

# La emoción y la intuición como herramientas para gestionar la incertidumbre en la toma de decisiones en medicina de familia

J.L. Turabián Fernández<sup>a</sup> y B. Pérez Franco<sup>b</sup>

## LECTURA RÁPIDA

### La emoción y la intuición

Las estrategias racionales del ser humano, maduradas a lo largo de la evolución, no se habrían desarrollado sin emociones y sentimientos.

Un elemento vital para llegar a complicadas decisiones morales es la emoción, no el razonamiento lógico o analítico

Los motivos que guían los comportamientos son fenómenos afectivos y se rigen por una lógica sentimental.

Las personas que tienen inutilizada la interfaz cognitivo-emocional tienen menor capacidad de tomar decisiones acertadas: les falta la intuición. Las emociones aquilatan nuestros pensamientos y les dan una contextualización más compleja.

### La emoción y la intuición

Hoy día, los investigadores saben que tanto las emociones como la razón son necesarias en la toma de decisiones. La idea de que las emociones influyen en la toma de decisiones es casi un postulado de sentido común. Las estrategias racionales del ser humano, maduradas a lo largo de la evolución, no se habrían desarrollado sin emociones y sentimientos<sup>1,2</sup>. Un elemento vital para llegar a complicadas decisiones morales es la emoción, no el razonamiento lógico o analítico<sup>3</sup>. Los neurocientíficos que han comenzado a explorar las bases físicas de las emociones han encontrado que las emociones intensas, especialmente en momentos clave de la primera infancia, pueden ser un gatillo para cambios de comportamiento y modificaciones cerebrales que persisten después de desaparecer la emoción y que condicionan futuras respuestas emocionales<sup>4</sup>.

Se aprende de la información que nos es significativa y se le asigna un valor según el contexto<sup>5</sup>, porque sólo en virtud de esta valoración, un objeto puede presentarse como relevante y digno de ser aprehendido o investigado<sup>6</sup>. La vivencia emocional valorativa antecede al juicio –se deduce una opinión y se actúa contra algo o alguien tan

sólo a partir de un breve análisis– y es un proceso mental universal. Se basa en estrategias «mentales» más simples, «atajos cognitivos», automáticos, difícilmente detectados conscientemente, innatos y fraguados a lo largo de la experiencia, y son útiles para planear y decidir a corto plazo<sup>7,8</sup>.

Los motivos que guían los comportamientos son fenómenos afectivos y se rigen por una lógica sentimental. Nuestra primera relación con el mundo es afectiva. Los sentimientos son experiencias cifradas; el balance consciente y continuo de nuestra situación que sintetiza los datos que tenemos acerca de las transacciones entre nuestros deseos, expectativas y creencias y la realidad<sup>9</sup>. El pensamiento «racional u objetivo» se presenta frecuentemente como antagónico con el «subjetivo o emocional». Se admitía que los sistemas subcorticales responsables de las respuestas emocionales daban órdenes de acción, y los sistemas corticales, mediante una elaboración cuidadosa de datos, controlaban las respuestas. Cuando las soluciones entre órdenes subcorticales y corticales no coincidían, aparecía el clásico conflicto razón-emoción. Sin embargo, por lo que hoy día se sabe, el proceso no es tan dicotómico. El córtex frontal participa activamente en la producción, experimentación y dirección de nuestras emociones, ponderándolas y dotándolas de mayor profundidad. Y viceversa. El resultado es una inteligencia de rango superior. Las personas que tienen inutilizada la interfaz cognitivo-emocional tienen menor capacidad de tomar decisiones acertadas: les falta la intuición. Las emociones aquilatan nuestros pensamientos y les dan una contextualización más compleja.

Deberíamos tener más respeto a la intuición que el que se le da actualmente, ya que los estudios recientes sugieren que desempeña un papel crucial en la habilidad hu-

<sup>a</sup>Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Polígono Industrial. Toledo. España.

<sup>b</sup>Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. España.

Correspondencia:  
José Luis Turabián.  
Calderón de la Barca, 24. 45313 Yépес. Toledo. España.  
Correo electrónico: jturabianf@meditex.es

Manuscrito recibido el 28 de mayo de 2004.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 23 de junio de 2004.

Palabras clave: Emociones. Medicina de familia. Toma de decisiones. Ojo clínico. Método clínico.

mana para tomar decisiones<sup>10</sup>. Los científicos mismos subrayan constantemente el factor creador en el proceso de descubrimiento científico: la creación de una nueva hipótesis o teoría, no sólo no se puede someter a un control lógico, sino que con frecuencia no puede explicarse de un modo racional. Según Popper y Bergson, «cada descubrimiento científico contiene un elemento irracional o una intuición creadora». La intuición no es otra cosa que una forma altamente desarrollada del instinto<sup>11</sup>. Así pues, la intuición existe y no tiene lugar por cánones estrictamente lógicos<sup>12</sup>. Tenemos sentidos más allá de los cinco sentidos. Y uno de ellos es la intuición. No sólo el arte; los grandes descubrimientos científicos también surgen de manera intuitiva<sup>13</sup>. La razón científica, dirá Bergson, «es radicalmente inepta para aprehender la realidad de las cosas; sus leyes y sus conceptos la solidifican, la reducen a cadáver; sólo la intuición permite al hombre un conocimiento satisfactorio y adecuado de sí mismo y del mundo»<sup>14</sup>.

En las personas normales hay un sesgo inconsciente antes del consciente que guía el comportamiento. Sin la ayuda de este sesgo, las decisiones basadas sólo en el conocimiento racional son insuficientes para lograr comportamientos adecuados<sup>15</sup>. Liberar la intuición ayuda a liberar el potencial. La intuición es «conocimiento obtenido, o poder de conocimiento, sin el recurso o inferencia del razonamiento... una aprehensión o captación inmediata». Todos ocasionalmente experimentamos un *flash* de conocimiento, una convicción profunda de que el conocimiento correcto es sentido sin esfuerzo consciente. El uso creativo de la intuición tiene ciertos efectos que ayudan al desarrollo del potencial humano: gran sensibilidad para escuchar el interior del Yo propio, un efecto acumulativo –es decir, cuanta más intuición se usa, mejor funciona–, el fortalecimiento de la integridad personal y un mayor sentido de bienestar psicológico.

La mentalidad médica occidental, más proclive al empleo de razonamientos mecanicistas que al pensamiento intuitivo, ha relegado a un segundo plano el estudio de las cuestiones que no eran explicables por el método científico y éste, a su vez, siempre ha estado condicionado por el desarro-

## TABLA 1

### El uso de las emociones e intuiciones se traducen en la práctica clínica, por lo menos

1. La diferencia entre curar y cuidar
2. El diagnóstico emocional
3. «El ojo clínico»
4. El diagnóstico mediante el método de reconocimiento de patrones

llo de los medios instrumentales adecuados para la materia en estudio<sup>16</sup>. Hay un «momento intuitivo» del saber científico. La intuición científica de la realidad posee un carácter sensible: el hombre de ciencia ve, toca, oye, huele... En la base de la ciencia humana hay siempre un conjunto de intuiciones sensoriales, los «hechos brutos» de que hablaba Claude Bernard: un color, la figura visible de una célula, un signo<sup>14</sup>.

### ¿Cómo se traduce en la práctica clínica el uso de las emociones e intuiciones?

Las emociones e intuiciones son herramientas fundamentales para gestionar la incertidumbre (diagnóstico y tratamiento) en los clínicos que aprenden con la experiencia (tabla 1). Los protocolos lineales son importantes indudablemente para salvar vidas, pero hay que tener en cuenta que ese enfoque es sólo útil una vez que se ha entendido el problema. Para el clínico práctico, llegar a entender el problema en primer lugar requiere intuición e imaginación<sup>16</sup>. El manejo y la gestión de las emociones que se suscitan durante la consulta nos hace más inteligentes y, por ende, más potentes desde un punto de vista terapéutico, otorgando un valor semiológico a signos mínimos contextualizándolos en una visión integradora, ya sean estos datos biológicos o de otras esferas<sup>17</sup>.

### Curar y cuidar

En nuestro actual «Sistema Curativo de Enfermedades» solemos perder al paciente en el proceso de diagnóstico y tratamiento, sobrevalorando los procedimientos técnicos frente a la pasada de moda compasión hacia el paciente. Tal sistema produce médicos que creen más en sus tareas de curar que en las de cuidar, y piensan en el cuerpo humano como una máquina con partes

### LECTURA RÁPIDA

Según Popper y Bergson, «cada descubrimiento científico contiene un elemento irracional o una intuición creadora». La intuición no es otra cosa que una forma altamente desarrollada del instinto

El uso creativo de la intuición tiene ciertos efectos que ayudan al desarrollo del potencial humano: gran sensibilidad para escuchar el interior del Yo propio, un efecto acumulativo –es decir, cuanta más intuición se usa, mejor funciona–, el fortalecimiento de la integridad personal y un mayor sentido de bienestar psicológico.

### ¿Cómo se traduce en la práctica clínica el uso de las emociones e intuiciones?

Las emociones e intuiciones son herramientas fundamentales para gestionar la incertidumbre (diagnóstico y tratamiento) en los clínicos que aprenden con la experiencia

**LECTURA RÁPIDA**

▼ «Cuidar» sin «ciencia» es una acción cariñosa bienintencionada, pero no medicina. Por otro lado, la «ciencia» sin «cuidar al paciente» vacía de contenido a la medicina y se opone a su potencial. Los dos componentes son esenciales para el arte de hacer medicina.

▼ **Diagnóstico emocional**  
Los sentimientos son importantes: motivan nuestras acciones. Diagnosticar emociones en medicina de familia constituye una parte importante del diagnóstico, porque los sentimientos constituyen la primera puerta que tenemos que pasar para que el paciente se deje abordar.

**TABLA 2****El sentido de «cuidar» en medicina**

1. Empatía, es decir, la capacidad del médico de participar en los sentimientos del paciente; hacer esto probablemente ayudará al médico a entender y quizás aceptar por qué el paciente elige opciones terapéuticas diferentes de las aconsejadas. A través de la empatía, el médico intenta reconciliar sus propias creencias sobre lo que es mejor para el paciente
2. Confianza
3. Respeto
4. Escucha. Escuchar es la herramienta más compleja y difícil del repertorio del médico. Escuchar no es una tarea pasiva; se trata de «oír problemas y dar asistencia que no se habla». La comunicación efectiva depende mucho más de nuestra habilidad de ser buenos escuchando que de decir cosas al paciente. La mayoría de los médicos creen equivocadamente que escuchan más de lo que hacen en realidad

que pueden cambiarse, olvidando que, por ejemplo, un dolor abdominal puede provenir de la propia vida tanto como de la vesícula biliar. Los resultados en términos de salud están en relación con los aspectos afectivos de los pacientes, y la confianza generada en cada persona es un potente predictor de la evolución de numerosas enfermedades, «psicológicas» y «orgánicas». «Cuidar» sin «ciencia» es una acción cariñosa bienintencionada, pero no medicina. Por otro lado, la «ciencia» sin «cuidar al paciente» vacía de contenido a la medicina y se opone a su potencial. Los dos componentes son esenciales para el arte de hacer medicina. En la tabla 2 se presenta lo que incluye en medicina el sentido de «cuidar»<sup>18</sup>.

**Diagnóstico emocional**

Es importante que el aprendiz, antes de llegar a estar inmerso en los aspectos técnicos y cognitivos de la medicina, sea capaz de identificar los sentimientos y emociones, miedos y preocupaciones del paciente, de forma que el conocimiento técnico aprendido en la Facultad pueda ser aplicado, en su verdadera grandeza, en el contexto

de esas necesidades<sup>18,19</sup>. El contacto con los sentimientos del enfermo contribuye al diagnóstico y tratamiento del paciente (tablas 3 y 4).

En las consultas sobre problemas de salud, los sentimientos tienen generalmente más importancia que los hechos, ya que los sentimientos son espejos de las preocupaciones humanas. Los hechos en un mensaje son realidades objetivas: cómo una persona se siente sobre ellos generalmente permite identificar si el problema existe o no, las dimensiones del problema y su importancia. Desgraciadamente, el énfasis que la sociedad y la ciencia ponen en «los hechos» disminuye nuestra capacidad de reconocer los sentimientos de otras personas y quizás los nuestros propios, sobre los hechos.

Los sentimientos son importantes: motivan nuestras acciones. Diagnosticar emociones en medicina de familia constituye una parte importante del diagnóstico, porque los sentimientos constituyen la primera puerta que tenemos que pasar para que el paciente se deje abordar. Una vez realizado un buen «diagnóstico sentimental», serán más fáciles las intervenciones biomé-

**TABLA 3****El contacto con los sentimientos del enfermo contribuye a su diagnóstico y tratamiento**

1. Su contribución al diagnóstico del paciente: la accesibilidad del clínico a sentimientos diversos es la llave de la situación y afecta a nuestros sentimientos en nuestra reacción frente al paciente, pero esto no es una intrusión indeseable y no científica de fenómenos de contratransferencia, sino más bien la puerta para llegar a entender datos virtualmente preciosos y altamente científicos sobre lo que le pasa –en su consciente e inconsciente– a nuestro paciente
2. Su contribución al tratamiento: en nuestra investigación incesante para encontrar medicamentos específicos y más eficaces, pero inevitablemente inhumanos, nos alejamos cada vez más de la posibilidad de acceder a ese poder terapéutico que se encuentra en el interior de nosotros mismos y que comporta emociones intensas y muy personalizadas. La avalancha de fármacos, a los que se recurre inconsciente y rápidamente en la atención clínica, representa el esfuerzo del clínico por protegerse a sí mismo de experiencias afectivas –de alto valor terapéutico– en su trabajo con los pacientes

**TABLA 4** **Un ejemplo de la importancia del diagnóstico emocional**

El miedo a la insulinoterapia puede alterar más la hemoglobina glucosilada y producir más retinopatías que la ausencia de un servicio de atención al diabético en la cartera de servicios y/o que la insuficiente dotación de oftalmólogos en el correspondiente servicio hospitalario

dicas y educativas. La buena salud se constituye a partir de la toma de conciencia de la emoción<sup>19</sup>. Las experiencias emocionales no han de ser contempladas como intrusiones indeseables, sino que han de convertirse en guía fundamental para la comprensión y el desarrollo del proceso terapéutico. El primer paso técnico de la atención clínica consistiría en quedar en estrecho contacto con las emociones diversas que surgen en la relación médico-paciente. Es muy importante, para tener datos sobre el paciente mismo, que el clínico registre los sentimientos, de cualquier tipo que sean, que él experimenta en su relación médico-paciente.

**«El ojo clínico»**

No existen las decisiones objetivas sin emociones<sup>20</sup>. Al final, todas las decisiones son emocionales. Los sentimientos son importantes: motivan nuestras acciones, y nuestra incapacidad para comprenderlos puede significar que nos perdamos la parte más importante de los mensajes que envían las personas. Así, la atención primaria requiere de los médicos de familia que sean capaces de pensar tanto sobre la enfermedad como sobre la persona. ¿Cómo puede resolverse en el método clínico este aparente conflicto

entre la forma de pensar centrada en la enfermedad y la centrada en el paciente?: contextualizando. Al conocer primero a las personas en sus contextos, somos capaces de ser más efectivos con nuestros instrumentos «objetivos» (tabla 5).

Se nos ha enseñado a generar hipótesis diagnósticas lo antes posible en el método clínico (en los casos clínicos muchas veces se le presenta al clínico un fragmento de la historia y se le piden hipótesis diagnósticas, y luego ya se sigue con el resto de la historia, la exploración... ¡eso es un ejemplo de aprender a descontextualizar!). Así, aprendemos a pensar de inmediato en la enfermedad más que en la persona en su contexto, y pasamos primero a las generalizaciones (a los protocolos) saltándonos las particularidades del caso. Como clínicos deberíamos estar interesados no en qué clase de enfermedad hay, sino cuál es el estado del proceso de enfermedad en esa persona, y por qué, y por qué ahora. Nuestra meta no es el nombre de una enfermedad, sino lograr que el enfermo mejore como resultado de nuestras acciones (incluso si se trata de un enfermo terminal que morirá próximamente).

Así, hay distintas clases de información —información sobre el paciente como per-

**LECTURA RÁPIDA**

▼  
Es muy importante, para tener datos sobre el paciente mismo, que el clínico registre los sentimientos, de cualquier tipo que sean, que él experimenta en su relación médico-paciente.

▼  
**«El ojo clínico»**  
No existen las decisiones objetivas sin emociones. Al final, todas las decisiones son emocionales.

▼  
Así, la atención primaria requiere de los médicos de familia que sean capaces de pensar tanto sobre la enfermedad como sobre la persona.

▼  
Como clínicos deberíamos estar interesados no en qué clase de enfermedad hay, sino cuál es el estado del proceso de enfermedad en esa persona, y por qué, y por qué ahora.

**TABLA 5** **Un ejemplo de intuición y contextualización**

La hija de un paciente llama al médico de familia a domicilio con carácter urgente para atender a su padre de 70 años. Justo estaba casado con María, a quien cuidaba habitualmente desde años con dulzura y sin exteriorizar ningún agobio ni contrariedad con la vida

Justo estaba consciente, orientado y presentaba una clínica clara de vértigo. Interrogado, explicó que esos cuadros le venían ocurriendo de forma recurrente pero leve desde hacía años, pero no consultó por ello. No había otros síntomas añadidos. Sin embargo, Justo estaba tumbado y vestido en la cama y realizaba repetidos intentos de levantarse, con dificultad, y ponerse el abrigo, sin responder coherenteamente cuando se le preguntaba. Había un cuadro de agitación y ansiedad exagerado. Cuando el médico preguntó a la hija por lo frecuente de ese tipo de comportamiento de Justo, que el médico no conocía, la hija también expresó su sorpresa, ya que era totalmente inusual en él. Justo era especialmente amable, dulce y ceremonioso en todas las visitas previas, y ese carácter siempre llamó la atención del médico

La clínica era de vértigo periférico, pero la situación no se explicaba totalmente por este diagnóstico. El médico de cabecera envió a Justo al servicio de urgencias del hospital. Tras llegar a urgencias fue diagnosticado de vértigo, pero 1 h después, sin haber mejorado su clínica, comenzó con un dolor torácico opresivo, irradiado al brazo izquierdo, sin cortejo vegetativo, y un electrocardiograma mostró una elevación del segmento ST de 2 mm en la cara inferior; fue diagnosticado al alta de infarto agudo de miocardio, coronariopatía con enfermedad severa de la arteria coronaria derecha distal y marginal. Se realizó una angioplastia coronaria transluminal percutánea y se implantó un stent



## LECTURA RÁPIDA

▼ La información subjetiva ha sido tan esencial a los médicos como la objetiva desde el comienzo de la medicina.

▼ **El diagnóstico mediante el método de reconocimiento de patrones es parte del diagnóstico intuitivo**

El material utilizado en la parte intuitiva del proceso del diagnóstico procede en su totalidad del encuentro con el paciente, y se compone de una variedad de impresiones humanas subliminales procedentes de la interacción en la entrevista médica que tienen gran influencia en la cantidad y calidad de la información que se transmite o intercambia.

▼ Los clínicos difieren en su capacidad para captar o utilizar este tipo de información y relación, y esto es lo que separa «al médico sabio y sensible del técnico».

sona en su contexto-, además de los hechos objetivos, que se necesitan para la toma de decisiones clínicas: significados, emociones, intuiciones, actores... La información subjetiva ha sido tan esencial a los médicos como la objetiva desde el comienzo de la medicina. La subjetividad del médico como la experiencia de dar valor a los hechos no puede separarse de la práctica clínica. Este «dar valor a los hechos» –por ejemplo, el valor del *peak flow* en un paciente– tiene lugar al comprender un contexto particular. No hay medicina clínica sin el juicio contextualizado de médicos individuales.

**El diagnóstico mediante el método de reconocimiento de patrones es parte del diagnóstico intuitivo<sup>21</sup>**

Se dice que intuición es «conocimiento claro, recto e inmediato de verdades que penetran en nuestro intelecto sin necesidad de razonamiento». El diagnóstico de una enfermedad de Parkinson o del mixdemá se pueden hacer con una mirada de unos segundos. Mientras que el «método matemático» de toma de decisiones tiende a recoger mucha información irrelevante para tomar decisiones, el clínico experto selecciona rápidamente, de la gran cantidad de datos, aquellos de trascendencia y que en realidad constituyen el cuadro clínico de un paciente específico.

El material utilizado en la parte intuitiva del proceso del diagnóstico procede en su totalidad del encuentro con el paciente, y se compone de una variedad de impresiones humanas subliminales procedentes de la interacción en la entrevista médica que tienen gran influencia en la cantidad y calidad de la información que se transmite o intercambia. En ello participan de manera sutil las personalidades del paciente y el médico. En este proceso que discrimina información importante para el diagnóstico, y es decisivo para la relación médico-paciente, intervienen el tono de voz, la expresión facial, los gestos, la observación, la insistencia en determinadas palabras o partes del relato. Es obvio que los clínicos difieren en su capacidad para captar o utilizar este tipo de información y relación, y esto es lo que separa «al médico sabio y sensible del técnico» y da sentido específico a la intervención terapéutica del médico de familia<sup>22</sup>.

## Bibliografía

1. Manes F, Sahakian B, Clark L, Rogers R, Antoniou N, Aitken M, et al. Decision-making processes following damage to the prefrontal cortex. *Brain*. 2002;125:624-39.
2. Damasio A. *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica; 2001.
3. Greene JD, Sommerville RB, Darley JM, Nystrom LE, Cohen JD. An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment. *Science*. 2001;293:2105-8.
4. Mlot CH. Neurobiology: probing the biology of emotion. *Science*. 1998;280:1005-7.
5. Prieto Castillo D. *Comunicación y percepción en las migraciones*. Barcelona: Serbal/Unesco; 1984.
6. Rapp F. *Filosofía analítica de la técnica*. Barcelona: Alfa; 1981.
7. ¿Por qué todos tenemos prejuicios? *La Vanguardia*; 13 de octubre 2001.
8. Tobeña A, Marks I, Dar R. Advantages of bias and prejudice: an exploration of their neurocognitive templates. *Neurosci Biobehav Rev*. 1999;23:1047-58.
9. Reinoso S. La entrevista: «Somos ignorantes emocionales». *José Antonio Marina. La Nación* Line 9 de septiembre 2001 [citado 10 Feb 2004]. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/suples/enfoques/0137/supl.asp?pag=P03.HTM&ca=prem>
10. Vogel G. Cognition: scientists probe feelings behind decision-making. *Science*. 1997;275: 1269-70.
11. Rusavín GI. *Métodos de la investigación científica*. La Habana: Ciencias Sociales; 1990.
12. Núñez Jover J. *Interpretación teórica de la ciencia*. La Habana: Ciencias Sociales; 1989.
13. Escribano I. *Más allá de la vida*. Brian Weiss. *La Nación* Line 20 de Enero 2002 [citado 10 Feb 2004]. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/suples/revista/0204/supl.asp?pag=P03.HTM&ca=prem>
14. Laín Entralgo P. *Ciencia y vida*. Madrid: Seminarios y Ediciones; 1970.
15. Bechara A, Damasio H, Tranel D, Damasio AR. Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science*. 1997;275: 1293-5.
16. Fraser SW, Greenhalgh T. Complexity science. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ*. 2001;323:799-803.
17. Cebríñ Andreu J. Emociones y motivaciones en las consultas médicas (II). *Jano* 2001;LX:2119-20.
18. Rakel RE. Compassion and the art of family medicine: from Osler to Opran. *JABFP*. 2000;13:440-8.
19. Tarí A. Crítica bibliográfica. Escritos sobre esquizofrenia. Harold Searles. *Área* 3. 2001;8: 67-71.
20. De Bono E. *Opportunities*. Middlesex: Penguin Books; 1981.
21. Rodríguez Rivera L. *La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas*. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
22. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Apuntes sobre la «resolutividad» y la «cura» en la medicina de familia. *Aten Primaria*. 2003; 32:296-9.