

# INFORMES PORTAL MAYORES

Número 22

## El papel de los sentimientos en las relaciones sociosanitarias

(Especial referencia al campo de la relación sociosanitaria en geriatría)

**Autor:** Pose Varela, Carlos Alberto

**Filiación:** Doctor en Filosofía, Magister en Bioética

**Contacto:**

**Fecha de creación:** 01-08-2004

**Para citar este documento:**

**POSE VARELA**, Carlos Alberto (2004). "El papel de los sentimientos en las relaciones sociosanitarias". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 22. [Fecha de publicación: 02/09/2004]. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pose-sentimientos-01.pdf>>

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003

ISSN: 1885-6780

## El papel de los sentimientos en las relaciones sociosanitarias

### EL PAPEL DE LOS SENTIMIENTOS EN LAS RELACIONES SOCIOSANITARIAS (Especial referencia al campo de la relación sociosanitaria en geriatría)

Carlos Alberto Pose Varela

Muchas veces las cosas más obvias y cotidianas son, a causa de su familiaridad, las más ignoradas, las que pasan más desapercibidas aun siendo de suma importancia. Es lo que sucede, por ejemplo, en el tema de los sentimientos. A base de vivir encubiertos en ellos se nos vuelven transparentes, diáfanos, invisibles, o lo que es lo mismo, demasiado obvios ¿Cuándo los sentimos entonces cargados de significado? Al menos cuando nos enfrentamos a diversos problemas, es decir, cuando tenemos que dar una respuesta sensata, prudente y responsable a fenómenos cargados de incertidumbre, de imprevisión, de urgencia, de necesidad, etc. Tales situaciones, típicas de la vida diaria, nos pueden crear verdadera confusión, enorme descontrol, fuerte angustia, en definitiva, una especie de “ceguera mental” en la cual no podemos permanecer por mucho tiempo sin sentirnos dañados más o menos profundamente. Ahora bien, nada de esto nos ocurriría ante ningún problema si no fuera porque los sentimientos desempeñan un papel importante en nuestra vida diaria, y sobre todo en la vida diaria de las personas mayores. Precisamente este fenómeno es el que nos proponemos analizar en este estudio, es decir, saber por qué y cual es la importancia de los sentimientos en el mundo de las personas mayores.

Para desarrollar todo esto hemos de tomar como guía lo que ocurre en un tipo de relación humana muy frecuente en el campo de la geriatría, esa que toma como parámetros fundamentales el restablecimiento o la conservación de la salud y la calidad de vida de las personas mayores, o simplemente la prevención de la enfermedad. Clásicamente se ha denominado a esta relación humana “relación médico-enfermo”, pero, debido a los cambios sufridos en los últimos años en todo lo que tiene que ver con la salud y la enfermedad, más recientemente se han ido ensayando otras fórmulas como “relación médico-paciente”, “relación sanitario-usuario”, “relación sanitaria”; quizá la denominación más usual hoy en día sea “relación clínica”. En todo caso, prefiero abrir el ámbito de actuación y discusión, y entender esta relación como algo perfectamente extrapolable a cualquier otra relación sociosanitaria (cabría decir incluso a cualquier otra relación humana). La razón es que ni el médico es ya el único sanitario que interviene en la relación clínica de las personas mayores, ni puede calificarse de enfermo o paciente a toda persona mayor que acude al sistema sanitario; si a ello sumamos que la medicina posee una enorme dimensión social e institucional, y que las partes intervinientes son cada vez más variadas (psicólogos, trabajadores sociales, auxiliares de ayuda a domicilio, etc.), se comprende que la denominación “relación sociosanitaria” resulte más rica y sea más acorde con la estructura y contenido de este tipo de relaciones. A pesar de ello, utilizaremos, por ser la denominación usual, preferentemente la expresión “relación clínica” referida siempre al mundo de las personas mayores.

Las ideas fundamentales de todo lo que voy a exponer sobre el sentimiento en las personas mayores se fundamenta en los siguientes tres puntos:

- a) En primer lugar, el sentimiento es un fenómeno personal, que personaliza o humaniza, que nos hace personas más humanas y que nos define como personas: todo el mundo de las creencias, valores, preferencias, etc. es el correlato objetivo del sentimiento.
- b) En segundo lugar, el sentimiento es un fenómeno comunicativo, interactivo, empático, otro modo distinto de comunicarnos entre las personas y, consecuentemente, de imprimir cierta “confianza” a las relaciones humanas, lo que permite acceder a lo más “íntimo” de cada cual.
- c) En tercer lugar, el sentimiento es un fenómeno que nos abre, no sólo al otro (en su doble dimensión personal y comunicativa), sino a otra dimensión de la realidad, y por lo tanto nos da a nosotros mismos también una visión o “aprehensión” diferente de la realidad, creemos que más humana, pero en todo caso distinta y complementaria de las demás, esto es, de la racional y de la volitiva.

Si todo esto es así, no podremos sino concluir que el sentimiento desempeña un papel muy importante en las relaciones que asiduamente acontecen entre los profesionales sanitarios y las personas mayores.

Pondré mi empeño en no ser demasiado teórico, sino pegarme en lo posible al mundo de los hechos, teniendo siempre en cuenta preferentemente la perspectiva del conjunto de los profesionales que están implicados diariamente en este tema, llámense psicólogos, trabajadores sociales, profesionales de la salud, personal relacionado con la gerontología, y, por supuesto, la perspectiva de las personas mayores. A todos ellos no puedo más que agradecerles su interés por aproximarse a un tema tan cercano a todos nosotros como es el del sentimiento, que es, cuando menos, una dimensión humana y un lenguaje distinto al meramente lógico-racional. El redescubrimiento de este tema en el campo de las ciencias de la salud y de las humanidades médicas puede ser fruto de los últimos coletazos producidos por el cambio de paradigma que está sufriendo el mundo sociosanitario, es decir, a la huida del paternalismo y a la asunción de la autonomía del usuario de los servicios sociosanitarios. Parece claro que sin autonomía no cabría hablar, por ejemplo, de respeto de los sentimientos, aunque cual sea el contenido de esta autonomía es algo tan escurridizo que todavía hoy, y día tras día, vamos descubriendo y definiendo; pero no cabe duda que precisamente algunos de los contenidos de esta autonomía tienen que ver, por lo que parece, con el ámbito del sentimiento humano. Habría que decir que sin el principio de autonomía, el sentimiento no jugaría un gran papel en la relación clínica, pero sin la inclusión de la vida emocional, de la historia de valores, etc., la autonomía estaría parcialmente inerte, desvalida, en fin, falta de contenido. Donde mejor se aprecia esta evolución quizá sea en el análisis de lo que están significando dos documentos capitales en las relaciones sociosanitarias, la “historia clínica” y la “historia social”.

## Un poco de historia

La verdad es que como concepto filosófico, el término “sentimiento” es muy reciente (incluso como vocablo comienza a aparecer no antes de mediados del s. XIII) y aunque es cierto que su contenido se ha estado describiendo con otros vocablos (se ha hablado de “tendencias”, “apetencias”, “pasiones”), el hombre ha hecho un uso muy vago de todo esto tildándolo de fenómeno raro, extraño, engañoso y en definitiva perturbador de la vida “buena”<sup>1</sup>; esto ha estado a la orden del día, por ejemplo, en el estoicismo y otras escuelas helenísticas, y no ha dejado de influir en épocas bien posteriores; hasta que ya avanzada la modernidad se ha ido precisando y tomando en cuenta de modo significativo. Así en la filosofía del siglo XVII y XVIII, tanto escocesa (Shaftesbury, Hutcheson, Hume, etc.), como germánica (Kant, Schleiermacher, etc.), en la filosofía del siglo XIX, sobre todo británica (Benthan y Mill, etc.) y en la filosofía del siglo XX, básicamente alemana (Scheler, Hartmann, etc.); un lugar peculiar ocupan algunas otras corrientes (los románticos, etc.), así como algunos otros autores (Pascal, Rousseau, etc).

La filosofía antigua y medieval no conoce el sentimiento como fuente o principio de afecciones, afectos y emociones y, por lo tanto, no adopta esta noción como categoría para ordenar y clasificar las afecciones del alma. Ni la psicología platónica, que distingue un alma racional, un alma concupiscente y un alma irascible, ni la psicología aristotélica, que distingue un principio vegetativo, un principio sensitivo y un principio intelectual, reconocen una fuente y un principio autónomo de las emociones, que se reparten entre las diferentes divisiones o principios admitidos, sin excluir el racional o intelectual. Lo mismo sucede en la filosofía medieval, que sigue las huellas de la psicología aristotélica. Los estoicos identificaron afecto, perturbación y pasión, y hablaron de los sentimientos como “perturbaciones del ánimo”, expresión implicada en el griego *páthos*, mostrando lo mismo la afección por los movimientos del ánimo, que la subordinación inequívoca bajo las máximas de una vida guiada por la razón, hasta llegar a la defensa de la impasibilidad total.

La noción de sentimiento, como fenómeno distinto e independiente, surge en el siglo XVIII por obra, sobre todo, del filósofo alemán Hohann Nicolaus Tetens (1736-1807), que la contrapone a pensamiento y voluntad; en la filosofía antigua y medieval se le denominaba con el nombre genérico, de origen aristotélico, de *passio*, pasión (“pasiones del alma”, las llamaba Descartes todavía en el siglo XVII). A partir de aquí el nombre “sentimiento” ha sido usado para designar una de las “facultades” básicas humanas, junto al pensamiento y a la voluntad. Esta división tripartita ha sido a menudo la base para una doctrina del sentimiento como

---

<sup>1</sup> “La vida buena” es como se sabe, el tema capital de la ética griega.

capacidad de experimentar ciertas realidades y de juzgar acerca de tales realidades. Este reconocimiento de una fuente o principio autónomo de las emociones se relaciona con el reconocimiento de la subjetividad humana como algo irreductible a un conjunto de elementos objetivos u objetivables, o modificaciones pasivas producidas por tales elementos. Los supuestos de este reconocimiento se deben buscar en la línea de pensamiento que va de Pascal y los moralistas franceses e ingleses (La Rochefoucauld, Vauvenargues y Shaftesbury) a Rousseau y Kant, y culmina en este último. En efecto, fue Kant el primero en teorizar filosóficamente esta categoría, incluyéndola en una nueva tripartición de los poderes o de las facultades espirituales. En tanto que Wolff (y siguiendo sus huellas, los wolffianos) admitía sólo dos actividades fundamentales del espíritu humano, el conocer y el querer (objetos de las dos ramas de la filosofía, la teórica y la práctica), Kant reconoció un tercer poder o facultad, el del sentimiento. Así, el sentimiento del placer o del dolor debe insertarse entre el poder cognoscitivo y el poder de desear y se le debe reconocer un propio principio autónomo, que Kant denomina facultad judicial.

A la elaboración y al reconocimiento de la categoría del sentimiento contribuyeron también, en otra vertiente, los moralistas ingleses acentuando la parte dominante de las emociones en la vida del hombre. Por ejemplo, Francis Hutcheson, que pertenece a la llamada “filosofía del sentimiento moral” (o “filosofía del sentido moral”) entiende por sentimiento o sentido una vivencia capaz de aprehender los principios del comportamiento moral humano, su justificación y sus fuentes. Pero quedaba un último hito. Frente a la idea kantiana de que el sentimiento es una percepción siempre subjetiva sin valor de conocimiento, algunos autores -F. Brentano sobre todo- apuntan a cierta “intencionalidad” de los sentimientos (se siente alegría, por ejemplo, de o por...) y hasta a una función cognoscitiva. Así Pascal remite a razones que el corazón conoce y que el entendimiento desconoce, y Scheler se refiere al “sentir intencional” por el que el sentimiento aprecia el valor de una cosa. Los sentimientos no han de entenderse ni como meras cualidades vivenciales subjetivas, ni como meros puntos vivenciales inconexos, aislados; tienen más bien una duración vital y objetividad propias. Esta objetividad donde más claramente aparece en su estructura y problemática es en el medio de transmisión intersubjetiva de sentimientos. Los autores que han sostenido la independencia (siquiera relativa) de los sentimientos se han fundado por lo común en lo que puede llamarse “fenomenología de los sentimientos”. Casi siempre esta fenomenología ha partido de la idea de que los sentimientos son actividades intencionales. Mientras ciertos filósofos como por ejemplo Hamilton consideraron que solamente los actos del pensar y del apetecer son intencionales, otros filósofos como Brentano estimaron que el sentimiento es intencional en el mismo sentido en que puede serlo la representación o el apetito: la expresión de Hamilton “subjetivamente subjetivo”, dice Brentano, “se contradice a sí misma, pues donde no se puede hablar de objeto tampoco cabe hablar de sujeto”. Los autores que han seguido estas ideas de Brentano se han esforzado por caracterizar los sentimientos o, como se ha denominado también, la vida emocional como algo que, siendo completamente distinto de la inteligencia y de la voluntad, se halla constituido por una serie de actos intencionales.

Sin embargo ha sido últimamente Zubiri, dando un paso atrás y ajeno a toda conceptualización o interés particular, quien mejor ha analizado la raíz del sentimiento y su significado estructural específicamente humano. Tras la esmerada y prolija descripción de la “intelección sentiente” y la “impresión de realidad” añade: “La intelección determina los afectos o modificaciones tónicas. Hablo de ‘afectos’ para distinguirlos de las afecciones propias de toda impresión. La modificación de los afectos animales por la impresión de realidad es lo que constituye el sentimiento. Sentimiento es afecto de lo real. No es algo meramente “subjetivo” como suele decirse. Todo sentimiento presenta la realidad en cuanto tonificante como realidad. El sentimiento es en sí mismo un modo de versión a la realidad” (*Inteligencia sentiente. Inteligencia y realidad*, pp. 282-283). En otra obra (*Sobre el sentimiento y la volición*) Zubiri ha explicado cómo el sentimiento es “un modo de estar, pero de estar en la realidad, de sentirse en la realidad”. Si hubiera que expresar esto en un sólo vocablo, Zubiri habla de “atemperamiento”. Sentimiento es estar atemperado a la realidad.

Dicho en plural, los sentimientos son estados de atemperamiento a la realidad, en los cuales la realidad misma se nos actualiza y presenta como atemperante. Todo sentimiento es un modo de actualidad de lo real. Por lo tanto, en una línea claramente fenomenológica, Zubiri constata que los sentimientos no son meramente subjetivos.

“Los sentimientos son, ciertamente, actos del sujeto, pero no son ni más ni menos subjetivos que las intelecciones o las voliciones: envuelven formalmente un momento de realidad. El sentimiento es atemperamiento a la realidad, a una realidad que ciertamente es del sentimiento y está presente a él”. El sentimiento ocupa pues un lugar dentro de las estructuras específicamente humanas. “La realidad no solamente es de la intelección como aprehensión en ella, ni solo es realidad como apetecida por la voluntad, sino que es también realidad del sentimiento”.

En consecuencia, a lo largo de la historia se ha hablado de teoría del sentimiento o de teoría de los movimientos del ánimo. En el primer caso domina el momento de la “receptividad”, en el segundo el de una determinada “actividad”, por lo tanto dos de las notas, opuestas, más características de la teoría de los sentimientos. Como teoría, la especulación sobre los sentimientos es algo moderno, pues en latín o griego no hay ninguna correspondencia para la palabra “sentimiento”. Bajo el concepto de movimiento de ánimo o incluso de pasión llegamos a través de *passio* y *páthos* hasta la antigüedad, cuyas teorías, consideradas bajo la perspectiva de la historia del problema, han entrado con cambios más o menos fuertes en la teoría moderna del sentimiento. Sin embargo, sólo contemporáneamente se ha logrado un análisis de mayor calado acerca de los sentimientos. Y su nota fundamental sería ahora la de “intencionalidad”. Es claro que a partir de la fenomenología la “descripción pura” de los sentimientos ha llevado a menudo a juzgar que éstos tienen una estructura propia, irreductible a la de cualesquiera otras actividades mentales, incluyendo las sensaciones. Así lo ha entendido Brentano, Husserl, Heidegger, Scheler, Zubiri, etc. Lo cual no significa que se haya conseguido abordar por completo lo que algunos recientemente han calificado “la selva de los

sentimientos”. De hecho, desde el punto de vista práctico nada de esto evitó que este concepto siguiera produciendo rechazo y desconcierto y fuera considerado como fuente de enfermedad (punto de vista médico), de pecado (punto de vista religioso), de injusticia (punto de vista jurídico) y de maldad e incorrección (punto de vista moral). Casi toda la ética médica griega rezuma esta idea<sup>2</sup>, y parcialmente la ética kantiana más modernamente, pero sus afectos llegan hasta nuestros días. Hoy, esto parece fuera de toda lógica y creemos tener buenas razones para comprender por qué.

### Las “razones” del corazón

En primer lugar, el sentimiento de las personas mayores es algo que formar parte de su vida, de sus relaciones sociosanitarias. Y si ello todavía es necesario reivindicarlo es por una distinta concepción del hombre pues, aunque desde siempre los profesionales de la salud ha entendido que lo humano de su actividad consistía en “tratar a/con personas”, lo novedoso ahora es que “ser persona” (o si se quiere, ser persona “enferma”) no es poseer una determinada “realidad física” (en el caso del enfermo, estar desposeído de su realidad física) y carecer, por ello mismo, de un “sentimiento moral” (o ser un “inútil moral” como se ha dicho en el caso del enfermo). La revisión de esta concepción marca un cambio trascendental en la relación médico-enfermo, en la relación clínica o en la relación sociosanitaria.

“La relación médico-enfermo tradicional se basaba en un modelo de relación humana asimétrica, en el que el usuario desempeñaba el papel de tutor o padre poderoso y el enfermo el de desvalido. Tal asimetría se basaba en un hecho biológicamente incuestionable, que la enfermedad coloca a quien la padece en situación de impotencia y necesidad. Pero los médicos antiguos, al menos desde el tiempo de los hipocráticos, pensaron que esa desposesión o desvalimiento no afectaba sólo al cuerpo -lo cual es obvio- sino también al alma, al psiquismo. Esto hizo que consideraran al enfermo como un sujeto incapaz de tomar decisiones morales. El placer y el dolor excesivos turban de tal manera el entendimiento humano, decía Aristóteles, que incapacitan al ser humano para decidir con prudencia. Por eso al enfermo no sólo debe considerársele como un incapacitado físico o biológico sino también moral. El enfermo debe establecer con su médico la misma relación que un hijo pequeño y desvalido con su padre”<sup>3</sup>.

En efecto, el criterio de beneficencia, recogido en el libro 1 de *Epidemias* como “favorecer, o al menos no perjudicar”, traducido al latín como *primum non nocere* (lo importante, no hacer daño), rigió las relaciones entre los profesionales sanitarios y las personas mayores desde los inicios de la medicina y ha sido el principio rector de la ética médica a lo largo de muchos años hasta casi nuestros días. No obstante, es un error pensar que ese principio lo único que decía era que el profesional debía hacer el bien, o evitar el mal. Bajo la creencia de que la persona mayor era un enfermo y, a su vez, que el enfermo era un “afectado” no sólo

---

<sup>2</sup>Cf. Gracia, D., *Fundamentos de Bioética*. Madrid. Eudema. 1988. Primera parte, Cap. I.

<sup>3</sup> Gracia, D., ‘Los cambios en la relación médico-enfermo’ en *Bioética clínica*, Bogotá. Editorial El Búho, pp. 53-4.

físicamente sino también moralmente, hacer el bien significaba hacerlo aun en contra o sin la voluntad de la persona mayor. Esto, que fue el paradigma de la medicina hipocrática, el llamado paternalismo, es lo que resulta hoy inaceptable. La nueva creencia, o la conciencia de la mayoría de los profesionales y pacientes, es que el enfermo, y con más razón, la persona mayor, sigue siendo un hombre adulto a pesar de toda su situación peculiar, y que por tanto posee, mientras no se demuestre lo contrario, toda la capacidad para tomar las decisiones sobre lo que es bueno para sí. Es deseable que el profesional siga haciendo el bien, pero hacerlo incluye ahora respetar la voluntad y el sentimiento del demandante de ayuda socio-sanitaria, o por lo menos, favorecer que comprenda que él no posee toda la verdad sobre su situación (aunque sea dueño de sí mismo) y que se debe dejar ayudar por los profesionales de la salud, sobre todo en lo que significa salud y enfermedad como hecho y como valor.

En segundo lugar, la relación humana de las personas mayores se sustenta en algo tan cotidiano y necesario como es la “comunicación”. Pero nadie piensa que comunicarse es tan sólo hablar, transmitir mensajes verbalmente o por escrito. Esto puede ser en el mejor de los casos un intercambio de información que no agota de una vez por todas todo el contenido del mensaje. La prueba está en que, a veces, callando, expresamos mucho más que hablando. Y está también en el hecho de que el hombre no sólo habla, sino que llora, canta, baila, ríe, recita poesía, compone música y mil cosas más que comunican de otro modo distinto al meramente conceptual, pero no menos clara ni intensamente. Por lo tanto, en la vida de las personas mayores es más que discutible que el lenguaje lógico sea el primero y más importante órgano de comunicación. Es en este sentido que el ámbito de los sentimientos ofrece algo de misticismo a la vida humana, algo que no hay por qué confundir directamente con lo oculto, lo siniestro, lo invisible. Al final, nada hay que sea más manifiesto que el sentimiento, aunque ello tenga sus límites como todo.

Por lo tanto, de los múltiples puntos de vista de que puede ser objeto el sentimiento en las personas mayores, a mí me interesan aquí sólo los dos aspectos apuntados: el carácter “humano” de la relación clínica en el mundo de la geriatría por ser una relación que “debe” incorporar el mundo de los sentimientos, y el carácter “comunicativo” de esta misma relación a través del sentimiento por ser una transmisión de información más rica, más fiable, más segura, y en muchos casos, la única que le queda a la persona mayor. Nadie entiende que en determinadas situaciones pueda haber una comunicación más ventajosa por ninguna otra vía. Por eso no es arbitraria esta elección, pues a la pregunta de qué papel “deben” jugar los sentimientos en la relación clínica en el mundo de las personas mayores, sólo se puede contestar partiendo de qué es el sentimiento para que la relación clínica sea humana y a qué tipo de relación clínica nos referimos. Ninguna de estas dos cuestiones ha sido contestada unívocamente.

### **El contexto de la relación clínica**

Una cosa es lo que “podría ser” la relación clínica, otra lo que de hecho “es”. Esto segundo es lo que se da en el “encuentro clínico” entre los “profesionales de la

salud” y los “demandantes” de sus servicios (ayuda médica directa, información sobre un paciente, gestión de una cita, etc.). Lo primero, por el contrario, no se da, o si se prefiere, es lo que se da como modelo o canon en la mente del profesional de la salud, de la persona mayor, del administrativo, etc., bien sea como “conocimiento”, como “habilidad” o como “actitud”, a la hora de establecer una relación clínica.

El lenguaje de ambos fenómenos es algo distinto. Mientras la realidad de la relación clínica la catalogamos como “hecho” y la describimos “indicativamente” (u objetivamente), la realidad de lo que podría ser la relación clínica preferimos llamarle “valor” y nos referimos a ella “potencialmente” (o condicionalmente). El valor es una “idea” que brota de un hecho y lo “con-figura”. La idea es, a su vez, un contenido mental o una “realidad irreal”, por cuanto el hecho es el contenido real.

Todo esto creo que nos puede ayudar ahora a ver cuál es la estructura factual de la relación clínica y su estructura ideal. He aquí la siguiente tabla:

Hecho real	Descripción objetiva	Valoración subjetiva
“Acto”	lo que “es”	lo que “podría ser”
“Acto clínico”	Diagnóstico Pronóstico Terapéutica	R. paternalista R. societaria R. técnica R. de amistad R. contractual R. de compromiso R. de negociación R. ético-narrativa R. deliberativa

Podríamos recoger ahora, en otra tabla, las características más importantes de cada una de las metáforas que han sido utilizadas para identificar valorativamente la relación clínica<sup>4</sup>.

<sup>4</sup>Véase por ejemplo Laín Entralgo, *La relación médico-enfermo*; Gracia, D., ‘La relación clínica’ en *Bioética clínica*. Bogotá. Editorial El Buho 1998, pp. 61-67; Ezequiel J. Emanuel y Linda L. Emanuel,

Relación clínica	Características
Relación paternalista	Médico como padre solícito y enfermo como hijo piadoso. Binomio mandato-obediencia. Consigna: todo para el paciente pero sin el paciente.
R. entre adultos o societaria	Tanto el médico como el enfermo se comportan como personas adultas, con el mismo poder, interdependientes y solidarios, que se reúnen como socios en orden a conseguir un objetivo común.
R. técnica	El médico es un experto que concibe al cuerpo como una máquina (objetivación de la enfermedad) y a sí mismo como el ingeniero que sabe arreglarla.
R. cuasi-diádica (o de cuasi-amistad)	Se establece una relación a dos niveles, el de la otredad y el de la proximidad. El primero es el de la camaradería y el segundo el de la amistad.
R. contractual	Los individuos acuerdan intercambiar bienes y servicios y aceptan sufrir penas y sanciones si no cumplen las obligaciones contractuales. Propia de derecho sanitario.
R. de compromiso	Es un vínculo propio de la amistad o incluso superior, opuesto al contractual; una alianza o un plus de obligación moral que las partes de la relación clínica creen poder asegurar.
R. de negociación	La relación clínica es un proceso entre partes autónomas (médico-paciente) que posee tres fases: necesidad sanitaria, diagnóstico, elección. Se busca un acuerdo provechoso para ambas partes.
R. ético-narrativa	Basada en una estructura tripartita (introducción, elaboración y desenlace), es una relación más pegada a la realidad, donde no sólo cabe hablar síntomas y signos, sino también de valores, creencias, preferencias, etc.
R. deliberativa	Es una relación cuyo procedimiento consiste en dar razones, o ponderar razones, sobre valores, no con el fin de imponer nada, sino para llegar a tomar decisiones más prudentes y respetuosas con los valores de las partes implicadas.

'Cuatro modelos de la relación médico-paciente' en Couceiro, A. *Bioética para clínicos*. Madrid. Editorial Triacastela 1999, pp. 109-126.

	Ello presupone que los valores no son del todo racionales (por eso cabe persuadir), pero tampoco del todo irracionales (y por eso se atiende a razones). Son algo que hay que someter a discusión o análisis para enriquecer nuestros puntos de vista (escuchando) y madurar nuestras posiciones (razonando).
--	---

La sola visión de esta tabla nos hace caer en la cuenta al menos de dos cosas. En primer lugar llama la atención que por más que siguiéramos aumentando la lista de metáforas, es casi seguro que no lograríamos agotar la riqueza del “acto clínico”. Pero, en segundo lugar, y lo que es más importante, algunas de estas metáforas que han dominado a lo largo de la historia han modelado la relación clínica con carácter de exclusividad impidiendo que otras tuvieran lugar. Como esto es inadmisibile, cabe replantear las cosas desde aquí y hacer una nueva propuesta.

Toda nueva propuesta se funda en algo previo. ¿Qué es esto? Si recuperamos mentalmente la tabla transcrita en primer lugar vemos como cabe escindir o abrir un hueco entre lo que la relación clínica “es” y lo que “podría ser”. Este hueco lo ocuparía ahora lo que “debe ser” la relación clínica. La tabla quedaría pues del siguiente modo:

Hecho real	Descripción objetiva	Valoración objetiva	Valoración subjetiva
“Acto”	lo que “es”	lo que “debe ser”	lo que “podría ser”

Este nuevo enfoque tiene cierta importancia porque afecta al modo de “valorar” la relación clínica. Esta valoración será menos subjetiva y más objetiva, pues ya no se tratará de una tipificación de la relación clínica con carácter de “exclusividad” sino de “complementariedad” o de “integración” . La cuestión sería pues que desde el punto de vista de la bioética la relación clínica “debe” estar constituida por los siguientes momentos:

	Momentos
Relación clínica	Momento narrativo (procesual) M. contractual (derechos y deberes) M. técnico (diagnóstico, pronóstico) M paternalista (beneficencia, benevolencia) M. deliberativo (veracidad, razonabilidad) M. de compromiso (terapéutica) M. de amistad (confidencia, intimidad)

Aunque no es necesario, si se quisiera poner un nombre a este tipo de relación, algo a todas luces secundario, se podría hablar de “relación de cooperación”, y ello por varias razones. En primer lugar, la relación clínica es una relación entre muchas partes, donde no sólo hay médicos y pacientes, sino

enfermeras, personal administrativo, familiares, etc. En segundo lugar, aunque se trata de una relación entre “iguales”, nunca es una relación de “igualdad”, menos aún de “reciprocidad”. Precisamente con el momento contractual y el momento deliberativo se pretende que la relación sea lo más “ajustada” (o “igualitaria”) posible al hecho de que se trata, pero nunca se conseguirá del todo por su propia esencia: el médico, por ejemplo, dispone de un poder distinto al de la enfermera, y por supuesto al de la persona mayor que atiende, y eso causa una inadecuación sistemática. En tercer lugar, a pesar de que siempre se trata de conseguir un “objetivo común”, cada uno desempeña un “rol distinto”. Por tanto, hay una cooperación común, pero se coopera de distinto modo; de nuevo, precisamente porque, aunque somos iguales, estamos en esta relación en condiciones distintas. Por ejemplo, el profesional de la salud puede entrar en la relación clínica como enfermo o usuario, etc. Por último, se trata de una relación que se puede ir repitiendo a lo largo del tiempo, por lo que la cooperación tiene unos fines que se van cumpliendo procesualmente, con el riesgo de que si no se cumplen por razón de alguna de sus partes se puede romper esa cooperación. Si se rompiera por saltarse la legalidad, alguna de las partes estaría incurriendo en un acto de injusticia e incumpliría el contrato (explícito o implícito). Si se rompiera por falta de voluntad, por no poner el empeño necesario en lo encomendado, entonces la relación clínica podría terminar siendo una relación de maleficencia, de enemistad, lo cual es siempre indeseable. Por eso la amistad es uno de los momentos de la relación clínica, alcanzable siempre y cuando haya un entendimiento en el tiempo. En definitiva, la cooperación como expresión de la relación clínica me parece recoger y englobar bien todos los momentos antes anotados.

Sin embargo, hay que matizar lo dicho, pues la “relación de cooperación” sigue siendo un ideal. Eso significa que no cae completamente en el campo de lo que “podría ser” porque integra muchas dimensiones de la relación clínica multiformes y por tanto más reales, esto es, sin oposición entre ellos, pero anda muy próximo. Mi idea es que entre una “ética de mínimos” (que suele coincidir con la legalidad: lo que uno “tiene que hacer”) y una “ética de máximos” (propia de la “vida excelente”: lo que uno “podría hacer”) hay una línea de difícil trazo, pero que pertenecen al campo de lo que “debe ser”. La cuestión es pues qué momentos ha de contener formalmente la relación clínica en esta dimensión del “debe”. Y a mi entender, al menos tres:

Dimensiones Humanas	Dimensiones Clínicas	Dimensiones Bioéticas
Intelección	“Exploración”	“Diligencia”
Sentimiento	“Interacción”	“Confianza”
Volición	“Alteración”	“Veracidad”

Estos tres momentos creo que pueden constituir las tres dimensiones del acto clínico, y si se cumplen lo que se da es una “relación de comunicación”, algo formalmente previo a la “relación de cooperación”. Cuando estos tres momentos se dan a una, en una unidad radical, entonces el acto clínico es un “acto de comunicación”.

## El fenómeno de la comunicación

El término “comunicación” se utiliza en distintos campos, en lingüística (tª comunicativa del lenguaje), en filosofía (tª de la acción comunicativa), en medicina (habilidades comunicativas), etc. Esto significa que se trata de un concepto al menos equívoco. Si ahora lo utilizamos para calificar el acto clínico es porque creo que posee una riqueza que no se encuentra en ningún otro concepto, aunque esto nos obliga a cargar con la tarea de explicar qué se quiere decir con ello.

Yo parto de que la relación clínica nunca es completamente simétrica, más bien es siempre asimétrica. No lo ha sido tradicionalmente en el modelo paternalista y creo que, a pesar de todos los intentos actuales de corregir este hecho con la incorporación de los derechos del paciente, con el consentimiento informado, con la transformación del “privilegio terapéutico” en “excepción terapéutica”, etc., no lo será nunca. No cabe duda que se ha ganado en calidad asistencial, pero la simetría no es completa. De ahí que se deba entender el proceso de comunicación clínico a dos niveles. Según el Diccionario de la Real Academia Española “comunicar” es: 1) *Hacer a otro partícipe de lo que tiene uno.* 2) *Descubrir, manifestar o hacer saber alguna cosa a alguien.* 3) *Conversar, tratar con alguien de palabra o por escrito.* 4) *Consultar, conferir con otros un asunto, tomando su parecer.* 6) *Comulgar.* Por lo tanto, comunicar es, ante todo, “hacer partícipe a otro de lo que tiene uno”. Pero es, además, “hacer saber alguna cosa a alguien”. Ambos aspectos ocupan los dos niveles de la relación clínica, que podemos representar así:

Hacer partícipe (nivel 1) uno (demandante) de lo que tiene (asunto) a otro (profesional de la salud)
--

Hacer saber (nivel 2) yo (profesional de la salud) alguna cosa (asunto) al alguien (demandante)
---

En el nivel 1, la iniciativa parte de la persona mayor o demandante de algún servicio sociosanitario. Es la propia persona mayor la que quiere poner en conocimiento del profesional de la salud algo (asunto) que le es necesario en su vida diaria (consultar un problema de salud, concertar una cita, vacunarse, etc.). En el nivel 2, la iniciativa la toma el profesional de la salud, por lo que se invierten los

papeles. Y lo que hace el profesional es dar una respuesta a la demanda de la persona mayor. Entre ambos momentos se da un proceso cargado de contenido específico propio de la relación clínica, que es el proceso de comunicación y que ahora podemos sintetizar del siguiente modo.



Nadie pide ayuda si no tiene una necesidad, un problema. Alguien va al centro de salud a que le resuelvan lo que él solo no puede resolver. Lo que hace, pues, es “hacer partícipe” al profesional de la salud, por ejemplo, de su problema. Y ello no puede hacerlo más que diciéndole lo que le ocurre, cuáles son sus síntomas. El profesional, ante esta demanda, no puede hacer, en un primer momento, más que “escuchar” a la persona mayor, dejarle hablar, incluso propiciar que manifieste todo lo necesario hasta poder transformar los síntomas de la persona mayor en signos objetivos. Decíamos antes que en este nivel es la persona mayor la que tiene la iniciativa y todo intento por parte del profesional de quitársela es alterar el acto clínico y la relación de comunicación. Si, a partir de aquí, el profesional logra convertir los síntomas de la persona mayor en signos específicos de alguna enfermedad con la simple escucha o mediante exploración, entonces se invierte el proceso comunicativo.

Es ahora el profesional quien toma la iniciativa intentando “explicar” a la persona mayor lo que le ocurre. Para ello ya no utiliza los signos de su enfermedad, sino signos lingüísticos, esto es, significados que la persona mayor logrará entender del mismo modo o no. Eso siempre será un problema que el profesional y la persona mayor tiene que resolver en ese instante. Por lo tanto, ahora el profesional “hace saber” a la persona mayor su diagnóstico, su pronóstico y el tratamiento, y comenzará con la persona mayor un diálogo a otro nivel que el anterior.

Si analizamos todo esto desde el lenguaje de los hechos y valores, la cuestión es la siguiente. El nivel 1 está presidido por el intercambio de información referente a

hechos. La persona mayor hace partícipe al profesional de la salud de algunos síntomas, que como tales no son valores, sino hechos brutos que el profesional intentará convertir en hechos científicos.

Yo creo que los síntomas no son valores, o por lo menos no siempre son valores, sino hechos todavía no tipificados. Ahora bien, en el nivel 2 lo que hay es un intercambio de información referente a valores, pues los signos que el profesional maneja los convierte ahora en términos llenos de significado estimativo, valorativo. Por lo tanto, cabe decir que la persona mayor va a una consulta buscando hechos, pretendiendo que el profesional le transforme sus hechos brutos, o si se quiere, sus valores elementales, en hechos científicos. En eso consiste su demanda. Por el contrario, el profesional lo que hace es interpretar esos hechos brutos o valores en hechos científicos, pero devolviéndole a la persona mayor nuevos valores, o valores de otro tipo. Esto puede extrañar, pero en estos últimos años se ha dicho mil veces que la enfermedad no es un hecho, o no es sólo un hecho, sino un valor<sup>5</sup>. Pues bien, en este juego de hechos y valores creo que se desenvuelve el proceso comunicativo. Si sólo hubiera hechos en la relación clínica, no habría necesidad de comunicación. Bastaría con una presunta “cuantificación” de daños, “medición” de consecuencias o costes y “medicación” por parte del profesional. Puro positivismo. Pero la consulta médica no es un taller mecánico. Aquí entra en juego un sujeto cargado de valores que hay que respetar. Por eso, el primer nivel del proceso comunicativo está caracterizado sobre todo por el binomio manifestación-escucha. La escucha tiene que ser para el profesional el valor fundamental en este nivel. El segundo nivel del proceso de comunicación lo ocupa el binomio explicación-comprensión. Aquí es la persona mayor la que tiene que poner todo su empeño en comprender lo que le ocurre, la importancia de lo que le ocurre, exigiendo del profesional todas las explicación posibles. Creo que dos de los mayores errores que pueden acontecer en la relación clínica es que el profesional no escuche y la persona mayor no comprenda. Pero ello sólo puede evitarse rompiendo la actitud monológica y dando paso a la actitud dialógica y comunicativa.

En consecuencia, “hacer partícipe” por parte de la persona mayor y “hacer saber” por parte del profesional de la salud son los dos momentos fundamentales del proceso comunicativo de la relación clínica. Lo que une ambas partes se ha llamado “necesidad”. La persona mayor “siente” la necesidad de solicitar ayuda, mientras el profesional “siente” la necesidad de prestarla. Por lo tanto, lo que une a ambos en un mismo acto no es sólo una necesidad factual, sino de nuevo un valor, el valor de “solicitar ayuda” y el valor de “prestarla”. He aquí la transformación de un hecho físico (una necesidad) en un valor (un sentimiento). Eso explica que el proceso comunicativo de la relación clínica comience con el nivel de la participación y siga con el nivel que ahora podemos llamar de deliberación. La participación puede ser de hechos o valores, pero la deliberación es difícil que sea de hechos. Más bien es de valores. Se delibera sobre valores. En este sentido, podría esquematizar del siguiente modo lo que significa la relación clínica como relación de comunicación:

---

<sup>5</sup> Cf. por ej. Gracia, D. ‘La profesión médica en el siglo XX: la sanidad y las profesiones sanitarias en el centro del debate social’ en Profesión médica, investigación y justicia sanitaria, Bogotá, Editorial El Buho, pp. 11-12.

Relación clínica como relación de comunicación	Nivel 2	deliberación	explicación-comprensión
	Nivel 1	participación	manifestación-escucha

No siempre se alcanzan el nivel 2 en la relación clínica, lo cual significa que no hay siempre, desafortunadamente, auténtica comunicación, o dicho de otro modo, a veces la comunicación resulta un fracaso. Es el caso de una urgencia. En una urgencia no se da el proceso de comunicación completo, porque los propios síntomas parecen ser ya signos llenos de significado ¿Cuál? Pues que hay que intervenir inmediatamente, que no hay tiempo para hacer saber nada a la persona mayor, es decir, para deliberar, etc. De ahí que las llamadas “voluntades anticipadas”, “directrices previas”, “órdenes de no reanimar”, etc. tengan cada vez más importancia en la relación clínica, y sean un elemento perfectamente válido para subsanar lo que de otro modo resulta imposible y terminaría en fracaso. Es de algún modo una “deliberación previa”, algo con lo que se debería uno familiarizar, sobre todo llegada cierta edad, por su propio bien y el bien de todos, antes de la dimensión “participativa”. Por lo tanto, en estos casos, siempre excepcionales pero frecuentes, el nivel 2 es el primero y el nivel 1 el segundo. ¿Alteraría esto la relación de comunicación? En principio no parece. Más bien sucedería todo lo contrario. Una de las consecuencias más relevantes es que reduciría al profesional de la salud la angustia de no saber qué hacer desde el punto de vista ético-clínico con una persona mayor que no habla, que no puede comunicarse, y que sin embargo su estado reclama imperiosa atención. La otra consecuencia vendría por parte de la persona mayor, que no estaría sometida, por ejemplo, a la realización de pruebas no deseadas. Por lo tanto, la relación clínica como relación de comunicación recobraría en este contexto plena eficacia del siguiente modo:

Relación clínica como relación de comunicación	Nivel 2 Nivel 1	participación intervención-respuesta vital deliberación explicación-comprensión
--	--------------------	--

Pues bien, para sintetizar, lo que me da pie a hablar del sentimiento en el sentido previsto es esta nueva visión de la relación clínica. La idea ya está dicha: de las muchas formas en que ha sido descrita la relación clínica, creo que hay una en la cual nadie ha incidido y que me parece fundamental, primordial, raíz de todas las demás; consiste en entender la relación clínica como una “relación de comunicación”<sup>6</sup>. Es más, creo que esto no es lo que “podría ser” la relación clínica, sino lo que “debe ser”. Pedir menos es caer en una “ética de mínimos”, pedir más es lo propio de una “ética de máximos”, o algo muy próximo a ella. Quizá alguien pueda pensar que esto no es ninguna novedad puesto que la relación clínica siempre ha

<sup>6</sup> Con “comunicación”, hemos de insistir, no nos referimos directamente a todo lo que tiene que ver con las “habilidades comunicativas”, a cómo hay que sentarse, hablar, decir malas noticias, etc., aunque eso forma parte de la relación comunicativa, sino que simplemente se trata de llamar la atención sobre un tipo de lenguaje, el sentimiento, que es distinto al meramente conceptual y que hace posible y enriquezca la comunicación.

sido comunicativa. Sí, pero entonces hay que decir que sólo parcialmente, pues lo que casi siempre se ha ensayado y en lo que siempre se ha creído es en la comunicación lógica, racional, intelectual, a todas luces insuficiente. La comunicación como discurso racional es una idea muy estrecha de comunicación y no agota toda la riqueza del acto clínico ni de la bioética clínica. Parece como que el sentimiento está antes y después de los juicios morales sin confundirse con ellos; antes bien enriquece el mensaje que el propio juicio moral soporta.

El caso es que el olvido del sentimiento no sólo ha acontecido en el campo de las ciencias de la salud. En filosofía, por ejemplo, toda su historia casi la podemos reducir en gran medida a pura especulación racional, a mero intelectualismo<sup>7</sup>: Platón, Tomás de Aquino, Leibniz, Kant, Fichte, Hegel y tantos otros han hecho de la razón el único instrumento comunicativo. Y si esto fue un error en filosofía, como lo fue (y así lo han puesto de manifiesto algunas prolongaciones de la fenomenología, por ejemplo), no lo es menos en medicina. De ahí que ambos errores los hayan compartido sus engendros, tanto la ética como la clínica, hoy lo que llamamos “bioética clínica”, en definitiva, uno de los pilares más importantes de la relación clínica.

¿Cómo poner en evidencia este error? Parece que basta con detenerse en uno de los momentos de la relación clínica: el momento de “confianza”, el más pegado al sentimiento. La confianza, junto a la diligencia y a la veracidad, me parece uno de los momentos fundamentales de la relación clínica, de la relación de comunicación. ¿Cómo podemos pretender comunicarnos con alguien desde el hermetismo, la distancia, la ocultación de datos o la información inoportuna o indebida, la mirada fría, el blindaje mental, la rutina profesional, etc., etc.? Creo que resulta imposible. Sólo si entre las partes se da cierta firmeza, cierta serenidad, cierta seguridad, y todo ello sin olvidar la escucha por parte de los profesionales y la comprensión por parte de las personas mayores, puede conseguirse un muy buen intercambio de información. Hasta donde se puede llegar por esta línea sólo dependerá de la confianza asomada por las distintas partes, pues toda comunicación posee distintos niveles (más o menos profunda), distintas áreas (más o menos amplia), distintos grados (más o menos rica), distinto perfil (más o menos adecuada). En todo caso, no es inhabitual oír a una persona mayor decir que “este profesional le inspira confianza” y que por lo tanto se lo ha contado “todo”. Es que es lo que le tiene que inspirar para conseguir una buena exploración y un buen diagnóstico. Pero esa misma confianza también se la debe inspirar la persona mayor al profesional de la salud, o ¿cómo va a conseguir prescribirle algo que sea realizable, que lo quiera cumplir? Ahora bien, quiero puntualizar que aquí no se trata de llegar, por la vía de la confianza, a la llamada “amistad”, sino que se trata de confianza en el sentido de tener seguridad en lo que se hace, en fiarse de lo que se presenta y de quien se te presenta, de ver al otro como un valor seguro, franco, que sabe lo que hace y te lo explica, que se aprecia que pone su empeño en ayudarte, que te escucha, que se abre a lo que tu más quieres y sobre todo que te respeta en tus sentimientos aunque no los comparta; por lo tanto, no se trata de amistad, porque entre el profesional de la salud y la persona mayor debe haber reciprocidad

---

<sup>7</sup> Véase Zubiri, X., *Inteligencia sentiente. Inteligencia y realidad*. Madrid. Alianza editorial 1991.

“de trato” (se saludan respetuosamente, no se engañan el uno al otro, se muestran firmes, sinceros, veraces), pero no “de contenido” (como sería el caso de la amistad). El profesional de la salud no tiene la obligación moral de contar su vida a la persona mayor.

Cuando esto que acabo de sugerir se da (y se puede dar de mil maneras: estoy pensando sobre todo en la atención primaria donde un alto porcentaje de visitas las realizan personas mayores, y es ahí donde creo que esto puede tener más sentido, pues los mayores muchas veces van a los centros de salud preocupados por su salud, y por lo tanto a que se les escuchen sus sentimientos de temor, ansiedad, etc, no a que se les haga sin más justificación una analítica), entonces el acto clínico es un “acto de comunicación”. Pero insistiré en que comunicación no es sólo intercambio de información oral o escrita como a veces se piensa, porque el intercambio de información sólo es posible si hay buena comunicación, si profesional de la salud y persona mayor “conectan”, si “simpatizan”, si... lo que sea, pero se trata de algo previo, de algo que desencadena todo lo demás. Sin esto podrá haber relación clínica, pero no habrá una buena relación clínica. Por otra parte, la comunicación puede llegar a convertirse en “comunidad”, pero esto no resulta siquiera deseable en la relación clínica (aunque tendrá sus excepciones, como cuando un usuario logra dar sentido a su vida enamorándose de un profesional de la salud y a su vez éste logra dar sentido a su trabajo enamorándose del usuario; pero en este caso las partes han dejado de ser momentos principales de una relación clínica y han dado paso a otro tipo de relación humana, quizá el compromiso; es difícil mantener los dos tipos de relación a un tiempo, porque, o no es una buena relación clínica, o no es un buen compromiso). Lo que yo creo que sucede y debe suceder es que, a través de la confianza y de la comunicación, tal como la hemos entendido, llegamos a una cosa esencial en la relación clínica: la “intimidad”, lo cual es grave e importante a la vez para un profesional sanitario. Es grave porque con ello el profesional se está apropiando de algo que no es suyo, de algo que está configurando a la persona mayor y sólo a él; el profesional está invadiendo un terreno ajeno y esto le obliga a ser exquisitamente respetuoso y responsable (confidente, etc., etc.). Es importante porque en lo íntimo se esconde parte de los sueños o “figuraciones” (deseos, creencias, frustraciones y esperanzas) de una persona mayor (en el caso de una persona mayor pueden ser “síntomas” de algo) y por tanto es algo que hay que incorporar a su “historia clínica” para tenerlo en cuenta en lo sucesivo a todos los efectos.

El problema que se puede encontrar el profesional de la salud en estos casos es no saber muy bien qué es lo íntimo de una persona mayor, restarle importancia a lo que dice la persona mayor, incluso no dejarle hablar, y dar al traste con la comunicación, lo cual no es nada infrecuente. Es normal, porque lo íntimo se suele asociar rápidamente a “lo observable”, pero oculto habitualmente, lo que es de uno. Parece que no, porque no todo lo observable, aunque oculto, es íntimo. O por lo menos, puede no ser lo más importante de la intimidad. Íntimo es sólo aquello que cada uno estima “privado”, la privacidad, es lo que cada uno *quiere* oculto, reservado, de su propio uso, no todo lo que es suyo. Las personas mayores suelen compartir innumerables cosas, pero hay unas pocas para las que se muestran reservados, para las que se quieren mostrar reservados. Esa es su intimidad y como

tal hay que respetarla. Por lo tanto, el ámbito de lo íntimo va asociado a la dimensión del “querer” humano, y por eso es tan importante la buena disposición del profesional y la seguridad o confianza que muestre para que alguien quiera manifestar su intimidad, desvelar su privacidad. Ciertamente, solemos considerar privado casi las mismas cosas, pero también esto cambia, de modo general en el tiempo, de modo particular en cada individuo. Llama la atención que hoy, por ejemplo, se está ensanchando cada vez más el ámbito de lo privado (se habla cada vez con más intensidad del binomio ética “privada” frente a ética “pública” o civil; tradicionalmente toda ética era ética pública), y por eso también hay que respetar más cosas íntimas. Esto también explicaría en parte por qué se tardó tanto en incorporar significativamente el mundo de los sentimientos a la vida humana y a la práctica clínica. Es que ello formaba parte de un ámbito que antes carecía de autonomía y relevancia: la subjetividad humana. Por lo tanto, lo íntimo lo define el propio individuo, aunque no sólo, y en todo caso no por puro azar, sino porque se ve configurado por ello. La “figuras” que uno se va haciendo en su mente y va eligiendo o apropiando (a veces queriendo y otras sin querer) al final acaban configurándolo. Esta es la cuestión. Lo íntimo forma parte de la persona mayor, sana o enferma, y eso es en lo que los profesionales de la salud tiene que poner sumo cuidado en el campo de las personas mayores, primero, discirniendo todo ese mundo interior, pues no todo posee el mismo valor de verdad, y, segundo, calibrando el peso que posee en la vida de la persona mayor, porque tal vez le está afectando. En el modelo paternalista era el profesional de la salud el que definía todo ese ámbito de lo privado, pero ahora es el propio usuario el que se ha hecho dueño de él, el que se ha emancipado, lo cual plantea un problema. ¿Hasta dónde puede llegar el profesional? ¿Cuándo es respetable el sentir, o el sentimiento, de una persona mayor? ¿Cuándo hemos de no-dañar (principio de no-maleficencia) su persona por considerar sus valores, sus creencias, sus actitudes, etc. como respetables? La respuesta será cuando se trate de su “intimidad”, término que yo tomo en el sentido de lo que nos “configura”, lo que nos hace ser “cada uno” y, en definitiva, lo que más “queremos” (querer en el sentido de aquello que nos apropiamos libremente), y por lo tanto que disponemos de ello como queramos y cuando queramos sin otro límite que el “querer” del otro. Si yo quiero lo mismo que quiere otro (y la cosa no se puede compartir), en unos casos, o quiero cosas incompatibles, en otros, entonces lo que tenemos es un choque de querer, es decir, un conflicto, pues hay dos valores positivos y opuestos en juego, pero que habrá que resolver entonces poniéndonos “de acuerdo”. En las sociedades humanas hay un modo primario de ponerse de acuerdo que es “por la fuerza”, por “imperativo legal”, por ejemplo, cuando nos aplican la ley y nos fuerzan a aceptar algo. Esto sigue siendo necesario. Hace poco decía Rojas Marcos que hay malos sin solución, que constituyen una minoría, afortunadamente; personas que no han desarrollado lo que se conoce como empatía, que es la capacidad de ponerse en el lugar de los demás. Estas personas matan y no sienten remordimiento alguno. Son los llamados “fríos emocionales” que tanta impresión le causaron al Prof. Diego Gracia según recuerda, y cuenta, de su etapa de residente. Pero hay otro modo de ponerse de acuerdo que es aceptando libremente, esto es, “por poder” u “obligación moral”, el acuerdo. En el primer caso, es posible que estemos rebasando el “sentimiento” de alguien, pero siempre será porque hemos creído socialmente que lo que alguien quiso o puede seguir queriendo es al menos “discutible”. Sabido es también que a lo largo de la historia se

ha privado de libertad a personas con argumentos que hoy carecerían de fuerza. Por el contrario, en el segundo caso aceptaremos con “respeto” la decisión que otro ha tomado, aunque no sea la que nosotros tomaríamos, es decir, respetaremos su autonomía, su propio gobierno, la disposición de su propia vida. Esta segunda dirección no está reñida en cualquier caso con la “persuasión”, con la “deliberación”, con todo aquello que ayude a tomar la mejor decisión. Con una condición: que la palabra no sea utilizada, como sucedió frecuentemente en la medicina griega, para doblegar la voluntad del otro sin el recurso, siempre ingrato, a la coacción o a la fuerza<sup>8</sup>. Se trata siempre del ámbito propio de lo incierto, por lo que la excelencia siempre es algo que hay que buscar, no sólo individualmente, sino entre todos, colectivamente, pero sin “manipulación”, sin engaño, sin fraude informativo. Es la propia sociedad la que está obligada a instaurar este modo de promocionar las virtudes, los buenos sentimientos, etc. Este es, en definitiva, el tema de la “educación sentimental”.

### **La otra dimensión de la realidad**

Hasta aquí lo más importante que deseaba manifestar, pero no quería terminar sin antes decir algo sobre lo que es el sentimiento, al final, el pilar fundamental de todo esto aquí expuesto, porque además, cuando se habla de sentimientos en la relación clínica, da la impresión de que esto sólo concierne a los usuarios de los servicios sociosanitarios (he intentado mostrar que no). Yo pienso que esto no puede seguir entendiéndose así, pues este es un tema que afecta tanto al demandante de los servicios sociosanitarios, y en grado sumo a los mayores, como a los profesionales de la salud. El sentimiento puede entenderse, ciertamente, como un modo de ser, como un modo de expresarnos, un modo de comunicarnos (y en esto ya hemos incidido), pero es algo más. La cuestión es la siguiente: cuando yo estoy triste, la tristeza no es un mero sentimiento mío, sino que es el modo que yo tengo de ver lo triste, lo entristecedor y, por lo tanto, de estar triste en la realidad. Igual ocurre con la pena, la pena no es una mera pesadumbre, un mero pesar (lo que pesa), sino el modo de ver lo penoso, de estar penosamente en la realidad; y sucede lo mismo con la alegría, y con la compasión que es padecer-con otro. Y así con todos los demás sentimientos. Como dice Zubiri “esos caracteres pertenecen a la realidad misma. Es la realidad misma la que es entristecedora, la que es alegre, la que puede ser amable, antipática o odiosa. No se trata únicamente de los actos o de los estados que en mí suscita esa realidad”. Por eso, el sentimiento no es lo “subjetivo” de algo quizá “objetivo” (la disputa entre empiristas y fenomenólogos es posible superarla), sino algo previo, es formalmente la dimensión “afectante” que nos da toda cosa real, de la realidad. Sin ninguna duda que el sentimiento es nuestro, pero eso no significa que sea subjetivo, pues es algo que se actualiza ante la realidad que se nos presenta, que vemos, que percibimos. La cosa tiene una dimensión “visual”, otra “táctil”, otra “auditiva”, etc., y todas ellas constituyen la dimensión “sentiente” o “sentible” de la realidad. Pero lo sensible es también “tendible” y “afectible”. Esto quiere decir que sin sentimiento, la cosa seguirá siendo cosa, pero la cosa no es algo en abstracto, sino algo muy concreto, es decir, que posee tamaño (grande, mediano, pequeño), color (verde, azul, negro, amarillo, etc.),

<sup>8</sup> Cf. Gracia, D. ‘Información al paciente oncológico’ en *Bioética clínica*, Bogotá. Editorial El Buho, p. 106.

figura (triangular, cuadrado, redondo, poliédrico, etc.)... y “calidad” (triste, alegre, amorosa, odiosa, bella, fea, etc.). Obviamente, cuando se trata de cosas, esto no parece poseer mucha importancia, pero tratándose de esa cosa llamada “persona”, la importancia es decisiva, pues desde el sentimiento es desde donde podemos percibir la dignidad de una persona, al final, el valor de los valores humanos. En medio queda todo el mundo animal, incomprensible también sin esta dimensión. Y es que el sentimiento es eso, la actualización de las “cualidades” o valores de las cosas. Sin sentimiento nada valdría más ni menos, todo sería medido por el mismo rasero, o dicho ya abiertamente, sin sentimiento no seríamos humanos. Siempre se ha definido al hombre desde la razón. ¿Podríamos añadir ahora a esa definición el sentimiento? Si esto fuera posible no sólo estaríamos haciendo mejores relaciones clínicas, sino que estaríamos mejorando también nuestras relaciones humanas. Ahora bien, como la razón, también el sentimiento necesita ser prudente. Es lo que Aristóteles llamó “templanza” y que Zubiri, dando un paso atrás, describió como “temperie”, la manera que posee el hombre de sentirse en la realidad.

Sólo desde aquí me parece posible entender lo que significa “humanidad”, comportarse “humanamente” o ser una persona “humana”. ¿Por qué? Porque se incorpora de raíz la dimensión emocional de las personas mayores en su vida moral. Negativamente se ha entendido el calificativo “humanidad” como la actitud que deja de absolutizar el poder o capacidad de la razón para acceder a la realidad, que deja de creer en la verdad única, etc. Pero positivamente la cuestión es más rica. Positivamente afloran, al menos, tres condiciones o presupuestos de lo que es ser verdaderamente humano, de lo que significa ser una persona humana, que se comporta humanamente. En primer lugar, humanidad significa respetar las creencias y valores de los demás. “El mundo moderno ha asistido a la pérdida de la homogeneidad cultural y creencial. De un sistema basado en la uniformidad de valores, hemos pasado a otro en que la pluralidad y el respeto de la pluralidad han cobrado el primer plano. En la vida religiosa, en la moral, en la política, hemos pasado de sistemas basados en el “código único” a otros que colocan en primer término el respeto del “código múltiple”. Utilizando una célebre expresión de Max Weber, cabe decir que hemos pasado del “monoteísmo axiológico” al “politeísmo axiológico”.<sup>9</sup> Esto es así porque preguntas como ¿qué es la verdad? o ¿qué es el bien? se les han hecho imposibles al hombre, incluso al hombre intelectual, al “sabio”, aunque es un error llamarle así, pues el mismo no se consideró *sophoi*, sino *philo-sophoi*, “buscadores de la verdad”, “amantes de la sabiduría”, los que viven orientados hacia ella. Por tanto, “todos los que buscan la verdad merecen consideración y respeto, aunque no lleguen a ella, o aunque lleguen a una verdad que no coincide parcialmente con la nuestra”<sup>10</sup>. Pero, en segundo lugar, humanidad significa algo más que respetar las creencias y valores de los demás. Estoy muy lejos de pensar que con esto ya se posee un comportamiento lleno de humanidad. En los estados democráticos se podrían respetar las creencias y valores de los demás, como creo que va ocurriendo en nuestro entorno, y sin embargo ser profundamente “inhumano”, falto de humanidad, como también todos percibimos. Humanidad significa además ser susceptible o poroso a los estados afectivos de los

<sup>9</sup> Cf. Gracia, D., ‘Democracia y bioética’ en *Acta Bioethica* 2001, año VII, nº 2, p. 344.

<sup>10</sup> *Ibid.*, p. 345.

demás, es decir, reaccionar positivamente a las emociones de los demás llegando a compadecerse o alegrarse con ellos, a enfadarse por ellos, etc. Es este un punto esencial, escasamente atendido. No es posible que la soledad, el aislamiento, muchas veces incluso la indigencia de muchas personas mayores nos dejen indiferentes. Habría que decir que quien posee el poder para gestionar mejor las causas de todo esto carece de unas lentes adecuadas para percibirlo, se ve cegado por otros sentimientos u otros valores (lo lucrativo, los honores, etc.). Por último, en tercer lugar, humanidad significa ayudar a los demás por solicitud directa o indirecta, contribuyendo con aquellos que a veces ni conocemos personalmente, pero que sabemos de su situación inhumana. Ningún programa de solidaridad internacional tendría sentido sin esta condición. No creo en los grandes proyectos, no creo que revoluciones a gran escala puedan cambiar el mundo sin sufrimiento. La historia nos atestigua esto. Parece más razonable pues explorar un camino largo: la educación constante de los seres que tenemos a nuestro alrededor, es decir, ir “tocando” a las personas que tenemos más “próximas”. De este modo creo que es posible ir cambiando la mentalidad de un pueblo, sus condiciones de vida, en última instancia, su calidad de vida.

Es casi seguro que sin sentimientos ninguna de estas tres condiciones resultarían aceptadas. Pero esto no es lo grave. Al final, ser humano, decíamos, también puede significar poseer sentimientos. Lo grave es que sin una buena “educación emocional” tampoco adquieren sentido ni resultan comprensibles. Y hay que añadir una cosa más: que la intelectualidad no está reñida con la vida emocional. Zubiri dejó escrita una frase muy curiosa: que los hombres se conocen los días de fiesta. He ahí lo que significa “humanidad”, actuar no sólo con razones, con razonamiento, sino con emociones, con sentimiento. Cabría decir, recordando parcialmente a Kant, que el razonamiento sin sentimiento es ciego, y que el sentimiento sin razonamiento es loco. Ambas cosas, según Zubiri resultado de una previa “intelección sentiente”, esto es, de una intelección “impresiva”, “impulsiva” y “emotiva”, pertenecen, pues, a la vida moral, a la vida, no sólo humana, sino a la vida llena de humanidad.

Julio 2004