

Emociones y Etica



Resumen: el trabajar con emociones es uno de los retos más importantes que tienen los clínicos en sus relaciones con los pacientes. De igual manera los valores profesionales, la ética de la práctica y la identidad profesional, están embebidos en el ejercicio clínico y se ven afectados o mediatizados por las emociones, por lo que cualquier enfoque educativo sobre esos tres aspectos se beneficiaría de la consideración del papel que tienen las propias emociones. Este es precisamente el principal mensaje que encierra el concepto de 'Etica Narrativa'. En otro artículo publicado en este mismo número de **Doctutor**, se expone una metodología de la 'Etica Narrativa'.

Emotions and Ethics

Abstract: working with emotions is one of the most important challenges that clinicians have in their relationships with patients. In the same way, professional values, practice ethics and professional identity are formed at the core of clinical practice and are affected or mediated by emotions, so any educational focus on these three aspects would benefit from considering the role of one's own emotions. This is precisely the main message contained in the concept of "Narrative Ethics". In another article published in this issue of **Doctutor**, a methodology of "Narrative Ethics" is exposed

La incomodidad de las emociones en la práctica clínica y la educación de los profesionales de la salud

La educación en los sanitarios, médicos y enfermeros, desde hace pocos años incorpora rutinariamente la empatía. Cada vez son más los planes de estudios en medicina que tienen como objetivo promover actitudes o emociones relacionadas, en particular la compasión y el cuidado. 175 Sin embargo, los estudiantes frecuentemente reciben mensajes contradictorios. Se entiende comúnmente que las emociones tienen componentes afectivos y cognitivos, 6 los cuales son importantes para comprender y regular

las emociones. A pesar de esto, existe una tendencia entre algunos investigadores en educación médica en centrarse en los aspectos cognitivos, excluyendo explícitamente el compromiso emocional de los médicos con los pacientes.^{7,9} Esto es problemático porque se pasa por alto la importante tarea de la evaluación cognitiva de las respuestas afectivas cuando no se presta la debida atención a las dimensiones afectivas de las respuestas de los profesionales sanitarios a los pacientes. A pesar de la evidencia de que la falta de compromiso conduce al burnout, todavía hay recomendaciones para mantener el desapego y no comprometer el juicio clínico o fatigarse emocionalmente.^{10,13} Shapiro¹⁴ señala que los mensajes sobre las emociones que se ofrecen en el currículo formal a menudo se contradicen con los currículos informales y ocultos, donde se ejemplifica y valora el desapego. Aunque las emociones son al menos reconocidas en la educación de los sanitarios, las emociones que son más incómodas o menos aceptables socialmente, como la ira hacia los pacientes o colegas, reciben mucha menos atención formal que, por ejemplo, el mantenimiento del desapego, aunque ambas sean igualmente importantes.

Cada vez hay más literatura que destaca el papel importante y productivo de las emociones en la atención clínica y la educación de los médicos.^{15,16} Se ha demostrado que la capacidad de involucrarse emocionalmente promueve la confianza, la voluntad de comunicarse y el cumplimiento de los pacientes, mientras que el desapego puede conducir a una disminución de la confianza y el cumplimiento terapéutico en los pacientes.^{2, 17,18} El reconocimiento de las insuficiencias de la versión clínica independiente de la empatía ha impulsado enfoques revisados ??sobre la empatía en la educación médica que reincorporan lo afectivo, como la ?curiosidad comprometida? de Halpern¹⁹. Se cree que las habilidades requeridas para este tipo de empatía, es decir, la autorreflexión y la capacidad de procesar emociones de manera constructiva, protegen contra el estrés y el agotamiento.²⁰ Esto sugiere que es posible y necesario educar a los profesionales de la salud de manera más reflexiva sobre el papel de las emociones en la práctica clínica.

Emociones y Ética

En la tradición cognitiva de la teoría ética, en la que se basa en gran medida la ética del cuidado de la salud contemporánea, las emociones se han visto principalmente como una perturbación o una amenaza para la práctica ética. La práctica ética, comúnmente entendida como la toma de decisiones éticas, requiere un pensamiento racional.²¹ En esta imagen estándar, la emoción interfiere con el razonamiento y, por lo tanto, es un obstáculo para la toma de decisiones éticas²²; el proceso de toma de decisiones éticas requiere distanciarse de las propias emociones, para poder pensar con claridad y objetividad.²² El principalismo es el fundamento más común para la enseñanza de la ética en las profesiones de la salud.²³ A los estudiantes de medicina se les enseñan los principios clásicos de nivel medio,³² junto con las habilidades analíticas para usar estos principios.²⁴

Este enfoque de la enseñanza de la ética no presta suficiente atención a las emociones. Primero, se ha demostrado en varios campos que las emociones no son una amenaza para el razonamiento. Klein²⁵ mostró cómo las emociones son cruciales para la toma de decisiones intuitivas en la práctica profesional en el cuidado de la salud y otras ocupaciones de alto riesgo. Gigerenzer²⁶ argumentó que la intuición podría ser superior a la ponderación racional de las ganancias y los posibles daños. Aunque las emociones de alta intensidad pueden impedir decisiones razonables, las emociones de menor intensidad a menudo se utilizan como valiosos asesores en la toma de decisiones.^{27, 28}

En segundo lugar, en la teoría ética, las emociones tienen un papel legítimo e importante, incluso en la tradición cognitivista/racionalista. En 1985, por ejemplo, Herman²⁹ argumentó que las emociones son importantes para la sensibilidad moral, que es la capacidad de reconocer que una situación es moralmente relevante y requiere deliberación ética. La acción éticamente apropiada no es posible sin sensibilidad moral, según Herman.²⁹

Más recientemente, Haidt³⁰ ha argumentado que enseñar ética sin hacer referencia a las emociones no logra preparar a los estudiantes para el pensamiento ético en el mundo real, porque el mundo real es emocionalmente ?caliente? en comparación con el salón de clases. Haidt²¹ propone que el pensamiento ético comienza con una intuición moral, que es cognitiva, pero incluye un componente afectivo, a saber, un sentimiento de aprobación o desaprobación. El razonamiento sigue sólo si es provocado por alguna característica de la situación. El razonamiento se lleva a cabo con mayor frecuencia con otros, como amigos o colegas, en lugar de con uno mismo, y está influenciado significativamente por sus intuiciones y emociones. El razonamiento también puede verse influido por los sentimientos de incomodidad o miedo de uno, especialmente si la visión del mundo y los valores de uno parecen ser

cuestionados. 21 Estas ideas son significativas para la educación ética de los profesionales sanitarios y pueden tenerse en cuenta sin adoptar la posición emotivista, articulada por primera vez por Hume, 30 de que el juicio moral no es más que emoción. Tanto la emoción como el razonamiento basado en valores morales (ya sea que estén articulados como principios, derechos o reglas) son componentes esenciales para la enseñanza de la ética.

Ética y narrativa

De lo anteriormente argumentado surge la idea de incorporar la narrativa para la enseñanza y reflexión ética en la educación de las profesiones sanitarias, lo que algunos autores han denominado la ética narrativa 31,32. Esta 'ética narrativa' proporciona un foro para la exploración de la incorporación de las emociones en la enseñanza de la ética. Aunque existen diferentes enfoques de la ética narrativa, todos valoran y se involucran fundamentalmente con las narrativas para abordar cuestiones éticas, enfatizando el papel central de las narrativas. Las narraciones, como historias abiertas desde una perspectiva personal, difieren de los estudios de casos contruidos impersonalmente que se usan comúnmente en la enseñanza de la ética para ilustrar un concepto o principio ético predeterminado. La ética narrativa amplía el rango de consideraciones éticas más allá de un enfoque principialista en bioética, facilitando la consideración de las personas involucradas, las relaciones entre ellas y, lo que es más importante, sus sentimientos. Además, la ética narrativa en la educación médica es un medio útil para que los estudiantes aprendan sobre la formación de la identidad profesional.

En el otro artículo publicado en este número de **Doctutor**, detallamos un método de 'Ética Narrativa' que ejemplifica bien las potencialidades de esta perspectiva educativa

Referencias 1 Halpern J. From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice. Oxford, UK: Oxford University Press; 2001.

2 Kearney MK, Weininger RB, Vachon ML, Harrison RL, Mount BM. Self-care of physicians caring for patients at the end of life: 'Being connected' a key to my survival.? JAMA. 2009;301:1155-1164, E1.

3 Pedersen R. Empathy development in medical education? a critical review. Med Teach. 2010;32:593-600.

4 Shapiro J, Rucker L, Boker J, Lie D. Pointof- view writing: A method for increasing medical students' empathy, identification and expression of emotion, and insight. Educ Health (Abingdon). 2006;19:96-105.

5 West CP. Empathy, distress and a new understanding of doctor professionalism. Med Educ. 2012;46:243-244.

6 Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. J Gen Intern Med. 2006;21:524-530.

7 Scherer KR. What are emotions? And how can they be measured? Soc Sci Inf. 2005;44:695-729.

8 Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the 'nature' and 'specific effectiveness' of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. Patient Educ Couns. 2009;74:339-346.

9 Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Magee M. Physician empathy in medical education and practice: Experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. Seminars in Integrative Medicine. 2003;1:25-41.

10 Crandall SJ, Marion GS. Commentary: Identifying attitudes towards empathy: An essential feature of professionalism. Acad Med. 2009;84:1174-1176.

11 Halpern J. What is clinical empathy? J Gen Intern Med. 2003;18:670-674.

- 12** Ngai SS-y, Cheung C-k. Idealism, altruism, career orientation, and emotional exhaustion among social work undergraduates. *J SocWork Educ.* 2009;45:105?121.
- 13** Shapshay S. Compassion, A double-edged scalpel. *APA Newsl.* 2006;6:18?21.
- 14** Zenasni F, Boujut E, Woerner A, Sultan S. Burnout and empathy in primary care: Three hypotheses. *Br J Gen Pract.* 2012;62:346?347.
- 15** Shapiro J. The feeling physician: Educating the emotions in medical training. *Eur J Pers Cent Healthc.* 2013;1:310?316.
- 16** Shapiro J. How do physicians teach empathy in the primary care setting? *Acad Med.* 2002;77:323?328.
- 17** Wald HS, Davis SW, Reis SP, Monroe AD, Borkan JM. Reflecting on reflections: Enhancement of medical education curriculum with structured field notes and guided feedback. *Acad Med.* 2009;84:830?837.
- 18** Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative Based Medicine.* London, UK: BMJ Books; 1998.
- 19** Halpern J. From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Med Health Care Philos.* 2014;17:301?311.
- 20** Delany C, McDougall R, Gillam L. Ethics in clinical education. In: Delany C, Molloy L, eds. *Clinical Education in the Health Professions.* Chatswood, NSW, Australia: Elsevier Australia; 2009:173?186.
- 21** Haidt J. The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychol Rev.* 2001;108:814?834.
- 22** Fuscaldo G, Russell S, Gillam L, Delany C, Parker M. *Addressing Cultural Diversity in Health Ethics Education.* Canberra, Australia: Office of Learning and Teaching; 2013.
- 23** Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* 7th ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2012.
- 24** Gillam L. Teaching ethics in the health professions. In: Kuhse H, Singer P, eds. *A Companion to Bioethics.* 2nd ed. Oxford, UK: Wiley Blackwell; 2009:584?593.
- 25** Klein GA. *Sources of Power: How People Make Decisions.* Cambridge, Mass: MIT Press; 1998.
- 26** Gigerenzer G. *Gut Feelings: The Intelligence of the Unconscious.* New York, NY: Penguin; 2007.
- 27** Loewenstein GF, Weber EU, Hsee CK, Welch N. Risk as feelings. *Psychol Bull.* 2001;127:267?286.
- 28** Zinn JO. Heading into the unknown: Everyday strategies for managing risk and uncertainty. *Health Risk Soc.* 2008;10:439?450.
- 29** Herman B. The practice of moral judgment. *J Philos.* 1985;82:414?443.
- 30** Karlsson MM. 2006. Reason, passion, and the influencing motives of the will. In: Traiger S, ed. *The Blackwell Guide to Hume's Treatise.* Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd., Oxford; 2006.
- 31** Charon R. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness.* New York, NY: Oxford University Press; 2006.
- 32** Goodrich TJ, Irvine CA, Boccher-Lattimore D. Narrative ethics as collaboration: A four-session curriculum. *Fam Syst Health.*

2005;23:348.