



Educación Médica

www.elsevier.es/edumed



Formación y competencia emocional en la educación médica

José Antonio Gutiérrez Fuentes

Doctor en Medicina.

Consejero honorífico de la Fundación Lilly

PALABRAS CLAVE

Emoción
Empatía
Educación emocional

KEYWORDS

Emotion
Empathy
Emotional training

Resumen Tras una breve introducción y justificación histórica sobre la necesaria rehumanización de la práctica médica, se analizan los aspectos relacionados con las emociones y la empatía y las posibilidades de entrenamiento que favorecen la adquisición por parte de los alumnos de Medicina de una competencia transversal necesaria que podríamos llamar “inteligencia emocional”.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Training and emotional competence in medical education

Abstract After a brief introduction and historical justification about the necessary rehumanisation of medical practice, aspects related to emotions and empathy and training possibilities promoting the acquisition by pupils of a necessary cross competence that we might call emotional intelligence are discussed.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A la pregunta: ¿qué es lo que define al ser humano?, Fernando Savater responde¹:

“no son los instintos o nuestra situación genética, tan semejantes a los de otros animales, sino nuestra capacidad de decidir e inventar acciones que transforman la realidad... y a nosotros mismos”.

F. Savater. El Valor de Elegir. Barcelona, Ed. Ariel, 2003

De la administración del conocimiento y las expectativas..., ¿a la frustración...?²

“Yet as those expectations become unlimited, they are unfulfillable: medicine will have to redefine its limits even as it extends its capacities”.

Roy Porter. Wellcome Institute for the History of Medicine in London. The Greatest Benefit to Mankind. New York: Norton & Company, 1998, p.718.

“La medicina cura en una tercera parte de los casos, alivia en las dos terceras partes y consuela en todos los casos”

Ramón Atalaya. Catedrático de Medicina Interna y Cardiología. Presidente de la Federación Médica Colombiana (1936-37)

Los valores médicos y la nueva medicina

Recientemente recibimos expectantes la grata nueva de la creación en Madrid de una Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria (BOCM de 6 de agosto de 2015). Menos entusiasmo me suscita la lectura del largo listado de sus 21 (de la “a” a la “u”) atribuciones, entre las que destacan conceptos como calidad, coordinación, organización, observatorio o ética. Referido a lo que era objeto de mi satisfacción, encuentro solo en la “m”: “La promoción, desarrollo y despliegue de aquellas **actuaciones institucionales** que garanticen la humanización de la asistencia sanitaria a través de la **personalización de la atención en los diferentes niveles** y a lo largo de todo el proceso asistencial”.

Ello me suscita una primera reflexión: Aunque para el administrador la sanidad deba ser un concepto genérico y amplio (institucional), los médicos sabemos que el hecho central lo constituye el acto personal e intransferible del encuentro y la relación entre el médico y el paciente (dos seres humanos) y todo lo demás, debidamente gestionado, debería estar al servicio de la mejor realización de dicho acto y todo lo que del mismo resulte.

Pues bien, tras este preámbulo, me permito la pregunta: ¿Debemos entender como una evolución imparables que los pacientes perciban cada vez más al médico como un técnico distante e insensible en lugar del habitual sanador “humano” y “próximo”? Y, dada la complejidad de la práctica médica moderna, ¿es posible formar médicos más “humanos”? Más aún, la pretendida humanización, ¿es solo cosa del profesional y el paciente o atañe a todo lo que rodea el acto médico, desde el papel de los otros profesionales hasta la estructura organizativa, física y tecnológica?

Centrándome solo en las dos primeras cuestiones, el pronóstico es reservado: depende de la cooperación de los

diversos actores en la educación y formación de los futuros facultativos. Las respuestas van desde los que opinan que no debemos intentar hacer de los médicos filósofos, hasta aquellos que mantienen que es precisamente eso por lo que debemos apostar. A mi juicio, se hace necesaria una nueva pedagogía que combine los elementos cognitivos con los afectivos y que restaure las actitudes liberales y humanistas propias de nuestra cultura, de manera que otorgue a cada uno de los médicos en formación la capacidad de identificar unos presupuestos y unos valores, y muestre las posibles alternativas en cada caso. Aquellos que desarrollasen e hiciesen uso de esas capacidades actuarían como verdaderos filósofos, y serían el modelo de “médicos humanos” por el que deberíamos apostar.

Esta reflexión liga con la bioética, planteada como la disciplina que pretende mejorar la interacción entre el que posee el conocimiento y aquel a quien se le ofrece y puede recibir la aplicación práctica del mismo, siempre orientada a ayudarle en la solución de los problemas que le aquejan. Ello reafirma la importancia, en la relación entre médico y enfermo, de que este último analice libremente y con plena autonomía (capacidad de pensar, decidir y actuar libre e independientemente), hasta donde su conocimiento se lo permita y aconseje, las implicaciones de las recomendaciones y los tratamientos propuestos, y participe con el médico en las decisiones. No dejan de ser los pacientes quienes asumen los riesgos que surgen de la aplicación de una u otra prueba diagnóstica o tratamiento, y el médico el que se responsabiliza de su prescripción.

En medicina, y desde el momento que se trata de la realización práctica del conocimiento que el hombre posee y aplica sobre sus semejantes, el acto médico trasciende la aplicación de la necesaria información científica. Surge entonces una relación interpersonal desde la que afloran la comunicación, la empatía y la confianza, ingredientes fundamentales para el logro de una medicina efi-

caz y eficiente. Es precisamente en el logro de esta atmósfera dónde radica el componente de arte que tiene el acto médico.

La educación médica tradicional ha puesto su énfasis en el desarrollo del conocimiento, las destrezas y aptitudes, cuando en el mundo moderno no solo se debe educar para la competitividad sino para la capacidad de adaptarse al cambio, de generar nuevo conocimiento y de mejorar continuamente nuestro desempeño. Si bien la medicina se ha definido como el “arte y ciencia del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y el mantenimiento de la salud”, o también como “el arte de prevenir o curar la enfermedad”, creo que la nueva medicina no es ni el arte de algo ni una ciencia en abstracto, sino un agregado de artes y disciplinas. Es en este contexto en el que la educación médica debe tener muy bien definidas sus metas y los procesos para lograr hacer de los estudiantes personas con la capacidad de practicar la medicina.

Sobre la emoción y la empatía

Como introducción, una cita y una breve reseña histórica que considero pertinentes.

Cuando a Francisco J. Ayala le preguntamos si el comportamiento moral es un resultado de la evolución biológica, responde³:

Cuando se plantea la cuestión de si la ética está determinada por la naturaleza biológica humana, la cuestión a discutir puede ser una u otra de las dos siguientes:

1. ¿Está la capacidad ética de los seres humanos determinada por su naturaleza biológica?
2. ¿Están los sistemas o códigos de normas éticas determinados por la naturaleza biológica humana?

La tesis que propone es que los humanos son seres éticos por su naturaleza biológica: que somos capaces de evaluar nuestro comportamiento como correcto o incorrecto, moral o inmoral, como consecuencia de las eminentes capacidades intelectuales de que estamos dotados, que incluyen la autoconciencia y el pensamiento abstracto. Estas capacidades intelectuales son productos del proceso evolutivo, pero son distintivas de los humanos.

Una segunda tesis que propone es que las normas morales según las cuales evaluamos acciones particulares como moralmente buenas o malas, así como los fundamentos que pueden utilizarse para justificar dichas normas morales, son productos de la evolución cultural, no de la evolución biológica. Las normas de moralidad pertenecen, a este respecto, a la misma categoría de fenómenos que las instituciones políticas y religiosas, o las artes, las ciencias y la tecnología. Los códigos morales, como esos otros productos de la cultura humana, son consistentes a menudo con las predisposiciones biológicas de la especie humana y de otros animales. Pero esta consistencia entre normas éticas y tendencias biológicas no es necesaria ni universal: no se aplica a todas las normas éticas de una sociedad dada, ni mucho menos a todas las sociedades humanas.

Sobre cómo llegamos a establecer el concepto de emoción, quizás sea de ayuda recordar algo sobre sus orígenes: Los sofistas (Protágoras, Gorgias, Hipias... -siglos V y IV a.C.-),

dedicados inicialmente a los problemas antropológicos y a la enseñanza de la sabiduría y la filosofía, dudaron del conocimiento y de las verdades objetivas, considerando y propugnando la posibilidad de que todo fuese subjetivo, relativo y opinable, lo que les llevó a oponerse a la distinción entre realidad y apariencia, así como a rechazar que detrás del mundo que nos ofrecen los sentidos existiesen verdades objetivas esenciales.

Para el relativismo sofista, conceptos como el bien, la virtud y lo justo no eran susceptibles de una definición universal, sino el resultado de convenciones, por lo cual consideraban que lo bueno, lo virtuoso y lo justo en un lugar, pudieran no serlo en otro.

Sócrates estaba convencido de que la virtud puede enseñarse, llegando a identificarla con el conocimiento y el saber, puesto que no se puede hacer lo bueno y justo si no se conoce.

Lo único que consideraba como necesario para hacer virtuosos a los seres humanos era enseñarles a descubrir la virtud, puesto que toda persona tiene conocimientos plenos de la verdad suprema contenida en el interior de su alma.

El método socrático, conocido como *mayéutica*, se fundamenta en preguntas, construidas pertinentemente, y respuestas, de manera que las personas sean capaces de descubrir la verdad y el conocimiento que llevan en su interior. Quien pregunta bien, es decir, quien practica la dialéctica mayéutica, descubrirá la verdad que, aunque dormida, existe en la mente de cada hombre, y se acercará a la razón, que existe por sí misma.

La primera teoría acerca de las emociones fue expuesta por Platón, como resultado de contraponer el placer y el dolor, y considerando el alma humana (la mente) como dividida en los tres dominios, racional o cognitivo, irascible o afectivo, y apetitivo, que conformaban la trilogía básica razón, espíritu y apetito. Trilogía que en la actualidad se corresponde con cognición, emoción y voluntad o motivación.

En su obra *Retórica*, Aristóteles desarrolló lo que para muchos es la teoría clásica más completa acerca de las emociones. Considera la emoción como una afección del alma que siempre va acompañada de placer o dolor, y que se constituye, instala y percibe como una medida del valor que para la vida tiene el hecho o situación a la que se refiere dicha emoción.

Para Aristóteles, al contrario que para Platón, las dos dimensiones del alma humana, la racional y la irracional, conforman una unidad. Así se justifica que las emociones sean poseedoras de elementos racionales, como las creencias, las expectativas y las perspectivas. Por esta razón, es considerado como el precursor de las actuales teorías cognitivas acerca de las emociones.

Sobre la emoción

Conceptualmente, por *emoción* (del latín *emotio*, -ōnis) entendemos (según el *Diccionario de la Real Academia Española*, DRAE):

1. Alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática.

- Interés, generalmente expectante, con que se participa en algo que está ocurriendo.

Desde la época de los grandes pensadores clásicos y hasta nuestros días son muchas y diversas las aproximaciones al tema intentando conocer y entender mejor los mecanismos de las emociones, ya por parte de antropólogos y filósofos, ya de científicos intentando conocer el sustrato fisiológico u orgánico de las alteraciones del ánimo, que van acompañadas de un correlato somático o emoción.

Como ejemplo de ello, ya en 1937, James Papez⁴ sugirió un esquema anatómico para el circuito neural de la emoción, conocido como el circuito de Papez. El circuito comienza cuando un estímulo emocional se presenta, llega directamente al tálamo, donde se dirige a la corteza sensorial y al hipotálamo. Cuando la información proveniente de estas dos estructuras es integrada por la corteza cingulada, ocurre la experiencia emocional, es decir, las sensaciones se convierten en percepciones, pensamientos y memorias. Papez demostró que la corteza cingulada y el hipotálamo están interconectados mediante el núcleo anterior del tálamo, el hipocampo y los cuerpos mamilares, y que estas conexiones son necesarias para el control cortical de la expresión emocional.

Sobre la empatía (cognitiva y afectiva)

En el DRAE, *empatía* (del gr. ἐμπάθεια *empátheia*) se define como:

- Sentimiento de identificación con algo o alguien.
- Capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos.

La empatía humana se basa en la habilidad de compartir las emociones, así como en la capacidad de entender los pensamientos, deseos y sentimientos de otro. Es la capacidad de experimentar las emociones de los otros como si fuesen propias. La habilidad de ponerse en su lugar, de entenderlo, de tratar de comprender qué pasa por su mente y cuáles son las razones para ello, intentando pensar cómo piensa él, con sus creencias, sus valores y sus circunstancias (tabla 1).

Tabla 1 Dos diferentes reacciones empáticas ante el sufrimiento de otros

Empatía	
Compasión	Distress empático
Emoción relacionada con otros (exógena)	Emoción relacionada con uno mismo (endógena)
Sentimientos positivos: ej. amor	Sentimientos negativos: ej. estrés
Buena salud	Mala salud, agotamiento
Aproximación y motivación social	Alejamiento y comportamiento anti-social

Recientes hallazgos utilizando técnicas de neuroimagen⁵ avalan que la empatía está formada por múltiples componentes, y sugieren que las empatías afectivas (también llamada emotiva y que es la capacidad de responder con un sentimiento adecuado a los estados mentales de otro) y cognitiva (la capacidad de comprender el punto de vista o estado mental de otro) están representadas de manera diferencial en la morfometría cerebral. También proporcionan evidencias de que la empatía está representada por diferentes correlatos neurales y estructurales^{6,7}.

Pero ante estas pruebas de plasticidad cerebral, se plantean una serie de cuestiones:

- ¿Pueden incrementarse algunos tipos de empatía mediante “entrenamiento” cerebral?
- ¿Se puede perder capacidad empática como consecuencia de cambios o condiciones en el cerebro?

En lo que respecta a la primera cuestión, parece que sí, que la empatía se puede “entrenar”. Por ejemplo, está constatado que los padres de niños recién nacidos que se implican en el cuidado de sus hijos desarrollan una mayor empatía hacia estos, lo que les permite ajustarse más a sus necesidades. En este caso, la hormona oxitocina (o “del amor”) jugaría un papel clave en la transformación o moldeado del cerebro para tal fin⁸.

En cuanto a la segunda cuestión, si las personas pueden perder (o no tener) capacidad empática como consecuencia de una condición cerebral, este punto se ha comprobado en determinados psicópatas: individuos incapaces de empatizar con otros y en cuyos cerebros se da una reducción del volumen de sustancia o materia gris en la corteza prefrontal anterior y en zonas de los lóbulos temporales⁹.

A su vez, estudios recientes de neuroimagen permiten diferenciar áreas neuronales diferentes para la empatía y la compasión. También en este sentido, los avances en los estudios de neuroplasticidad atisban progresos en técnicas de entrenamiento socioafectivo capaces no solo de modificar la plasticidad funcional del cerebro, sino incluso de producir cambios estructurales, modificaciones en variables relacionadas con la salud (hormonas del estrés, parámetros de la inmunidad, marcadores neurogenéticos) así como en el comportamiento cotidiano y cognitivo (pensamientos, actos prosociales, relaciones con otros)¹⁰.

Sobre la formación de los médicos

La Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI, Visión y Acción¹¹, establece:

Los docentes deberán ocuparse, sobre todo hoy en día, de enseñar a los alumnos a aprender y a tomar iniciativas y no a ser únicamente pozos de ciencia.

Y, así mismo, establece que la educación deberá estructurarse en torno a cuatro aprendizajes fundamentales:

- Aprender a CONOCER, para que el alumno ejercite la atención, la memoria y el razonamiento.
- Aprender a HACER, o cómo llevar a la práctica el conocimiento adquirido previamente.

- Aprender a CONVIVIR, a través de formas de interdependencia.
- Y aprender a SER, como forma de desarrollo integral de la persona, potenciando sus cualidades éticas, intelectuales y afectivas.

Por otra parte, entendemos por *competencia* la “pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto importante”. En educación, es común distinguir entre aquellas competencias que son específicas y las que son transversales o genéricas, siendo estas últimas aquellas que rebasan los límites de una disciplina para desarrollarse potencialmente en todas ellas.

En la versión en español del proyecto Tuning Educational Structures in Europe¹² (En música, *to tune* significa afinar, acordar, temprar, y también significa prepararse, ejercitarse, ponerse a punto.), *tuning* se refiere a la permanente necesidad de que la educación sintonice con las necesidades sociales y que ello sea un proceso abierto y dinámico, dispuesto a compartir con otros, es decir, con cuantos integramos el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Se trata de poner a punto las estructuras educativas que son responsabilidad específica de las universidades europeas para responder al reto de la Declaración de Bolonia y del Comunicado de Praga.

Pues bien, con respecto a las competencias transversales Tuning Educational Structures in Europe propone clasificarlas como vemos en la tabla 2¹³ (hemos resaltado en **negrita** las competencias a desarrollar por los estudiantes que son objeto de atención especial en este artículo).

Atendiendo a las necesidades de sintonización y desarrollo del EEES, el libro *Competencias para el grado de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid*¹⁴ define las competencias a adquirir por el estudiante de Medicina y supone un documento-borrador de trabajo que ha de servir de base para la consolidación de un nuevo modelo en la enseñanza y aprendizaje de la medicina, cuyo rasgo distintivo será la incorporación del alumno en la actividad del centro sanitario, de manera que llegue a conocer su realidad, su funcionamiento, sus misiones, las actividades asistenciales y, lo más importante, su participación e integración en las mismas.

Respecto a cómo adquirir estas competencias, solo un breve recuerdo al método de aprendizaje basado en problemas (ABP). Se trata de un método útil para el desarrollo de las competencias transversales de todo tipo: instrumentales cognitivas y metodológicas (capacidad de análisis y síntesis, resolución de problemas, toma de decisiones, capacidad de organización y planificación, gestión del tiempo, razonamiento crítico), instrumentales tecnológicas y lingüísticas (búsqueda y análisis crítico de la información, comunicación oral y escrita), interpersonales (trabajo en equipo, habilidades interpersonales, liderazgo, compromiso ético) y sistémicas (capacidad para el aprendizaje autónomo, adaptación a nuevas situaciones)¹⁵.

Educación emocional

Este aspecto de la educación debe ser un proceso continuo y permanente, que pretenda potenciar el desarrollo emo-

Tabla 2 Competencias transversales

Instrumentales

- Capacidad de análisis y síntesis
- Capacidad de organización y planificación
- Conocimientos generales básicos
- Conocimientos básicos de la profesión
- **Comunicación oral y escrita**
- Conocimiento de idiomas
- Habilidades en el manejo de un ordenador
- Habilidades de gestión de la información (buscar y analizar información de fuentes diversas)
- Resolución de problemas
- Toma de decisiones

Interpersonales

- **Capacidad crítica y autocrítica**
- **Trabajo en equipo**
- **Habilidades interpersonales**
- Trabajo en equipo interdisciplinario
- Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas
- Reconocimiento de la diversidad y multiculturalidad
- Habilidad para trabajar en un contexto internacional
- **Compromiso ético**

Sistémicas

- **Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica**
- Habilidades de investigación
- Aprendizaje
- **Adaptación a nuevas situaciones**
- Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad)
- Liderazgo
- Conocimiento de culturas y costumbres de otros países
- Habilidad para trabajar de forma autónoma
- Diseño y gestión de proyectos
- Iniciativa y espíritu emprendedor
- **Motivación por la calidad**
- **Motivación por la consecución de objetivos**

cional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo. Ambos son los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral.

La competencia emocional está en función de las experiencias vitales que cada uno ha tenido, entre las cuales están las relaciones familiares, con los compañeros, escolares, etc.

La educación emocional supone pasar de la educación afectiva a la educación del afecto, es decir, impartir conocimientos teóricos y prácticos sobre las emociones¹⁶. Ello requiere de unos profesionales entrenados y motivados para hacerlo¹⁷.

Las emociones son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso, o recuerdo importante. Esta adaptación, según Robert Levenson, puede manifestarse¹⁸:

- Psicológicamente, las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas que son guía de re-

spuesta del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria.

- Fisiológicamente, las emociones organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos, incluidas las expresiones faciales, los músculos, la voz, la activación del sistema nervioso autónomo y la del sistema endocrino, a fin de establecer un medio interno óptimo.
- Conductualmente, las emociones sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno, y nos impulsan hacia ciertas personas, objetos, acciones ideas, y nos alejan de otros.
- Las emociones actúan también como depósito de influencias innatas y aprendidas, y poseen ciertas características invariables y otras que muestran cierta variación entre individuos, grupos y culturas.

La inteligencia emocional es un concepto clave para organizar las destrezas interpersonales y de comunicación en el ámbito de la profesión médica. Se trata de un conjunto de habilidades relacionadas entre sí que implican la capacidad de autocontrol, la de percibir con precisión, así como valorar y expresar las emociones de uno mismo y generar sentimientos que faciliten el pensamiento y la comprensión de las emociones de los demás.

Podemos afirmar que la inteligencia emocional en medicina ayuda en: a) la relación médico-paciente y aspectos relacionados con la calidad de la prestación y con la satisfacción percibida, b) el rendimiento, el nivel de implicación y la satisfacción profesional de los médicos y, finalmente, c) en el entrenamiento y desarrollo de las habilidades de comunicación clínica.

Es precisa una mayor conciencia, implicación y preparación del profesorado para lograr la necesaria formación y competencia emocional en educación médica.

Algunas preguntas y reflexiones

Siguiendo el esquema propuesto por Pilar León Sanz^{19,20} en el I Encuentro Academia y Sociedad. Construyendo Contextos Emocionales Saludables, organizado por el Instituto Cultura y Sociedad (ICS) de la Universidad de Navarra, en mayo de 2014, se proponen las siguientes preguntas que suscitan las correspondientes reflexiones:

1. ¿Qué centralidad tiene lo emocional en la vida de los profesionales de la salud y en la carrera profesional? Es decir, ¿qué papel desempeñan las emociones en el trabajo, en las vidas y en la función directiva, en el contexto actual?
 - El ejercicio de la profesión médica conlleva un componente necesariamente e ineludiblemente emocional.
 - En el médico, este aspecto define su profesión y condiciona su vida como tal, trascendiendo los aspectos puramente laborales: familia, entorno, etc.
 - La función directiva no puede ser ajena a esta realidad: la gestión de una prestación en que interactúan los médicos, poseedores del conocimiento, y los pacientes, que demandan y esperan de aquellos la solución o alivio de sus dolencias.
2. ¿De qué manera las condiciones de trabajo, las estructuras organizativas, las culturas de los hospitales y centros de

salud afectan a la actividad asistencial y repercuten en el bienestar emocional de los profesionales?

- En términos generales, el ambiente y condiciones de trabajo condicionan la actividad asistencial, como sucede en cualquier otra actividad laboral. Ahora bien, la especificidad de la prestación asistencial precisa una atención diferenciada.
 - En este caso, el desarrollo de la relación médico-paciente demanda unas condiciones de trabajo propias y siempre orientadas a favorecer dicha relación, acto fundamental de la actividad asistencial.
 - Es preciso tener claro que el eje de la actividad sanitaria es el prestador de los servicios, en tanto en cuanto la otra parte es la beneficiaria de los mismos.
 - El imprescindible desarrollo de la faceta afectiva o de confianza mutua entre médico y paciente hace preciso un ambiente de trabajo adecuado.
3. ¿En qué medida los contextos de reforma sanitaria afectan emocionalmente a los profesionales de la salud? ¿Cómo enseñar o aprender a adaptarse a una asistencia médica cada vez más transcultural?
 - Vivimos un mundo en permanente cambio: “En unas pocas décadas la sociedad se reestructura a sí misma, cambian su visión del mundo, sus valores básicos, su estructura política y social, su arte, sus instituciones fundamentales” (Drucker).
 - Los sistemas organizativos del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de salud de las comunidades autónomas no contemplan, en general, los aspectos emocionales de las prestaciones sanitarias.
 - Como consecuencia, se tiende a la despersonalización de la atención y al anonimato en una prestación puramente clientelar.
 - Por ello, los aspectos emotivos mantenidos lo son en función de las conductas individuales de los médicos (y de los pacientes).
 - El planteamiento de “adaptarse” no debería conllevar el abandono de lo sustancial y definitorio de SER médico.
 4. ¿Cuáles son las implicaciones de tener en cuenta los aspectos emocionales para la gestión y el liderazgo del sector sanitario?
 - Debemos partir de la definición de la actividad sanitaria como una actividad con base científica que ha de ser prestada de forma individualizada, atendiendo a la idiosincrasia y a las circunstancias de cada paciente.
 - Ello debe situar al gestor sanitario ante la necesidad de facilitar el desarrollo de la relación médico-paciente y los aspectos emocionales que impulsen el necesario transvase de información y sentimientos y la creación de la imprescindible confianza mutua.
 - El gestor debe llegar al convencimiento de que este es el objetivo más rentable y eficiente para el mejor resultado de la prestación sanitaria.
 - Solo desde la comprensión y apoyo a estos aspectos debería consolidarse un liderazgo en el sector.
 5. ¿Cómo puede el factor educativo suponer un cambio en la mejora de la atención sanitaria?
 - Partiendo de considerar al médico como el principal responsable de la atención sanitaria y entendiendo

esta como la respuesta a la demanda de soluciones a los problemas de salud de cada paciente, la mejor formación del médico resulta decisiva.

- Desde este punto de vista es imprescindible la definición de las competencias a adquirir durante el grado, tanto las específicas como las transversales, tanto científicas como humanas, sociales, y afectivas y emocionales.
 - Estas últimas tendrán un desarrollo individual ligado a la personalidad y proyecto vital de cada uno.
6. ¿Cómo podría la investigación sobre las emociones en los profesionales sanitarios contribuir a un cambio en los programas educativos, en la formación de los docentes, en la mejora de la práctica y de la gestión clínicas?
- La mejora continua del producto de una empresa, en nuestro caso la prestación sanitaria, requiere una constante evolución fundamentada en el conocimiento de lo existente y las nuevas expectativas o demandas.
 - El conocimiento, a su vez, debe ser alimentado y puesto al día a través de la observación, la evaluación y priorización y el diseño adecuado de investigaciones.
 - En general debería prevalecer el concepto de mejorar sobre lo ya existente, y preservar, e incluso rescatar, los aspectos ligados a los valores que deberían ser considerados inmutables de la profesión médica.
 - El mejor maestro es el que nos enseña que hay pocas cosas comparables con la emoción intelectual de ver cómo aprende y se forma un alumno.

...la tecnología no es suficiente

“Yo creo que llegará el día, en que el enfermo se abandonará a las manos de los médicos. Sin preguntarle nada, estos médicos le extraerán sangre, calcularán algunas variables, multiplicarán unas por otras, curarán a este enfermo con sólo una píldora.

Sin embargo, si yo caigo enfermo, me dirigiré a mi viejo médico de familia. El me mirará en el ángulo del ojo, me tomará el pulso, me palpará el vientre, me auscultará. Después toserá, prenderá su pipa, se frotará el mentón, y me sonreirá para calmar mi dolor. Desde luego yo admiro la ciencia, pero también admiro la sabiduría”.

Antoine de Saint Exupéry, 1936

Bibliografía

1. Savater F. El Valor de Elegir. Barcelona: Ariel; 2003.
2. Roy Porter. Welcome Institute for the History of Medicine in London. The Greatest Benefit to Mankind. New York: Norton & Company; 1998. p.718.
3. Ayala FJ. Tres preguntas claves sobre la evolución del hombre. Una conversación pública con Francisco J. Ayala. Nov. 2011. Ed. Fundación Lilly y Fundación Rafael del Pino. Madrid. <http://www.fundacionlilly.com/global/img/pdf/actividades/formacion/conferencias/dialogoayala.pdf>
4. Papez JW. A proposed mechanism of emotion. 1937. J Neuropsychiatry ClinNeurosci. 1995;7:103-112.
5. Eres R, Decety J, Louis WR, Moltenberghs P. Individual differences in local gray matter density are associated with differences in affective and cognitive empathy. NeuroImage. 2015 Aug;117:305-310.
6. Shamay-Tsoory SG. The neural bases for empathy. Neuroscientist. 2011;17:18-24.
7. Lam TCM, Kolomiro K, Alamparambil FC. Empathy Training: Methods, Evaluation Practices, and Validity. Journal of MultiDisciplinary Evaluation. 2011; 7:162-200.
8. Teding van Berkhout E, Malouff JM. The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Counseling Psychology. 2016; 63:32-41.
9. Mestre Escrivá MV, Samper García P y Frias Navarro MD. Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: La empatía como factor modulador. Psicothema. 2002;14:227-232.
10. Singer T, Klimecki OM. Empathy and compassion. Current Biology. 2014;24:2073-2216.
11. Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI, Visión y Acción. Comisión Mundial sobre Educación Superior, UNESCO, 1998. <http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001163/116345s.pdf>
12. González J, Wagenaar R. Tuning Educational Structures in Europe. Informe final. Deusto: Universidad de Deusto, 2003.
13. Baños JE. Educación Médica. 2005;8:216-225.
14. Competencias para el Grado de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Ed. Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-UCM; 2009.
15. Branda LA. El aprendizaje basado en problemas: De herejía artificial a res popularis. Educación Médica. 2009;12:11-23.
16. Bisquerra R. Apuntes para una historia de la educación emocional. En: Avances en el estudio de la inteligencia emocional / coord. Fernández Berrocal P. Ed. Fundación Marcelino Botín 2009.
17. Bisquerra R. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado 2005; 19:95-114.
18. Levenson RW. The Intrapersonal Functions of Emotion. Cognition and Emotion. 1999;13:481-504.
19. León Sanz P. El carácter terapéutico de la relación médico-paciente. En: Flamarique, L, D'Oliveira, M, eds. Emociones y estilos de vida. Radiografía de nuestro tiempo. Ed. Biblioteca Nueva. 2013, pp. 101-130.
20. León Sanz P. La gestión emocional en el ámbito médico. Panacea. 2012; 99:44-47.