

**REAL ACADEMIA DE DOCTORES
DE ESPAÑA**

LA EMPATÍA DEL MÉDICO

DISCURSO PRONUNCIADO POR EL

**EXCMO. SR. DR.
D. JOSÉ DE PORTUGAL ÁLVAREZ**

EN EL ACTO DE TOMA DE POSESIÓN
COMO ACADÉMICO DE NÚMERO
EL DÍA 29 DE JUNIO DE 2022

Y CONTESTACIÓN DEL

**EXCMO. SR. DR.
D. ANTONIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ**



MADRID MMXXII

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

Imprime: Artes Gráficas GARVI
Avda. Industria, 101
garvisc@telefonica.net

A Mari Carmen, una vida entera

ÍNDICE

Discurso de ingreso como Académico de Número	
Dr. D. José de Portugal Álvarez: <i>La empatía del médico</i>	9
Agradecimientos	11
Elección del tema	12
De la vocación médica	13
Razones de la ayuda del médico al paciente	15
La simpatía	16
La compasión	16
La camaradería	17
La amistad	18
¿Cómo aparece la empatía del médico?	18
De la empatía del médico según la evolución de la enfermedad	20
La enfermedad aguda	21
La enfermedad crónica	23
Los enemigos de la empatía del médico	26
La manipulación emocional	26
La invasión emocional	27
La erosión emocional	28
La erosión empática en el estudiante de Medicina	31
La empatía robótica	33
Notas	35
Discurso de contestación del Académico de Número	
Excm. Sr. D. Antonio González González	39

**DISCURSO DE INGRESO DEL EXCMO. SR. DR.
D. JOSÉ DE PORTUGAL ÁLVAREZ**

Excelentísimo Señor Presidente de la RADE,
Excelentísimas Señoras y Señores Académicos,
queridos Familiares, Amigos, Señoras y Señores:

AGRADECIMIENTOS

El primer contacto que tuve con esta Academia, Ilustre y Centenaria, fue gracias al Dr. Emilio Álvarez, antiguo compañero de trabajo en el Hospital Gregorio Marañón, él me puso en relación con los miembros de la Sección de Medicina, casi todos viejos amigos y con el Presidente de la Academia, Dr. Bascones, también viejo amigo. Pronto me eligieron Académico Correspondiente y el Dr. Emilio Álvarez contestó mi discurso de ingreso. Para todos, desde aquí y desde entonces, mi agradecimiento.

Mi agradecimiento a los académicos Dr. Antonio González González, Presidente de la Sección de Medicina, Dr. Tejjón Rivera, Presidente de la Sección de Ciencias Experimentales, y Dr. Campos Calvo-Sotelo, de la Sección de Arquitectura y Bellas Artes que tuvieron la generosidad de firmar mi solicitud para optar a la vacante de la Medalla número 44 de la Sección de Medicina, y a todos los académicos que votaron positivamente esa solicitud.

Especialmente mi gratitud al Dr. Antonio González González que ha aceptado generosamente contestar mi discurso de ingreso. Y sobre todo, mi agradecimiento al Dr. Antonio Bascones, porque su amistad, su confianza, su generosidad, sus consejos y su buen hacer para conmigo, hacen posible que hoy me encuentre aquí en trance de ingresar con ustedes.

La pertinencia y la premura me aconsejan dejar aquí, en el ámbito de la Academia, el relato de mis agradecimientos, con la sensación que me brota en la intimidad de que si soy académico es más por tener buenos amigos que por tener buenos méritos, pero, al fin y al cabo, eso también es muy comfortable.

Sí quiero tener un recuerdo emocionado para el Dr. Celestino Rey-Joly Barroso, Académico que poseyó la medalla 44 que yo voy a obtener. Le conocí hace mucho tiempo, en los años juveniles en los que empezábamos las oposiciones a cátedra, después dejé de verle largo tiempo para volver a encontrarle en esta Academia, ya cargado de años, de hijos, de sabiduría, de méritos, de prestigio y de su gaditanía natal que no perdió nunca. Pero el reencuentro duró poco, pues pronto se fue a engrosar esa larguísima lista de los amigos muertos. Para el viejo amigo Rey-Joly y para todos los académicos muertos, un abrazo..., un abrazo en el aire.

ELECCIÓN DEL TEMA

En la elección del tema de este discurso he procurado seguir dos consejos populares, sabios y no siempre cumplidos. Recomienda el primero hablar solo de lo que se sabe, y el segundo, que cuando se hable no se aburra al que escucha. En las coordenadas de estos consejos he colocado el tema “La empatía del médico” por la creencia, casi la certeza, de que algo sé de tal cuestión, después de más de 50 años de estar en relación con el enfermo y su enfermedad y la esperanza de no aburrirles más por lo que yo voy a contarles, porque

conozco el interés que ustedes tienen por todas las cuestiones que implican humanidad y humanismo y este tema lo hace en demasía. Así pues, con la promesa de que sé algo de lo que voy a hablar y la esperanza de no aburrirles demasiado, comienzo este discurso.

DE LA VOCACIÓN MÉDICA

El impulso que mueve a adquirir y después a mantener la profesión de médico, eso que en conjunto llamamos vocación médica (1), está condicionado, a mi juicio, por cinco sentimientos: uno, el **deseo de ayudar** a los demás, porque la prestación de ayuda es algo que tatuó la naturaleza en el corazón del hombre desde siempre; otro, el **deseo de saber**, de conocer, aprovechando los medios que la profesión facilite, cumpliendo la sentencia que puso Aristóteles al comienzo de su *Metafísica*^I: “*todo hombre tiene el deseo natural de saber*”; otro, la aspiración a **obtener unos recursos** para una vida digna, pues como dijo Crémulo en la comedia *Pluto* de Aristófanes^{II}, “Donde no hay recompensa, no hay arte”; otro, el **afán de tener poder**, en la cuantía y de la manera que sea, quizás como un recuerdo envenenado del ancestral instinto de supremacía. Y finalmente, el último sentimiento integrante del impulso vocacional es el **afán de triunfo**, de tener éxito, de obtener prestigio, consecuencia de un buen ejercicio de la profesión o de una buena campaña de publicidad.

Estos cinco sentimientos que, aunque en desigual medida, integran el proceso vocacional de toda profesión corresponden respectivamente a cinco tipos que los estudiosos de la personalidad describen como *ego adiuuans*, *ego sapiens*, *ego cupiens*, *ego potens* y *ego vanitas*, que yo simplemente cito aquí para poner una nota de conspiciudad y elegancia en mi disertación.

I Aristóteles. *Metafísica*. Libro primero, Globus Comunicación 2011

II Aristófanes. *Pluto* (Trad. P. Mariano Estala Ribera). Kindle Edition 2022

Lo que sí me parece interesante es señalar la distinta categoría de estos sentimientos integrantes de la vocación. Los dos primeros, los de ayudar y saber, pertenecen al carácter del vocacionado, tienen categoría ética; los otros tres, referidos al lucro, el poder y el éxito, son relativos a comportamientos sociales. Simplemente, podríamos llamar a los primeros éticos y a los segundos sociales.

La distinción de estos dos grupos permite observar dos aspectos interesantes: la importancia relativa de los sentimientos de cada uno de ellos en la estructura del proceso vocacional y su posible comportamiento moral en tal proceso.

Es obvio que en toda profesión puede faltar uno o varios de estos componentes y los que restan, entramarse para reforzar la estructura, o es posible que prevalezca uno sobre los otros, matizando la vocación y/o marcando el estilo del ejercicio profesional. En el caso de la Medicina pueden faltar los tres componentes del segundo grupo (uno no del todo, clamaría Crémulo, el de Pluto) pero jamás los del primero, porque sin el deseo de ayudar y sin el deseo de saber no hay verdadera vocación ni se puede ser médico. La Medicina es, dijo Platón, la ciencia de las cosas pertinentes del amor al cuerpo, y en esta sentencia del filósofo griego van implícitos, el deseo de ayudar del médico y la necesidad de conocer el cuerpo del enfermo, sin los cuales se desvanece la realidad de la Medicina.

De la distinción que hacemos entre éticos y sociales de los sentimientos que integran el fenómeno vocacional, es posible inferir comportamientos morales diferentes, tanto en el momento impulsivo como en el ya establecido de la vocación. Este distinto comportamiento radica en que los sentimientos que hemos denominado sociales (de lucro, de poder, de éxito) son susceptibles de corromperse, de pervertirse moralmente, algo que es difícil, si no imposible en los que llamamos éticos, el deseo de ayudar y el deseo de saber, que pueden modificarse, gastarse o terminar por desaparecer, pero no se malignizan.

Además, la perversión de cada sentimiento social puede conllevar su correspondiente consecuencia pervertida^{III}. Cuando el profesional sobrepasa su normal deseo de ganarse la vida por un voraz afán de lucro es posible que llegue a la riqueza, pero con frecuencia se coloca en el camino del presidio o de la fuga. Si ese profesional desborda su afán de tener poder en el medio que le rodea, tiene el peligro de caer en la corrupción y la injusticia y si tiene la desgracia de sentirse exageradamente dominado por el afán de triunfo, de tener éxito, acabará, sin duda, en la peligrosa sensación de sentirse importante, donde se cuecen fácilmente la petulancia y el ridículo.

Llevando la vocación y la práctica médicas a la máxima exigencia de lo humana y moralmente admisible y supuesta una mínima competencia técnica en quien la ejerza y aun cuando existan la sed de lucro, el ansia de poder y el afán de prestigio, incluso un frío y deshumanizado deseo de saber, la pura voluntad de ayuda al menesteroso será la instancia principal en el proyecto y el trabajo de ser médico. En la prestación de ayuda al necesitado, al enfermo, está el fundamento de la Medicina, y en ella está también el espíritu escondido de este discurso, el nervio que le mueve.

RAZONES DE LA AYUDA DEL MÉDICO AL ENFERMO

¿Y cuáles son las razones que mueven al médico a prestar ayuda al enfermo? En principio hay dos razones simples pero poderosas: la obligación y el interés. La primera, ineludible, es la obligación profesional que como médico tiene de ayudar al enfermo. La segunda supone el interés de prestar ayuda al paciente para alimentar los sentimientos sociales (de lucro, poder, éxito) que el médico puede mantener activos y vigorosos desde su proceso vocacional o haberlos adquirido de novo. Ocasionalmente, el deseo de saber también puede ser una razón de ayuda en el médico, movido por su inquietud

III Portugal Álvarez J. *Los apetitos desordenados y el médico*. En *La Medicina y el médico*. J. de Portugal Álvarez. Kos, 2011

científica, unas veces esperando encontrar algún dato interesante y otras testar alguna cuestión médica o científica de la labor que está realizando. Los clásicos, que ya conocieron a estos médicos que aprovecharon a sus enfermos para aprender ocasionalmente, llamaron a este proceder *philotecnia adiuvars*.

Para encontrar otras razones más sustanciales de la ayuda del médico es necesario entrar en el momento del encuentro de este con el enfermo y fijarnos especialmente en los estados que ocurren en la mente del médico. Son estados de orden intelectual (conoce al enfermo y penetra en su mente), de orden afectivo (comparte, de un modo u otro, los sentimientos del enfermo) y de orden operativo (presta ayuda al enfermo). Del estado intelectual se deducen tres instancias que el médico dispone para procesar su ayuda: la simpatía, la compasión y la camaradería. Del estado afectivo, la instancia superior, la amistad. Digamos algo de cada una.

La simpatía es una relación de mutua complicidad e implícita aceptación del otro, útil para iniciar y quizá mantener, una relación entre personas, en este caso, médico y enfermo. Se inicia y mantiene mediante un proceso cognitivo que el médico establece sobre el enfermo sin que llegue a producirse entre ambos una vinculación afectiva. Es decir, el médico y el enfermo se conocen, pero no llegan a sentirse, a lo más a relacionarse afectuosamente. La simpatía en sí, no tiene objetivo que cumplir, se queda en sí misma, pero cuando la tiene el médico con el enfermo, puede facilitar la puesta en práctica de la ayuda.

La compasión, en sí misma, como la simpatía, no conlleva objetivo alguno, su razón es simplemente dejarse sentir, y cuando esto ocurre en el médico con el paciente se estimula en el primero el componente operativo de la relación entre ambos y surge la necesidad de prestar ayuda. A diferencia de lo que ocurre en la simpatía, para que aparezca la compasión de una persona por otra no es necesario que medie un proceso cognitivo entre ellas. El fundamento de

la compasión es la pena por el otro, y el compasivo puede concederla sin conocer nada de la persona compadecida. Por otra parte, la pena, es un estado mental que tiene originalmente más de construcción intelectual que afectiva, en forma de interpretación racional del sufrimiento del otro, aunque después tenga una derivación aflictiva para el penante. No obstante, no deja de ser sorprendente que la compasión, un estado construido mentalmente con escasos elementos cognitivos y afectivos, sea capaz de mover grandes acciones de ayuda entre los humanos. Para explicar la realidad de la compasión quizá haya que recurrir, como se ha hecho a través de la historia, a instancias más elevadas de contenido religioso.

Simpatía y compasión son términos que desde que en el siglo XVIII los filósofos escoceses, David Hume^{IV} y Adam Smith^V los colocaron en la literatura, entraron en conflicto con el naciente concepto de empatía y así han estado hasta hoy, en que la moderna ciencia cognitiva y la neurociencia han separado con claridad estos conceptos.

La camaradería es básicamente la situación vincular que se establece entre personas con la intención de cumplir un objetivo común. Lo que la define es la unión de conjunto, el “hacer cámara” (2) y el objetivo a cumplir, sin necesidad de vinculación íntima entre las personas del conjunto. En la camaradería médica, las personas son el médico y el enfermo y el objetivo común la recuperación de la salud de este último, sin que exista, tácita o explícitamente convenida, una implicación de las respectivas intimidades personales en el cumplimiento de tal objetivo. Pero sin duda, médico y enfermo, camaradas, pero humanos al fin, quedan vinculados, al menos en esa afectuosidad externa y conmutable que une a quien da ayuda y a quien la recibe.

IV Hume D. *Tratado de la Naturaleza Humana*. Editora Nacional, Madrid, 1977

V Smith A. *Tratado de los sentimientos morales* (Trad, Rodríguez Morales) Alianza Editorial, 2013

La amistad. Ahondando en el corazón del hombre, Hipócrates^{VI} encontró su sentimiento más alto, la filantropía, la filia, que llamó Aristóteles, la amistad, que conlleva el amor al hombre como semejante, y dejó escrito en sus *Precepta* que en ella estaba, básicamente, la razón de la Medicina. “El más hondo fundamento de la Medicina es el amor” dijo Paracelso, y en el alma del médico, del buen médico, de aquel que en su decisión de serlo y en su ejercicio posterior fue primordial y es constante la voluntad de ayuda, en la amistad, el amor al hombre, está la esencia de su afectividad por el paciente. Amor genérico que se activa por la necesidad de ayuda al paciente y que se especifica, según la preclara concepción iainiana, en forma de amistad médica.

A diferencia de la simpatía, la compasión y la camaradería, la amistad médica es una relación diádica entre médico y enfermo, es decir, entre ellos se establece un vínculo interpersonal que no existe en las otras relaciones (3).

¿CÓMO APARECE LA EMPATÍA DEL MÉDICO?

Y en el seno de esta amistad médica entre un hombre que necesita ayuda y otro con voluntad de prestársela, surge el contagio emocional, un recurso del que dispone la Naturaleza para vincular seres humanos (4), que una vez realizado despierta en el médico una doble inquietud: por una parte, conocer cómo el paciente procesa mentalmente el padecimiento de su enfermedad, y por otra, compartir sentimentalmente el sufrimiento que le produce. En suma, siente la necesidad de entrar en la mente del otro, del enfermo, necesidad que puede resolver según dos teorías ya clásicas, las llamadas “Teoría de la teoría” y la “Teoría de la simulación” (5) y que crearon los filósofos de la mente a finales de los 80 del siglo pasado y cuyos contenidos, reducidos a lo esquemático, se refieren al pensar y al sentir

VI Hipócrates. *Tratados hipocráticos*. Preceptos. Vol. I, Edit. Gredos 1990

o a lo que David Hume^{VII}, algún siglo antes de que funcionaran estas teorías, distinguió como ideas (imágenes que aparecen en el pensamiento y el razonamiento) e impresiones (sensaciones, emociones y pasiones) a las que describe como percepciones. Posteriormente, sin abandonar el pensamiento de los filósofos, los neurocientíficos, combinando observaciones empíricas y experimentales con las nuevas técnicas de las que iban disponiendo, establecieron dos grandes categorías de empatía que seguían evocando las dos palabras clave del pensamiento sobre el comportamiento humano: pensar y sentir. Estas categorías que introdujeron los neurocientíficos eran la empatía cognitiva, implicada en prever qué están pensando los demás, y la empatía emocional, referida a compartir las emociones con los otros. Y cada una de estas empatías se constituye según el tipo de contagio emocional del cual deriva.

Como en muchos dominios psicológicos, el mecanismo del contagio puede derivarse de dos procesos psicológicos: uno es el proceso bottom up (de abajo arriba), del que forma parte el sistema espejo y que conecta directamente dos mentes entre sí, donde el contacto emocional es involuntario y no requiere esfuerzo alguno. Es el proceso que fundamenta la empatía emocional. El otro, el proceso top down (de arriba abajo) es un proceso cognitivo deliberado y flexible que requiere la elaboración intelectual de la información disponible sobre la persona con la que estamos interactuando y de la nuestra con respecto a esta. Este tipo de proceso subyace en la llamada empatía cognitiva.

Numerosos estudios, utilizando diversas técnicas de imagen, han determinado las regiones del cerebro humano involucradas en cada una de las dos categorías de empatía. Sin embargo, hay variedades en la literatura que dependen de la técnica utilizada, el tipo de emoción utilizada, el diseño de la prueba, el tipo de probando, etc. Un esquema de las regiones neurológicas que intervienen en la

VII Hume D. *Investigación sobre el entendimiento humano* (Trad. L. Ors y V. Sanfélix). Ágora 2004

empatía humana puede ser el siguiente: la empatía emocional que se realiza mediante un proceso bottom up requiere la actividad de la corteza cingulada anterior, la amígdala, el tálamo, el hipotálamo, la corteza motora primaria, corteza premotora, las cortezas somatosensoriales primaria y secundarias y polo temporal; la empatía cognitiva top down utiliza las tareas de la corteza prefrontal dorso-lateral, el lóbulo parietal inferior, la unión temporoparietal, la circunvolución temporal superior y el giro fusiforme.

Hoy sabemos que los distintos tiempos de desarrollo ontogénico de estas áreas condicionan tiempos distintos de aparición para ambos tipos de empatía. Así, el que se realiza principalmente sobre la actividad de las neuronas espejo de la corteza somatosensorial y estructuras límbicas y paralímbicas, que se desarrollan en los primeros meses o años de la vida, fundamentan la empatía emocional, mientras que las encargadas de las capacidades racionales, responsables de la empatía cognitiva, son las estructuras prefrontales y el lóbulo temporal, de desarrollo más tardío (6).

El primer esbozo de empatía que surge entre médico y enfermo es la **confianza** que este pone en el primero y que después se comparte y cuya ausencia hace imposible la instalación de la empatía. Pero el momento en que se enciende plenamente la empatía del médico es durante la **confidencia**, la narración que hace el paciente al médico de su padecimiento de manera personalmente confidencial. A partir de este momento, la mente del médico entra en condiciones de conocer y sentir al enfermo y de iniciar su relación empática.

LA EMPATÍA DEL MÉDICO SEGÚN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

La empatía del médico depende de múltiples condiciones, unas relativas al médico, otras al enfermo, como tales o como personas, otras a la enfermedad, otras a la situación en que los tres, médico, enfermo y enfermedad se encuentren, etc. De todas ellas nos hemos

ocupado en otras ocasiones,^{VIII IX X XI} ahora vamos a hacerlo de una condición básica de la enfermedad que se refiere a su eventualidad evolutiva de ser aguda o crónica, para después indagar si esta distinción influye en la empatía del médico. En otras palabras, si la empatía del médico es igual o distinta en la enfermedad aguda que en la crónica.

La distinción entre enfermedades agudas y crónicas procede de Hipócrates, que la dejó descrita en sus *Precepta* y así ha perdurado hasta nosotros, si bien la Medicina moderna, ha cuestionado el valor epistemológico de esta distinción clásica por considerarla basada en criterios puramente clínicos, externos, poco científicos, que no llegan a diferenciar con suficiente claridad y profundidad, los fenómenos agudos de los crónicos. Sin embargo, la realidad clínica enseña al médico con obstinación y franqueza, que hay enfermedades agudas y enfermedades crónicas, y es más, si ese médico no es un organicista puro o un doctrinario que solo ve en el enfermo un cuerpo estropeado, la práctica clínica le dejará ver algo que aquí vamos a intentar explicar, que la empatía que siente por su enfermo puede ser distinta según la enfermedad que atiende sea aguda o crónica.

La **enfermedad aguda** suele tener un comienzo más o menos rápido y un curso relativamente corto, de días, semanas o meses. Habitualmente está abocada a la curación, que de no hacerlo pasa a la cronicidad o termina en el exitus.

Lo habitual es, salvo frecuentes variaciones, que la enfermedad aguda presente un cuadro clínico con manifestaciones francas y ostensibles que afligen evidentemente al paciente y captan fácilmente

VIII Portugal Álvarez. *El buen médico*. An. Med. Int. 15.443-8, 1998

IX Portugal Álvarez J. *Estar, sentirse y ser enfermo*. Folia Clínica Internacional. 207,111-8, 1964

X Portugal Álvarez J. *Nosología actual y Medicina Interna*. An. Med. Int. 8.308-8, 1986

XI Portugal Álvarez J. *The unexplained general malaise syndrome*. Eur. J. Med. 2, 125-8, 1991

te la atención del médico. Tales manifestaciones son en forma de síntomas corporales, percibidos por el paciente como sentimientos sensoriales o sensibles (dolor, disnea, astenia, temblor, prurito, parálisis, etc.) que se expresan tanto en su propio cuerpo como en la narración que hace, con gran viveza y acuidad, inmersa la situación en manifiesta afectación emocional.

El médico asume estos sentimientos sensoriales y esta conmoción emocional del enfermo y se establece entre ambos el contagio emocional a través del cual, por un mecanismo bottom up, donde el contagio es rápido, automático e involuntario, aparece en el médico la empatía emocional. Por un lado es tal la rapidez y el automatismo del mecanismo bottom up, que se realiza involuntariamente en el sistema espejo, y por otro la presencia emocional es tan prominente que no hay tiempo ni resquicio para que se desarrolle el componente cognitivo en la empatía del médico, si bien, en algunos casos, esto puede ocurrir al margen de la rapidez del proceso y de la carga emocional.

Hay una especial vivencia biográfica en el enfermo en relación con su proceso agudo que incita a ser analizada en el marco de la empatía emocional del médico. El paciente sabe, por intuición propia o por información ajena, que su dolencia desaparecerá en un tiempo más o menos corto, tras el cual podrá rehacer su vida habitual, es decir, la interpreta como un paréntesis pasajero en su existencia que no llega a incorporar a su biografía personal. La enfermedad no se apodera de su persona, solo transita por ella. Pedro Laín ha interpretado esta relación del enfermo agudo con su enfermedad desde la perspectiva fenomenológica, señalando que corresponde a la esfera de “lo en-mí” y no a la esfera de “lo mío” (7), por tanto, como algo que no es suyo, que solo lo tiene temporalmente. Es esta una condición antropológica propia de la enfermedad aguda y completamente distinta, como después veremos, a la que se desarrolla en la enfermedad crónica.

Obviamente, el sentimiento de transitoriedad que tiene el paciente agudo de su enfermedad depende del conocimiento que dispone del tiempo evolutivo del proceso que padece, pero es posible que algún otro factor tenga también responsabilidad. Pensamos que la distinta consistencia que tienen los procesos bottom up y top down en la realización del contagio emocional y su derivación empática puede tener importancia al respecto. El proceso bottom up tienen una elaboración simple, involuntaria, automática, sin necesidad de esfuerzo alguno; el proceso top down se realiza de manera deliberada y compleja, con necesidad de esfuerzo intelectual. Como es sabido, ambos tipos de procesos derivan en sus respectivas clases de empatía, la emocional y la cognitiva, que tienen distinta cuantía de expresividad, claramente manifiesta en la primera y escasa y apagada en la segunda. Es posible que la empatía derivada del proceso bottom up, que tiene una elaboración poco consistente y un alto consumo expresivo, evolucione efímeramente en el sentimiento del médico y subliminalmente, el enfermo pueda captar esta efimeridad y restar importancia a su enfermedad, al menos la suficiente para engramarla en su persona. El sentido de efimeridad, no solo relativo al tiempo, sino al sentimiento del médico, puede estimular en el enfermo la percepción de transitoriedad con que vive su enfermedad aguda y explicar, en parte, la débil propiedad que de ella hace.

Veamos lo que ocurre con la **enfermedad crónica**. En esta, durante su largo desarrollo, también aparecen síntomas corporales de la misma especie que los de la enfermedad aguda, pero aquí menos manifiestos, más apagados, con menos sonoridad clínica, o como diría un clínico clásico, sin el carácter de “grito de alarma” que tienen en la enfermedad aguda. Además, la resonancia clínica de estos síntomas corporales queda amortiguada por estar inmersos en un síndrome de malestar general que afecta al enfermo en toda su corporalidad y que este señala con las expresiones de “sentirse

mal”, “estar mal”, “malestar general”^{XII}. El malestar constituye el fundamento de este estado de enfermedad y representa el reverso del bienestar que es el fundamento del estado de salud. Por tanto, el malestar general es algo que se manifiesta en el enfermo como vivencia de enfermedad (8). Y en el enfermo crónico, esta vivencia tiene un contenido biográfico distinto al que tiene la vivencia de enfermedad en el enfermo agudo.

El enfermo crónico entiende prontamente que su enfermedad es duradera, que no desaparecerá en un plazo relativamente corto y, conscientemente o no, la va incorporando a su vida cotidiana como algo con lo que hay que convivir. El enfermo acaba injertando su enfermedad en su vida habitual, apropiándosela, haciéndola suya. Para decirlo con la terminología fenomenológica de Laín, traspasa el sentido de su dolencia de “lo en-mí” a “lo mío”, a lo apropiado, es decir, la enfermedad es apropiada por el enfermo. Esta apropiación, cuando es conscientemente asumida, reclama del paciente una interpretación que casi siempre intenta obtener mejor utilizando lo que tenga de capacidad deductiva que entregándose a la invasión de su afectación emocional.

La enfermedad crónica excita poco la emoción del médico. No lo hacen sus síntomas corporales, apagados y poco llamativos, ni tampoco el malestar general, que es un sentimiento vago que aflige holísticamente al paciente y es cicatero para entregar datos clínicos al médico. Incluso ni la conciencia que el paciente tiene de la apropiación que la enfermedad ha hecho de su vida le produce especial conmoción emocional, sino más bien inquietud intelectual en busca de explicaciones y actitudes ante las nuevas expectativas de su vida.

Ante la pobreza de impacto emocional, el médico, para entrar en la persona del enfermo, realiza un proceso de *mentalización* que consiste en penetrar en la mente del enfermo y suponer el estado

XII Portugal Álvarez J. *El síndrome de malestar general*. An.Real Acad.Nac.Medicina. Tomo 113. 227-237, 1986

mental que le ha producido la enfermedad y sobre esto, integrar sus conocimientos, recuerdos y experiencias sobre la enfermedad concreta del paciente. Para ello utiliza un desarrollo top down, que como es sabido, es un proceso cognitivo, deliberado y lento que requiere la elaboración intelectual de una información obtenida y otra aportada, respectivamente, de dos personas que interactúan, en este caso, médico y enfermo. Como puede entenderse, este desarrollo es el que corresponde a la empatía cognitiva, que es la que habitualmente prevalece en la relación del médico con el enfermo crónico.

También aquí, el proceso estructural de la empatía puede tener importancia en la manera en que el enfermo crónico vivencia su enfermedad. La empatía cognitiva que se establece en este enfermo tiene más solidez y consistencia que la emocional por derivar de procesos distintos, más complejo para la primera que para la segunda, y además, el que produce la empatía cognitiva necesita el conocimiento de datos sobre la persona y la vida del paciente, requisito que no que se da en la empatía emocional. La empatía cognitiva está más cargada de la persona del paciente que la empatía emocional, y por esa condición conmutable que existe entre los contenidos de las empatías de médico y enfermo, éste recibe una señal empática cargada de su persona, que posiblemente expande su conciencia de persona y su capacidad de apropiación, porque como dice Zubiri, el hombre, como persona, es intimidad capaz de apropiación, y en este caso, de lo que se apropia el enfermo es de la enfermedad que padece^{XIII}.

De todo lo anterior puede quedar la idea, como prudente conclusión, de que en la enfermedad aguda, la empatía que aparece en el médico es la empatía emocional, mientras que en la enfermedad crónica lo hace, preferentemente, la empatía cognitiva, admitiendo, como es lógico, que ambos componentes, emocional y cognitivo, pueden combinarse en cada una de las empatías durante la evolución de la respectiva enfermedad.

XIII Portugal Álvarez, J. *La enfermedad humana*. En: *Ser médico. Los valores de una profesión*. Directores: J. Millá, J. E. del Llano. Unión Editorial, 2012

Es necesario señalar, no obstante, que en la realidad clínica, las cosas no ocurren siempre con el orden y la disposición con que aquí se han descrito, porque tanto la biología como la patología introducen en ella tantos imprevistos y variantes que es muy difícil establecer modelos supuestamente lógicos y estables.

LOS ENEMIGOS DE LA EMPATÍA DEL MÉDICO

Consideramos tres: la manipulación emocional, la invasión emocional y la erosión emocional. Los dos primeros actúan sobre el contagio emocional, el tercero lo está haciendo desde la Medicina actual^{XIV}.

La manipulación emocional. La emoción es manipulable, y por supuesto, su contagio. Un paciente puede simular un intenso y conmovedor estado emocional mediante el sollozo, el llanto, la angustia, la tristeza, etc., y si es suficientemente habilidoso y experimentado y ha dado con un médico fácil receptor emocional, puede acabar contagiándole su estado simulado. Sin llegar al dramatismo, es más frecuente que el enfermo, mediante la comunicación no verbal, a través de la postura, el tono de voz, la expresión facial, los gestos, etc., demande la empatía del médico, al menos su compasión, sin que, por supuesto, sepa qué diferencia hay entre una y otra. Pero la experiencia muestra que, por algún mecanismo misterioso, la emoción fingida no consigue despertar la empatía del médico, quizás porque la entrada del proceso cognitivo venga a aclarar lo que está sucediendo.

También el médico puede sufrir una especie de automanipulación en su contagio emocional, cuando sus inferencias están contaminadas con su propia intimidad. Esta contaminación de las inferencias emocionales supone un riesgo grave para una eficaz relación

XIV Portugal Álvarez, J. *Conocer y sentir al otro*. La Medicina. Acta Médica, McGraw Hill, 2020.

médico-enfermo y un obstáculo prácticamente insalvable para que se establezca la empatía.

La invasión emocional, bien por exceso, agresividad o reiteración de los impulsos emocionales que envía el enfermo, bien por la elevada receptividad con que los recibe el médico o por ambas condiciones, el médico se siente invadido por el sufrimiento del paciente, lo cual, además, de penoso y agotador, acaba consumiendo la empatía.

El padecimiento del médico en el sufrimiento del paciente, mediante la invasión emocional, tiene distintas maneras de manifestarse, desde la inexpresividad hasta el llanto, y entre una y otro, un espectro donde están todos los médicos según la fuerza del impacto emocional que sufrieron y la de su impulsividad empática. Numerosos estudios de varias universidades del mundo han reportado el alto porcentaje (en todos por encima del 50%) de médicos, estudiantes, enfermeros, sanitarios, etc., que han llorado por alguna razón relacionada con el paciente. Las razones más frecuentes eran: la defunción, la compasión ante el enfermo moribundo, la impotencia ante una situación grave o la sobrecarga emocional. Ninguno confesaba un motivo que seguramente era frecuente en muchos de ellos: su facilidad empática.

Se ha discutido mucho, y se sigue discutiendo, sí mostrar vulnerabilidad, incluso llorar ante el enfermo, es profesionalmente correcto y positivo o lo contrario. Para algunos puede ser una herramienta terapéutica que haga al paciente sentirse más comprendido y atendido. Según otros no es apropiado llorar ante el paciente, porque devalúa la figura y el ejercicio del médico y recomiendan, si acaso, el llanto en privado o incluso lo que la doctora Barham-Brown denomina “el sollozo terapéutico”, un llanto en privado antes de empezar el trabajo, que viene a ser, como se dice por aquí, “venir llorado de casa”. Más sutil parece la doctrina de la doctora Anne Haalan, de la Universidad de Oslo, que admite que los médicos pueden llorar durante su trabajo, pero tienen que poder controlarlo. Este control

lo realiza el médico mediante un proceso reflexivo que le hace reconocer y manejar adecuadamente sus sentimientos, para establecer límites a su vulnerabilidad y elegir la manera de reaccionar. La doctora Haalan ha desarrollado un modelo de aprendizaje para el autocontrol que el médico puede utilizar sencillamente en la práctica.

Además de la sobrecarga emocional que pueda llevar al médico al estrés empático, la invasión emocional conlleva otro grave peligro: lesionar, incluso arrasar, la subjetividad del médico. La inducción emocional en el médico, si esta es excesiva y/o el médico fácilmente empático, puede eliminar su propio estado emocional, quedándose con el del enfermo. No sería como en la empatía “ponerse en el lugar del otro” sino más bien “asumir el lugar del otro”. El médico debe protegerse contra esa eventualidad y puede hacerlo mediante un proceso mental que González de Rivera ha denominado ecpatía^{XV} y que describe como una forma de control de la subjetividad interpersonal que tiene por objetivo evitar la inducción de estados emocionales por otra persona. Siguiendo con la anterior metáfora de la colocación, aquí no se trataría ni de colocarse en el lugar del otro (empatía) ni de asumir el lugar del otro (invasión) sino de ponerse en su propio lugar (ecpatía).

La erosión emocional. La Medicina actual está erosionando el contenido emocional del médico con la introducción de cambios que operan en tres ámbitos distintos. Lo ha hecho aplicando a la logística asistencial métodos excesivamente tecnificados para el manejo del médico práctico, como programas informatizados y automatizados, registros digitalizados y otros artilugios inteligentes que con frecuencia suponen una rémora para la relación intelectual y emocional con el paciente. Por otro lado, la Medicina moderna se ha encontrado en posesión de unas técnicas diagnósticas y terapéuticas tan eficaces que hacen posible unos resultados de tan alta calidad que el médico, muchas veces, ni necesita hablar con el pa-

XV González de Rivera, JL. Empatía y ecpatía *Psiquis*, 6, 243-245

ciente. Y todo ello puede ocurrir en una Medicina que ha adquirido un modelo organizativo de corte empresarial, cuyo fin evaluable es la producción asistencial y donde el médico adquiere la categoría de “gestor” y el enfermo de “usuario”, y esta relación “gestor-usuario” está desplazando a la relación médico-enfermo.

Es fácil imaginar que la empatía emocional que un médico ha establecido con un enfermo se erosione, incluso hasta desaparecer, cuando ese médico, para atender a ese enfermo, tenga que manejar técnicas que no conoce o conoce mal o, en cualquier caso, están lejos de su formación intelectual y afectiva, estando además sometido a la presión asistencial y pudiendo diagnosticar y tratar sin apenas conocer a tal enfermo. Todo ello actuando más cerca de la figura de operario que de la de médico, para cumplir con las obligaciones de la empresa. Algo tan sutil como la empatía se desvanece fácilmente en un ambiente tan deshumanizado y poco emocional.

Existen numerosos estudios que valoran la erosión empática en el ejercicio de la Medicina. Prácticamente todos reconocen algún grado de deterioro empático en el médico y se muestran coincidentes en algún motivo causal de este deterioro: sobrecarga de trabajo, premura o falta de tiempo, infravaloración del trabajo realizado, etc.; pero hay una razón en la cual coinciden todos los consultados: un sistema de gestión demasiado tecnificado, protocolizado, digitalizado, etc., que semeja al de una empresa buscando resultados. Una gran mayoría de los consultados desearía rescatar la pérdida empática, otros lo ven imposible con el sistema actual, y algunos piensan seguir ejerciendo, no considerando importante la relación empática con el paciente. Estos últimos de la encuesta que no consideran importante la empatía con el paciente no deben estar en lo cierto cuando hay multitud de estudios que muestran que una buena relación empática mejora la relación médico-enfermo, favorece un adecuado diagnóstico, facilita la adherencia al tratamiento y mejora sus resultados y, en definitiva, conduce a un menor gasto sanitario.

En la práctica, el médico dispone de dos recursos para conseguir o restaurar la empatía. El primero la experiencia de sus propias dolencias, lo cual le permite el conocimiento y el sentimiento directo de las del paciente. En el libro tercero de *La República* de Platón^{XVI}, Sócrates sugiere a Glaucón, a propósito de los médicos:

“Los más hábiles serán aquellos que, entrando desde muy jóvenes en la profesión, unan a los estudios propios de su arte la mayor experiencia por haber tratado toda clase de enfermedades y, sobre todo, si siendo ellos de complejión enfermiza hubiesen sufrido en sí mismos gran número de dolencias. Pues, si no me equivoco, no es con el cuerpo como los médicos curan los cuerpos, pues de este modo les estaría prohibido ser débiles de constitución y caer jamás enfermos. Pero curando, como curan los cuerpos mediante el alma, mal podría esta alma cuidar debidamente mal alguno de estar ella o de poder estar enferma”.

Esta pretensión socrática, inmersa en la dialéctica irónica de los diálogos platónicos, no se puede cumplir, afortunadamente, pero en ella, el filósofo nos envía una sugerencia apreciable: “Buen médico será el que conozca las enfermedades en el cuerpo y en el alma, como si él mismo las hubiera padecido, y es desde el alma condolidada del médico donde se inicia la curación del cuerpo del enfermo”.

El otro recurso, más cercano a la realidad, utiliza un mecanismo top down, según el cual el médico, mediante un proceso cognitivo utiliza su saber y experiencia en otros enfermos y es capaz de introducirse en el sufrimiento del paciente y compartirlo.

Se han propuesto numerosos modelos pedagógicos destinados a ayudar o restaurar la empatía del médico. Los ensayos realizados ofrecen resultados muy desiguales, en función, sobre todo, de la diversidad metodológica de los ensayos. La experiencia enseña que

XVI Platón. *La República*. (Trad JB Bergua). 2ª ed. Madrid. Ediciones Ibéricas, 1959

el proceder habitual del médico, cuando se adapta a determinados principios generales que son elementales -como considerar al enfermo con una perspectiva global biopsicosocial y a su enfermedad con una concepción holística, no olvidar la insuficiencia y caducidad de sus conocimientos y la necesidad constante de aumentarlos y renovarlos, atender y manejar adecuadamente las eventualidades convencionales que surjan en la relación con el paciente, y sobre todo, tener conciencia lo más clara posible de cuándo es bueno actuar y cuándo no- facilita el acercamiento empático con el enfermo y crea un buen entorno para que la empatía se mantenga y se desarrolle.

LA EROSIÓN EMPÁTICA EN EL ESTUDIANTE DE MEDICINA

Lo que está ocurriendo en la empatía del estudiante de Medicina es, si cabe, más alarmante todavía. No deja de ser irónico que el futuro médico que comenzó sus estudios henchido de empatía y altruismo por el enfermo, comience a perder estos atributos cuando entra en contacto con el paciente. Recientemente, se ha insistido sobre esta llamativa eventualidad en la formación del médico. Hace unos años Muhammad Rega Hujat^{XVII} señaló que el demonio, que habitaba en el tercer curso de la carrera de Medicina, era el que acababa con la empatía de los estudiantes.

Numerosos estudios en todas las partes del mundo han denunciado este deterioro de la empatía del estudiante de Medicina, explicando sus causas y aportando soluciones.^{XVIII XIX} También en nuestras facultades de Medicina se ha detectado este fenómeno con

XVII Hujat M, Vergare MJ, Manwell K. *The devil in the third year. A longitudinal study on erosion of empathy in medical school.* Acad Med 84(11) 1182-1193, 2009

XVIII Haguzi I, Hennessy A, Wilson I. *Empathy levels in medical students. Do they really change over time?* En Empathy, Editado por Makiko Kondo, 2017

XIX Chen D, Kinsensbau D, Kinsensbau D, Aseltine R. *Charaterizing changes in medical students empathy throughtout medical school.* Med Teach 34(4). 305-311. 2012

causas y características semejantes a los de otros países. Quizá entre nosotros esté apareciendo un tipo de estudiante que puede ser privativo de nuestro medio.

Se trata del joven que enfrenta desde los últimos años de su vida escolar la decisión de ser médico con la perspectiva de unas notas de admisión en la facultad extraordinariamente altas. Ello le obliga, si quiere salir airoso de tal enfrentamiento, a esclavizarse a un estudio exhaustivo y constante, en pos siempre de las calificaciones más altas que sirvan a su proyecto. Y ya desde el colegio se convierte en lo que yo llamo un EEE (Excesivamente Exclusivamente Estudioso), que se hace más marcado durante la carrera y la preparación del examen MIR, con el fin de obtener una plaza de la especialidad deseada. Durante estos períodos preparatorios, el EEE con su dedicación excesiva y exclusiva al estudio, va produciendo un deterioro constante en su condición de joven, de persona, incluso, en algunos atributos de su condición humana. Tantos años ejerciendo de EEE han aniquilado su vida de relación, su capacidad emocional, su curiosidad cultural, sus gustos, sus placeres, sus diversiones, sus vicios y tantas piezas que nos componen humanos. Focalizan su sistema de gratificaciones en un solo foco: el estudio y sus calificaciones. Son estudiantes académicamente brillantes, con las mejores notas en todas las asignaturas, que se lo saben todo y acaban logrando en el examen MIR el número suficiente para elegir la especialidad deseada. Pero en esta conquista del éxito se han perdido como personas, al menos como personas normales, y han dejado en el camino algunos atributos importantes para ser médico, por ejemplo, la empatía. Cuando hemos utilizado alguna escala de medición de empatía (estimulados por la presencia de un EEE en la promoción) entre nuestros estudiantes este tipo de individuos mostraban niveles de empatía más bajos que el resto de los compañeros. Estos EEE de brillantes exámenes, pero de difícil convivencia con los demás y de personalidad extraña, a veces de perfil “aspergeroide”, acaban siendo médicos, pero no logran una satisfacción plena con su ejercicio; su práctica

se inclina más a la técnica que al humanismo y no rara vez acaban abandonando su profesión.

Ante este panorama se ha conseguido un consenso general que reclama dentro de los programas, tanto en pre como en posgrado para médicos, la inclusión de contenidos teórico-prácticos relacionados con el conocimiento y el entrenamiento de la empatía, para lo cual es importante que el estudiante y el residente cuenten con un referente bien preparado, con una buena capacidad empática que pueda ser imitada por ellos y reproducida. Es sabido que el aprendizaje observacional transforma las acciones de los demás en experiencias propias que luego pueden ser utilizadas. El buen ejemplo sigue siendo el mejor instrumento para intentarlo. El que enseña con el ejemplo no enseña explícitamente lo que es la empatía, sino que infunde implícitamente lo que es en el que aprende. Decía Pedro Laín que “el maestro lo es más por lo que infunde que por lo que enseña”, y en el caso de la empatía, un concepto tan sutil, es mejor y seguramente más fácil infundirlo con el ejemplo que enseñarlo con la palabra.

LA EMPATÍA ROBÓTICA

La Medicina actual ha colocado la técnica entre el médico y el enfermo, y entre ambos se ha resentido la empatía. Pronto los pensadores de la Medicina se dieron cuenta que con sus triunfos y brillante eficacia la técnica no podía hacer de la empatía su víctima propiciatoria y se esforzaron en lograr que fuera la misma técnica la que rescatara a la empatía de donde la había sumido. Y ese rescate se comenzó a buscar en la máquina robótica, aprovechando el descubrimiento de las neuronas espejo, cuyo sistema funcional podría ser utilizado por la máquina robótica.

Se comenzó ensayando con la empatía cognitiva. Las máquinas robóticas al respecto tienen capacidad para procesar y replicar información cognitiva humana, como el pensamiento lógico, la toma

de decisiones, el planteamiento y solución de problemas, el aprendizaje, etc. Estas máquinas programadas para analizar la comunicación que les llega, aprenden a distinguir este nivel de comunicación, clasificándolo; y en base a su configuración bajo determinados modelos algorítmicos puede fijar con exactitud el estado cognitivo de otra persona. Y posteriormente, se emprendía la computación afectiva, la de dotar a la máquina humanoide de respuesta emocional, la aventura prometeica de incluir la empatía emocional en el aparato artificial. Y ya hay máquinas capaces de distinguir la comunicación no verbal al interpretar expresiones faciales, tonos y prosodia de la voz, gestos y posturas, como señales emocionales que orientan sobre el estado afectivo oculto de las personas (9).

Estamos todavía al comienzo de lo que algunos llaman la empatía robótica. La cibernética ya está consiguiendo unas máquinas de alta cualificación, capaces de elaborar nuestro pensamiento y replicar nuestras emociones mediante datos que les suministramos, algo equiparable a la empatía que los humanos logran mediante la transferencia intersubjetiva de datos cognitivos y emocionales. Pero hay, entre lo humano y la máquina, diferencias en la elaboración de la empatía.

Si aceptamos que la emoción es una forma de elaboración y expresión del sentimiento, podemos entender que hay sentimientos con expresión emocional y otros sin ella, distinción que en el lenguaje habitual se queda con los simples términos de emociones para el primer caso y de sentimientos para el segundo.

La máquina opera con emociones: recibe señales emocionales y a partir de ellas elabora respuestas emocionales. No puede hacerlo con sentimientos internos, ocultos, porque son mudos e invisibles para ella. El ser humano también recibe señales emocionales, pero a diferencia de la máquina, las interioriza y transforma en sentimientos que después puede enviar en forma de señal emocional. Pero el humano recibe también del otro sentimientos internos, ocultos, que no emiten señales externas (amor, nostalgia, bienestar, tristeza),

que son esencia de una empatía que funciona entre los humanos y que parece no haber caído todavía en manos de la robótica.

Una empatía, la del médico con el enfermo, que es el tesoro que se conserva en la hondura de la Medicina y que siempre existirá mientras haya enfermedades y un hombre enfermo que pida ayuda y un hombre médico que disponga de medios y voluntad para dársela. En definitiva, un hombre que ayude a otro por el padecer que le produce su sufrimiento. Un padecimiento empático que después de muchos años, he venido a sentir ahora por el suplicio que les he podido producir por los minutos de atención obligada y respetuosa a este discurso preceptivo.

NOTAS

(1) El término vocación procede de *vocatus*, participio del verbo latino *vocare* que significa “llamar”. En nuestro idioma se utiliza como llamada a elegir y ejercer una profesión determinada. Nos parece una utilización poco precisa, principalmente porque no se dice quién hace la llamada.

(2) Camaradería proviene del griego antiguo *kamara*, habitación abovedada, y después pasó a utilizarse como aposento donde se podía dormir con persona de confianza. Conviene no confundir “hacer cámara” con “tener cámara”, que significa tener cagatera, que con respecto a la camaradería son cuestiones distintas.

(3) Pedro Laín, en su libro “Teoría y realidad del otro” (Revista de Occidente, 1961), distingue el “dúo” de la “díada”. Entiende por “dúo” la relación objetiva entre dos hombres para algo que a los dos interesa, pero que está situado fuera de ellos, de su persona, es, en sentido estricto, una relación impersonal. La “díada” la define Laín como una vinculación interpersonal entre un hombre y otro por algo que está dentro de los dos, que pertenece a su personal intimidad, y en ella encuentra su término: la amistad.

(4) El contagio emocional es algo que inicialmente utilizó la Naturaleza para defender y mantener la vida de los individuos y la especie, utilidad que, aminorada, se mantiene en el hombre civilizado, y posteriormente para crear vínculos de relación entre individuos, grupos de afiliaciones y comunidades sociales; es decir, contribuyendo a la natural sociabilidad de los seres vivos, que también le interesa a la Naturaleza.

(5) La primera hace referencia a la disposición en todos los seres humanos, y quizá en algunos animales, de una teoría elemental, primitiva, instintiva y espontánea, dotada de reglas y leyes de cómo funciona la mente de los demás. Esta explicación por la cual suponemos que los demás están aplicando un tipo de teoría para conocer el contenido de nuestra mente, se ha denominado sencilla y quizás algo confusamente “teoría de la teoría”. La denominación de teoría de la teoría proviene de algo que ocurre con cierta frecuencia en investigación científica: cuando una teoría no se demuestra porque falla la prueba, se modifica la teoría o se busca otra nueva, y a este proceso, en la jerga científica, se le llama teoría de la teoría.

La segunda explicación aparece a continuación de la anterior, a finales de la década de los 80, y recibe el nombre de “teoría de la simulación” porque, según ella, para entender y conocer el pensamiento de los demás simulamos que somos los demás, replicando y simulando sus estados mentales. Este proceso de simulación está más cerca del concepto de empatía que el proceso de inferencia de la teoría de la teoría. Al menos en el original sentido que Theodor Lipps dio al término empatía (*emfühlung*) en el cual destaca el papel crítico de la “imitación interior” de las acciones de los demás.

(6) Hay que tener en cuenta que estas áreas neuronales son seguramente compartidas, en muchas ocasiones, por ambas empatías que, además, tienen áreas que son comúnmente activadas, tanto en tareas afectivas como cognitivas, tales como la ínsula anterior y la corteza anterior cingulada media.

Así mismo, debemos considerar que los procesos bottom up y top down no son exclusivos sino paralelos y cooperantes. El proceso top down modula la actividad bottom up mediante la activación de representaciones afectivas que también forman parte de la empatía, a modo de los procesados en la empatía emocional.

(7) Como ha hecho constar Pedro Laín en varios pasajes de su extensa obra, en la división que hizo Edmund Husserl entre “lo para mí propio” y “lo para mí ajeno” es posible discernir en la esfera fenomenológica de “lo para mí propio” dos elementos virtualmente distintos: “lo en-mí”, aquello que forma parte de mi realidad propia, pero que durante algún tiempo, acaso la vida entera, no podré considerar real y verdaderamente mío, y “lo mío”, lo que real y verdaderamente me pertenece, lo que es totalmente mío, aquello por lo que soy y como soy, mi “mismidad”. Esta perspectiva diferenciadora entre “lo en mí” y “lo mío” la ha llevado acertadamente Laín al distinto comportamiento biográfico del paciente en la enfermedad aguda y en la enfermedad crónica, describiendo modelos patobiográficos que, además de su brillantez conceptual, pueden resultar útiles al médico en su práctica clínica.

(8) No es fácil definir antropológicamente el malestar general, y menos explicar su base biológica. El sentimiento genérico de enfermedad puede interpretarse como un sentimiento vital en el sentido de Max Scheler, y su representación fisiopatológica debe buscarse en el contexto, demasiado ambiguo, de cenestesia.

Según Max Scheler, los sentimientos vitales son también sentimientos del cuerpo, como los sentimientos sensoriales, pero tienen mayor categoría antropológica que éstos, que están próximos a la sensación. Los sentimientos vitales participan del carácter extensivo del cuerpo, al contrario que los sensoriales, que son localizados; y si éstos informan de una parte del cuerpo, los vitales integran el sentirse a sí mismo de una manera total u holística.

El término cenestesia (del griego *koinos*, común y *aesthesia*, sensación) significa el conjunto de impresiones internas, orgánicas, difusas e indiferenciadas que constituyen la base de la sensación interoceptiva de nuestro propio organismo como totalidad y, a diferencia de la sensibilidad exteroceptiva, que es epicrítica o discriminativa, la cenestesia es protopática e informa simplemente con carácter polar: bienestar o malestar de nuestro cuerpo en conjunto. El soporte anatomofuncional de la cenestesia es el sistema nervioso vegetativo, que recoge señales viscerales y del medio interno que son elaboradas en el diencéfalo y enviadas al córtex cerebral como sentimientos de bienestar o malestar. En este sentido, el malestar general sería un fenómeno cenestésico a partir de señales internas que acusan el desequilibrio de la homeostasis del medio interno y del juego de sistemas que intervienen en el control de la sensibilidad protopática del organismo (sistema opioide endógeno, de neurotransmisores, hormonales, etc.).

(9) Los laboratorios están construyendo máquinas lo más humanoide posible, capaces de sostener conductas interactivas en ámbitos muy distintos, tanto en el de servicios como en el sanitario. Incluso ya existen robots antropomórficos que pueden aprender y representar emociones humanas y sostener una conversación fluida con la persona que interactúa y se supone que empatiza. Uno de estos robots de última generación es Sophie, un antroipoide femenino al cual se ha pretendido poner un rostro atractivo, pero a mi juicio solo han conseguido ponerle la cara de un personaje de película de ciencia-ficción. En un libro he podido ver tres fotografías de Sophie y pienso que en una entrevista con esta “señora o señorita”, antes me entraría el miedo que la empatía. Semejante prevención ya la había señalado el experto en robótica Masakiro Mori cuando apuntó que un artefacto muy humanoide puede causar una sensación de miedo o repulsa en un humano de verdad. Por esto algunos laboratorios prefieren las formas animadas a las humanas, sobre todo para la utilización en niños.

**DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL EXCMO. SR. DR.
D. ANTONIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ**

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Doctores de España,
Excmos. Señoras y Señores académicos,
Señoras y Señores.

Es un gran honor para mí, poder asistir hoy a este solemne acto de toma de posesión como académico numerario del doctor José de Portugal Álvarez y proceder a contestar debidamente a su discurso de investidura. Es también una gran satisfacción, presentarles la vida y milagros, científicos y humanos, de este eminente internista y consumado observador y experimentador, que ha dedicado gran parte de su prolongada vida dedicado a la ciencia médica y a cuidar, curar, aliviar y consolar a cientos y cientos de enfermos.

En suma, un médico ejemplar, admirado por sus pacientes y respetado y querido por sus amigos y compañeros médicos entre los cuales me incluyo.

Como Presidente de la Sección de Medicina, trataré de acercarles a todos ustedes la semblanza de su más valiosa y significativa trayectoria profesional. Tras el preceptivo discurso de investidura que nos ha dirigido, recibirá de manos de nuestro insigne Presidente, la titularidad de la medalla número 44 de la Sección de Medicina de nuestra querida Real Academia de Doctores de España que

ocupara anteriormente el ilustre académico don Celestino Rey-Joly que en paz descanse y que muchos de ustedes recordarán con gran consideración y cariño.

En los escasos minutos de que dispongo, me limitaré a considerar su extenso y vasto CV citando exclusivamente, aunque sea en forma telegráfica, sus más destacadas contribuciones al saber médico que, como todos os podéis imaginar, son muchas y muy relevantes.

1 NOTAS BIOGRAFICAS

El doctor José de Portugal nació en Madrid el 20 de noviembre 1934 en el seno de una familia de clase media alta muy culta y muy trabajadora. Estudió el Bachillerato en Madrid en el Colegio de la Sagrada Familia. Los estudios universitarios los realizó en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, antiguamente denominada Universidad Central. Sus padres y otros antepasados eran de Santander. Su madre estudió Filosofía y Letras y su padre Medicina (Pediatra) en Cuba y en los EE UU. Seguramente fue su padre, quien influyera más decisivamente a la hora de inclinarse por los estudios de medicina. Acompañaba a su padre en la consulta diaria siempre que podía y así se fue encariñando y familiarizándose en el ejercicio de su nueva profesión.

Nuestro protagonista tuvo 3 hermanos: Uno fue General de División, otro Ingeniero de Minas (ambos ya fallecidos) y una hermana, Psicóloga.

2 COMENTARIOS AL CURRICULUM

Se licenció en Medicina y Cirugía en 1960 y comenzó a buscar trabajo ese mismo año. En aquellos primeros años de la década de los sesenta del siglo pasado, y ya de postgraduado, la vida no era fá-

cil y los apuros económicos saltaban a la vista y no se podían ocultar. Desempeñó diversas actividades laborales ajenas a la Medicina. Se hizo poeta, formó parte de una antología de poetas jóvenes y ganó unos juegos florales en Guadalajara. A modo de anécdota, él mismo relata que los premios consistían en productos de la tierra, garbanzos, judías y lentejas, más apreciados, sin duda, en aquel tiempo, que la consabida y habitual flor natural que esperaba al vencedor.

En otra ocasión, se presentó y ganó otro concurso de poesía que patrocinaba una conocida casa comercial y así se hizo con un premio estupendo, un confortable abrigo que le ayudó mucho a sobrellevar durante varios años, los rigores invernales de Madrid mientras buscaba un local donde exponer y a ser posible vender, los cuadros más atractivos y vanguardistas de su nueva actividad. Ahora era pintor y confiaba plenamente en la rentabilidad de su ingenio, su creatividad y su chispa latina. Llegó a vender algunos de los cuadros que componían su primera y recién inaugurada exposición, pero las ganancias no fueron las esperadas para poder llevar a cabo lo que buscaba, que no era otra cosa que disponer de fondos para casarse con Mari Carmen su gran amor y su novia de siempre.

No pudo ser de nuevo, pero no se desanimó y siguió intentándolo. En el año 1961, un año después de terminar la carrera, sacó por oposición, el Título de Médico Forense y acabó en Cáceres ejerciendo como tal, pero ahora con nuevas y esperanzadoras perspectivas, sobre todo, económicas.

José y Mari Carmen se casaron por fin, configurando un matrimonio extraordinariamente feliz y dichoso. El próximo 16 de julio de este mismo año 2022, día de la Virgen del Carmen, se cumplirán 66 años desde que se conocieron. Han tenido 5 hijos, tres de ellos médicos, uno físico y una economista. Sus 9 nietos (por ahora) completan esta entrañable y numerosa familia que vive feliz desde hace años, en su retiro habitual de Valdemorillo, localidad muy cercana a Madrid, donde ha encontrado el encanto y el sosiego

protector que habita y se respira en los pequeños pueblos donde hay tiempo hasta para poder vivir consigo mismo.

En 1971 presentó su Tesis doctoral sobre el tema “Tasa y conducta de los ácidos grasos libres plasmáticos y su relación con diversas patologías” que le dirigió el Profesor don Manuel Díaz Rubio y que sería calificada con Sobresaliente por unanimidad y más tarde, con Premio Extraordinario. Fue el Profesor don Amador Schüller, catedrático de Patología y Clínica Médica quien guio y orientó sus primeros pasos clínicos y le encaminó por la senda de la especialización en Medicina Interna que nunca abandonaría.

Pronto inicio la que posteriormente sería una brillante y exitosa carrera profesional con una desenfundada y entusiasta actividad ASISTENCIAL, DOCENTE e INVESTIGADORA y yo añadiría, con toda justicia, una más, la actividad OPOSITORA que le llevaría a alcanzar, no pocos cargos y puestos de responsabilidad tanto clínicos como académicos.

Además de las primera oposición a Médico Forense (ya mencionada), aprobó otras más hasta un total de 7, que no puedo dejar de mencionar porque ratifican su gran esfuerzo, su dedicación, horas de estudio, su firme y decidida vocación médica y ese deseo de saber y ayudar que trasmite la simple lectura de su andadura profesional.

A continuación les reseño las oposiciones a las que se fue presentando por orden cronológico:

- Médico General de la Seguridad Social en Madrid (1969).
Médico Adjunto y Encargado de Curso de Patología y Clínica Médica (1969).

- Médico Adjunto Numerario del Cuerpo de Profesores Adjuntos de Universidad (1972).

- Oposición a Profesor Agregado de Patología y Clínica Médica. Universidad de Barcelona (1976).

- Oposiciones a Catedrático de la Universidad de Salamanca (1979).

- Nueva Oposición a Catedrático por traslado de Salamanca a la Universidad Complutense de Madrid (1997) (con 63 años).

- Catedrático Emérito por la Universidad Complutense de Madrid (2005).

En cuanto a su actividad Asistencial

Fue Jefe de Servicio de Medicina Interna en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid y Jefe de Departamento en el Hospital Clínico de Salamanca (1981). Se jubiló en el año 2005, tras 46 años de ininterrumpida actividad profesional que desempeñó en no pocos destinos. Fue ponente oficial en 14 Congresos y simposios internacionales y ha dirigido 15 proyectos financiados de investigación.

Actividad docente e investigadora

Les apporto algunos otros datos de interés, que ponen de manifiesto la calidad de sus trabajos científicos: Dirigió 13 Tesis Doctorales y 8 Tesinas de Licenciatura. Ha publicado más de 250 artículos en revistas de gran impacto y más de 300 comunicaciones. Tiene acreditados 5 sexenios de actividad investigadora y 6 tramos (todos los posibles), de actividad docente.

Estas fueron sus principales líneas de investigación: Accidentes cardiovasculares, potenciales evocados en la diabetes, fiebre exantemática mediterránea, alteraciones del metabolismo lipídico, arterioesclerosis y cómo no, el tema central que ha motivado gran parte de su larga y fecunda vida profesional y que no es otro que el papel de la empatía en las relaciones médico-paciente.

Ha escrito más de 22 libros como autor único, coautor, capítulos sueltos y monografías diversas. No les hablaré de todos ellos naturalmente, pero sí de algunos que a mí me impactaron por referirse precisamente al comportamiento ético del médico con el paciente.

Les pido disculpas por no poderles citar todos sus múltiples trabajos (más de 1500), escritos, cargos, puestos académicos, medallas, premios, condecoraciones y reconocimientos que ha ido obteniendo a lo largo de su prolongada y dichosa vida profesional. Fue Presidente efectivo y Presidente de honor de la Sociedad Española de Medicina Interna, socio fundador y director de la revista “Anales de Medicina Interna”, y de la publicación de la Panamericana “Perspectivas en Medicina”.

Está en posesión de la medalla de oro de la Real Academia de Medicina de Barcelona, de la medalla de plata de la Universidad Complutense, Gran Cruz de la Sanidad Madrileña y Miembro de honor de la Sociedad Argentina de Humanismo Médico.

Es Académico Correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina, y de las Academias de Medicina de Cataluña, Valencia, Galicia, y Asturias y, me llena de orgullo decirlo, desde el año 2018 es también Académico Correspondiente de esta nuestra querida Real Academia de Doctores de España. Su discurso de toma de posesión lo denominó con este sugerente título “El Médico, saber, poder, sentir”, en el que nos habló de las dos razones más nobles del saber humano: el saber como deseo y el saber como poder. Nos citó también, en aquella ocasión la conocida máxima Aristotélica de “todos los hombres tienen y portan un deseo natural de saber”.

Pertenece a la Academia de Ciencias de Argentina, es miembro de 13 Sociedades científicas y ha formado parte de 12 Consejos y Comités de redacción de diversas revistas médicas.

Es, en suma, un gran hombre y una gran persona, afable, cordial, culto, amante de la música, la lectura (tiene una biblioteca personal de más de 10,000 volúmenes), gran conversador y gran escritor, al estilo de otros eminentes médicos españoles como Cajal, Marañón, Baroja, Lain...etc. Su gran personalidad, reúne todas las

cualidades y características que le hacen acreedor a la muy honrosa distinción de MEDICO CULTO Y MEDICO HUMANISTA.

En este sentido, ha publicado dos libros sencillamente fundamentales y de obligada lectura para todos los médicos, si desean entender los nuevos caminos por los que discurre la medicina actual en nuestro país, como el imparable ascenso de la tecnología, las interminables listas de espera y los problemas inherentes a la deshumanización y masificación de las consultas y de los hospitales.

Estos son los dos libros a los que quería hacer referencia: En el año 2011 publica “De la Medicina y el Médico”, una seleccionada recopilación de sus más relevantes artículos humanísticos, con esta entrañable dedicatoria “A mi padre, que me enseñó a ser médico y persona”. En el 2020 publica el libro “Conocer y sentir al otro. La Medicina” (2020). Donde relata con meticulosidad, varios capítulos sobre la Enfermedad humana, la relación médico-enfermo, razones por las que el médico presta su ayuda, la empatía del médico y salvemos la empatía. Estos dos libros, aunque relacionados con la medicina, no son de contenido clínico o científico, sino puramente humanístico. A ustedes les recomiendo encarecidamente su lectura y al doctor Portugal, le felicito por su pluma fácil, amena, sencilla y sentida. En la presentación que del propio libro hace su autor, hay un detalle tan enternecedor como familiar, que me es imposible dejar de mencionar. Dice el profesor Portugal “la portada de este libro está inspirada en una idea de Pepe, un niño de 12 años, listo, imaginativo, creativo y sobre todo, lo más importante, que quiere mucho a su abuelo”. Ya sabéis muy bien a quien me estoy refiriendo.

Llegado este momento, he de reconocer que, relejendo sus últimas publicaciones, se advierte que el CV del Prof. Portugal en los últimos 20-25 años, ha explorado otras disciplinas y ha cambiado de orientación y objetivos profesionales. De los artículos científicos respaldados e incluidos en la denominada, por aquel entonces Medicina Basada en la Evidencia (MBE), se ha adentrado en la Medicina

Basada en la Afectividad (MBA) con el paciente, al constatar que, en la Medicina actual, la tecnología se ha instalado de forma preponderante y un tanto excluyente, entre el médico y el paciente, tomando un excesivo y notorio protagonismo que dificulta y menoscaba la empatía y el buen trato entre el médico y el paciente.

El Dr. José de Portugal se ha mostrado convencido partidario de potenciar la afectividad y la cultura del médico en sus relaciones con el paciente, apostando por el estudio y conocimiento de las humanidades médicas, como la Psicología, Sociología, Historia de la Medicina, Ética... etc., que deberían enseñarse en la Universidad y las no médicas, como la Historia, Literatura, Música, Filosofía... etc., por considerarlas un arte, un apoyo y un complemento cultural que, dignifican y enriquecen la personalidad del médico y la del estudiante de medicina.

Nuestro recipiendario sabe muy bien que, tanto la práctica de la medicina como la formación médica necesitan, para potenciar su relevancia, de un imprescindible y bien avenido matrimonio entre “ciencias y humanidades”, en el, que por desgracia, no siempre predominó el entendimiento y la cordura. De esta misma opinión, fue el gran médico y humanista canadiense William Osler, un verdadero icono de la medicina al que no me resigno a dejar de mencionar en su calidad de experimentado docente. Nacido en Ontario el 12 de julio de 1849, titulado en Montreal en el Medicine Trinity College School y Profesor de Fisiología y Fisiopatología en diversos destinos y Facultades de Medicina de su propio país, de los EE UU y de Inglaterra. Se le conoce como el padre de la medicina moderna y el médico más respetado del siglo XIX. Murió a los 70 años de vida en Oxford a finales del año 1919 precisamente de una neumonía, patología a la que dedicó muchos años de su infatigable y peligrosa carrera investigadora. Llegó a publicar más de 1500 trabajos entre libros, monografías y artículos en revistas prestigiosas dejando un extraordinario legado científico y humanístico.

El Doctor Osler y nuestro admirado Dr Portugal, tuvieron muchas similitudes en sus respectivas trayectorias asistenciales, docentes e investigadoras y sus muy diversos destinos profesionales. Les unía a ambos su gran pasión por las humanidades, su afán y pasión por los libros (tenía una biblioteca con más de 7000 volúmenes), por la selección, siempre cuidadosa y comprometida, con los contenidos de sus discursos y tareas docentes, su preocupación por que la formación académica de los estudiantes de medicina, la recibieran a la cabecera del paciente propiciándoles e inculcándoles el buen trato y la empatía entre el médico y el paciente, son algunas de las más significativas. Si a todas estas cualidades, le añadimos su contribución al desarrollo e implantación del sistema MIR, creo que bien se le podía tildar como uno de los más grandes maestros que ha tenido la medicina a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del siglo XX.

Publicó dos magníficos libros titulados “Principios y práctica de la Medicina” y “Un estilo de vida” donde resume su forma de vivir, de transmitir los conocimientos médicos y de recomendar sus consejos sobre cómo se forja un Buen Médico. En su última conferencia de despedida a los alumnos en el año 1919 (último de su vida), se refirió una vez más a la falta de acoplamiento entre las ciencias y el humanismo, haciéndose estas dos preguntas: ¿Cómo pueden los científicos recibir la levadura de las humanidades para prevenir su excesiva subespecialización y la estrechez mental? Y esta otra a la inversa ¿Cómo pueden las humanidades ser fermentadas por la evidencia científica?

William Osler fue profesor en la Universidad Johns Hopkins en Baltimore, donde formó parte, junto a otras insignes figuras de la medicina norteamericana de la talla de Welch (Patólogo), Halsted (Cirujano), Kelly (Ginecólogo) y el mismo Osler (Medicina interna), eran conocidos como “los cuatro grandes del Hospital”. Al dejar Filadelfia, dio una conferencia histórica sobre “la ecuanimidad en los juicios y la veracidad en sus informaciones”, cualidades que debía

tener todo buen médico junto a estas otras tan significativas como la calma, la serenidad, la transparencia y naturalmente, el carisma.

3. COMENTARIOS A SU DISCURSO sobre “La Empatía del Médico”

Acabamos de oír una magnífica, completa y actualizada exposición sobre un tema apasionante como es la empatía del médico con el enfermo. Un pilar básico en el ejercicio de la medicina que ha emergido con fuerza en el ámbito general de la relación profesional médico-enfermo, así como en la trayectoria investigadora y divulgadora personal de algunos insignes profesores y clínicos como es el caso del doctor José de Portugal.

A ninguno de ustedes les puede sorprender que esté hoy aquí, no solo por tratarse de una relevante autoridad científica en su especialidad, sino porque en los últimos 15 años que lleva jubilado, sus reflexiones, publicaciones y conferencias, han ido dirigidas a un objetivo muy concreto, favorecer el encuentro médico-paciente y corregir la deshumanización del acto médico, víctima manifiesta del imparable ascenso de la tecnología sanitaria.

Permítanme hacer un somero recorrido por algunos de los epígrafes y contenidos mas sobresalientes y destacados de su extraordinario discurso.

¿Por qué la elección de la empatía? ¿Qué se entiende por empatía?

Porque la relación médico-enfermo ha sufrido cambios importantes y preocupantes en sus principales componentes humanos que han ido minusvalorando el afecto la cercanía y la afectividad que debe caracterizar siempre al acto médico. Así se ha ido consolidando la opción “salvemos la empatía” para poder cambiar la deteriorada relación médico-enfermo.

En el ámbito de la Medicina, se entiende por empatía, la facultad o capacidad que tiene una persona para ponerse en el sitio o lugar de otra, para comprenderla y ayudarla. Según la RAE, es la “identificación mental y afectiva de un sujeto, con el estado de ánimo del otro”. En una segunda acepción, esta misma institución amplió su significado señalando que es “la capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos”. El vocablo empatía viene del griego *empátheia* que se puede traducir por “conmovido”. La empatía hace que las personas se ayuden y asistan entre sí, con la pretensión de entender los sentimientos y las emociones que le afligen en un momento dados de su vida. También se define la empatía como “como una sutil condición humana que contempla y facilita las relaciones médico-enfermo que, en los últimos años, se han debilitado y hasta distorsionado sobremanera. Es también la esencia misma de la relación humana.

Lo contrario se denomina eempatía o ectopatía y se corresponde con una actitud de incompreensión, desinterés, y por no poder ponerse en el lugar o en la piel de otro. Constituiría un proceso mental y voluntario de exclusión de sentimientos, pensamientos y motivaciones inducidas por otro (el paciente). No se nace siendo empático, se va desarrollando a lo largo de la vida. Los hombres y los médicos, que eligen una disciplina muy técnica para su especialización, suelen tener menos empatía que las mujeres.

La actitud empática del médico, ayuda a imaginar, identificar y comprender lo que el paciente está sintiendo cuando acude al médico y se establece entre ambos, una relación tan digna y necesaria como respetuosa, en la que debe predominar la capacidad del médico en tratar de entender e identificar los pensamientos, las emociones y los sentimientos del paciente. En la intimidad de la consulta, el médico debe procurar “estar con el enfermo sin ser el enfermo” y “ser justo sin ser juez” y según Marañón, concederle al paciente el tiempo suficiente para escuchar su relato con atención y disposición de ánimo. Se sabe que el mayor error del médico es no saber escuchar la palabra del paciente.

El Prof. Portugal nos ha especificado en su disertación, los detalles que concurren en la relación médico-paciente; sus dos fundamentos, el genérico, que es la ayuda que una persona presta a la necesidad que otra demanda para recobrar la salud y el específico, relativo a lo que mueve al enfermo a buscar al médico y a éste, a encontrarse con aquel. Lo que nuestro beneficiario llama conjunción o concurrencia que supone estar juntos. A los dos la enfermedad, primero les une y luego los relaciona.

En la estructura de la relación M-P nuestro nuevo académico incluye tres tipos de componentes: Humanos (confianza, confianza, condolencia y concordancia), técnicos (implicados en tareas diagnósticas y terapéuticas), y morales (principios de beneficencia, autonomía y justicia). Nos hizo mención especial al principio de beneficencia (procurar siempre el bien del paciente), y al de la autonomía del paciente donde se han producido notables cambios éticos que la sociedad demandaba y que se encuadran dentro del denominado periodo moderno de la ética tradicional. De esta manera, el de beneficencia, ha perdido su original aroma paternalista y el de autonomía, ha recobrado parte del escaso protagonismo clínico que tenía.

En cuanto al “impulso vocacional” el Dr. Portugal, se refirió a las dos razones más nobles e importantes que mueven la actitud médica y que son: El saber en sus dos formas (deseo de saber y deseo de poder) y el de ayudar al prójimo. Si de alguna manera, por el paso del tiempo o por cualquier otro motivo, fallara alguna de estas dos razones, (bien la intelectual o la afectiva) en el que ya está desempeñando la medicina, entiende el doctor Portugal que no se puede ser un buen médico.

Razones de la ayuda del médico al paciente y cómo aparece la empatía del médico. El doctor Portugal nos las ha expuesto con suficiente claridad, nos ha explicado que son dos las razones más poderosas que llevan al médico a ayudar al paciente: Por obligación profesional y por el interés del médico en alimentar sus intereses

sociales (lucro, poder y éxito) y ocasionalmente, por mantener activa la antorcha de la inquietud científica que casi nunca se apaga.

Clases de empatía. ¿Cómo aparece la empatía del médico?

La empatía del médico nace en el seno de la amistad entre un hombre que necesita ayuda y otro con voluntad de prestársela. Surgiendo así el contagio emocional y el consiguiente vínculo interpersonal. Se consideran dos grandes tipos de empatías, la referida a la forma de pensar (empatía cognitiva) implicada en prever qué están pensando los demás y otra, la de sentir (empatía emocional), referida a compartir las emociones.

Puede hablarse de dos diferentes tipos de empatía en dependencia de la evolución de la enfermedad del paciente (aguda o crónica). Parece aceptarse que, en el caso de la enfermedad aguda, se desarrollan afectaciones emocionales o “sentimientos emocionales”, que generan en el médico una empatía emocional, mientras que, en la enfermedad crónica, al acompañarse de una menor respuesta emocional del médico, se genera la llamada empatía de tipo cognitiva, implicada en tratar de saber qué están pensando los demás.

De los enemigos de la empatía del médico

Pasó más tarde a describirnos cuales eran realmente los enemigos de la empatía del médico y citó estos tres, la manipulación, la invasión y la erosión emocionales. La manipulación es un estado emocional ficticio que simula el paciente mediante el llanto, la angustia, la tristeza...etc. En la invasión emocional, el médico se siente tan sobrecogido por el sufrimiento del paciente que su respuesta empática puede ser menor de la esperada. La erosión emocional, puede aparecer cuando se emplean tan sofisticados programas de diagnóstico que muchas veces el médico no necesita hablar con el paciente ni éste hablar con el médico.

Terminó su disertación refiriéndose a otros condicionantes de la empatía, uno de plena actualidad, la erosión empática en el es-

tudiante de Medicina y otro futurista centrado en la empatía robótica o artificial. En cuanto a la empatía del estudiante de medicina, creo que el doctor Portugal ha hecho bien en resaltar lo que está ocurriendo en la actualidad en nuestro país, en el que se advierte un significativo descenso de la empatía en el estudiante de medicina posiblemente relacionado con el exceso de trabajo y el estrés por sacar buena nota para entrar en la Facultad de Medicina primero, para enfrentarse al examen MIR mas tarde y para adaptarse a una especialidad, bien alejada de aquella otra, la de sus ilusiones y proyectos que quedó definitivamente relegada por una nota insuficiente.

Ya voy terminando. La historia de la medicina sea cual sea el tema que tratemos, es una sucesión interrumpida de luces y sombras (destellos y fracasos) (descubrimientos y secretos) que se van turnando, renovando y quedando obsoletos al ritmo implacable que marca e impone el afán innovador o la tarea descubridora.

En este momento, la medicina tiene un objetivo bien claro, recuperar, potenciar y salvar la empatía para intentar mejorar el mundo, que hoy se inclina claramente y sin tapujos por el camino impersonal e imparable de la tecnología. De ahí que nuestro nuevo académico proponga, para la formación del futuro médico, estas tres exigentes disciplinas: formación técnica, formación humanística y la formación cultural.

4. CONSIDERACIONES FINALES

Ni aun después de su jubilación en el año 2005 y tras 46 años de actividad profesional, el Dr Portugal pudo alejarse de la Medicina y de sus pacientes. Muy al contrario, en su apacible y sosegado retiro rural, de Valdemorillo, ha continuado “haciendo currículum” ininterrumpidamente. Lejos de las aulas, de los hospitales y de las salas de Congresos y de Conferencias, ha escrito los mejores párrafos referidos, casi siempre, a la ética médica, las relaciones humanas,

al compromiso con el paciente y a un indeclinable deseo de ser, sobre todo y ante todo, un buen médico. Con este mismo título, (El buen médico) publicó un artículo en el año 1998 recogido en el libro “Ser Médico, Los valores de una profesión”, en el que señala y considera que el buen médico es aquel que, además de tener buenos resultados clínicos, reúne otros componentes, humanos, éticos y sociales que requiere nuestra personalidad y nuestra profesión.

No se olvidó de otros compañeros médicos, quizás menos diligentes y recomendables, a los que dedicó algún que otro reproche. Así en el año 2011 se despachó con este otro artículo menos condescendiente y halagador que el anterior titulándolo “Médicos malos, perversos y malvados”, incluido en su libro “De la Medicina y el Médico.

Tras todo lo expuesto, no es de extrañar que se hiciera acreedor a estas dos últimas y singulares distinciones que no quiero dejar de mencionar. En el año 1976, el Ayuntamiento de Valdemorillo le concedió el título de “hijo adoptivo de la localidad” y en 1996, la propia Comunidad de Madrid le distinguió con el honroso título de “Médico Humanista del año”. En ambos casos, por sus indudables valores personales y por el comportamiento tan cercano, afectuoso y empático que siempre ha tenido con todos los vecinos de esta localidad. El autor francés Augusto Comte, gran defensor de la razón, de la ciencia, y del humanismo culto y crítico, decía que “vivir para los demás, no es solamente la ley del deber, sino la ley de la felicidad”. Eso es lo que no ha dejado de hacer nuestro nuevo académico, en los 17 años que lleva jubilado.

Estoy seguro que su entrada en nuestra real institución será, sin duda, un motivo de gran satisfacción, tanto para la propia Academia, como para todos nosotros, que tendremos a partir de ahora, un eminente hombre de ciencia, un sabio médico humanista y un excelente compañero y amigo.

Antonio González González

Para finalizar, querido José, solo me resta felicitarte por tu excelente exposición, por el esfuerzo y entusiasmo que has puesto en la redacción del discurso y por tu larga y emotiva trayectoria profesional, en la que has abierto un camino ineludible, el de la dignificación y dulcificación del ACTO MEDICO. Nuestra enhorabuena y nuestra más cordial bienvenida a esta querida corporación

Muchas gracias y larga y emotiva vida querido profesor

He dicho

