

Verdades, verdades a medias y mentiras en la relación médico-paciente

J. González Menacho¹ y M. Huerta Villanueva²

Kranion: La relación médico-paciente se ha basado históricamente en la mutua confianza. Sin embargo, son muchos los factores que están provocando un cambio de paradigma y una importante mella en la sacralidad del más importante vínculo de la práctica médica. La administración pide al médico que se comporte como un gestor y un proveedor de servicios de salud; los pacientes han pasado a ser usuarios de dichos servicios; cada vez es más habitual que se considere al médico como un trámite para acceder a la tecnología; internet informa, pero también puede desinformar y distorsionar el grado de certidumbre y confianza de los pacientes o allegados por los diagnósticos y alternativas terapéuticas ofrecidos. Estos y otros muchos factores, como la posibilidad de ganancias primarias y secundarias a todos los niveles, y en lo referente a los médicos, el maquillaje de su insuficiencia diagnóstica, por ejemplo, condicionan que en la relación médico-paciente existan verdades, verdades a medias y mentiras.

Sin embargo, lo más extraordinario de todo es que, posiblemente, al menos en medicina, la verdad no siempre es lo mejor, lo mejor no siempre es lo bueno y lo bueno puede ser lo falso. F. de La Rochefoucauld dijo que la mentira está en la composición de las verdades como los venenos en la de los remedios, logradísimo oxímoron a nuestro juicio totalmente cierto o absolutamente falso, qué más da. La verdad no deja de ser un dogma arbitrario y lo que importa, independientemente de la manipulación de la información y de las voluntades, es el bien de los pacientes.

Se ha solicitado a los doctores J. González Menacho y M. Huerta, dos experimentados y audaces neurólogos, que debatan sobre estas y otras cuestiones. Se recuerda

a los lectores que la revista Kranion es quien propone a los autores el tema a discutir y les sugiere qué postura adoptar. En consecuencia, los argumentos de los expertos pueden ser retóricos y no reflejar necesariamente lo que en realidad piensan.

M. Huerta: La verdad y la mentira no son dos caras antagónicas de la misma moneda, sino un continuo de la interpretación de la realidad que se mueve entre la verdad absoluta y la mentira absoluta.

Si bien la ausencia de veracidad hace las relaciones humanas muy difíciles ya que la falta de honestidad genera desconfianza, no es menos cierto el reverso, pues si a todo el mundo le dijésemos toda la verdad de lo que pensamos, la vida sería imposible por la crudeza que supondría para las relaciones personales y sociales. ¿Alguien puede imaginarse diciendo a su jefe todo lo que piensa de él, o diciendo a sus amigos y pareja todo lo que piensa de ellos? Estaríamos despedidos y solos en el mundo.

La mentira satura toda la comunicación humana. Los diplomáticos, abogados o políticos, hacen de ella un arte escudándose en el bien común. Se dice de la mentira que es la actividad más propia de la condición humana.

La mayor parte de las mentiras se hallan en lo que no se dice, en los gestos, en los actos, en el lenguaje no verbal. Mentimos si nos depilamos, nos ponemos unas prótesis, reímos un chiste que no nos hace gracia o fingimos un orgasmo. Según el filósofo D. Livingstone Smith, la mentira forma parte indisoluble del ser humano.

¹Servei de Neurologia
Hospital Sant Joan
Reus (Tarragona)
²Servei de Neurologia
Hospital de Viladecans
Viladecans (Barcelona)

Dirección para correspondencia:
Jordi González Menacho
E-mail: jgonzalez@grupsagessa.com

Mariano Huerta Villanueva
E-mail: 27957mhv@comb.cat

Cualquier engaño intencionado puede considerarse una mentira. Los seres vivos pueden engañar, por ejemplo en el caso del camuflaje, pero los seres humanos, con nuestra inteligencia y el lenguaje, tenemos una capacidad mucho mayor para el engaño. Mentir es ventajoso y la evolución lo ha integrado en la naturaleza humana¹.

Si la mentira está tan arraigada en la condición humana, es de esperar que alcance a todos los ámbitos de la vida; por lo tanto, la comunicación médico-paciente no está exenta de su presencia. Sin duda, el vínculo entre médico y paciente se ha considerado un paradigma de relación basada en la mutua confianza, como puede suceder con un sacerdote o un abogado, pero no se libra de las mentiras que el paciente, creyente o cliente pueden hacer o decir para obtener beneficio, o de aquellas en las que el médico puede esconder sus dudas diagnósticas o su desconocimiento terapéutico o con las que intenta estimular la mejoría del paciente o evitar su desesperación («mentiras piadosas»). Ya Platón decía que «la mentira es útil», refiriéndose a estas mentiras nobles o piadosas.

En resumen, como corresponde a su condición humana, pacientes y médicos mienten, o mejor dicho, no dicen toda la verdad.

J. González Menacho: ¿Mienten las personas? A mi modo de ver la pregunta es redundante. Pienso, luego existo, decía el filósofo; mejor aún: pienso, luego miento, podría haber sido el enunciado. La cuestión es: ¿Mienten siempre las personas? ¿En cualquier circunstancia? ¿Por norma? Y en concreto: ¿Mienten las personas a los médicos? M. Huerta argumenta, muy certeramente, que las personas, todas, nosotros mismos, mentimos sin problema alguno y que éste es un acto natural. De hecho, conocemos desde hace ya tiempo multiplicidad de datos que nos permiten afirmar que la mentira es un hecho universal y frecuente en muchas especies. Pero de ahí a afirmar que los pacientes mienten a sus médicos, o que los médicos mienten a sus pacientes, hay un largo trecho: tendremos que demostrarlo, o en caso contrario, aceptar que, como mínimo, no podemos afirmarlo de forma tajante.

El problema no es baladí: el acto médico se basa en la confianza en la relación entre médicos y pacientes, y fundamentalmente durante el proceso de obtención-elaboración de la anamnesis. De modo que los actos posteriores a la primera transmisión de información vendrán determinados para el médico en gran medida por la información recibida. Cabe presuponer, pues, que si la información es falsa, los actos diagnósticos y terapéuticos subsiguientes podrían ser inadecuados. Y lo inadecuado, cuando hablamos de la salud, tiene riesgos, entre ellos la muerte. No es descabellado pensarlo.

Así que, en definitiva, deberíamos estar muy convencidos de la calidad de la información clínica que recibimos; en caso contrario, deberíamos estar muy preocupados. Por lo tanto, la pregunta que se plantea aquí es si se mienten los pacientes y los médicos durante su interacción profesional. No confundamos esta pregunta particular –difícilísima de solucionar, a mi modo de ver– con la cuestión más general sobre si las personas mentimos a lo largo de nuestras vidas, cuya respuesta parece ser afirmativa y no deberíamos darle más vueltas. La pregunta real es si me miente mi paciente o si yo miento a mi paciente.

Y llegados a este punto, deberíamos aclarar qué es la verdad y qué es la mentira. Se ha apuntado que la mentira es la emisión de información falsa a sabiendas de que es falsa. Y podemos asumir que lo falso es lo contrario de la verdad. Más difícil es definir la verdad. Decía S.J. Gould que prefería seguir la pista de la mentira y del error, que son demostrables, que trabajar con la verdad, que no es «falsable», y por lo tanto no puede pasar la prueba fundamental de la ciencia. En otras palabras, podemos demostrar que algo es falso, pero mucho más complicada es la demostración de lo verdadero. ¿Cuál es la esencia de la verdad? El conocimiento de lo real, de lo que sí existe, de lo que todos comprobamos como cierto... Pero ahí topamos con un problema filosófico fundamental. Al hablar de la verdad, de la realidad, estamos refiriéndonos a la experiencia de lo vivido. Y cuando hablamos de experiencia, desde luego, volvemos a encontrarnos con la dificultad: la subjetividad de los procesos de elaboración de la información que matiza los objetos y hechos conocidos. En otros términos, qué es la verdad real y qué es la verdad psíquica. En palabras de A. Einstein, «la verdad no es otra cosa que la capacidad que tienen de engañarse nuestros sentidos»; cuál es la realidad a mi modo de ver o según mi conocimiento de los hechos. Acusar a una persona de mentir porque da información falsa es complicado porque, de hecho, en numerosas ocasiones falla el concepto que define la mentira: la intencionalidad.

Llegados a este punto, ¿estará M. Huerta dispuesto a afirmar que los pacientes mienten a sabiendas a sus médicos, o en contrapartida, considerando que esta información falsa puede llevar a un acto médico incorrecto y que comporta riesgos para la salud?

M. Huerta: Llegados a este punto, asumida la mentira como parte incuestionable de la condición humana, trátese de médico o paciente, pasaremos de lo general a lo particular y me centraré, como me pide J. González Menacho, en la mentira en la relación médico-paciente.

J. González Menacho tiene mucha razón cuando argumenta que deberíamos estar muy convencidos de la

calidad de la información clínica que obtenemos, y en caso contrario, estar muy preocupados. El ser humano, un ser social como pocos otros, está acostumbrado a evaluar la información que obtiene de la red de comunicaciones que establece diariamente. Cada uno de nosotros cataloga inmediatamente la fiabilidad del emisor y de la información recibida. Todos conocemos a personas de las que pensamos que mienten más que hablan y otras sobre las que depositamos sin dudas nuestra confianza. Así pues, ante cada paciente, y especialmente en la primera visita, se ponen en marcha estos mecanismos automáticos con los que se encara la comunicación humana y con los que intentamos evaluar la fiabilidad de la información recibida. Como la finalidad del médico debe ser el bien del paciente, si no somos capaces de clasificar el grado de veracidad de la información que el paciente nos ofrece estaremos desarrollando nuestro trabajo de una forma deficiente. Dicho en otras palabras: ante cada evaluación médica debemos intentar aclarar qué hay de falso y de cierto en lo que el paciente y sus acompañantes nos explican. El conocimiento del lenguaje no verbal en la mentira, su discordancia respecto al lenguaje verbal, la dificultad para sostener la mirada o los signos autonómicos acompañantes, amén de las incongruencias en la historia y la exploración, son datos importantes que el médico debe conocer para desarrollar su trabajo de forma correcta y profesional.

Los pacientes pueden mentirnos de varias formas. Algunos interpretan los hechos, como los pacientes que acuden solos, sin observador, por un episodio de pérdida de conciencia, de crisis comicial generalizada o por un episodio de amnesia y que nos cuentan una mezcla de los síntomas que les han explicado y los que creen que debieron tener y que nos refieren como hechos reales, porque ya los viven como tales. J. González Menacho creo que interpretará que estos pacientes no mienten, ya que no existe voluntariedad o intencionalidad en la versión que nos ofrecen de la realidad. Dejémoslo en que no nos cuentan la verdad de lo que pasó sino la mejor versión que nos pueden contar. En otras ocasiones los pacientes nos cuentan la gravedad de sus síntomas, aderezados con una buena dosis de exageración para que no tengamos dudas de lo enfermos que están. El médico intentará objetivar en lo posible la situación clínica del enfermo tal como sucede en los pacientes con cefalea, en que será más importante aclarar la repercusión funcional que ocasiona el dolor que la intensidad referida. Otras veces los pacientes pueden modificar los hechos para intentar conseguir los fines que se proponen, como cuando dicen, simplificando su clínica, que tienen los mismos síntomas que su padre o madre que se murió de un tumor cerebral, exigiendo que se les practique un estudio de neuroimagen. Aun en estos casos se puede conceder que los pacientes no mienten por completo, pero indudablemente no dicen toda la verdad, y en este último caso con una finalidad, por lo que podemos considerarlo un intento de

engaño en toda regla. En los casos de histrionismo, movimientos involuntarios, parálisis y crisis de tipo conversivo, el médico puede sentirse engañado; sin embargo, ante síntomas que surgen de un plano subconsciente, cabe discutir si se trata de auténticas mentiras.

Por último, existen pacientes que inventan o exageran sus síntomas con la intención de obtener un beneficio, una baja laboral o incapacidad. En estos casos, frecuentemente relacionados con una conducta de rentismo, podemos hablar de mentiras con todas las de la ley, ya que existe intencionalidad del engaño y persecución de un beneficio asociado.

La temática de las mentiras es variada. Los pacientes pueden ocultar antecedentes que no quieren que salgan a la luz, avergonzarse de síntomas o circunstancias de aparición (p. ej. a veces sólo un interrogatorio muy dirigido y persuasivo aclarará que un paciente inició bruscamente una cefalea durante el coito), pueden ocultar información o mentir al negar exploraciones que ya se han practicado o tratamientos previamente prescritos, pero también sobre la respuesta a dichos tratamientos, sobre su grado de cumplimiento o sobre los efectos adversos presentados (p. ej. para justificar su falta de cumplimiento). Por lo tanto, el médico debe mantenerse alerta, y en caso de falta de precisión, dudas o incongruencias, investigar la certeza de los datos aportados e insistir en la anamnesis, ya que no hacerlo puede tener considerables consecuencias. Volviendo al ejemplo anterior, una cefalea brusca de tipo orgásmico obligará a descartar una causa secundaria potencialmente grave e incluso mortal, como una hemorragia subaracnoidea o una disección arterial, pero el paciente puede optar por no indicarnos las circunstancias en las que la cefalea apareció, dificultando y retrasando el diagnóstico.

En resumen, afirmo que en ocasiones los pacientes y sus familias mienten y el médico debe estar atento a ello para proporcionar una atención de calidad, útil, eficaz y eficiente.

No creo que J. González Menacho ose afirmar que los pacientes no mienten, aunque puedo conceder que con frecuencia, como decía Blau, debemos escuchar con atención al paciente ya que está intentando explicarnos qué le pasa. En defensa de los pacientes he de decir que no mienten menos que los médicos, que generalmente nos escudamos en el bien del paciente. Pero quizás J. González Menacho quiera defender la honestidad de los médicos antes de que se expongan sus mentiras.

J. González Menacho: Qué interesante argumentación. Efectivamente, estoy de acuerdo, como ya dije al principio, en que los pacientes y los médicos, por su condición

humana, mienten. Y M. Huerta concede que el hecho fundamental que discutimos aquí es si esos dos grupos de actores, pacientes y médicos, se mienten entre ellos. Pero antes creo interesante referirme a algunas de las afirmaciones de M. Huerta.

Al decir que quizás muchos pacientes no mienten pero no cuentan toda la verdad, sino la verdad que ellos consideran como tal, se comete un error basado en la definición misma de la mentira: la intencionalidad en su emisión. Intencionalidad, recordémoslo, implica voluntariedad consciente. Topamos, por lo tanto, con uno de los límites peores a los que se enfrenta la ciencia moderna, la definición de la consciencia de los actos de cada uno. Pero no se trata de filosofía: es un hecho mesurable de formas muy diferentes, y de eso saben mucho los psicólogos. Así que si para un paciente la información que transmite es verdad, da igual cuál es el origen de esa creencia. Una vez que una persona, alguien con dolor de cabeza, por ejemplo, cree que podría tener un tumor cerebral porque sus síntomas le recuerdan a los de algún conocido o familiar, vivirá angustia, y ésta tiene la maldita virtud de focalizar la atención del paciente sobre el mismo problema, perpetuándolo. Probablemente sea éste uno de los mecanismos fundamentales que provoquen la cronificación de más de una cefalea. No me resulta difícil imaginar a alguien en esta situación: les vemos a diario en las consultas. ¿Me está mintiendo? No. Yo no lo creo. Sin embargo, veo miedo en esos ojos, a veces auténtica desesperación, y el miedo es irracional: tiñe de colores inexistentes los síntomas más banales y los adorna de lágrimas y guirnaldas. Esa persona no me está mintiendo, me cuenta la verdad (qué más me da si lo que me cuenta es «su verdad», verdad al fin y al cabo) y busca desesperadamente mi ayuda. De hecho, no necesita mentirme, convencido como está de la certeza de esa terrible posibilidad.

Se ha mencionado otro caso muy interesante, el de aquel que acude al médico con la respetable intención de obtener un informe, certificado o recomendación que le permita obtener una renta. En busca de una pensión, podríamos decir. El problema es que muchos de éstos no son pacientes. Son estafadores profesionales. El paciente es aquel que estando o sintiéndose enfermo me consulta para obtener mi ayuda. El que simula dicha enfermedad con tal ánimo de lucro –qué confundido debe de ir más de uno, con los tiempos que corren– no es, por lo tanto, un paciente; en todo caso, se trata de alguien que se aprovecha de la mecánica del sistema para obtener un beneficio. Y no me está mintiendo a mí en cuanto que paciente él y yo médico: está aprovechándose del sistema, siendo yo un mero instrumento del que no espera, en realidad, un dictamen médico.

Pero vayamos un poco más allá, y es un factor que aparentemente hemos dejado pasar por alto. Hablando

de mentiras, nos referimos a la comunicación, y ésta comporta siempre al emisor tanto como al receptor. Si entre dos personas que se comunican se produce la transmisión de una información que el receptor considera falsa, a priori el error puede localizarse en cualquiera de los dos extremos: el que emite la información puede expresarse mal, o el que la recibe la comprende mal. El lenguaje humano es tan complejo, que lo curioso es que nos entendamos. A. Grijelmo, en su maravillosa obra *La seducción de las palabras*² nos ilustra maravillosamente sobre los malentendidos en la comunicación y sus causas. Los expertos en psicolingüística saben que es perfectamente razonable que lo esperable en una conversación sean, de hecho, los malentendidos. Imaginemos, entonces, a un paciente que se presenta en nuestra consulta, aquejado de aquel dolor que tanto le preocupa, y se encuentra ante nuestra cara, nuestra bata, nuestro ordenador, nuestra aura de autoridad –yo no la tengo, por cierto; creo–. Ha de contarnos todo aquello que le aqueja, pero de repente descubre que ha de hacerlo en minutos, y, para mayor sorpresa, se encuentra con que nosotros empezamos a indagar: a) sobre cosas que no esperaba, y b) sobre aspectos que le pueden resultar privados. No entraré en el tema planteado por A. Schopenhauer sobre la legitimidad de ocultar información a los médicos si lo que buscamos son datos íntimos de los pacientes³; el caso es que a cualquier persona en una situación semejante, que se encuentra en un entorno que no domina (por más que lo conozca) y ha de rendir toda esa información, probablemente lo hará de forma inconexa y posiblemente incorrecta. Si a eso le sumamos que el receptor, nosotros, formamos nuestra imagen de la realidad de ese paciente desde nuestros prejuicios y con la información «aparentemente» pobre que nos ha dado el paciente, el malentendido está servido. Y resalto la palabra «aparentemente» porque, de hecho, los pacientes nos dan con frecuencia mucha información, mucha y verdadera, que solemos pasar por alto: sólo hay que aprender a escucharlos mejor. M. Huerta convendrá conmigo que, indudablemente, un malentendido es algo muy diferente a una mentira.

Permítaseme ahora argumentar brevemente sobre la afirmación de mi contendiente respecto a que preferiré defender la honestidad de los médicos antes que exponer sus mentiras. Nuevamente nos topamos con la dicotomía entre el médico como persona –que miente como cualquier otra– y como tal galeno que busca el bien del paciente. Y podríamos añadir un tercer factor, el médico como científico. Sobre la universalidad de la mentira como herramienta de la vida diaria de las personas ya se ha argumentado lo suficiente. Y sobre la posibilidad del médico mentiroso en cuanto que científico, basta leer el ilustrativo libro *Las mentiras de la ciencia*⁴ para comprender que los científicos, según qué circunstancias, no son más que mentirosos con bata. Pero hemos de volver al problema particular, no al general: ¿engañan los médicos

a sus pacientes? Y la respuesta es que probablemente no, teniendo en cuenta el fundamento de nuestra profesión: la búsqueda del bien para quienes atendemos. Mentir, por lo tanto, no es una opción. Suavizar informaciones duras u ocultarlas cuando entendemos que pueden confundir a los pacientes no es mentir. Una cosa es falsear información y otra bien distinta favorecer su comprensión, aunque para esto tengamos que recurrir a simplificaciones.

Había dejado para el final de este turno de respuesta una cuestión fundamental, la de si es posible la demostración científica de este hecho –los médicos y los pacientes se mienten–, que podría zanjar, de realizarse, esta disputa. Porque no basta con creer que algo ocurre para demostrar que eso es cierto, salvo que queramos caer en la estrategia de Procusto. Tenemos que demostrarlo y recordar que la falta de evidencia es la peor evidencia que puede manejar un científico. Esto parecería válido tanto si queremos demostrar que los pacientes mienten como lo contrario, que no lo hacen; en realidad lo que nos dice es que no podemos demostrar que los pacientes no mienten, puesto que de este modo estamos basando la afirmación en una falta de evidencia. Lo único demostrable, y recuerdo de nuevo a S.J. Gould, es la falsedad. Pero no recuerdo haber leído ninguna demostración de ese hecho, y esperaría que M. Huerta, que tan hábilmente argumenta sobre la universalidad de la mentira, me ilustrara al respecto.

M. Huerta: Debo conceder a J. González Menacho que, tal como excelentemente ha defendido, los errores en la relación médico-paciente en muchas ocasiones se deben más a malentendidos que a mentiras, y puedo también aceptar que en otras ocasiones los pacientes me cuenten «su verdad», angustiados o no, pero sin ánimo de engaño.

Mi interlocutor argumenta que para otorgar validez científica a la afirmación de que los pacientes mienten es preciso, como en toda afirmación, demostrarla. Dado que la afirmación «los pacientes mienten» no es universal, es decir, no es «todos los pacientes mienten», con demostrar que algunos lo hacen es suficiente para validarla. Por lo tanto, cuando un paciente epiléptico me dice que no conduce y encuentro un informe de urgencias del mes anterior que habla de contusión torácica en accidente de tráfico por el volante demuestro que miente; cuando una paciente asegura que no bebe ni gota y los niveles de γ -glutamyl transpeptidasa (GGT) y el volumen corpuscular medio de sus hematíes son altos también demuestro que miente, y, del mismo modo, cuando un paciente me dice que se toma la pauta establecida de valproato que le indiqué y sus niveles plasmáticos son indetectables, también lo demuestro. He visitado a esos tres pacientes, y cualquiera que lea este texto ha vivido situaciones similares. Por lo tanto, puede afirmarse que los pacientes

mienten, si bien reconozco que en la mayoría de ocasiones no es posible determinar si nos engañan, y, como he dicho previamente, concedo que existen razonables atenuantes.

La exposición de los pacientes a la información de internet, donde pueden leer desde opiniones descabelladas hasta artículos científicos difícilmente comprensibles para el lego, pasando por páginas donde se informa de tratamientos milagrosos sin base científica y otras relacionadas con negligencias y desastres médicos, con frecuencia no hace más que aumentar las posibilidades de confusión y engaño a las que ellos mismos se ven sometidos y que, a la postre, pueden complicar la relación médico-paciente sembrando la desconfianza.

Hemos dejado a J. González Menacho que defendiera la honradez de los médicos: permítasenos ahora exponer sus mentiras. Que el paciente pueda mentir quizás no nos sorprenda, pero que el médico pueda hacerlo en cierto modo nos repugna, ya que la relación médico-paciente se basa en la confianza. Sin embargo, concedemos que, en general, los médicos mentimos con la mejor intención. Por otro lado, muchos médicos hacen cursos de comunicación que, al menos en teoría, mejoran sus habilidades de comunicación verbal y no verbal, reduciendo la probabilidad de errores de interpretación y malentendidos. Sin duda las técnicas de comunicación forman parte de las habilidades que los médicos debemos desarrollar en nuestro trabajo y deberían ser un complemento ineludible de nuestros conocimientos profesionales.

Los médicos podemos mentir o hacer pensar al paciente que mentimos de diversas formas:

- Simplificación de la información: en parte para economizar información por la limitación temporal que implica la actual práctica médica y en parte para hacerla más comprensible. ¿Quién no ha escuchado o dicho frases dirigidas a un paciente de edad avanzada similares a «usted tiene una parte del cerebro seca por falta de riego al tener las cañerías atascadas»? Este tipo de manipulación de la información para hacerla comprensible es claramente aceptable y hasta recomendable éticamente según sea el nivel cultural del paciente. Por lo tanto, comparto con J. González Menacho que, en tal situación, prima la falta de intención de engaño.
- Comunicación deficiente que haga al paciente pensar que se le oculta la verdad: si no sabemos transmitir cercanía, confianza y seguridad, el paciente puede presentar dudas sobre la certeza del mensaje recibido. Saber ajustar la distancia de comunicación, mostrar atención y apertura en nuestro lenguaje no verbal, así como comprender las emociones del otro, conseguirá aumentar las

probabilidades de que el paciente o su acompañante no desconfíen de la información proporcionada⁵. Como con frecuencia la comunicación médico-paciente se produce en situaciones de alta carga de tensión o emotividad, el paciente estará más atento al mensaje no verbal que al verbal, y si existe discordancia entre éstos, creará más el mensaje no verbal. Por lo tanto, quien no domine dicho lenguaje corre el riesgo de confundir a sus pacientes (y por qué no de engañarlos) con su falta de pericia en la comunicación. El dominio de las técnicas de comunicación no debería ser una habilidad deseable, sino una obligación en nuestra profesión.

- Mentira piadosa: es aquella que se realiza con una finalidad bondadosa, para evitar un mal mayor. Clásicamente, en el modelo de atención sanitaria paternalista se entendía perfectamente que al paciente sólo se le diera la información que el médico consideraba adecuada, pero este modelo ha quedado descalificado moralmente. G. Marañón decía «el médico –digámoslo heroicamente– debe mentir. Y no sólo por caridad, sino por servicio de la salud». En la actualidad, con el modelo de decisión compartida médico-paciente y atendiendo al derecho de autonomía de este último, el médico debe ofrecer al paciente la mejor verdad disponible sobre su enfermedad y situación clínica para que éste pueda tomar las mejores decisiones. Sin embargo, paradójicamente, en ocasiones la verdad escueta puede resultar más dañina que una verdad incompleta o una mentira piadosa. La obligación del médico sería no tanto dar la verdad absoluta al paciente, sino aquella verdad que éste quiere saber (sin mentir puede ocultarse un diagnóstico y pronóstico ciertos). Como es lógico, la dificultad está en saber por el paciente y sus familiares o representantes qué se desea saber. Finalmente, la ley reconoce el derecho del paciente a no ser informado si así lo prefiere.

La revelación de la verdad va ligada al principio ético de autonomía del paciente. Sólo si éste conoce la dimensión de su problema y las alternativas diagnósticas o terapéuticas con información verídica, actualizada y adaptada a su nivel cultural, puede escoger la opción más adecuada a su caso. Sin embargo, la revelación de la verdad obliga a considerar otros principios éticos como el de beneficencia. ¿Debemos dar toda la información de un grave diagnóstico con escasas posibilidades de curación a un paciente con historia previa de intentos de suicidio? ¿Y a uno aprensivo? Parece claro que debe establecerse un juicio clínico que evalúe qué es lo mejor para el paciente y cuáles son los deseos de éste, que evalúe su competencia y la información que es capaz de manejar. Sólo

escuchando las palabras y atendiendo a los silencios de los pacientes seremos capaces de tener una idea de la información que debemos dar, no la verdad cruda, sino aquella útil para el paciente. La mentira no es justificable éticamente, pero podemos decir que, si bien algunos pacientes deben conocer toda verdad, en otros casos la ocultación voluntaria de parte de la verdad sigue estando justificada en la comunicación médico-paciente basándonos en el principio de beneficencia, la evitación de un mal mayor. Dado que en este caso sí existe intención de engaño, en mi opinión debe considerarse que la ocultación de información es una forma de mentira, justificable o no.

- Insuficiencia diagnóstica. En ocasiones, se oculta tras diagnósticos difícilmente inteligibles o frases grandilocuentes la imposibilidad de llegar a un diagnóstico de certeza. El paciente puede ser incapaz de asumir las dudas que presenta un diagnóstico o las expectativas incompletas de eficacia de un tratamiento, pero en ocasiones es el propio médico quien no es capaz de aclararlas al paciente y le engaña con falsas certezas diagnósticas o terapéuticas. La ocultación de los errores propios o de otros compañeros que han participado en el proceso de evaluación o tratamiento del paciente son frecuentes.

Finalmente, no debe olvidarse el papel que desempeña el engaño de la familia, cuyos miembros solicitan muchas veces que no se dé al paciente información que pueda empeorar su estado de ánimo. En resumen, los médicos también mentimos en la relación médico-paciente, al igual que hacemos en nuestra vida personal e incluso en nuestra actividad científica, como bien ha recordado J. González Menacho.

J. González Menacho: Leo con atención los argumentos de M. Huerta y me complace observar como entre nosotros mismos, a lo largo de este debate, se ha formado una atmósfera que invita a la confusión. Más allá de las creencias reales de cada uno de nosotros al respecto, observo el matiz que podría llevarnos a una discusión eterna sin punto de encuentro. Un matiz que en mentes obtusas, almas egoístas o ambas, ha encendido llamas y, aun peor, guerras, y del que ambos nos hemos aprovechado para defender la postura que nos ha encomendado la revista *Kranion*, uno defendiendo que no puede hablarse de mentiras en la relación médico-paciente, otro asegurando que sí. Sin embargo, no habría tal debate si acotásemos el planteamiento original a «si mienten “algunos” médicos y/o “algunos” pacientes», que a mi juicio es la verdadera esencia de esta discusión. ¿Mienten algunos o miente la mayoría?

Estoy de acuerdo en que algunos pacientes mienten, y por desgracia y para nuestro deshonor creo que algunos médicos también. Y no me refiero a esas mentiras piadosas o esos cambios de registro informativo para facilitar la comprensión, pues pienso que no podemos llamar mentir a tales circunstancias cuando lo que se pretende es el bien ajeno. En más de una ocasión me ha tocado vivir situaciones similares a las mencionadas por M. Huerta e incluso más clamorosas, y lo mismo puedo decir en lo que concierne a algún médico. Sin embargo ¿podemos afirmar sin recato que los médicos y los pacientes mienten habitualmente en su mutua relación? ¿Creemos que una circunstancia ocasional permite generalizar y extraer de casos concretos que la mentira gobierna nuestras relaciones profesionales? La respuesta es clara e incuestionablemente no.

A continuación expondré un razonamiento muy simple que nos permite entenderlo mejor. Para lograr la cohesión del grupo, nuestro sistema social se basa en parte en el altruismo. Los biólogos evolutivos que han trabajado en este campo opinan que probablemente se deba a la frecuencia con que se comparten nuestros genes con otros individuos. Además, a nadie le gusta que le mientan, y aquellos individuos que mienten con frecuencia son rechazados por el grupo. No nos gustan los mentirosos. Pero la medicina basa su arte –y de ahí, su ciencia– en la confianza, en el convencimiento de la veracidad de las informaciones.

Actuamos como lo hacemos porque asumimos, por norma general, que la información que manejamos es cierta. Si no fuera así, ¿programaría usted una colonoscopia con sedación, practicaría una punción lumbar o sometería al paciente a un cateterismo diagnóstico basándose únicamente en la congruencia de la anamnesis? La respuesta es no. Tomamos estas decisiones cada día porque sabemos que lo que nos cuentan es verdad, y por eso nos sorprendemos ante casos excepcionales en que tarde o temprano se demuestra que la información era falsa –lo que no quiere decir que constituyera un engaño–. La mayoría de nosotros cree en la honradez de nuestros pacientes; por eso seguimos trabajando. Y la mayoría de nuestros pacientes confía todavía en nosotros; por eso siguen acudiendo a nuestras consultas. En todo caso, pueden desconfiar de nuestra pericia y presionarnos cada vez más para obtener exámenes complementarios.

La norma es la honradez: de los pacientes, porque nos consideran la principal referencia que puede decidir sobre su salud y depositan su confianza en nosotros

(aunque la sociedad de la información ya está modificando esta visión, y más que lo hará); y de los médicos, porque somos la parte de un contrato que todavía hace del bien ajeno su leitmotiv.

M. Huerta: Como dijo el poeta R. de Campoamor, «nada es verdad ni es mentira, todo es según el color del cristal con que se mira». Durante este debate, ambas partes hemos estirado los argumentos en uno u otro sentido para llegar al acuerdo de que médicos y pacientes mentimos en ocasiones, pero sin duda prevalece la honradez en la relación médico-paciente. Felicito a mi amigo J. González Menacho por sus siempre estimulantes e ingeniosas observaciones.

J. González Menacho: Me corresponde cerrar el debate agradeciendo a M. Huerta sus palabras, que tanto forman y reconfortan. Dialogar sobre un tema tan espinoso como éste ha sido un reto y un placer por quien me tocó de adversario, a quien admiro desde hace años.

Quizás deba contemplarse lo aquí discutido en la formación de los jóvenes colegas que nos sucederán: insistiendo sobre la esencia de la medicina, qué implica atender a un enfermo y la responsabilidad de nuestras acciones, invitándoles a reflexionar acerca de la honradez de médicos y pacientes, y, por supuesto, preparándoles para la sorpresa, para aquello que parezca o sea mentira, sea nuestra o del paciente.

Afrontemos la calidad y veracidad de la información desde el conocimiento: aprendamos a hacer mejores anamnesis, entender mejor a nuestros pacientes y escuchar aquello que nos dicen con palabras o sin ellas, y aprendamos también a explicarnos mejor. Seamos mejores médicos y, en definitiva, hagamos inútil este debate.

BIBLIOGRAFÍA

1. Livingston Smith D. *Why we lie. The evolutionary roots of deception and the unconscious mind.* New York: St. Martin's Griffin; 2007.
2. Grijelmo A. *La seducción de las palabras.* Madrid: Grupo Santillana de Ediciones; 2002.
3. Escrito concursante sobre el fundamento de la moral: fundamentación de la ética. *La virtud de la justicia.* En: Schopenhauer A. *Los dos problemas fundamentales de la ética.* Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, SA; 2002.
4. Di Troccio F. *Las mentiras de la ciencia.* Madrid: Alianza Editorial; 2002.
5. Davis F. *La comunicación no verbal.* Madrid: Alianza Editorial; 1998.