026 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

MÁS ALLÁ DE ORIÓN

López García-Franco A.

Resumen: Se analiza el abordaje del duelo de una mujer tras la muerte de su marido, después de un periodo de cuidados paliativos domiciliarios por parte de su Médico de Familia. Dicho análisis se hace de manera poética y metafórica resaltando el dolor existencial que genera.

Palabras clave: *Cuidados paliativos, Duelo.*

Abstract: BEYOND ORION

This article analyzes a woman's grieving process following the death of her husband, after a period of home-based palliative care provided by her family doctor. The analysis is conducted poetically and metaphorically, highlighting the profound existential pain it generates.

Key words: *Palliative care, Grief.*

Artículo recibido: 16 marzo 2026; aceptado: 19 marzo 2026.

Nota editorial. Relato enviado a la IV Jornada Internacional de Narrativa Clínica, celebrada en Santander el 6 de febrero de 2026, organizada por el Grupo de Comunicación y Salud de la Sociedad Cántabra de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFyC).

Las estrellas dicen que nosotros somos los fugaces.

Canción “Diminuto planeta azul”. Macaco y Jorge Drexler.

Anunciaron un eclipse. Cosas de galaxias que no solo palpitan, sino que bizquean. Luna y sol son guiños de la misma noche... o del mismo día.

Ese día del eclipse apareció ella en la consulta. Sus ojos titilaban como estrellas y su boca temblaba al decir “*murió tranquilo*” (como el uni-verso de un poema, pensé).

- *Le has acompañado hasta el final –le dije.*
- *Sí. Se despidió abrazando con su mano la mía. Fue un final bonito y te lo agradezco. Os lo agradezco.*

Recordé que en las últimas etapas de la enfermedad a mí también me agarró con esa mano, mitad pensamiento, mitad sarmiento, rogándome que hiciera lo posible para que no sufrieran. Ni él ni ella. Fueron muchas visitas a ese domicilio constituido en reducto donde aprisionar recuerdos, atesorar la risa y, como cometas fugaces, aminorar con prudencia los adverbios de tiempo. El mañana se llenaba de las ficciones de las constelaciones. Celeste no era un color: era una bóveda donde exaltar una vida que se nos iba de las manos. No se les reconocía ni en esas fotos de los anaqueles de su casa, ni en esos espejos que, con vocación de cosmos, eludían. Las visitas cada vez se circunscribían más a su habitación, a esa cama (cada vez más oráculo, más destino) de la que al final no se levantaba. Las sonrisas, como lunas en cuarto menguante de Orión, cada vez más vestigios del pasado.

Ella acudió con necesidad de compartir su duelo. Depositó su mano temblorosa con ademán de colibrí sobre mi mesa. El ordenador callaba con el silencio cómplice de los satélites, evocando historias jamás contadas. Todo calla salvo esa mano sobre mi mesa trasunto de antiguas glorias. Se la cogí, que es lo que hay que hacer en todo “eclipse del yo”.

Alberto López García-Franco.

Médico de Familia y de Comunidades. Centro de Salud Doctor Mendiguchía Carriche. Leganés. Madrid.

Cómo citar este artículo:

López García-Franco A. Más allá de Orión. *Folia Humanística*. 2026;6(1):52-53. Doi: <https://doi.org/10.30860/0138>.

© 2026 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

EXTENSIÓN

López Caballero S.

Resumen: El proceso de evaluación clínica comienza desde la primera consulta a la que acude el paciente, generando un punto de inflexión el día de la cita para comunicar el diagnóstico. Cuando una persona entra a consulta trae consigo sus esperanzas, incertidumbre, miedos y vulnerabilidad. Al salir, puede hacerlo con más preguntas que respuestas y con la necesidad de afrontar una nueva realidad. La escucha activa, la empatía y el acompañamiento deben estar presentes en todas las fases de la atención sanitaria. En este texto se ha querido reflejar las horas previas de una paciente antes de conocer el nombre de su enfermedad.

Palabras clave: *Atención centrada en el paciente, Diagnóstico, Empatía.*

Abstract: EXTENSION

The clinical evaluation process begins from the patient's very first consultation, reaching a turning point on the day of the appointment to communicate the diagnosis. When individuals enter the consultation room, they bring with them their hopes, uncertainties, fears and vulnerabilities. They may leave with more questions than answers, facing the need to adapt to a new reality. Active listening, empathy and support must be present in all phases of healthcare. This text aims to reflect the hours leading up to a patient learning the name of her illness.

Key words: *Patient-centered care, Diagnosis, Empathy.*

Artículo recibido: 16 marzo 2026; aceptado: 19 marzo 2026.

Nota editorial. Relato enviado a la IV Jornada Internacional de Narrativa Clínica, celebrada en Santander el 6 de febrero de 2026, organizada por el Grupo de Comunicación y Salud de la Sociedad Cántabra de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFyC).

Según la Real Academia Española, extender significa «hacer que algo ocupe un espacio mayor que el que antes ocupaba». A veces es una palabra amable: la risa que se propaga alrededor de una mesa, la luz del atardecer deslizándose por una habitación. Pero para Lucía, extender había perdido toda suavidad.

El 30 de abril de 2025 no era un miércoles cualquiera. Era el día marcado con un círculo rojo en la nevera de su cocina, el día que llevaba semanas observando sin atreverse a pensar demasiado. Cuando sonó el timbre, su hijo y su nuera la esperaban

abajo. Durante el trayecto hablaron de todo y de nada, como si llenar el silencio pudiera ahuyentar la palabra que ninguno se atrevía a pronunciar.

Llegaron con más de una hora de antelación y se refugiaron en una cafetería, bajo la luz suave de aquella mañana de primavera. A las diez en punto, de forma casi automática, se levantaron y caminaron hacia el edificio gris. Lucía se aferraba a una esperanza frágil –yo me encuentro bien–, repetía mientras acariciaba el brazo de su hijo.

A las diez y media, las iniciales de su nombre aparecieron en la pantalla. Cruzó la sala y empujó la puerta blanca. La manilla estaba fría. Al entrar, tuvo la sensación de presentarse ante el tribunal más importante de su vida. Dos personas con bata blanca y otra con traje azul la miraban con una seriedad contenida.

Su hijo se sentó a su lado; su nuera permaneció de pie. Tras los saludos formales, el médico de más edad habló despacio:

- *Lucía, no tenemos buenas noticias. Hay un tumor. Y está extendido.*

El mundo se detuvo. El resto de las palabras dejó de existir. En ese instante, Lucía comprendió que aquella palabra lo ocupaba todo, reduciendo su vida a un espacio mucho más pequeño.

Sandra López Caballero.

Médica de Familia. Centro de Salud Rontegi (Bizkaia).

Cómo citar este artículo:

López Caballero S. Extensión. *Folia Humanística*. 2026;6(1):54-55. Doi: <https://doi.org/10.30860/0139>.

LLEGASTE CUANDO EL SUELO DEJÓ DE SOSTENERME

Fernández Vega J.

Resumen: Este relato en primera persona explora la experiencia de vulnerabilidad extrema tras una pérdida física y el proceso de reconstrucción identitaria asociado. A través de una narrativa íntima, se describe el impacto emocional del duelo, la vivencia del cuerpo amputado y la dificultad inicial para proyectarse hacia el futuro. La presencia de una figura de apoyo –constante, respetuosa y no invasiva– actúa como elemento facilitador en el afrontamiento, permitiendo transitar el dolor sin imponer tiempos ni direcciones. El texto aborda la relación terapéutica desde una perspectiva implícita, destacando el valor del acompañamiento, la escucha y la confianza en la recuperación progresiva de la autonomía. La adaptación a la prótesis y el retorno al entorno laboral simbolizan la integración de la experiencia vivida y la reconstrucción del sentido vital. Un relato sobre resiliencia, vínculo y recuperación que invita a reflexionar sobre el papel del cuidado en los procesos de sanación.

Palabras clave: *Amputación, Adaptación psicológica, Duelo, Rehabilitación, Prótesis, Relación terapéutica, Resiliencia psicológica, Apoyo social.*

Abstract: **YOU ARRIVED WHEN THE GROUND BENEATH ME COULD NO LONGER HOLD ME.**

This first-person narrative explores the experience of extreme vulnerability following physical loss and the process of identity reconstruction. Through an intimate account, it portrays the emotional impact of grief, the lived experience of an amputated body and the initial difficulty in envisioning the future. The presence of a supportive figure –steady, respectful and non-intrusive– acts as a facilitating element in coping, allowing the narrator to move through pain without imposed timelines or directions. The text implicitly addresses the therapeutic relationship, highlighting the value of presence, listening and trust in the gradual recovery of autonomy. Adaptation to a prosthesis and returning to work symbolize the integration of the lived experience and the reconstruction of meaning. A story of resilience, connection and recovery that invites reflection on the role of care in healing processes.

Key words: *Amputation, Psychological adaptation, Grief, Rehabilitation, Prosthesis, Professional-Patient relationship, Psychological resilience, Social support.*

Artículo recibido: 16 marzo 2026; aceptado: 19 marzo 2026.

Nota editorial. Relato enviado a la IV Jornada Internacional de Narrativa Clínica, celebrada en Santander el 6 de febrero de 2026, organizada por el Grupo de Comunicación y Salud de la Sociedad Cántabra de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFyC).

Cuando todo lo que me definía empezó a parecer ajeno, como si fuera mi alma la que se hubiera quedado incompleta. Te bastó un instante, un gesto. Sin marcar un camino que aún no podía aceptar ni empujarme hacia un futuro para el que no estaba

preparado. Simplemente te pusiste a mi lado. Solo eso. Sosteniendo mi peso y mis miedos a partes iguales... y fue suficiente. Respetaste mis silencios, mi duelo, mis retrocesos.

Fuiste la única persona a la que permití acercarse demasiado, tocar mis cicatrices; esa profunda herida que había cambiado mi vida para siempre. Y también la única a la que le bastaba una mirada para comprender dónde estaban los límites de mi resistencia.

Sin necesidad de explicaciones, entendiste mis fantasmas. Esos que gritaban desde un lugar que ya no existía. Un dolor absurdo, ilógico, sin razones ni mapas. A tu lado aprendí a caminar bordeando ese abismo, a mirar de frente lo que faltaba para empezar a sostenerme en lo que aún permanecía. Hasta que un día, sin que yo lo notara, mis objetivos se fundieron con los tuyos.

Y hoy, mientras me preparo para salir de casa y volver nuevamente al trabajo, ajusto la prótesis bajo mi rodilla, aprieto el encaje, respiro hondo y doy un paso adelante. En ese gesto sencillo están todas las horas de esfuerzos compartidos contigo, las manos con las que me sostuviste, tu apoyo, tus cuidados y esa voz que creyó en mí mucho antes que yo mismo. Sonrío. Nunca podré expresar completamente lo agradecido que estoy. Y el suelo vuelve a ser firme, y el camino, solo mío.

Jorge Fernández Vega.

Fisioterapeuta de Atención Primaria. Responsable de Formación de la Gerencia de Atención Primaria de Cantabria.

Cómo citar este artículo:

Fernández Vega J. Llegaste cuando el suelo dejó de sostenerme. *Folia Humanística*. 2026;6(1):56-57. Doi: <https://doi.org/10.30860/0140>.

© 2026 Todos los derechos reservados a la Revista *Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

PREVENIR O CURAR (SAINETE)

Álvarez Herrero C.

Resumen: Se presenta en modo de sainete (pieza dramática breve de carácter jocoso y popular) una escena que ilustra la necesidad de tomar medidas preventivas sólo cuando están justificadas, ya que dichas intervenciones no están exentas de efectos secundarios y pueden originar sobreatamientos que producen más daños que beneficios. Así, este sainete abre reflexión como contrapunto al famoso refrán de “más vale prevenir que curar”.

Palabras clave: *Medicina preventiva, Prevención cuaternaria.*

Abstract: PREVENT OR CURE (SAINETE)

This paper presents a scene written in the style of a sainete (a short, humorous, and popular theatrical piece) to illustrate the importance of implementing preventive measures only when they are truly justified. Preventive interventions are not free from adverse effects and may lead to overtreatment, ultimately causing more harm than benefit. In this sense, this sainete encourages critical reflection on the widespread maxim “prevention is better than cure” by offering a nuanced counterpoint grounded in the principles of quaternary prevention.

Key words: *Preventive medicine, Quaternary prevention.*

Artículo recibido: 16 marzo 2026; aceptado: 19 marzo 2026.

Nota editorial. Relato enviado a la IV Jornada Internacional de Narrativa Clínica, celebrada en Santander el 6 de febrero de 2026, organizada por el Grupo de Comunicación y Salud de la Sociedad Cántabra de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFyC).

Trascurre en una lancha de turistas, cerca de unas islas del Atlántico Norte.

Hijo 1: Pero ¿qué le pasa a este chico?

Parece que se le tuerce el hocico.

Padre: Deja que se ponga en el centro

o se caerá por sotavento.

Madre: Pero si está K.O.

En vez del café, se tomó el ColaCao.

Hijo 2: Ay, qué sueño...

Me pesan los párpados como leños.

Hijo 1: ¡Vamos, que suba!,

que está bajando la bruma.

Padre: Y levantando el oleaje.

Nos terminaremos empapando el traje.

Madre: Vamos, que a este paso

no veremos ni un grajo.

Hijo 2: Ay qué sueño...

Yo mejor me quedo con los isleños.

Hijo 1: No digas tonterías,

si tú fuiste el que más querías.

Padre: Vamos, vamos para delante,

que somos los primeros tripulantes.

Madre: Ey, no os mojéis los calcetines,

aquí están los escarpines.

Hijo 2: Ay, qué sueño...

Mejor me agarro a este remo.

Hijo 1: ¡Por allí salta un delfín!

Espabila, chico, pareces un adoquín.

Padre: ¡Y por allá, el chorro de una ballena!

Oye, que éste no se entera. Qué pena.

Madre: Esto ya es demasiado,

me está preocupando.

Hijo 2: Ay, qué sueño...

¿Os habéis tomado la pastilla del mareo?

Hijo 1: ¿Qué está diciendo?

¿Habrá estado bebiendo?

Padre: Algo de una pastilla.

Tu madre es la que sabe de medicinas.

Madre: Quizá se tragó una biodramina...,

¡pero llevaba cafeína!

Hijo 2: Ay, qué sueño...

No me entero por más que me empeño.

Hijo 1: O sea, que quería estar perfecto
y ahora es un zombi desconecto.

Padre: Bueno, por lo menos no pota,
que con estas olas
medio barco está que bota
y no van a ver ni una foca.

Madre: No, si mareado no está,
lo que está es sopa.

Hijo 2: Ay, que por tratar el por si acaso
ahora me descompaso:
ni delfín, ni ballenato,
me importa todo un *carallo*.

***Y es que prevenir sin necesidad
es una soberana necesidad
que termina por estropear
la más bella realidad.***

Concha Álvarez Herrero.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo Comunicación y Salud somamFYC. Codirección y moderación de los Ciclos de Cine y Medicina del Ateneo de Madrid.

Cómo citar este artículo:

Álvarez Herrero C. Prevenir o curar (sainete). *Folia Humanística*. 2026;6(1):58-61. Doi: <https://doi.org/10.30860/0141>.