

El médico, saber, poder, sentir

The doctor, knowledge, powerful influence, feeling

José de Portugal Álvarez

Académico Correspondiente de la Real Academia de Doctores de España. Sección de Medicina
jadpalvarez@hotmail.com

Anales Real Academia de Doctores de España. Volumen 3, número extraordinario 2018, pp. 413-424.

RESUMEN

La plenitud del saber humano es la semilla de la moral humana, cuya pieza fundamental es el compromiso social, la obligación con el otro, que se cumple con la presentación de ayuda, cuyo móvil principal en el médico es la filantropía que se activa mediante la condolencia. Las formas de sentir el paciente su enfermedad condiciona dos formas de condolencia en el médico: la cognitiva y la emocional que se describen desde los puntos de vista clínico y neurofisiológico.

ABSTRACT

The plentitude of human knowledge is the seed of human morality, whose fundamental component is social commitment, the obligation with the person, which is fulfilled with the presentation of help, whose main motive in the doctor is philanthropy that is activated by the condolence.

The ways of feeling the patient's illness conditions are two forms of condolence in the doctor: the cognitive and the emotional that are described from the clinical and neurophysiological points of view.

PALABRAS CLAVE: Filantropía, condolencia, empatía, neuronas espejo.

KEYWORDS: Philanthropy, condolence, empathy, mirror neurons.

La estructura cognitiva de la mente humana supone un proceso de construcción sometido a aportaciones y cambios hasta conseguir la ganancia más cualificada de la Naturaleza: el pensamiento humano, que es a la vez producto y productor del saber, cuya vigencia a través de los siglos ha permitido la aparición de una peculiar forma de afrontar y conocer el mundo: la Ciencia.

Los conocimientos, adquiridos mediante la información, constituyen la materia prima del saber que, en esencia, constituye el procesamiento intelectual de tales conocimientos, un proceso dinámico que se inicia con la activación del deseo natural de saber y se continúa con la activación de tres piezas primordiales de la mente humana: la sabencia, la inteligencia y la experiencia, es decir, respectivamente, el bagaje de saberes anteriormente establecidos (sabencia), la capacidad mental de entender los conocimientos, de relacionarlos e integrarlos (inteligencia) y el resultado acumulado de la utilización de aquellos saberes (experiencia).

Los conocimientos son elementos estáticos, almacenados y su función primordial es especular, es decir, permiten reconocer en el exterior el contenido de esos conocimientos; por el contrario, el saber es un proceso dinámico que utiliza, obviamente, el sustrato de los conocimientos, pero no se queda en el simple reconocimiento, sino que, incorporándolos a un tejido de saberes propios, los analiza, los interpreta, los relaciona y los integra y es capaz de adaptarlos a situaciones nuevas. En resumen, los conocimientos se adquieren y permanecen estáticos, aunque son renovables, mientras que el saber se elabora en un proceso dinámico constante.

Dos han sido siempre las razones nobles del saber humano: el saber como deseo y el saber como poder.

El saber como deseo es primordial, primigenio, en la historia de la Humanidad y en la historia particular de cada hombre. Aristóteles comenzó su *Metafísica* con estas palabras que son como una introducción a la historia del hombre: *“Todos los hombres tienen un deseo natural de saber”*. Es un saber desinteresado, ajeno a la finalidad práctica, independiente de consideraciones relativas a la utilidad del saber, es un deseo que se nutre a sí mismo, es el saber por el saber. Fluye este deseo del “asombro platónico”, nacido a su vez de la “curiosidad platónica”, la profunda raíz intelectual que caracteriza al hombre civilizado. Edmund Husserl ha sostenido la tesis de que el hombre europeo nació en Grecia, hijo del asombro platónico, del que adquirió como herencia la idea de “tareas infinitas” cual matriz luminosa de toda la cultura occidental.

Siente el estudiante de Medicina el natural deseo de saber, el simple deseo del saber que poco a poco va inclinando, sin perder su platonismo, hacia los misterios

de la vida y la Naturaleza. Sigue el médico con su aspiración a conocer científicamente la naturaleza, en concreto la naturaleza humana, en condiciones normal y patológica, con la única finalidad de colmar su innata satisfacción de saber y de adquirir conocimientos puros, no necesariamente utilizables. Y aspira a conseguirlo mediante el estudio, la relación con el maestro o la investigación o simplemente mediante el diagnóstico, que siempre significa algo de descubrimiento de la naturaleza humana.

Pero hay algo más en el hombre que puro deseo de saber, porque el hombre, además de un ser con posibilidades cognitivas, brotadas de su especial capacidad de asombro, es una criatura con exigencias materiales. Y estas obligan a otra manera de saber, el saber cómo poder, como poder de modificar la naturaleza y someterla a los fines prácticos del hombre. Parece lógico entender que en la existencia humana no hay conocimiento adquirido sin interés consiguiente, y el saber, pocas veces se acaba en sí mismo, el saber por el saber y acaba transformándose en deseo de poder.

En el médico, el hombre que aquí nos interesa, hay ya desde la época vocacional, junto a su prístino deseo de saber, un inicial deseo de poder, de verter su saber en resultados prácticos, influyendo beneficiosamente en la naturaleza humana, lo cual espera conseguir con los poderosos medios que la Ciencia y la Técnica le ofrecen y, en último extremo, con la prevención y el tratamiento de las enfermedades que suponen una y no desdeñable influencia en la naturaleza. Y por supuesto, donde se fortalece y se ennoblece en el futuro médico el saber como poder es en la voluntad de ayuda técnica al paciente que la necesita y se la pide.

Se comprende que estas dos formas de saber van juntas, inicial o secuencialmente, constituyendo el cuerpo sólido del saber humano. Pero puede ser que predomine una sobre otra.

Cuando el saber como poder desborda el saber como deseo, es decir, el poder sobre el saber, se corre el peligro de desviar la actividad personal a territorios peligrosos del poder (político, económico, ideológico, social, etc.) donde puede perderse la tutela moral del saber puro y producirse la malvada transformación del poder en dominio. En el ejercicio de la Medicina, este dominio de poder sobre saber crea el médico excesiva o exclusivamente práctico, que sabe poco o nada de Medicina, pero que no obstante la práctica, ocasionalmente con algún éxito, como cualquier curandero, pero siempre portando en su maletín de consulta una elevada carga de amenazante peligrosidad. Este médico ignorante, y como tal atrevido, fue relativamente frecuente en épocas pasadas, hoy, por mayores y mejores exigencias académicas y profesionales, casi ha desaparecido.

En el otro lado de este escenario dialéctico, cuando el exceso de saber colapsa el deseo de poder, llegando a bloquear el desarrollo de la práctica, aparece el hombre que sabe mucho pero que hace poco, el que llevado a sus últimas consecuencias sería el sabio inútil, muchas veces disfrazado en la página, la escena o la pantalla como sabio distraído. Hasta hace pocos años, una manera bastante extendida de calibrar la calidad de un médico era sopesar la cantidad de sus conocimientos, que se traducían en su saber y este en su calidad clínica. “Este médico es muy bueno porque sabe mucho”, se decía, sin tener en cuenta que podía no dar “pie con bola” en la práctica. Yo recuerdo en mis años de estudiante, en una época ya casi resistente a la memoria, a un médico en el hospital donde yo era alumno interno, que ante cualquier incitación diagnóstica que se planteara, acababa vomitando torrencialmente sobre los oyentes boquiabiertos, gran parte de la Medicina conocida hasta entonces, dejando, eso sí, el posible diagnóstico en un limbo inalcanzable, y por supuesto, en el olvido más escandaloso, la consideración terapéutica. Porque esta suele ser otra característica del médico especialmente dotado del deseo de saber con poco bagaje del deseo de poder, del deseo de hacer: la predilección clínica por el diagnóstico sobre la terapéutica. Encuentra este tipo de médico más satisfacción en el ejercicio mental del diagnóstico que en la aplicación operativa de normas y pautas en el tratamiento. El ejercicio intelectual del diagnóstico se mueve más en lo especulativo, en lo teorético, por tanto, en la órbita del saber, mientras que la terapéutica está más en el terreno de lo práctico, de lo operativo. En el diagnóstico el médico ejerce una actividad cognitiva, y en la terapéutica una actividad operativa. Por tanto, existen médicos, me atrevería a decir que casi todos, en los que hay una sugestiva inclinación a lo cognitivo sobre lo operativo, lo cual es posible que sea una natural condición humana. Pero cuando esta inclinación es excesiva, incluso invasora, puede perjudicar la actividad clínica al dañar la parte definitiva del acto médico, la terapéutica. Y ciertamente, hay médicos con este desequilibrio entre diagnóstico y terapéutica, brillando en el primero y torpes, incluso inexistentes, en la segunda. Este pudo ser el caso de algunos médicos de principios y mediados del siglo XIX, algunos tan ilustres como Skoda, Dietle o Addison, que menospreciaron la actividad terapéutica en aras del diagnóstico, dando lugar a lo que desde entonces se conoce como “nihilismo terapéutico”. Ello ocurre en una época en que el método anatomoclínico dominaba el desarrollo de la Medicina y otorgaba al médico un modo de trabajo que le permitía obtener conocimientos verdaderamente científicos que servían a su puro saber y eran aplicables al diagnóstico mientras que la terapéutica permanecía estancada en una rutinaria actividad operativa.

La plenitud del saber humano que constituye la cultura lleva en su seno la semilla de la moral humana, cuya pieza fundamental es el compromiso social, la obligación con el otro, que se cumple de la manera más noble y completa, con la prestación

de ayuda. Con el desarrollo del saber, tanto como deseo como poder, siente el hombre en su interior el deseo de ayuda y se la presta al otro, apareciendo junto al “*homo sapiens*” y el “*homo faciens*”, el “*homo adiuvars*”, que completa la elemental arquitectura antropológica de hombre y, por supuesto, del hombre médico.

La ayuda es la sustancia de la diada entre médico y paciente y su aplicación constituye la realidad de la Medicina. Varias pueden ser las razones que estimulen en el médico su actitud de ayuda ante el paciente: obligaciones, exigencias, compromisos diversos, intereses personales o ajenos, incluso la inquietud científica (*filotecnia adiuvars* de los clásicos), etc., pero el nervio que tensa la voluntad de ayuda del médico se llama filantropía. Ahondando en el corazón del hombre, Hipócrates encontró su sentimiento más alto, la filantropía, el amor al hombre como semejante, y dejó escrito en sus *Precepta* que en ella estaba básicamente la razón de la Medicina. “*El más hondo fundamento de la Medicina es el amor*”, dijo Paracelso, y en el alma del médico, del buen médico, de aquel que en su decisión de serlo y en su ejercicio posterior fue primordial y es constante la voluntad de ayuda, en la filantropía, el amor al hombre está la esencia de su afectividad por el paciente. Amor genérico que se activa por la necesidad de ayuda al paciente y que se especifica, según la preclara concepción lainiana, en forma de amistad médica. Esta filantropía hipocrática que es, en puridad, un sentimiento de amor al otro adquiere una dimensión moral más amplia, si se interpreta a la luz de la descripción que Darwin hace en su obra “*Descent of Man*”, del concepto de *moral sense* (sentido moral) como una fuerza innata ligada a la simpatía que inclina a una persona a actuar en favor de los otros. Con este proceder, el ser humano va construyendo sociedades en las que aparecen conductas éticas y códigos de aprobación de tales conductas que van extendiéndose paulatinamente hasta llegar la raza humana a formar un cuerpo único de moralidad expresada en un código universal y una simpatía generalizada. Esta que nosotros entendemos con una aceptable interpretación darwiniana de la filantropía, desborda el simple concepto clásico del amor al prójimo y adquiere una dimensión más dinámica y trascendente al aceptar un valor evolutivo con la generación de códigos éticos individuales y sociales.

Quizá ilusoriamente, albergo todavía el pensamiento “roussonian” de que el hombre lleva impresa la filantropía en su código moral desde que este se organiza. Después, los roces con la vida pueden erosionarla y aun eliminarla, pero si eso no es así, lo que de ella conserve será el fundamento, en mayor o menor medida, de lo que tenga de buen hombre o de buena persona.

Surge aquí una pregunta que debemos atender, aunque sea de pasada, una pregunta que está latente, a veces explícita, en la gente, en los médicos y en muchos pensadores antiguos y modernos de la Medicina: ¿Se puede ser buen médico sin

ser buena persona? Paracelso, la gran cabeza medieval de la Medicina, dio su respuesta: “*Vir bonus medendi peritus*”: el hombre bueno es perito en el arte de curar y tal suele ser la respuesta de quienes meditan en las razones del buen médico y de quienes simplemente observan con ojo crítico sus maneras de ser y de actuar.

La filantropía es un sentimiento que pertenece a la naturaleza del hombre y en ella permanece latente sometida a estímulos que ocurren en su vida Y como tal sentimiento necesita la vinculación del sujeto que siente con el objeto sentido, aquí sería entre el médico y el enfermo, vinculación que en lo que atañe al primero tiene tanto un componente cognitivo como desiderativo, es decir, el conocimiento de la realidad personal y patológica del paciente y el deseo de prestarle ayuda.

En el marco de esta vinculación cognitiva y afectiva se organiza la estructura de la relación médico-enfermo mediante cuatro piezas principales: la confianza, la confidencia, la condolencia y la concordancia. Lo primero que funciona en la relación que el paciente establece con el médico es la **confianza** que el primero pone en el segundo. Entregada esta confianza, se realiza verbalmente la **confidencia**, es decir, la comunicación que de su problema hace el paciente al médico de forma reservada. Mediante la narración confidencial del paciente, el médico conoce su problema y con mayor o menor intensidad, según los casos, lo siente afectivamente. Aparece una pieza transcendente de la relación médico-enfermo, la **condolencia**, la participación del primero en el sufrimiento del segundo, como un sentimiento empático. Siendo condoliente el médico con la dolencia del enfermo se establece la **concordancia** de objetivos entre ambos, que, en términos generales, se refiere a la restauración de la salud. Completada esta relación, el médico hace entrega al enfermo de sus dos propiedades más ricas: la benevolencia y la beneficencia, es decir, el deseo del bien para el paciente e intentar hacerlo realidad.

Si la confianza es de los componentes de la relación médico-enfermo, el más propio del paciente, la condolencia es la aportación más importante que hace el médico a esa relación, constituyendo su núcleo moral. El médico, manteniendo su realidad personal, se funde vivencialmente con el enfermo y cada uno, a su modo, vive la misma vivencia de enfermedad. No puede el médico, por supuesto, convivir la sintomatología del paciente porque su dolor, su disnea, su astenia, su vértigo, etc., son suyos y de nadie más, pero puede conocerlos y llegar a sentirlos o sentirlos primero y después conocerlos.

En el ser humano, todo estado afectivo o sentimental tiene siempre, en una u otra medida, un componente de objetivación intelectual, que lógicamente, también debemos admitir en el médico ante la realidad del paciente, de tal manera que en

la estructura de la condolencia médica hay que aceptar la existencia de estos dos componentes: uno intelectual, la objetivación de la dolencia del paciente y otro afectivo, la participación sentimental en tal dolencia. En unos casos, el primero, el cognitivo, es el que aparece inicialmente, en otros, es el afectivo el que comienza la respuesta, pero ambos acaban integrándose en el sentimiento común de condolencia, si bien la distinta secuencia con que lo hacen distingue dos tipos de este sentimiento que luego veremos. La condolencia se instala en el médico según las maneras en que el enfermo siente y manifiesta su enfermedad. Y dos son, principalmente, estas maneras:

La enfermedad se siente de una manera general o inespecífica (sentimiento genérico de enfermedad) y de una manera especial o específica, según cada tipo de enfermedad y ambos tipos de sentimientos, genérico y específico, pueden y suelen ser coexistentes, pero pueden ser independientes y ser captados por el médico mediante la observación y la anamnesis.

El sentimiento genérico de enfermedad, el encontrarse mal de una manera general e imprecisa (malestar general inespecífico) es una expresión general en la clínica que casi siempre precede o acompaña a las manifestaciones específicas de las enfermedades. No es un sentimiento compacto y simple, sino constituido por diversos componentes que son a la vez psíquicos (la sorpresa, el miedo, la apatía, la tristeza, la esperanza, etc.) y somáticos (la presencia anómala del cuerpo, la astenia, la invalidez, etc.). El médico inicia el contacto personal con este sentimiento genérico de enfermedad, por un mecanismo cognitivo a través de la anamnesis, después llegará o no, la conmoción emocional.

Por otra parte, el paciente tiene sentimientos propios y específicos de la enfermedad que padece. Son sentimientos corporales, sensoriales (dolor, hambre, sed, disnea, temblor, prurito, etc.) catalogados como síntomas y que con los eventuales signos clínicos constituyen el cuadro específico de cada enfermedad. El médico asume estos sentimientos del paciente a través del interrogatorio, pero también y sobre todo, a diferencia de lo que ocurre en el sentimiento genérico de enfermedad, mediante la observación directa, que junto a la mayor acuidad de estos sentimientos que padece el enfermo, estimula más prontamente la respuesta emocional, incluso antes que su elaboración cognitiva.

Así pues, en la ordenación de los dos componentes del sentimiento, el cognitivo y el emocional, es posible admitir, aproximadamente, dos sentidos distintos: uno que iría de lo cognitivo a lo emocional o, dicho de otra manera, que lo primero sería el conocimiento del estímulo y después la reacción emocional y otro sentido que iría de lo emocional a lo cognitivo, es decir, la pulsión emocional puede surgir sin el conocimiento, que se elabora posteriormente. El primer sentido ocurre en el

médico al asumir el sentimiento general de enfermedad del paciente, mientras que el segundo, acontece en el médico con la percepción de los sentimientos corporales, sensoriales o síntomas del paciente.

Estas maneras de sentir el paciente su enfermedad y estos modelos de respuesta sentimental por parte del médico, nos permiten distinguir dos tipos de condolencia: la cognitiva y la emocional, distinción, por otra parte, que viene avalada por nuevas aportaciones de la neurofisiología actual

En la **condolencia cognitiva** predomina el conocimiento del padecimiento del enfermo por parte del médico sobre la reacción emocional que en este provoca que, sin embargo, siempre existe por la imprescindible categoría de sentimiento de la condolencia. Se trataría de una predominante mentalización del sentimiento que surge en el médico como resultado de procesos cognitivos en los que se requiere el análisis consciente e intelectual de la información previa disponible. Es una condolencia serena, mantenida, de escasa resonancia emocional que se adapta más o menos al curso de la enfermedad. Sería la condolencia más propia del sentimiento general de enfermedad. Sin embargo, puede aparecer ante cualquier estímulo que para que nos conduela tengamos que recurrir a mecanismos de índole cognitiva. Después veremos un ejemplo de ello.

En la **condolencia emocional**, a diferencia de la anterior, predomina el componente emocional en la respuesta del médico, con escaso o nulo requisito cognitivo, por lo menos a su inicio. Aquí el contagio emocional es rápido e involuntario, vinculado casi siempre a un estímulo suficientemente intenso, más agudo, más brusco, que el prolongado padecimiento que provoca la condolencia cognitiva, como son con frecuencia los sentimientos corporales o síntomas de la enfermedad. Un ejemplo sencillo de esta condolencia emocional puede encontrarse en el dolor agudo que provoca en el observador una sensación inmediata y desagradable semejante al dolor del otro, como respuesta automática y sin elaboración mental alguna. En cambio, y aprovechando el dolor como ejemplo, si para identificarnos con el que lo sufre y entender lo que siente, tenemos que recurrir a un mecanismo consciente, mediado por representaciones mentales que forman parte de nuestra experiencia personal, todo ello perteneciente al ámbito cognitivo, estaremos ante una condolencia cognitiva

Hoy estamos en mejores condiciones de conocer la neurofisiología de la condolencia, especialmente de la condolencia emocional, gracias al sorprendente descubrimiento, maravillosa serendipia, de las neuronas espejo. Estas neuronas descubiertas inicialmente por el equipo de Giacomo Rizzolatti en relación al sistema motor, poseen la asombrosa capacidad de activarse con la actividad de neuronas semejantes de otros individuos equivalentes. Continuando sus

investigaciones el grupo de Rizzolatti ha podido establecer las bases neuronales del sistema espejo en el contacto emocional. Y se ha llegado a comprender que la capacidad de sentir lo que siente el otro, a lo que en el lenguaje coloquial se llama “ponerse en el pellejo del otro” y en el lenguaje académico empatía, depende principalmente de las neuronas espejo de la corteza sensorimotora así como de estructuras límbicas y paralímbicas. Incluso a través de numerosos trabajos publicados conocemos cuál son las bases neuronales del sistema espejo en los dos tipos de condolencia

Los mecanismos espejo en la condolencia cognitiva requieren la actividad de la corteza prefrontal dorsolateral, lóbulo parietal inferior, la unión temporoparietal, circunvolución temporal superior y giro fusiforme. Las tareas de la condolencia afectiva se asocian a la actividad de la corteza cingulada anterior, la amígdala, el tálamo, el hipotálamo, la corteza motora primaria, la corteza premotora y las cortezas somatosensoriales primaria y secundaria. Hay dos regiones que se activan comúnmente en ambos tipos de condolencia: la ínsula anterior y la corteza anterior cingulada media.

En la práctica clínica el médico dispone de dos recursos para realizar, para sentir, la condolencia en cualquiera de sus dos versiones: uno, a través de la vía denominada *top-down* (de arriba-abajo) donde la decisión consciente de ponerse en el papel del otro mediante el conocimiento y la experiencia de su propia dolencia desempeña un rol esencial en el desarrollo de la condolencia cognitiva. Sócrates dialogando con Glaucon en la *República* de Platón sugiere la conveniencia de que el médico haya padecido gran número de dolencias para conocer las del paciente y llegar a sentirlas. Esta pretensión socrática, inmersa en la dialéctica irónica de los diálogos platónicos, aunque resultaría útil para facilitar la condolencia del médico, es evidente que no lo sería tanto para su estado de salud. El otro no es realmente un recurso que utiliza voluntariamente el médico, sino más bien un fenómeno que aparece espontánea e involuntariamente mediante la vía denominada *“bottom-up”* (de abajo-arriba) porque desde el impulso emocional se regulan procesos cognitivos elevados como la atención y la percepción que se integran en la condolencia emocional. El médico puede intervenir en esta vía *bottom-up* si dispone de una formación adecuada modulando la emoción. Sencillamente, podríamos decir que en la práctica el médico utiliza dos instrumentos: la experiencia y la imaginación. La experiencia hecha a través del conocimiento de las enfermedades que trata en el enfermo y que utiliza la vía *top-down* de la condolencia cognitiva y la imaginación emocional que se activa a expensas del contagio especular, siguiendo la vía *bottom-up* de la condolencia emocional. De tal manera que podríamos denominar, con otra perspectiva, dos

tipos de condolencia que se superponen a las anteriormente descritas: la empírica y la imaginativa.

Partiendo de estos recursos que el médico puede utilizar en la clínica, para asumir la condolencia, se han desarrollado en algunas escuelas de Medicina modelos pedagógicos encaminados a la enseñanza y el mantenimiento de la empatía médica en estudiantes de Medicina y médicos jóvenes, con resultados variados y ampliamente cuestionados, pero que han dejado ver en los entresijos de los múltiples trabajos realizados, una cuestión que se ha manifestado altamente preocupante: la erosión que se detecta en estudiantes y médicos de su inicial entusiasmo empático por el paciente que va sustituyéndose por una paulatina y creciente fascinación por la Técnica, con el riesgo de inclinar la actividad del médico hacia una actuación científico-técnica en detrimento de la atención humana del paciente.

Este riesgo, que se presume creciente, debe promover una estimulación en la investigación de métodos científicos y eficaces en la enseñanza de la empatía que permitan el aprendizaje y la práctica de la condolencia médica y por lo que hasta ahora disponemos de lo conseguido al respecto, es posible que pueda ser así. Hasta que aparezcan estos métodos, yo imagino tres medidas, que no inciden directamente en la condolencia, sino que conforman la conciencia y la moral del que está llamado a ejercerla y facilitan su adquisición.

En primer lugar, una buena formación y sentimiento del Humanismo Médico, lo cual es misión imprescindible de las Facultades de Medicina. El Humanismo Médico debe entenderse y aplicarse según dos formas que lo constituyen: una, la derivada de la actitud que el médico tiene con el paciente considerando en éste, al lado de su particular patología, su condición de persona doliente, de hombre en estado de enfermedad. Se trata, en esencia, de la atención humana que entre ellos se establece como un impulso humanitario que le viene al médico desde la inicial vocación de ayuda y se mantiene como actitud amorosa hacia el paciente. La otra forma que completa el Humanismo Médico se refiere al estudio y conocimiento científico de la múltiple vertiente humana del paciente, lo cual se consigue mediante el llamado Humanismo Científico, constituido por las disciplinas que, siguiendo el modelo americano, se denominan Humanidades Médicas y que son: La Antropología, la Psicología y la Sociología Médicas, la Historia de la Medicina y la Bioética. Tanto la simple relación humanitaria como el Humanismo Científico abonan la cabeza y el corazón del médico para que brote la condolencia.

En segundo lugar, no hay que desdeñar una herramienta muy útil que el maestro dispone para la enseñanza y formación de sus discípulos: la ejemplaridad. El ejemplo del maestro ejerciendo expresamente la condolencia con el paciente, es

indudablemente cautivador para el estudiante que se siente impelido a imitar ese comportamiento, porque como decía Laín, el maestro lo es más por lo que infunde que por lo que enseña. Hoy sabemos que en el complejo ejercicio de la ejemplaridad también juega un papel importante el sistema de las neuronas espejo, porque a la postre, el ejemplo es la consecuencia especular de algo que uno transmite a otro de forma consciente o inconsciente.

Y finalmente hay otro aspecto donde el educador puede realizar una labor importante para preparar el campo donde aparezca y se desarrolle la condolencia médica. Y para ello cuenta ya con un bagaje previo que aporta o se le supone al estudiante de Medicina y al médico joven: la condición de buena persona. El educador debe mantener y estimular esta condición porque es óptima para la aparición de la condolencia. Pero ¿cómo se realiza esta operación? Se podrían encontrar respuestas en la Ética, la Sociología, la Psicología, la Pedagogía, la Filosofía, etc., pero yo diría que la respuesta puede hallarse plenamente en algo que preside la historia de la Humanidad: la cultura. Lo dijo Charles Darwin: “la cultura hace humano al hombre” y más sencillamente nuestro sabio más universal “...y no lo olvides Sancho, que el saber hace al hombre mejor”. Los muchos años de médico, me han permitido observar que el médico culto, amante de la cultura, es más propenso al trato humano con el paciente, a la empatía, a sentir la condolencia, en definitiva, a ser buen médico. Y ya los muchos años de vida también me han permitido extender esta observación hecha en el médico, al hombre común, que cuando es culto es con frecuencia hombre de bien. Por eso creo que además del humanismo académico y la experiencia transmitida, dotar de cultura al aprendiz de médico es una manera y no desdeñable de fomentar en su espíritu el cultivo de la condolencia.

La Medicina actual ha propiciado la existencia de un médico bien informado, cuya destreza personal en el juicio y manejo clínico, está apoyada, a veces sustituida, por técnicas diagnósticas y terapéuticas de extraordinaria eficacia. Este médico, en posesión del saber y el hacer operativamente suficientes, no necesita nada más para que su actividad clínica, en términos científico-técnicos, resulte eficaz, pero podría ser considerado plenamente buen médico si no añade a lo que sabe y lo que hace todo lo que cabe médicamente en el verbo sentir: la condolencia, la actitud amorosa, la voluntad de ayuda, la benevolencia, ¿la concepción antropológica del paciente? Seguramente no, porque para que la patología sea plenamente humana y el saber y el hacer del médico con respecto a ella no queden reducidos a una actividad científico-técnica, el buen médico debe añadir el conocimiento más completo posible de la múltiple realidad humana del paciente y envolver su ayuda técnica en una personal actitud amorosa que le haga condoliente. Solo así, la

patología adquiere categoría humana y el hombre que la atiende la completa condición de médico.

Y aquí termina mi discurso que como ustedes se habrán dado cuenta es el discurso de un hombre viejo lleno de tópicos añejos como amor, amistad, ayuda, compasión, prójimo, condolencia, etc. Pero es el discurso de un hombre que ha caminado muchos años por los tortuosos caminos de la Técnica y la Ciencia y que al final ha comprendido que por encima del saber y el poder que aquellas le concedieron, está el sentir que le otorga la condición humana, como el más alto privilegio de la vida.