

Más allá del sentimiento de empatía. La necesidad de una conducta profesional

Queda, pues, establecido por todo esto que no nos esforzamos en nada, ni queremos, apeteceamos o deseamos cosa alguna porque la juzguemos buena, sino que, por el contrario, juzgamos que una cosa es buena, porque nos esforzamos por ella, la queremos, apeteceamos y deseamos.

BARUCH SPINOZA

(“Ética demostrada según el orden geométrico”)

INTRODUCCIÓN

Mucho se ha hablado y se sigue hablando de la necesidad de que los médicos manifiesten sentimientos de compasión y empatía hacia sus pacientes. En algunos nuevos programas de estudio se trata de alcanzar estas actitudes con la lectura de clásicos de la literatura médicamente relevantes y tratando de escribir piezas de reflexión de situaciones que perturban emocionalmente o discutiendo relaciones conflictivas.

Se trataría de que los nuevos médicos sean más maduros y humanos. Pero sorprendería que estos ejercicios aislados y breves le permitan al médico en ciertos obtener comprensión, practicarla y hacerse dueño definitivo de estos valores, que son tan deseados en nuestra profesión. Parece dificultoso lograr la modificación de las actitudes, el carácter o aun la perspectiva particular en unas pocas clases teóricas. Se puede sospechar que estos ejercicios tampoco serán de mayor ayuda para aquellos estudiantes que llegan a la escuela médica ya con algún grado de posesión de esas cualidades.

Todavía resulta dificultoso enseñar y aprender la curiosidad y los sentimientos de compasión y empatía; es mucho más fácil enseñar y aprender las acciones explícitas en la relación con el paciente que conforman un comportamiento profesional que haga que el paciente se sienta bien tratado. Puede pensarse que se puede adiestrar en buenas maneras, como no dejar de estrechar la mano del paciente, sentarse durante una conversación, mirarlo a los ojos y prestarle atención. Éstas y otras conductas son el necesario –si no siempre suficiente– fundamento para que el paciente tenga una experiencia satisfactoria.

Planteado así el problema, muchos podrían creer que se trata de dejar de lado un sentimiento como la empatía que necesitaría la elaboración de una psicología quizás profunda, aun a nivel del inconsciente del médico, por un simple listado de buenas costumbres.

Sin embargo, en realidad, no existe esta separación tan tajante; un pensador como Spinoza dice, como se transcribe al inicio (escolio de la proposición IX de la parte 3 de la “Ética demostrada según el orden

geométrico”), (1) “*que no nos esforzamos en nada, ni queremos, apeteceamos o deseamos cosa alguna porque la juzguemos buena, sino que, por el contrario, juzgamos que una cosa es buena, porque nos esforzamos por ella, la queremos, apeteceamos y deseamos*”. O sea, quizás Spinoza está tratando de mostrarnos que si nos esforzamos, queremos, apeteceamos y deseamos acciones explícitas de comportamiento profesional, por ello podemos juzgar que esa cosa es buena y no la causalidad invertida que comienza con el concepto de lo bueno.

Vamos a tratar de demostrar, siguiendo a Spinoza, que la conducta profesional adecuada en la relación con nuestros pacientes es de suma utilidad y genera sentimientos de comprensión o empatía y que estos “rituales” o “juegos de lenguaje” son parte intrínseca de nuestra condición de profesional médico.

JUEGOS DE LENGUAJE EN LA ENTREVISTA MÉDICA

Hasta transcurrido el siglo XX, la lógica pensaba el lenguaje, casi exclusivamente, a partir de su función informativa o denotativa. Pero existen otros tipos de enunciados, otros “juegos de lenguaje” como los llamaba Ludwig Wittgenstein, con diferentes reglas que no son los de la lógica de Frege. Si bien es cierto que el lenguaje del discurso científico es informativo, también existen otros lenguajes con los que se insulta, declara, promete, interroga, ordena, etc.

Cuando un médico le dice a un paciente en el transcurso de una entrevista “quítese la ropa porque lo voy a examinar”, ese enunciado no es verdadero ni falso, ni insulta, ni declara, ni promete, ni interroga, ni argumenta. El emisor, en este caso el médico, hace algo al pronunciarlo, produce un efecto sobre el destinatario: convierte a ese hombre o a esa mujer en paciente. El “acto de habla”, o enunciado del médico, puede compararse con una jugada que, como cualquier juego, obedece a ciertas reglas muy precisas.

Este juego podría considerarse una interpretación teatral, donde el emisor, o sea el médico, debe ser reconocido por los destinatarios del mensaje, el paciente y la familia o las personas que lo acompañan. Por-

que el ser médico no es una cualidad personal, sino un papel que se interpreta en ciertas circunstancias o escenarios, de donde surge la importancia del marco institucional (hospital, consultorio, etc.). Porque si el mismo médico (emisor) le dice a una mujer (destinatario) que camina por la calle: “quítese la ropa porque lo voy a examinar”, es probable que lo tomen por un perverso o un loco, aun cuando sea un médico real en el marco hospitalario.

Para que un enunciado de ese tipo, llamado “performativo” por Austin, tenga validez, es necesario que todos los participantes acepten jugar o actuar, reconociendo en consecuencia las reglas de juego establecidas; debe existir un contrato o “lazo social”, explícito o no, entre los participantes. Estas reglas son respetadas en la sociedad, aun cuando para los participantes es muy difícil explicitarlas. (2)

Por otro lado, como en todo juego, hay reglas que establecen las jugadas que se pueden hacer y las que están prohibidas. Si un médico se pusiera a explicarle al paciente la lógica del *modus tollens* también sería tomado por loco, ya que los enunciados lógicos pertenecen a otro juego del lenguaje. No sería raro que el individuo encargado de interpretar el personaje del médico, en este “juego” del encuentro médico, se trate de un profesor de epistemología; en esta situación, cuando explica la lógica a sus alumnos está jugando otro “juego”, con otras reglas, en otro marco institucional. Incluso si uno de sus alumnos fuera la misma paciente del encuentro médico, los roles del emisor (ya no médico, sino profesor) y el destinatario (ya no paciente, sino alumna) habrían cambiado por completo, ahora juegan otro juego.

En conclusión, los distintos juegos del lenguaje son autónomos entre sí y heterogéneos con respecto al otro, ya que cada uno tiene sus propias reglas. El médico no puede convencer mediante argumentos lógicos que su paciente se desvista, su aceptación depende de un consentimiento tácito para el juego de lenguaje particular del médico y el paciente. Pero tampoco el médico en su papel de profesor puede validar una proposición científica o denotativa de la lógica con sus alumnos apelando a su condición de médico.

La medicina como “juego de lenguaje” pone en primer lugar las reglas aceptadas de comportamiento sobre el sentimiento. Daría importancia a la práctica y la capacidad de una conducta profesional sobre el desarrollo únicamente del carácter.

Deberíamos poner la profesionalidad del médico y la satisfacción del paciente en el centro del encuentro clínico y volver a traer algunos de los elementos del ritual que siempre han sido una parte importante de las profesiones de curar. Además, conocemos bien que el adiestramiento médico es más efectivo cuando semeja un aprendizaje al lado del paciente como en un oficio, más que una escuela de graduados. Es posible que la persona en entrenamiento aprenda más observando cómo actúan sus colegas con atención, compasión y empatía, que escuchándolos discutir en una clase cómo hacerlo.

Aun cuando continuemos nuestro esfuerzo para desarrollar médicos curiosos, compasivos y humanos, no por ello debemos pasar por alto el beneficio posiblemente más inmediato de enfatizar el “juego” de la buena conducta profesional.

SENTIMIENTO DE EMPATÍA, ¿SIN EMOCIONES?

Para nuestra habla vulgar, los sentimientos y las emociones tienen límites muy borrosos; más aún, creemos que el sentimiento es lo principal y la emoción es secundaria a aquél. Por ejemplo, cuando tenemos sentimientos de tristeza, hacen que nos pongamos emotivos y lloremos. A veces podemos tener sentimientos de tristeza, pero las circunstancias nos impiden manifestar la pena, por lo cual parece evidente que los *sentimientos* están relacionados con la mente y son privados; las *emociones*, en cambio, se relacionan con el cuerpo y son públicas.

Si consultamos el diccionario de la lengua española, “*sentimiento*” es el “estado afectivo del ánimo producido por causas que lo impresionan vivamente”.

Antonio Damasio expresa claramente que “*las emociones se representan en el teatro del cuerpo. Los sentimientos se representan en el teatro de la mente... Tendemos a creer que lo oculto es el origen de lo que se expresa. Además, sabemos que, en lo que concierne a la mente, el sentimiento es lo que realmente cuenta... Sufrimos o nos deleitamos en función de sentimientos reales. En sentido estricto, las emociones son exterioridades... La posición central del sentimiento oscurece el asunto de cómo surgen los mismos y favorece el punto de vista de que, de alguna manera, éstos ocurren primero y a continuación se expresan en las emociones. Esta idea es incorrecta ...*” (3)

¿Por qué, según dice Damasio, es incorrecta la secuencia de que primero es el sentimiento y después la emoción? Simplemente porque en la evolución biológica primero se seleccionaron las emociones, que están constituidas en base a reacciones simples que promueven sin dificultad la posibilidad de que un organismo sobreviva (cuántas vidas se han salvado por el “miedo” o la “cólera” en las circunstancias adecuadas) y de ese modo pudieron persistir fácilmente en la evolución.

Es como si la naturaleza hubiera decidido que la vida era a la vez muy preciosa y precaria, aun antes de que existieran la inteligencia y el cerebro y, así, sólo pudieran sobrevivir los astutos.

Si el sentimiento es de aparición más tardía en la evolución, se debe a que es necesario que aparezcan redes neuronales en un cerebro inteligente. Entonces, cuando aparece una “emoción de tristeza”, casi inmediatamente, al instante, es seguido por “sentimientos de tristeza” y enseguida el cerebro produce asimismo el tipo de pensamientos cognitivos que normalmente causan la emoción tristeza y sentimientos de tristeza. Pero no termina ahí, el aprendizaje asociativo ha conectado el procesamiento continuo de las

emociones con los niveles cognitivos (pensamientos) en una rica red de dirección doble, donde las emociones “representadas” en el cerebro, que no están motivadas por sensaciones externas, tienen también el poder de causar sentimientos y los tipos de pensamientos que se han aprendido como adecuados a aquellas expresiones emocionales.

Por lo tanto, determinados pensamientos evocan determinadas emociones, tanto como antes determinadas emociones evocaban determinados pensamientos.

Que las emociones generan sentimientos o pensamientos es un hecho bien conocido de la sabiduría popular en el dicho “la risa es contagiosa”; la risa de los otros nos genera por contagio risa propia y sentimientos de alegría; o en la sabiduría de mi padre, cuando de niño me hacía silbar una canción alegre para disipar el miedo cuando tenía que atravesar un pasillo oscuro durante la noche, que convertía mi miedo en confianza. Pero también los sentimientos o pensamientos generan emociones tanto en los actores que “representan” las emociones como en los simuladores que, al engañar a la gente, terminan engañándose a sí mismos.

Damasio expresa: “*Mi hipótesis, pues, presentada en forma de definición provisional, es que un sentimiento es la percepción de un determinado estado del cuerpo junto con la percepción de un determinado modo de pensar y de pensamientos con determinados temas*”.

La frase “pienso que estoy feliz” es una proposición ilegítima, porque la afirmación correcta es decir “me siento feliz”. Ya que la felicidad es un sentimiento de un estado corporal placentero que encontramos “positivo y bueno” en el marco normativo de la vida, y si no la experimentamos no tenemos ninguna razón para considerar legítimas frases como “el placer de pensar” o el “gozo intelectual”.

Es claro que el origen de las percepciones que constituyen la esencia del sentimiento es el cuerpo, y muchas partes de él están siendo cartografiadas continuamente en varias estructuras cerebrales, por lo cual los *sustratos* inmediatos de los sentimientos son las cartografías de innumerables aspectos de estados corporales en las regiones sensoriales diseñadas para recibir señales procedentes del cuerpo.

Algunas de esas señales corporales las experimentamos como malestares específicos no agradables, cuando somos conscientes de una contracción intestinal dolorosa o sentimos un ritmo cardíaco alterado. También cuando experimentamos cambios en el comportamiento, que Spinoza llamaba “apetitos”, como hambre o sed.

Experimentar un sentimiento o sensación como la felicidad o el placer es percibir que el cuerpo está de una determinada manera, y percibir el cuerpo de una u otra manera requiere mapas sensoriales en los que se ejemplifican patrones neuronales y de los que se pueden derivar imágenes mentales.

Pero el cerebro es capaz de ir más allá, puede impedir el paso de las señales nociceptivas (las sensaciones generadas internamente por el cuerpo, distintas de las sensaciones exteroceptivas del medio externo) y determinar una cartografía cerebral “falsa” (entre comillas) o, por el contrario, simular internamente determinados estados corporales emocionales, “crear” (entre comillas) una cartografía cerebral, tal como ocurre en el proceso de transformar la emoción simpatía en un sentimiento de empatía.

Un ejemplo de cartografía cerebral “falsa” es cuando el cerebro elimina los mapas corporales centrales que permiten experimentar dolor. Por ejemplo, en un intento de huida del peligro, ayuda a la víctima el hecho de no sentir el dolor de las heridas causadas por la mordedura de un depredador o por los obstáculos de la huida.

El mecanismo es que la sustancia gris periacueductal del tallo cerebral despacha mensajes que interfieren las rutas nerviosas que normalmente enviarían señales de lesiones en los tejidos y conducirían a experimentar dolor y como resultado del filtrado obtenemos un mapa corporal “falso”. Lo que en realidad sentimos no es exactamente lo que sentiríamos sin la sabia interferencia del cerebro.

Esta interferencia equivale a que nos inyecten morfina, con la particularidad de que el cerebro lo está haciendo en forma natural por nosotros. Precisamente, porque una de las variedades de esta interferencia utiliza análogos de la morfina, como las endorfinas, generados internamente.

Sin este rasgo interesante de nuestro cerebro, que permitió la evolución, a lo mejor la misma evolución hubiera suspendido el parto a favor de una variedad de reproducción menos dolorosa.

La simulación de una cartografía cerebral que transforma el proceso de la emoción simpatía en un sentimiento de empatía es un mecanismo de una variedad que Damasio ha llamado mecanismo de “*bucle corporal como si*”. Implica una simulación cerebral interna que consiste en una rápida modificación de los mapas corporales actuales, que se consigue cuando las cortezas prefrontales señalan directamente las regiones cerebrales que sienten el cuerpo.

Dichas neuronas pueden representar, en el cerebro de un individuo, los movimientos que este mismo cerebro ve en otros individuos y ejecutarlos realmente. Están presentes en la corteza prefrontal de monos y seres humanos y se denominan “neuronas espejo”.

En ambos casos, filtrado o simulación de señales, el cerebro crea un conjunto de mapas corporales eventuales que *no* corresponden exactamente a la realidad del momento del cuerpo. Lo que se siente entonces se basa en esa construcción “falsa”, no en el estado corporal “real”.

Otros estudios refuerzan esta interpretación, como los realizados en individuos normales que al ver fotografías que ilustran emociones activan de manera sutil

e inmediata los grupos musculares de su propia cara, en “espejo” a las expresiones emocionales ilustradas en las fotografías.

Como resume Antonio Damasio, *“las áreas de sensación del cuerpo constituyen una especie de teatro donde no sólo pueden “representarse” estados corporales “reales”, sino que asimismo pueden ejecutarse surtidos variados de estados corporales “falsos”, por ejemplo, a modo de estados “como si”, estados corporales filtrados, etc. Es probable que las órdenes para producir estados “como si” procedan de diversas cortezas prefrontales, según sugieren trabajos recientes sobre neuronas espejo tanto en animales como en seres humanos”*.

LAS REGLAS SON NECESARIAS PARA LA EXISTENCIA DE LA REALIDAD. ENTRE EL TODO VALE Y EL NADA VALE

Una ley de la naturaleza implica como mínimo una restricción; para que el mundo que nos rodea se nos aparezca diverso, creativo y cambiante debe haber restricciones. El margen de la incertidumbre, la contingencia o el azar a la que tiene derecho la naturaleza, tiene dos límites, el *todo vale* y el *nada vale*.

La realidad sin leyes es la realidad en la que *todo vale*, todo es azar; en la que hemos relajado tanto las restricciones que ya no queda ninguna. Los objetos en esta realidad ni siquiera se verían influidos por los objetos vecinos, los sucesos no dependen ni de su propia historia.

Pero el mundo no es así; si lo fuera el mundo tendría otro aspecto, sería uniforme e equiprobable, y no sería inteligible; en él no podría existir nada ni nadie capaz de hacerse una sola pregunta. Pero como la ciencia ya ha sido capaz de descubrir muchas regularidades, muchas restricciones y muchas leyes, que anticipan la incertidumbre, ya sabemos que aferrarse a esta idea es falsa.

Cuando comenzamos una partida de ajedrez, cuyas piezas tienen movimientos permitidos y otros prohibidos, o sea que sus movimientos tienen restricciones, nos parece que las posibilidades de partidas son infinitas y entrarían en el *todo vale*. Sin embargo, si bien el número de partidas posibles de jugar es astronómico, más que el número de átomos que constituye el universo entero, es un número finito. Cada movida del jugador hace que la partida tome un nuevo rumbo (muchos ya no se utilizarán) y se eliminan trillones de partidas posibles, hasta que al llegar al final, en la penúltima jugada de una partida, la situación es de “jugada forzada”, es la situación límite de jaque mate (derrota) o de rey ahogado (tablas), que significa que el siguiente movimiento es ya del todo imposible, todos los movimientos están prohibidos, *nada vale*, el jugador pierde porque ya no puede mantenerse en la realidad de este mundo.

Cuando todo son restricciones, *nada vale*, es posible que un objeto se quede sin el resquicio mínimo

necesario para su existencia. Pero como la realidad existe, y la primera gran hipótesis de trabajo en ciencia es la hipótesis del mundo real, el *nada vale* no forma parte de la realidad de nuestro mundo.

Una vez descartado el *todo vale* y el *nada vale*, nos quedan dos posibilidades de la realidad: una realidad con restricciones y con cierta dosis no nula de azar, vale lo que está permitido por la ley, o una realidad límite en la que todo es ley y cuya dosis de azar es nula y el comportamiento es único.

En esta última situación, las restricciones son tan fuertes que hay margen para una sola cosa. No hay margen para elegir ni para seleccionar. Estas leyes y principios que se traducen como una determinación perfecta han sido de enorme prestigio en física. De las infinitas trayectorias posibles, sólo una ocurre en la realidad.

La realidad en la que lo que tiene que ocurrir sencillamente ocurre, es una realidad de leyes deterministas donde no hay elección ni espacio para el azar, en la que pensadores como Einstein, Spinoza o Dostoievsky encontraron consuelo. Todo está escrito en alguna parte, como expresó Einstein en su famosa frase: *“Quiero conocer el pensamiento de Dios, el resto son detalles”*, ya que como él mismo decía: *“Dios no juega a los dados”*.

Otros pensadores, como Darwin, Boltzman o aun Borges, se sienten más cómodos en una realidad con cierto derecho a la contingencia, una realidad plagada de senderos que se bifurcan, donde se puede y se debe elegir.

Como concluye Jorge Wagensberg, (4) *“En pocas palabras, el conjunto de las leyes fundamentales de la naturaleza está en algún punto a medio camino entre los dos extremos: el “nada vale” y el “todo vale”. Los dos extremos son dos casos únicos con infinitos intermedios... Hemos revoloteado en torno a esta pregunta: “¿Es el azar un producto de nuestra ignorancia o un derecho intrínseco de la naturaleza?... y ya nos hemos posado sobre una de las respuestas. No se trata de creer o de no creer en ella. Digamos que la aceptamos como hipótesis de trabajo... Las hipótesis de trabajo no son verdaderas o falsas, son sensatas o insensatas, funcionan o no funcionan. Si aceptamos que una ley es una restricción para acceder o permanecer en la realidad y que no todo está lleno de ley, entonces siempre queda un dominio en el que tiene sentido hablar de un importante concepto: la selección”*.

Si aceptamos estas premisas, entonces en nuestra realidad de conducta profesional hay restricciones que nos permiten ser inteligibles, pero dentro de ellas podemos y debemos elegir el sendero que queremos recorrer, y eso es un ejercicio de responsabilidad.

ALGUNAS RESTRICCIONES EN EL ENCUENTRO DEL MÉDICO CON EL ENFERMO

Si bien es cierto que todos idealmente mereceríamos un médico que, en el transcurso de nuestra vida, nos

ayude a mantenernos sanos por su calidad profesional que debería incluir una actitud atenta, compasiva y empática, la mayoría de las quejas de los pacientes se refieren, en realidad, a una conducta inadecuada o a la ausencia de un comportamiento profesional.

Es habitual que digan: “no presta ninguna atención a lo que digo, cuando hablo tiene la vista clavada en la pantalla de la computadora y no me mira”; “no me presta atención, nunca recuerda lo que le dije”; “no me inspira confianza, es tan formal y serio, nunca sonrío”; “no recuerda que ya le dije varias veces que tengo dos hijos”.

Recientemente, Michael W. Kahn, un psiquiatra de la escuela médica de Harvard, relata cómo en una hospitalización reciente encontró que las maneras estilo Viejo Mundo de su cirujano nacido en Europa eran impecables, tal era su conducta en el vestido, maneras, lenguaje corporal, contacto visual que lo hicieron pensar inmediatamente “qué profesional” y aun inesperadamente “qué caballero”. Relata que, cualesquiera hayan sido los sentimientos reales del médico en ese momento, su conducta respetuosa, marcadamente serena y atenta le generó un relajante sentimiento de confianza. (5)

Esa experiencia reafirmó su creencia de que la educación médica y el adiestramiento del posgrado deberían poner más énfasis en estos aspectos de la relación médico-paciente, que él llamaría “medicina basada en la etiqueta”, ya que ninguna escuela médica que él conozca enseña sistemáticamente buenas maneras.

Para abordar el problema de la satisfacción de los pacientes propone el desarrollo de una lista de comprobación de la “etiqueta” médica para el encuentro clínico.

Como una variante, de las muchas posibles, podríamos utilizar una lista de comprobación como la siguiente, para comenzar la primera reunión con un paciente hospitalizado:

1. Pida permiso para entrar en la habitación; espere la respuesta.
2. Preséntese, diciendo su nombre y apellido y reafirme el nombre y apellido del paciente (¿Ricardo Gómez, no es cierto?).
3. Estreche siempre la mano, aunque fuera necesario utilizar guante.
4. Acérquese a la cabecera, siéntese si es posible y sonrío si es apropiado.
5. Brevemente explique su papel en el equipo.
6. Pregunte al paciente cómo se siente por estar en el hospital.
7. Antes de comenzar con su problema específico, trate de entrar en un muy breve contacto con algo de su historia personal (origen o significado de su nombre, actividad preferida, número de nietos, etc.).

Una lista de comprobación como ésta, u otras similares, tienen la gran ventaja de que los puntos que se deben seguir y comprobar son concretos y defini-

dos y, por lo tanto, eficientes para enseñar y evaluar y también son fáciles para que practiquen las personas en adiestramiento, cuyas habilidades al lado de la cama necesitan mejorarse. No se refieren a cómo el médico siente, sino solamente a cómo se conduce; son simplemente una guía para las personas en entrenamiento.

Obviamente, esta lista es sólo un ejemplo, factible de ser modificada por los maestros médicos en esta situación o en otra gran variedad de situaciones clínicas: comportamiento en el consultorio, explicar los pasos de un plan de estudio, preparar la adherencia para el alta, comunicar malas noticias y, como éstas, muchas más situaciones del encuentro médico.

Aunque estas sugerencias a algunos puedan parecerles superficiales, piensen cómo se forma un pianista profesional. Cuando comienza su carrera no toma cursos sobre el sentimiento de la sensibilidad artística ni sobre la teoría de la musicalidad, sino que aprende a poner las manos sobre el teclado, cuál es la postura adecuada y cómo tocar y practicar las escalas. La emoción y el sentimiento de gozo artístico que expresan y transmiten los grandes pianistas se espera que la desarrollen durante el tiempo de vida de estudio y práctica.

CONCLUSIONES

La medicina basada en el comportamiento profesional adecuado debería inicialmente priorizar la conducta sobre el sentimiento, ya que después de las emociones de las maneras de actuar llegará por añadidura el sentimiento de comprensión y empatía. Dará importancia al desarrollo de la práctica, las habilidades y la maestría de la conducta profesional, para permitir el surgimiento posterior del carácter.

Es hora de poner los rasgos de la profesionalidad y la satisfacción del paciente en el corazón del encuentro clínico y, por lo tanto, volver a traer aquellos elementos del ritual de la medicina que son una parte importante de las profesiones, como la nuestra, que ayudan a cicatrizar los sufrimientos que la enfermedad introduce en la personalidad de la persona que es nuestro paciente.

Sería un aporte importante y en línea con nuestro esfuerzo por formar médicos comprensivos, compasivos y que desarrollen sentimientos de empatía.

Hernán C. Doval

BIBLIOGRAFÍA

1. Spinoza B. Ética demostrada según el orden geométrico. Quadrata; 2005.
2. Scavino D. La filosofía actual. Pensar sin certezas. Paidós; 1999.
3. Damasio A. En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos. Crítica; 2007.
4. Wagensberg J. La rebelión de las formas. O cómo perseverar cuando la incertidumbre aprieta. Tusquets; 2005.
5. Kahn MW. Etiquette-based medicine. N Engl J Med 2008;358: 1988-9.