

Pulgar empático. Una relación bioética entre el médico y el paciente.

Francisco Javier Aguilar Sierra

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Filosofía

Instituto de Bioética

Bogotá, Colombia

Octubre de 2022

Pulgar empático. Una relación bioética entre el médico y el paciente.

Francisco Javier Aguilar Sierra

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de  
Magister en Bioética

Dirección a cargo del Profesor  
José Edwin Cuéllar Saavedra

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Filosofía

Instituto de Bioética

Bogotá, Colombia

Octubre de 2022

A mi hijo Juan Francisco.

Eres la inspiración para cuidar a las personas, el motivo para enseñar y acompañar a médicos javerianos como yo.

### **Agradecimientos.**

Al profesor José Edwin Cuéllar Saavedra, un ejemplo de la dedicación en la formación de almas atrevidas e inquietas.

A mi familia, fuente de energía inagotable; en especial la compañía y fortaleza que brindás Mónica en nuestro diario vivir.

Al Programa de Ortopedia y Traumatología de la Pontificia Universidad Javeriana, quienes desde el Hospital Universitario de la Samaritana hasta el Hospital Universitario San Ignacio me acompañaron en este periodo de formación. Mil gracias.



## **Introducción**

No resultaría muy aventurado afirmar que para una gran parte de la crítica especializada, el currículo médico (y con este también la práctica médica) ha sacado de sus prioridades la consideración por la formación del profesional desde la cuestión ética (Yuguero, Esquerda, Viñas, Soler-González, Pifarde, 2018; Charon, 2001). La ausencia de consideración por la valoración moral de las relaciones médico-paciente ha reducido el potencial empático cognitivo del profesional de la salud, con el cual se hace viable la aproximación a las consideraciones morales que plantea la posición del paciente. Desde aquí, el caso de pacientes con amputación de pulgar se convierte en un reto que pone en evidencia la constante presencia de los conflictos bioéticos entre médico-paciente.

La preferencia por un discurso "profesional" o la práctica predominante de lenguajes, conceptos, formas etc., que resultan completamente ajenas a las realidades del paciente, aunado a la "necesidad" de aparentar un conocimiento superior para no perder el respeto, estatus o consideración frente al paciente, en vez de permitir un acercamiento entre las partes, lo que hace es intensificar esas diferencias respecto al valor de la empatía en la atención médica. Esto es, tal como se intentará justificar en este texto, se agudiza la relación jerárquica entre médico y paciente (que diríamos de entrada es inexistente) con lo que se imposibilita la construcción de una narrativa empática basada en las consideraciones fácticas -y no sólo en presuposiciones emocionales- sobre el paciente. Esto es lo que Yuguero et al llamarán la "erosión ética" de la ciencia médica, y sobre la cual se hablará más adelante. Por ahora,

diríamos, la erosión ética pondrá en evidencia la limitante que existe en el proceso de entrenamiento-capacitación del personal médico respecto del valor de la empatía y las consideraciones sobre las relaciones bioéticas en la pedagogía médica.

Para aproximarnos a estos problemas como lo es el pensar la práctica médica desde la bioética, el presente trabajo se divide de la siguiente manera. En la primera parte se abordará la perspectiva de la amputación del pulgar como una situación en la que el paciente se enfrenta a los efectos tanto del procedimiento quirúrgico como a hacer evidente su condición de persona con emociones, anhelos, preocupaciones e incertidumbres, frente a su nueva condición. La importancia del pulgar como un componente especial de la mano (y del cuerpo, claro), reflejará, sobre todo en el caso de su pérdida, las diferentes consideraciones y conflictos que pacientes pueden expresar frente a su expectativa de lo que puede ser considerada una vida plena. Como se verá, esta situación pone al paciente y al personal médico de forma conjunta ante los planteamientos y retos que propone la consideración de la persona desde diversas dinámicas y relaciones tanto afectivas como morales. Esto conllevará, como se verá en el segundo capítulo, a considerar las diversas dimensiones y narrativas en las que se manifiesta el Yo como una cuestión ética relevante.

El segundo capítulo, así bien, se encargará de describir las connotaciones de lo que conlleva el asumir esas diversas realidades y contingencias desde la consideración de la empatía. Esta emoción se convertirá en una herramienta definitiva para aproximarse a las necesidades del paciente. Para esto será definitivo delimitar una noción precisa de empatía. Por esto, indagar sobre la naturaleza y limitaciones que a la vez plantea considerar la

situación de los pacientes desde las relaciones empáticas, será relevante si de lo que se trata es de construir narrativas en las que el personal médico se aproxima al paciente para convertirse en una parte de primaria importancia en, lo que a modo de una obra literaria, ese relato tiene para contar. De aquí que se pasará a hablar de relaciones para la construcción del conocimiento no de forma vertical o jerárquica sino de forma horizontal desde lo que será la importancia de considerar la narrativa médica.

Finalmente, el capítulo tres, propondrá la cuestión de la empatía cognitiva-narrativa. Hablar de la empatía como elemento cognitivo se hará definitivo para entablar narrativas constructivas que harán parte del tratamiento médico de pacientes con amputación de miembros superiores. Estas consideraciones proponen abrir una discusión sobre el valor de la cuestión ética en la formación del personal médico como un tema que gana cada vez más relevancia para las deliberaciones sobre las políticas públicas en salud. El llamado de atención sobre dar una mirada al valor de las relaciones empáticas desde la razón, sobre las que se hablará acá, propone poner en el escenario de la narrativa médica unas reflexiones que médicos, pacientes, administradores públicos, estudiantes y enseñantes habrán de tener presentes desde estas y otras discusiones que se abren a la luz de las relaciones bioéticas recientes.

## *Capítulo 1*

### **Aproximación a la significancia del pulgar en la relación ética médico-paciente**

#### **1.1 A modo de introducción al capítulo**

Las manos han sido llamadas la extensión del cerebro. Esto, gracias a la comunicación directa que tiene el órgano neuronal con el exterior. La mano refleja la mejor forma de la evolución de la especie en términos funcionales y la expresión de la condición social del individuo. No existe un órgano del cuerpo con función que tenga tanta representación cortical y que haya sido estudiado a través de la historia con el objetivo de confirmar la condición evolutiva de la propia especie.(Lundborg Goran.).

De este modo, el presente capítulo tiene como objetivo presentar al pulgar como estructura importante del cuerpo humano destacando su relevancia en diferentes aspectos. De ahí que sea necesario recurrir a la muestra de algunos casos clínicos para mostrar estas relaciones. Bajo este contexto, se propone llamar la atención sobre la relevancia del pulgar desde una visión biológica evolutiva de la especie humana, seguido de las consideraciones que desde la normatividad colombiana se hacen respecto al trauma generado por la amputación del pulgar. Para terminar, nos detendremos en la presentación clínica donde se evidencia la negativa de los pacientes por aceptar intervenciones médicas que buscan recuperar la función global de la mano. Al final, esto advertirá sobre la importancia de hacer

un énfasis sobre una actitud ética-empática del médico hacia el tratamiento que se escoge para el paciente.

### *1.2 Las dimensiones del pulgar*

Como elemento para la introducción sobre la función del pulgar se presentan a continuación dos casos clínicos con aspectos anatómicos y funcionales con desenlaces diferentes producidos por una amputación traumática alrededor del pulgar. Las imágenes tomadas para el presente estudio han sido utilizadas cumpliendo con la normatividad vigente institucional incluyendo la aprobación para su uso académico por parte de los pacientes.

#### CASO CLÍNICO 1

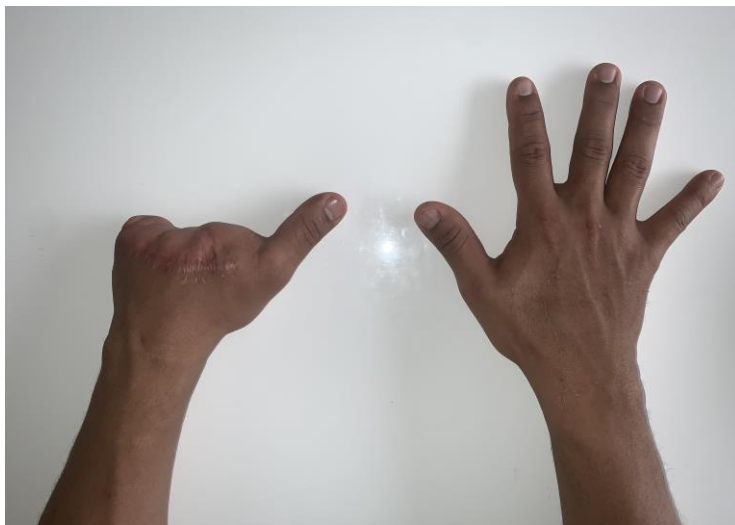
Agustín<sup>1</sup>, paciente 23 años trabajador manual presenta amputación traumática de 4 dedos (índice al meñique) a través de la articulación metacarpoalángica (lo que configura una clásica amputación a través de los dígitos). Se trata de un evento relacionado con el entorno laboral y afectación del lado dominante. Es evaluado en consulta por cirugía de mano posterior a intervenciones de atención primaria con evidencia de muñón de amputación sin causalgia, y con prótesis de adaptación. Para el caso el paciente ha completado su proceso de rehabilitación inicial, incluyendo la adaptación en lateralidad de la extremidad y uso de

---

<sup>1</sup> Nombre ficticio.

elementos funcionales con escala funcional Quickdash (García González et al., 2018)<sup>2</sup> en bajo puntaje. Agustín reporta haberse negado a la utilización de la prótesis cosmética y funcional provista por el asegurador ante la imposibilidad del desempeño de su actividad manual laboral en la máquina que produjo la amputación. Deseo manifiesto y confirmado por la evaluación psiquiátrica de la calificación y cierre del caso ante la no limitación funcional global del uso de extremidad, incluso con desempeño completo en el cargo asignado.

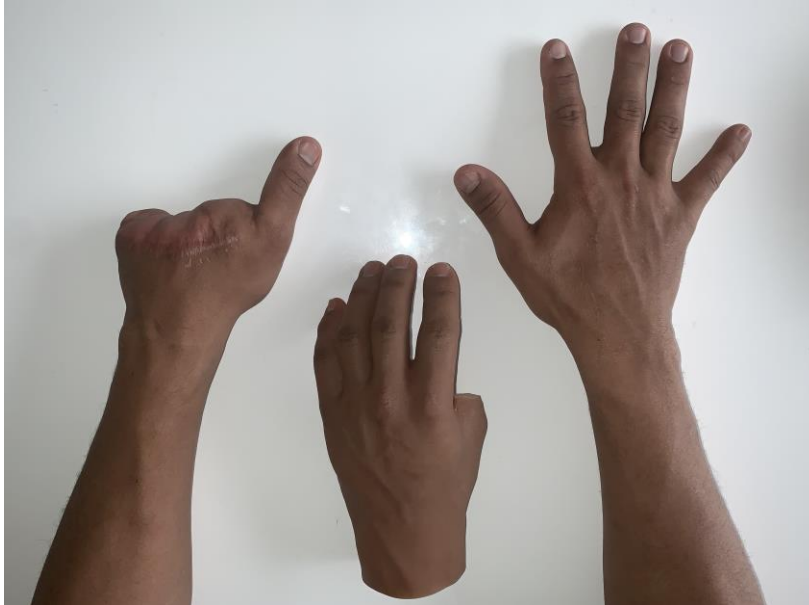
Se evidencia al examen físico desempeño completo del paciente en funciones de agarre, prensión y fuerza sin ninguna limitación gracias a la presencia anatómica única del pulgar incluso se suspende la utilización de cualquier aditamento en la mano.



---

<sup>2</sup> Quickdash- Escala funcional del miembro superior cuyo objetivo principal es considerar la opinión del paciente ante cualquier objetivo o tratamiento. Representa un método de evaluación estadístico subjetivo de la condición médica del paciente.

*Amputación traumática de los dígitos índice al meñique con preservación del pulgar en la mano izquierda comparada con la mano derecha. Se configura una amputación transmetacarpiana, la cual compromete los dígitos.*



*Amputación traumática con prótesis cosmética en el intermedio.*



*Paciente con función completa de la mano aun en ausencia de 4 dígitos.*

## CASO CLÍNICO 2

José Javier<sup>3</sup> es un paciente de 32 años, ingeniero industrial quien presenta amputación traumática del pulgar en su mano dominante. El evento se produjo en el marco de un accidente laboral involucrando de forma adicional el dedo anular. Como parte del tratamiento se realiza el manejo inicial de la lesión dejando como secuela la pérdida completa del 80% del pulgar. José Javier es evaluado por cirugía de mano con evidencia de muñón estable no doloroso. Reporta el paciente incapacidad de realizar pinza contra otro dígito. Esto representa una amplia limitación (a juicio del paciente) para realizar actividades como la alimentación, aseo personal (uso de elementos como cepillo de dientes y peine) así como genera dificultades en su entorno por la afectación cosmética. Se han realizados múltiples evaluaciones clínicas, procedimientos quirúrgicos que incluyen colgajos cutáneos y alargamientos óseos incluyendo 218 días de incapacidad y reubicación laboral sin obtener una mejoría en la evaluación funcional con alto puntaje en el Quickdash.

José Javier reporta la limitación global para el uso de la mano, así como una compensación laboral dada por su aseguradora de 32.3%.<sup>4</sup> Ante esta situación, se han propuesto por parte del personal médico (junta de evaluación funcional) procedimientos adicionales que permitan la mejoría en su calidad de vida y disminución del porcentaje de calificación encontrando negativa por parte del paciente y su familia.

---

<sup>3</sup> Nombre ficticio.

<sup>4</sup> Pérdida de capacidad laboral- Representa porcentaje de discapacidad que determina la gravedad de la lesión así como la compensación económica posterior a un evento.



*José Javier<sup>5</sup> es un paciente con amputación traumática del pulgar; compromiso del 35% de la longitud al cual se le han realizado varios procedimientos quirúrgicos incluyendo alargamiento óseo y cobertura de la punta del dedo.*



*Paciente con amputación del pulgar; vista frontal con pérdida de la uña; múltiples cicatrices que involucran la punta del dedo. Pérdida de la apertura de la primera comisura.*

---

<sup>5</sup> Nombre ficticio.

Contextualización clínica:

A través de la presentación de los dos casos anteriores, se introduce en perspectiva la condición clínica de ambos pacientes. Como se aprecia en el primer caso, a pesar de contar con una lesión aparentemente mayor por el compromiso de 4 dígitos, la indemnidad del pulgar hace que la función global del paciente no se vea afectada. Caso contrario ocurre en el segundo paciente que ha perdido el pulgar en gran porcentaje, donde la única afectación con pérdida de la longitud del pulgar conlleva a múltiples procedimientos quirúrgicos, consiguiendo un porcentaje mayor de discapacidad y presencia de secuelas.

### *La funcionalidad del pulgar*

El pulgar como dígito independiente de la mano ha sido objeto de estudio por la ciencia médica desde la interpretación clínica ante la pérdida de la pinza como elemento importante en función de la mano. El agarre en dos puntos obtenido por el pulgar en posición opuesta a otro dedo representa para el ser humano el desarrollo de capacidades básicas como el aseo personal, la preparación de alimentos y por supuesto la manipulación de elementos en diversas tareas. Al comparar los casos presentados podemos tener como resultado una ecuación en la que a pesar de múltiples cirugías reconstructivas sobre el pulgar el paciente no ha logrado compensar la inmensa pérdida que fue la afectación parcial del pulgar; dicho paciente cuenta con una perspectiva profesional prometedora puesto que labora como ingeniero encargado de la producción de elementos metalúrgicos,

asistencia e interés en rehabilitarse por su familia y empleador siendo la principal razón para haber aceptado las propuestas quirúrgicas.

Esta actitud de rechazo por algunos pacientes genera en el actor médico varios cuestionamientos, tales como: ¿la ciencia médica ha avanzado tanto y para beneficio de la sociedad, que no ve el paciente lo que el médico ve y que no ve lo que el médico ve? ¿Qué importancia tiene para el paciente un cambio de dígito?

Por otro lado la conservación del pulgar sin afectación como le ocurrió al trabajador manual solamente conlleva a único procedimiento de remodelación de los dedos afectados con un periodo de rehabilitación muy corto incluso retornando a su puesto de trabajo regular. Este ejemplo nos demuestra que para la mano el pulgar representa más del 50% de su función global y la gran mayoría de los pacientes a pesar de tener posibilidades de buscar recuperar los dedos perdidos encuentran en su nueva condición elementos suficientes para rechazar tratamientos quirúrgicos reconstructivos.

A continuación, se hará una exposición en detalle de los aspectos más relevantes del pulgar lo que nos permitirá encontrar conclusiones sobre el valor que representar tener un pulgar en la mano presentando la visión biológica pasando por la perspectiva legislativa para cerrar con la interpretación médica en situaciones que involucra la toma de decisiones frente a una amputación traumática del pulgar.

### ***Perspectiva Biológica-evolutiva del pulgar***

En la actualidad se conoce el gran desarrollo que ha tenido el cuerpo humano por más de 4 millones de años. Este proceso ha presentado importantes cambios en función del desarrollo de la especie (Lundborg Goran, n.d.). El gran logro ha sido la bipedestación como elemento que representó la capacidad de obtener un horizonte en su visión y crear la necesidad de modificar su entorno en función de sus extremidades. Este proceso no ocurre como resultado de un punto de partida sino por el contrario es el resultado sincrónico del desarrollo biológico de la especie. Es así como el sistema nervioso central aumenta su masa encefálica, la columna modifica su curvatura y se presenta una evolución de las extremidades superiores permitiendo el desarrollo de estructuras anatómicas únicas y con funciones específicas que permiten al individuo conocer su entorno y tener la capacidad de modificarlo.

El agarre surge como función principal para la obtención de alimentos así como la creación de herramientas con el claro objetivo de cuidar y aumentar la expectativa de vida de la especie. Las extremidades en forma particular son extensiones funcionales del esqueleto apendicular siendo diferentes a los órganos internos, los cuales en condiciones estrictamente biológicas cumplen con funciones vitales y no representan una diferencia evolutiva si se compara con otra especie. Por lo tanto, cobra importancia la presencia de las extremidades en relación con la funcionalidad social del individuo. No existe otra forma de comunicarse o cambiar el entorno sino es por acción de los miembros superiores e inferiores. Ahora bien, al evaluar y comparar las extremidades superiores con las inferiores desde la anatomía morfológica, en el ser humano se encuentran estructuras de similares características. Sin embargo, desde un punto de vista funcional el miembro superior resulta de un proceso evolutivo diferencial de la propia especie. La capacidad de llevar elementos ante los ojos,

registrar por medio del tacto fino diversas estructuras, así como la potencia y fuerza aplicada de forma eficiente solo se realiza a través del miembro superior como resultado de la función fina de estructuras presentes en la mano.

La evolución de la extremidad superior a través de los años tiene su fiel reflejo en especies similares al ser humano (primates); teniendo como único e importante elemento diferenciador la presencia de un dígito cuyas características anatómicas lo hace diferenciador. Usualmente la composición de la mano incluye la presencia de cuatro dígitos con estructura anatómica similares incluido sus rangos de movilidad y función. Sin embargo, la presencia de un dígito radial con una osteología diferente y la presencia de articulaciones que permitan la migración en diversos planos del dedo será el inicio de un elemento diferenciador en la evolución de la especie.

Nace de allí el interés en particular en lograr entender el pulgar como dígito único con una anatomía aplicada de forma funcional para ocupar mas del 50% de la función global de toda la extremidad. Iniciamos el estudio del pulgar entendiendo su composición ósea la cual contiene dos falanges (el resto de los dedos tienen tres falanges), musculatura única diseñada para su propia función (los demás dedos comparten vientres musculares en el antebrazo) así como la presencia de estructuras neurológicas mixtas que involucran la función de todos los nervios de la extremidad superior (los demás dígitos están segmentados por un patrón neurológico separado). Desde una evaluación funcional cortical el homúnculo (representación gráfica de las estructuras del cuerpo humano en importancia para el cerebro) es la mejor forma de lograr clasificar por importancia las partes anatómicas del cuerpo

humano. El pulgar junto con zonas dotadas de alta sensibilidad ocupa el mayor porcentaje de la función corporal en forma global.



*Homunculo; Wilder Penfield 1928; Museo de Historia Natural de Londres.  
Representación e importancia neurosensorial en la corteza cerebral de la mano.*

Comparar la capacidad de conectividad del cerebro con el desarrollo del pulgar como estructura anatómica en forma aislada no tiene principio de razón, puesto que se hace indispensable la presencia de la estructura antes que la función, pero por supuesto como lo vemos en la actualidad, el razonamiento crea indiscutiblemente cambios en la composición anatómica del cuerpo y por supuesto continuara el trasegar de la especie en su afán de progresar.

Iniciando el enfoque del análisis propuesto, se puede decir que el pulgar, como estructura anatómica aislada con función única e irremplazable, es el resultado de la propia evolución de la especie. La pérdida traumática de dicho dígito a través de la historia ha generado diversas propuestas de reconstrucción basadas en la restauración funcional similar pero con deficiencias en su resultado. Al igual que el pulgar surgió como una estructura funcional que modifica el entorno del ser humano; en la medicina la cirugía de mano ha sido el resultado de una necesidad de progresar y solventar problemas del cuerpo humano. Por tal razón, la importancia anatómica del pulgar ha sido estudiada por la especialidad a través de las últimas cinco décadas. El surgimiento de esta área de la medicina ha sido el resultado de la necesidad creada, producto del conocimiento del déficit traumático de estructuras corporales como lo es el pulgar.

### ***Perspectiva Legislativa en Colombia***

Es ampliamente conocida la visión normativa basada en la compensación social que se tiene ante un evento traumático que afecta de forma irremediable la condición de un paciente. A partir de la era de la revolución industrial y la presencia de eventos mundiales como la primera y segunda guerra mundial la medicina y la sociedad creó un marco legislativo para evaluar y definir de forma objetiva la función de cada uno de sus segmentos y órganos. El valor intrínseco del cuerpo humano logra ser establecido mediante la creación de elementos compensatorios sociales (pensión por invalidez, pago de compensaciones por actividad realizada e incluso ajustes a la actividad después de un accidente). Esto indiscutiblemente ha sido el producto de la vinculación formal del cuerpo en la fuerza de

trabajo y representa una de las formas de enfrentar la discapacidad y fomentar la prevención de esta (Siep, 2003).

Es de resaltar que en el caso del pulgar el daño funcional es más que evidente (representa la pérdida de la función global de la mano en más del 50%). La afectación en la integración social y laboral que produce esta situación, sumándole al daño cosmético la carga emocional que esto representa, tiene un valor adicional asociado. En Colombia existe un marco legislativo que se emplea al momento de la calificación compensatoria en función de un segmento cercenado se basa en el estudio internacional propuesto por diversas entidades de compensación laboral cuyo único objetivo es volver tangible y valorable lo que, en principio, no tiene compensación. (Borda Villegas, n.d.). *La pérdida de capacidad laboral (PCL)* es un concepto que tiene fundamento en el ámbito legislativo y cuya aplicación representa el abordaje único para compensar la pérdida del pulgar teniendo como método de calificación la causalidad del evento, la edad del paciente, dominancia y pérdida de la longitud (evaluada en centímetros y número de articulaciones involucradas) pero sin considerar de forma objetiva otros elementos relevantes que acompañan la discapacidad como lo son la afectación social, el entorno familiar y la posición laboral del paciente amputado. La afectación de la dignidad, la autonomía y la corporalidad son alguno de los ejemplos cuya resolución sigue sin compensar por la legislación actual(4.-*Los fundamentos de la dignidad de la persona humana por Dr. Jose Luis Jimenez Garrote, n.d.*).

Actualmente, los aseguradores recurren al uso pragmático de las escalas de calificación basadas en la evaluación clínica y psicológica del paciente tratando de objetivizar el valor en porcentaje de la discapacidad del paciente. Es de resaltar que dentro de la

normatividad actual existen apartados con ponderación adicional dados por la importancia del órgano o estructura afectada. Ejemplo de estos son las lesiones que se producen en la cara (afectación cosmética) sistema nervioso central (secuelas irreversibles e importancia en función) y en las extremidades las lesiones que afectan el pulgar.

La pérdida de capacidad laboral producto de una amputación parcial o total del pulgar aumenta en el 23% el porcentaje de calificación(Borda Villegas,). Dicho incremento se fundamenta en diversos aspectos. El primero de ello incluye la afectación cosmética corporal puesto que cualquier lesión que afecte el pulgar tiene mayor visualización dentro de la mano ante la necesidad que representa el uso del mismo para todas las actividades (es decir, para tomar un objeto siempre se emplea el pulgar lo cual necesariamente genera que sea evidente la lesión). El segundo aspecto constituye la función de agarre y pinza lo cual conlleva a la pérdida de independencia y autonomía del individuo incluso ante la no presencia de otros dígitos lesionados y, por último, la imposibilidad global de restaurar la condición previa mediante procedimientos quirúrgicos u ortésicos.

Este último aspecto es realmente importante al momento de tratar de compensar la falta de una extremidad. Ejemplo claro de dicha situación lo tenemos en pacientes con amputaciones de las extremidades inferiores en los cuales cualquier prótesis diseñada cumple con la función de bipedestación y marcha(Murray et al., 2013). En la actualidad no existen prótesis dinámicas o estáticas en el miembro superior (en especial el pulgar) que logre restaurar al menos el 10% de la función perdida(Kratz et al., 2010). Esta sigue siendo la principal razón por la cual siempre se ofertan diversos procedimientos quirúrgicos antes de

buscar la calificación del evento con el claro objetivo de mejorar la condición de discapacidad del paciente(Papadopulos, n.d.).

Este proceso de evaluación y calificación es realizado por diversos actores involucrados en el tratamiento del amputado; el primero de ellos es el médico tratante, seguido por diversas especialidades médicas, juntas de calificación regional y nacional que emitirán una calificación del porcentaje de incapacidad basado en la condición final del paciente. Para efectos de este trabajo, se hace relevante que en los casos de las lesiones que involucran el pulgar es frecuente encontrar negativas por parte de los pacientes para la aceptación de intervenciones quirúrgicas cuyo único objetivo es el de mejorar el aspecto estético y funcional de la extremidad, tratando de incrementar el nivel de calidad de vida del individuo y su familia.

Usualmente dicha decisión es el resultado de un proceso largo y muchas veces complejo para el paciente, que involucra la evaluación funcional del segmento perdido. Lo anterior, aunado a la aceptación de la nueva condición personal, física y emocional del paciente así como el reintegro a la actividad laboral(Gustafsson & Ahlstrom, 2004).

### ***Del médico al pulgar***

Ante la presencia de un evento traumático que genere la pérdida parcial o total del pulgar desde la cirugía de mano se han propuesto diversas alternativas que incluyen procedimientos ortesicos y quirúrgicos. Reconociendo la importancia funcional que implica el dígito en la calidad de vida de un individuo, se hace por lo tanto importante resaltar el abordaje terapéutico que se le presenta a los pacientes. A través de la historia se han

desarrollado modelos ortésicos que simulen de forma cosmética al pulgar logrando artísticamente copiar el color y textura del tejido perdido; sin embargo al momento de considerar el valor funcional de dichos elementos se hace presente la ausencia completa de compensación de la discapacidad manifiesta por el paciente. Por lo tanto, a pesar de tener un espíritu de ayuda a los pacientes la posibilidad de que una prótesis logre cumplir su objetivo se ha visto enfrentada al total fracaso.

Los procedimientos quirúrgicos comprenden intervenciones que incluyen el alargamiento de los huesos por medio de elementos externos, transferencias de tejidos vivos tomados de otras partes del cuerpo, así como la reconstrucción mediante instrumentos metálicos cuyo único objetivo será lograr obtener un dígito estable-sensible y con la capacidad de realizar un agarre firme para la toma de objetos.

Al realizar una búsqueda en diferentes fuentes de la literatura médica nos encontramos con estadísticas que varían en aceptación por parte de los pacientes. En especial, la población latinoamericana tiene un alto porcentaje de rechazo a la realización de cualquier intervención que involucre la toma de tejidos de otra parte de su cuerpo o incluso la implantación de materiales de osteosíntesis en el pulgar afectado.

Es importante resaltar que ante cualquier procedimiento quirúrgico se hace necesario el análisis desde los resultados a través de la historia. Por ejemplo, las series de casos en los cuales se utiliza la microcirugía como técnica quirúrgica para la transferencia libre de artejos de los pies a la mano han logrado demostrar con certeza y seguridad del procedimiento

incluso llegando a tener escalas funcionales similares al dedo perdido (Morrison, O'Brien, Macleod, n.d.).

Contrario a estos porcentajes de éxito, la aceptación de los pacientes para a la realización de dicho procedimiento cada vez más se disminuye en el histórico de las series. Se ha logrado iniciar una aproximación en búsqueda de las razones ante la negativa manifiesta de los pacientes para lograr restaurar un dígito perdido.

En otras palabras, muchas de las veces lo que se hace común en los casos de pacientes con pérdida del pulgar, es que existe una renuencia en la aceptación del tratamiento sugerido por el personal médico, que puede permitir la recuperación de la extremidad por parte del paciente. Entre las razones que se encuentran para esto parecen coincidir en que, como se mostró arriba, la indemnización y la incapacidad que recibe el paciente es mayor, aunado al hecho que consideran que el procedimiento médico puede resultar traumático y desgastante.

La comprensión completa así como la magnificación de la situación en función de la calidad de la vida vista desde la visión de los pacientes ha sido el punto de mayor interés al tratar de comprender dicha decisión. Considerando las evaluaciones clínicas y psiquiátricas del cual son regularmente objeto de estudio los pacientes amputados del pulgar se logran confirmar que la capacidad de introspección es completa y por lo tanto descarta que sea la razón principal para la negativa (Belon & Vigoda, 2014).

Se hace necesario entonces trasladar el análisis desde la toma de la decisión vista por el cuerpo médico que atiende el paciente. La relación interpersonal que se genera a través de

la atención continua de un amputado crea un vínculo de larga evolución (Henry, 2006). Convencionalmente se han descrito que los pacientes con amputaciones del pulgar requieren al menos tres etapas de evaluación y manejo a través de la historia natural de la enfermedad (Gustafsson & Ahlstrom, 2004). La primera consiste en la atención primaria en el momento de la urgencia quirúrgica; dicho procedimiento que parece ser el más corto pero que tiene mayor importancia representa el momento ideal para definir la necesidad de la amputación del dígito y el inicio de la comprensión por parte del paciente de la realidad a la que se enfrenta. El segundo momento consiste en la evaluación en función del reintegro a las actividades cotidianas básicas (comer, vestirse y realizar toma de objetos, entre otras) y por supuesto el acompañamiento del entorno familiar para el inicio de la aceptación de la discapacidad.

El último y tal vez el que mayor conflicto genera, consiste en la propuesta quirúrgica para reconstruir o reestablecer el dígito perdido. Para dicho momento usualmente el médico ha tenido la oportunidad completa de definir las capacidades psiquiátricas del individuo afectado, la demanda funcional por la situación así como los medios disponibles para proponer la intervención.

No es infrecuente que los pacientes para este momento ya tengan un conocimiento suficiente sobre lo que representa mejorar su porcentaje de calificación producto de cualquier procedimiento quirúrgico. Lograr disminuir dicho porcentaje implica obtener a largo plazo menor reconocimiento económico compensatorio y por lo tanto mayor aceptación laboral.

Cumpliendo con las fases previamente descritas se enfrenta al médico con una relación de larga evolución con el paciente amputado. Inicia la formulación de dudas sobre

la posibilidad de lograr un tratamiento efectivo que realmente restaura la función perdida por el trauma. En la actualidad, y como vimos previamente, se cuentan con recursos técnicos suficientes para garantizar la atención oportuna del paciente, así como la mejoría de la capacidad provista en la mayoría de los casos por la afectación de otra parte del cuerpo.

Se hace entonces necesario crear un marco de evaluación y manejo que permita establecer una relación a través de la empatía con el paciente que ha perdido su pulgar logrando identificar elementos suficientes que resulten en la toma de decisiones basadas en la búsqueda de restaurar la función perdida. Esto a la vez, implica el respetar la condición y decisión propia del ser humano.

El acompañamiento de la condición médica resulta entonces en el camino más certero para el personal médico de lograr entender la fundamentación de la negativa ante cualquier procedimiento quirúrgico. Aquí se hace evidente, de acuerdo a lo que reportan los casos conocidos (ver caso clínico paciente José Javier referenciado arriba), aproximarse a la situación del paciente desde la valoración empática, lo que incluye considerar que no en todos los casos se tiene como resultado la aceptación de la cirugía propuesta. Por el contrario, lograr compensar un paciente a través de la empatía podría llegar a ser la solución más completa posible que integre el marco legislativo basado en el órgano y no en la función con la condición de discapacidad que presenta el paciente considerando la importancia que representa la pérdida del dedo con mayor relevancia funcional y social.

### **1.3 Posibles conclusiones del capítulo**

Es así como al transcurrir por el capítulo anterior hemos logrado presentar al pulgar como un elemento fundamental en la cotidianidad del ser humano. Su historia evolutiva representa el mejor ejemplo del progreso de la especie en el desarrollo de capacidades funcionales avanzadas (el pulgar ha permitido modificar el entorno- generar calor, alimento y abrigo); históricamente su pérdida ha generado todo un marco legislativo en compensación de su pérdida y ha exigido por parte de la medicina el desarrollo de una especialidad médica basada en su reconstrucción.

El paciente amputado del pulgar sigue siendo nuestro objeto de interés; la relación médico-paciente que se genera ante la pérdida del dígito crea indiscutiblemente el mejor ambiente para considerar una compensación más allá que la económica. Surge necesario evaluar diversos mecanismos en la relación que promulguen la adecuada toma de decisiones en función del bienestar del paciente.

La propuesta en el resto del trabajo será entonces lograr establecer la forma empática que representa la pérdida del pulgar. Esto, como parte de la propuesta de la investigación, busca permitir mejorar la atención integral del paciente creando líneas de comunicación efectiva para la toma de decisiones. Esto, como se verá, permitirá hablar de la medicina narrativa.

## Capítulo 2

### Considerando la empatía



Autor: Bruce Nauman, Fifteen Pairs of Hands (detalle). 1996. Escultura en bronce blanco con base de hierro pintado)

“Hay diferencia entre impresionarse con los males de nuestros hermanos, y afligirse.  
Para lo primero basta imaginación, y se necesita corazón para lo segundo.”

Arenal

#### 2.1 Introducción del capítulo

En el capítulo anterior se mostró la relevancia del pulgar dentro de la funcionalidad del paciente. Lo anterior lleva a considerar la dimensión del paciente no solo desde una relación fisiológica o biológica, sino desde lo personal y lo social. Esto es, en su dimensión

ética. Lo anterior implica atender a la condición del paciente desde sus necesidades y desde una dimensión bioética integral la cual nos recuerda la capacidad dialogante que debe tener al paciente al tratar un problema médico.

En este sentido, la propuesta de este capítulo se enfoca en identificar el significado de la empatía como componente relevante al momento de indagar sobre las tensiones o conflictos que pueden surgir en la relación bioética como parte de la profesión médica haciendo la propuesta del concepto de la empatía cognitiva racional. Se trata de un ejercicio que dentro de la relevancia de la narrativa cognitiva comprende más que un simple acercamiento imaginativo, siendo un acto de conexión y conocimiento puro como lo sugiere la cita que introduce el capítulo, entre médico y paciente. En la estructura de este capítulo y para beneficio del lector se ha dividido en tres partes las cuales permitirá establecer una aproximación sobre el concepto de la empatía en función de la relación entre el paciente y su médico.

Esto implicará abordar a la empatía como una emoción significativa para las relaciones humanas que surgen entre personal de la salud y el enfermo. Se trata de una emoción que ha sido considerada de profunda importancia para las relaciones sociales y colectivas. Para dar inicio al capítulo se abordará la empatía desde su papel como una emoción dentro de la vida pública, partiendo de los conceptos propuestos por Adam Smith y más reciente Martha Nussbaum y Paul Bloom, entre otros. Así, la propuesta partirá de la definición de la empatía como emoción que habrá de influir en diversas relaciones sociales, además de requerir de un proceso de depuración y formación que hace parte de la educación de los diferentes profesionales de la salud pública. Esto se hace definitivo, y será relevante para este trabajo, puesto que abrirá las puertas para lograr contextualizar en los dos siguientes

apartados los problemas de la atención de pacientes con amputación de pulgar desde la bioética y la pregunta por una óptima condición del paciente.

## **2.2 ¿Qué es empatía?**

La empatía es una emoción muy presente en todo tipo de relaciones humanas. No es un acto de simple bondad, interacción o compasión; y de este tipo de definiciones es la de que nos apartaremos. La empatía implica un acto completo de "razonamiento moral" (Yuguero, 2018-Bloom, 2018). Esto es, la representación de la situación de un-otro sobre el cual se dirige nuestra empatía, como lo veremos, requiere de lo que se entenderá aquí como una "narrativa empática". Es más, se podría agregar que sin ese componente "narrativo", tal como lo sugieren algunos estudios (Charon, 2001) la empatía por sí misma puede resultar limitada para efectos de interacciones sociales que buscan ser fructíferas para un gran grupo de personas o que por lo menos buscan tener intereses colectivos que alientan los debates y consideraciones sobre el bienestar público. Por el contrario, una noción de empatía que permita la identificación de ese componente de interacción entre narrativas, puede ser muy útil para estrechar vínculos de reciprocidad. No obstante, esa noción de empatía también habrá de estar mediada de un proceso de formación de conocimiento mutuo en la construcción de lazos entre las personas.

Para efectos de lo que se discutirá en el resto de este texto, se partirá de la noción de competencias narrativas (narrative competence) usada por Charon. Estas, de modo preliminar, pueden ser definidas como la habilidad para reconocer, interpretar y actuar ante las situaciones difíciles que hacen parte de las historias del otro (Charon, 2001, p. 1897). Esta

relación con el otro, desde una perspectiva empática, plantea de entrada considerar una narrativa ética entre las partes.

De lo que tratamos de hablar acá es de una noción de la empatía que sirve como catalizador de relaciones sociales positivas. No obstante, esto implica hacer énfasis también en que no se trata de cualquier clase de empatía. También los demonios creen, dice el texto bíblico. Los sociópatas, psicópatas o asesinos seriales (pensar en los casos ficticios de Hannibal Lecter de Thomas Harris o el Joker de Christopher Nolan), por ejemplo, pueden llegar a ser muy empáticos con la víctima y su dolor (Bloom, 2018). Por esto, para efectos de este trabajo se tratará de advertir a qué clase de empatía vamos a acogernos.

El tema de la atención de pacientes con casos de amputación de pulgar, como se describió en el capítulo anterior, plantea un reto para abordar el sentido bajo el cual se debe delimitar a la empatía y la capacidad del médico tratante de incorporarla en su práctica diaria como una competencia más. Lo anterior por cuanto, como lo demuestra la práctica médica y el escenario de tratamiento psicológico de pacientes con este tipo de padecimientos (Sulzer, Feinstein, Wendland, 2016; Yuguero et al, 2018; Henry, 2006), la persona que sufre una amputación puede tener razones personales para decidir por un tratamiento médico que en principio (y solo en principio) puede ser limitado para sus intereses. Sobre esto profundizaremos en el último capítulo.

Por ahora nos detendremos en resaltar que el proceso de acercamiento al paciente implica, como especie de aproximación a una persona en situación de dificultad, no sólo el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, sino que este esté complementado de

acompañamiento durante el tratamiento (Charon, 2001, p. 1897). En este punto, la siguiente pregunta surge: ¿está dispuesto el entrenamiento y la práctica médica a cubrir este requerimiento? La respuesta afirmativa, sugiere Charon, parece estar aún lejos.

La consideración de la empatía desde las competencias narrativas de las que se hablaba arriba, y considerarla como una cuestión ética pero también como una emoción relevante en la toma de decisiones humanas, es una problemática que encuentra sus raíces desde la ética aristotélica (Aristóteles, 1995). Estas discusiones serán asumidas parcialmente por Adam Smith, primero, y por Amartya Sen y Martha Nussbaum desde la filosofía política y Paul Bloom desde el tratamiento psicológico y las ciencias de la salud, después. No obstante, nos enfocaremos en estos autores para hacer nuestro diagnóstico sobre el estado de cosas de la empatía como parte de las narrativas médicas.

### **2.2.1 Perspectiva filosófica: Una aproximación hacia la empatía.**

Entre estas consideraciones habría que empezar por recordar que Smith, dentro de su concepción por el materialismo escoses, partía de una idea de empatía en la que el individuo asume una posición de *espectador atento* (Smith, 2008, p. 8). La empatía surge de las situaciones, que en términos de Smith, producen dolor o pena en otra persona. Se podría decir, entonces, que se trata de las afecciones que nos llaman la atención sobre el estado emocional de otra persona.

Esta sensación, no obstante, resulta limitada para comprender completamente la condición en que se encuentra "el otro". Se podría decir que para que esta sensación empática sea plena debe indagar profundamente sobre la situación de ese otro. Esa indagación profunda requerirá un acercamiento cognitivo (por no decir narrativo) sobre esa situación.

Lo que sería una situación inicial de ver la pasión en la que se manifiesta el dolor en otro e imaginar esas sensaciones, que es lo que llama la atención de Smith, hablaría de una empatía que, diríamos, es inicial. Para que esa empatía de un paso más hacia una más completa situación de simpatía -lo que parece considerar Smith como una fuente de compasión- requiere entender la situación que la provoca. Aquí, Smith nos serviría para aclarar que será diferente la sensación emocional (que surge inicialmente) que la comprensión de esa sensación. Como lo deja ver la siguiente cita, para Smith será definitivo, con el propósito de tener una plena consideración sobre el malestar del otro, partir de un ejercicio de indagación.

“Los lamentos generales, que no expresan sino la angustia de quien sufre, producen una curiosidad por indagar sobre situación, junto con alguna disposición a simpatizar con él, más que una verdadera simpatía que sea muy sensible. La primera pregunta que hacemos es “¿Qué te ha ocurrido?”. Hasta que ella sea respondida, aunque estemos inquietos tanto por la vaga idea de su infortunio y más aún por torturarnos a nosotros mismos con conjeturas acerca de cuál pueda ser, nuestra empatía no es aún muy considerable.” (Smith, p. 11).

Este planteamiento habla, entonces, de la relevancia de la empatía o de la capacidad de preocuparse o compadecerse (Bloom, 2018, p. 36) del malestar o dolor del otro pero a la vez habla de no considerar cualquier forma empática como guía moral. En este punto, la necesidad de abordar la cuestión de las emociones por otra persona en dificultades, como es lo que propone Smith, se parecerá en gran medida, y podría entrelazarse con lo que propone Bloom desde los estudios psicológicos, de pensar y hacer de la empatía una herramienta que requiere de un ejercicio cognitivo. Por esto Bloom, en su definición de la empatía, habla de

la diferencia entre simplemente una *empatía emocional* a una *empatía cognitiva* (Bloom, 2018).

Tal como lo entendía Smith (2008, p. 15), la simpatía mutua (que podría ser entendida como la empatía cognitiva) es definitiva para una observación imparcial. Esto es, una posición objetiva en la que se tenga una razonable capacidad para valorar las emociones. Aquí, a diferencia de lo que parece entender Bloom por la empatía como emoción en Smith desde su *Teoría de los sentimientos morales*, se podría considerar que para este último se debe partir de la necesidad de entender la empatía como un acto relacional – Sulzer et al (2016) llamarán a esto la relación empática entre sujeto-objeto-. Para Bloom, por otra parte, la noción de empatía en el filósofo escocés es limitada. Se trata, desde la perspectiva de Smith, de una "empatía emocional" que termina por permitir una percepción de la emoción de otro. Esto es entendible y válido, pero para Bloom resulta aún limitado. La empatía cognitiva a la que se refiere Bloom, por el contrario, no se basará solo en la percepción del dolor ajeno como parece ser la limitación de la empatía emocional.

La pretensión de conocimiento desde las emociones, aunque es importante, puede representar a la vez una limitación moral que resultaría sesgada y parcializada de tal modo que llegaría a promover prejuicios de unas personas sobre otras si carece de la consideración cognitiva o de indagación racional suficiente. Sin perjuicio de que no ahondaremos en esta diferencia crítica que hace Bloom a la idea de empatía emocional en Smith<sup>6</sup>, si partiremos

---

<sup>6</sup> En este sentido, hasta se podría decir que la crítica que formula Bloom sobre la consideración que hace Smith sobre la empatía emocional puede llegar a ser limitada. La misma noción de "empatía cognitiva" que recoge Bloom, no se opone a la idea de una indagación imparcial como la que propone Smith desde un observador neutral. Sobre estas consideraciones puede verse Bloom pp. 50-51.

del punto de asumir la empatía cognitiva como **significativa** para lo que serán las relaciones médico-paciente.

### **2.3 Un acuerdo plausible**

No obstante algunas diferencias, Smith y Bloom parecen coincidir en que la empatía por sí misma no es suficiente para acercarse al dolor ajeno. Aquí empezaría la primera limitación que advertirían los dos autores y que se hace evidente al momento de acercarse a la empatía como emoción. Para Smith no es suficiente con sentir el dolor ajeno. Su propuesta de observador imparcial parece requerir contar con más datos sobre la condición en que realmente se encuentra la persona frente a su padecimiento, el cual, de por sí, es muy personal. Esto hace que de entrada no sea muy fácil indagar por él. Por esto ese observador para Smith debe contar con, digámoslo así, los pros y contras de la situación. Para Bloom, por su parte, la consideración empática emocional por sí misma es muy limitada. Muchas de las veces esta emoción empática está mediada por preferencias o prácticas sociales, religiosas y culturales que pueden hacer perder la objetividad de la emoción. Por ejemplo, sería el caso de ayudar a alguien en dificultades por la simple costumbre o indicación de las reglas colectivas o culturales comúnmente aceptadas, lo que no propiamente dice de un verdadero comportamiento empático cognitivo. Se puede llegar a actuar “bien” por otra persona, sin necesidad de que exista un componente empático. Otro caso sería el de ayudar a alguien por el color de su raza, su género o su estatus económico o social (sin perjuicio de que estos serían los mismos argumentos que se podrían tener para rechazar, discriminar o prejuizar a otra persona en la misma situación). Este tipo de conductas tampoco estarían hablando de un completo actuar empático.

Las consideraciones anteriores, además de sugerir unos puntos comunes, implicarían entender la empatía y su énfasis, en no limitarla a una simple emoción descontrolada, sino a identificar la causa de la aflicción como un acto que requiere el desarrollo de una voluntad o intención cognitiva motivada. Esto se convierte en un argumento definitivo para considerar el dolor ajeno o la posición del otro desde una mirada de la empática cognitiva. O lo que sería en otras palabras, tener presente que esta motivación no debe partir de pasiones desenfundadas o carentes de balance ponderativo, sino de una consideración valorativa objetiva sobre las razones que se tienen para actuar y sus consecuencias.

Esto es, una relación empática que permita considerar el dolor, angustia y sufrimiento de otro desde la asimilación de su condición. Esta condición empática es lo que le sirve al "observador imparcial" de Smith, por ejemplo, para aproximarse a una valoración sobre la condición y dificultades del otro, que aunque puede ser incompleta -Sen llamará a esto la imposibilidad de la conmensurabilidad (Sen, 2010, pp. 269-271)- permite hacer una consideración por lo menos mínimamente razonable de las causas y consecuencias de los actos. Esto es, contar con la plausibilidad de considerar un actuar no tan sesgado desde la empatía cognitiva, como piensa Bloom. Aquí, el considerar la fragilidad del otro desde la empatía, implica, no considerar la emoción solo desde la perspectiva emotiva o racional – sobre esto la idea de empatía cognitiva de Bloom gana relevancia- sino desde una dimensión ética y, lo que llama Sen, la *pluralidad de valores* (Sen, 2010) en otras palabras la diversidad de perspectivas validas y enriquecidas por experiencias propias e incuestionables.

Martha Nussbaum, por otra parte, quien ha indagado a profundidad sobre el tema de las emociones, puede servir aquí para perfilar aún más la discusión sobre la empatía como

emoción y su valor para las relaciones sociales. Para empezar, Nussbaum define la empatía como:

(...) la capacidad de imaginar la situación del otro, tomando con ello la perspectiva de ese otro. Es decir, que no se trata simplemente del conocimiento de los estados del otro (...); tampoco es lo mismo que pensar cómo se sentiría uno en el lugar de la otra persona, bien que, en ocasiones, sea difícil establecer esa distinción. La empatía no es un mero contagio emocional, pues requiere de nosotros que nos introduzcamos en el problema o la dificultad de *otro*, y eso precisa, a su vez, tanto de una distinción entre el yo/nosotros y el otro, como de un desplazamiento imaginativo. (2014 a, p. 179).

Con esto podríamos tomar como punto de partida que Nussbaum considera que las emociones que verdaderamente sirven para incentivar las condiciones óptimas para las construcciones de valores ciudadanos y acciones en pro de las metas democráticas, deben ser consideradas como emociones racionales. Emociones que requieren de una comprensión para permitirse ese conocimiento sobre el estado del otro. Estas emociones (que Nussbaum también denomina emociones positivas), que sirven para comprender las aflicciones de los otros, deben pasar por un proceso de consideración para que así se permita la producción de conductas reflejo desde la *colaboración* y la *ayuda*. Esto es lo que Nussbaum denominará "pensamiento empático" (2014 b, p. 63-64).

Llegar a este tipo de razonamiento, ya de por sí está hablando de las consideraciones sobre la formación de quién se ve en la posición de actuar de una forma empática o no. Aquí, estamos diciendo que una consideración plena sobre la empatía requiere de un razonamiento por lo menos objetivo e imparcial (sin sesgos de raza, sexo, origen, condición económica,

social, política o religiosa). De aquí que Nussbaum plantee que lo importante para la formación de ese pensamiento empático sea la educación y como está debe venir acompañada de un proceso de formación que refuerce esas habilidades de comprensión de lo que implica el sufrimiento ajeno.

#### **2.4 Cultivar la empatía.**

Después de exponer las perspectivas de estos tres pensadores no enfocaremos en quien es tiene la mayor representación contextualizada de la empatía cognitiva racional. Es así como para estos efectos, la relevancia de educar en competencias desde un pensamiento crítico, también llamado por Nussbaum pensamiento socrático, se hace relevante para la formación de juicios sobre la condición de necesidad, angustia o vulnerabilidad del otro. En esto, hablar desde un ejercicio pedagógico, más que enfocarse en el desarrollo de capacidades desde el intelecto, trata del desarrollo, como lo decíamos arriba, de competencias narrativas. Desde la perspectiva de concebir un juicio empático que no puede ser pleno o conmensurable, se trata de encontrar entonces argumentos desde la valoración de las razones que advierten sobre consideraciones éticas ante la precariedad. Nussbaum, usando al mismo Bloom quien habla del *núcleo de la moralidad madura* (2018), se refiere a la capacidad de ser imparcial en los humanos como parte de un problema ético. Siendo así, teniendo en cuenta que las valoraciones éticas están determinadas por las consideraciones culturales, la formación de los juicios empáticos que pueda hacer cada quien (desde la condición más objetiva e imparcial posible), pueden ser moldeados desde construcciones y juicios promovidos por ese pensamiento socrático. En otras palabras, la empatía, desde esta percepción ética en la que nos envuelve Nussbaum, estará estrechamente determinada por la formación en talentos, competencias y capacidades.

La educación desde el fomento de una perspectiva crítica en el estudiante, por ejemplo, será definitiva para la consideración y juicio sobre sus realidades. Esto se hace definitivo al pensar en la formación de profesionales de la salud, tal como es la preocupación que comparte Charon. Un proceso educativo pleno, permite incentivar el pensamiento racional. Esto es lo que termina por definir la "imaginación empática" que se puede describir como la capacidad de comprender al otro (no exclusivamente sentir) desde adentro, dice Nussbaum (2014 b, p. 105).

La empatía, en este sentido, y para que pueda ser definida de una forma más completa, requiere de un trabajo intelectual más que meramente afectivo o lúdico –sin decir que estos elementos no sean importantes-. La estimulación de la persona desde una educación a una edad temprana, donde no sólo se le invite y proponga considerar la vida desde una faceta profesionalizante sino desde la necesidad de interactuar con el otro frente a sus realidades, carencias y vulnerabilidades, define una empatía desde lo que la filosofía hegeliana entendería como la "otredad". La persona se hace libre desde el descubrimiento y encuentro con el otro. En particular, diríamos, con sus necesidades, vulnerabilidad y fragilidad. En esto, la indagación por la empatía representa una consideración que se hace relevante al momento de pensar la ética y la bioética contemporáneas.

Esa aproximación a la otredad, se da, por ejemplo, desde el acercamiento a las artes. El ejercicio de interpretación de una pintura o una obra teatral, permite tomar una postura objetiva ante lo que está representado sea por el pintor en su obra o por los actores en una puesta en escena. De este modo es posible aproximarse a la interpretación de esas emociones, considerar sus efectos y tratar de estimar las valoraciones que ese "otro" puede estar

padeciendo. En esto consiste el alimentar las formas de reciprocidad como un acercamiento al prójimo que se hace necesario para la construcción de una personalidad completa. En esto consiste la importancia de encontrar diversas formas que alienten la práctica de la reciprocidad, como un primer camino hacia el pensamiento empático. La consideración sobre la vulnerabilidad y la fragilidad en la que se puede encontrar el otro, trata de un ejercicio de introspección desde el que se advierte la carencia de control. Esto es, el ser consciente de las propias limitaciones se convierte en un punto de partida ideal para reconocer esas limitaciones o pérdidas en el otro.

Hacemos parte de un mundo que no podemos controlar, pero esto no quiere decir que no lo podamos comprender. La empatía cognitiva, bien dirigida puede ser muy útil para esta segunda parte. En términos de Nussbaum, se trata de percibir a la empatía como una emoción que hace parte de las *emociones públicas*. Esto define a la empatía, desde perspectivas como la de Nussbaum, como un elemento definitivo y relevante al momento de entablar un juicio crítico y formado para comprender los problemas y aflicciones humanas. Sobre todo, en el mundo humano que se hace inconmensurable cuando se parte de la aparente necesidad de formalizar el pensamiento desde la razón. En esto, sin que nos detengamos mucho en estas ideas, las reflexiones de Amartya Sen sobre las valoraciones de la justicia pueden servir de referente al hablar del escrutinio razonado. La razón en los asuntos éticos juega un papel relevante. No obstante, no es definitivo ni absoluto. Entonces, valorar el papel de la empatía como una competencia narrativa comprende valorar desde un juicio racional las mismas limitaciones de la razón. Esta sospecha sobre el absolutismo de la razón, de acuerdo con Sen (2010, pp. 69-73), no solo hace parte esencial del escrutinio razonado, sino que además llama la atención sobre la relevancia de la cuestión ética. Esto comprende el permitirse un juicio

desde el valor de la empatía como herramienta relevante para ser considerada como parte de un acuerdo plausible por el reconocimiento de mínimos de bienestar en muchas instancias sociales o de la vida cotidiana. La práctica médica y la relación médico-paciente será una de ellas.

Este tipo de consideraciones plantea la necesidad de concebir a la empatía como definitiva para comprender un pensamiento desde la moralidad. El escrutinio razonado que considera Sen requerirá mucho del ejercicio imaginativo del que habla Nussbaum para una consideración desde la aproximación a la realidad del otro. Se trata de un tipo de valoración para la construcción de sociedad y de un pensamiento crítico que advierta sobre condiciones que pueden resultar injustas, representar un dolor o conllevar un grado de incertidumbre, temor o sufrimiento en una persona. Se trata de realidades de las que ninguno de nosotros es ajeno. Sobre esto se discutirá en el capítulo final, al llegar a la empatía racional.

Por ahora podríamos anticipar que se trata de circunstancias de debilidad o fragilidad en las que cada quien puede encontrarse en algún momento pero que ahora se ven reflejadas en la posición de vulnerabilidad del otro (Nussbaum, 2014 a, p. 185). Esto habla de la empatía, no como un valor menor en la práctica profesional y ciudadana, sino como una emoción que debe ser considerada al momento de hablar de un proceso educativo integral como parte de la formación en la ciudadanía. No sólo desde la efectividad y los resultados en donde la maximización de riqueza se vuelve el único referente (lo que también puede generar empatía). Se trata de la creación de vínculos de cooperación y comprensión desde la empatía cognitiva como una práctica de indagación y crítica. La empatía bien dirigida, desde la experiencia de las competencias narrativas, se convierte en un forjador de lazos desde la

reciprocidad (Nussbaum, 2014 b, p. 64). Esto es definitivo para enriquecer las relaciones bioéticas entre humanos y entre estos y el entorno a partir de las competencias narrativas.

En esto es que se hace preponderante entender que la empatía es una emoción, y una emoción muy poderosa. Pero es por este mismo poder y alcance de la emoción, como se discutirá en el siguiente capítulo, que requiere de un proceso de entrenamiento y formación en ella. Preparar al individuo social a través de la educación (lo que no solo habla de una educación con aspiraciones profesionales) para asumir su rol social que le facilite entablar relaciones recíprocas que le permitan a su vez hacer parte de la narrativa del prójimo. Con esto se trata de la identificación del contenido emocional de la empatía pero también de su alto contenido moralizante.

#### **Desde la visión de Amartya Sen :**

Para Amartya Sen, por otra parte, quien desde la teoría de las capacidades se ha aproximado a la formación personal como un proceso definitivo para la transformación de las sociedades, la educación en las emociones es definitivo para alcanzar ese cambio. Aunque Sen centra su atención en la valoración de consideraciones sobre las diversas creencias que se tienen de la justicia para una sociedad (entre otras muchas cosas), este planteamiento advierte de la necesidad de valorar las emociones desde una postura razonable y objetiva como se anticipaba atrás. La valoración de las necesidades sobre la organización de las sociedades contemporáneas, implica prestar atención a las emociones políticas que habrán

de jugar un papel definitivo en la toma de decisiones públicas y que por ende habrán de afectar de una u otra forma los modos de vivir de la gente y su manera de percibir la justicia.

No obstante, las decisiones sobre las necesidades vitales no pueden provenir exclusivamente desde las emociones. Se requiere de partir de premisas éticas que proporcionen lo que veíamos es una parte del escrutinio razonado. Esto es lo que Sen llamará el *camino de la razón*.

Por ahora se podría terminar de decir que las emociones, y sería el caso de la empatía, no pueden actuar como un único canal de acción-decisión ante la valoración de posibles respuestas o caminos a seguir. Requieren verse complementadas por un ejercicio desde la razón para alcanzar ese escrutinio razonado (esto sin que para Sen el mismo valor de la razón en ese ejercicio de valoración de decisiones pueda considerarse definitivo o excluyente de otras variables).

El énfasis que debe llamarnos la atención desde la propuesta de Sen, quien parte muchas de las veces desde la consideración del observador imparcial de Smith, es que la valoración de emociones como la empatía, la compasión, la generosidad y la solidaridad (definitivas para las prácticas ciudadanas), deben ser consideradas desde una postura que resalte el que son emociones con un contenido ético. Esta eticidad de las emociones, tal como sería una pregunta sobre qué tan justa puede ser una valoración sobre otra ante un caso de carencia de recursos o de limitaciones en la asignación de bienestar por parte de una política pública, permitiría describirlas como la influencia de las costumbres y tradiciones arraigadas muchas de las veces en el pensamiento colectivo. Hablar en contra de la empatía, la

compasión o la solidaridad, o descartar alguna de ellas por considerarla una simple emoción de los débiles (como creía Rousseau al hablar de la compasión del cristianismo) tal vez resultaría problemático. O por lo menos generaría varios rechazos de entrada. La empatía está arraigada en nuestra cultura y en nuestras creencias de una forma tan profunda que sería difícil hablar en contra de ella y calificarla como una emoción negativa (lo que sería otra tendencia muy arraigada, y tal vez en algunos casos limitada, en nuestras culturas, sobre todo occidentales, de dividir emociones en "buenas o malas").

Aquí valdría la pena considerar que la ira y el miedo, por ejemplo, muchas veces son necesarias. Lo que no las vuelve buenas o malas per se. No se trata de esto. Emociones que podrían considerarse que operan como mecanismos de defensa y prevención, tal como el miedo, dice Nussbaum, tienen un origen primitivo (2013, p. 81). Se trata de emociones que están conectadas con estructuras fisiológicas animales (heredadas por los seres humanos) que hablan de las funciones más básicas de los seres vertebrados. Lo mismo podría decirse, sin embargo, de emociones que podríamos decir son más activas, o en términos de Nussbaum, emociones positivas como la empatía. El miedo es necesario, justifica con mucha razón posturas desde la psicología. Pero muchas de las veces ese miedo corre el riesgo de que, parcializado o fundamentado en prejuicios, se convierta en un enemigo de la imparcialidad y la objetividad, tal como también lo advierten estas posturas.

En otras palabras, el miedo injustificado (e infundado) podría llegar a convertirse en un catalizador del narcisismo y el egocentrismo. Se trataría de condiciones contrarias a las relaciones desde los vínculos que la reciprocidad puede crear. Esto de entrada ya estaría anulando el valor de emociones proactivas como la empatía. Esto es, se trataría de emociones

o sentimientos contrarios al actuar ético. En estos escenarios se podría estar diezmando el valor de emociones y consideraciones que como la empatía, también naturales a los animales y sujetos más "evolucionados" y racionales, como el humano, tienen para considerar y aproximarse al dolor, la angustia y la indefensión de otros. En palabras de la misma de Nussbaum (2013, p. 81):

A diferencia de la pena y de la preocupación empática, (el miedo) no admite la realidad plena de las demás personas. Y cuando se alía con la repugnancia, el miedo humano es, en ciertos sentidos, peor que el miedo animal, pues los animales no van por ahí inventándose fantasías sobre otros grupos de animales, imaginándolos impuros y animalescos, a diferencia de sí mismos. Así pues, el miedo humano combina las limitaciones animales con una tendencia singularmente humana a rehuir a la animalidad: aquella que siempre se percibe o se imagina en otros.

De lo que se trata, volviendo al argumento de Sen, al pensar en el observador imparcial de Smith, es en tener la capacidad, aunque suene paradójico, de apartarnos de nuestras propias emociones al momento de tomar decisiones. Entre estas la empatía. La empatía, como una emoción muy valiosa socialmente, debe ser considerada desde sus condiciones religiosas, sociales, humanas y económicas, entre otras. Esto implica, para Sen, considerar las emociones desde un enfoque crítico. Un escrutinio razonado que debe acompañar la valoración de esas emociones.

Resumiendo, la versión de la empatía para Sen sería la de una emoción definitiva (como la compasión) al momento de preguntarse por *la miseria y la felicidad de los otros*

(Sen, 2010, p. 78). No obstante, al ser una emoción debe ser puesta en consideración desde una postura crítica e imparcial donde el juicio no ceda a las creencias individuales propias en exceso.

La idea de una valoración sobre las necesidades y fragilidades humanas (como lo ponía Nussbaum) que pasa por un trasfondo que termina por ser ético -si es que necesariamente no empieza siéndolo ya- es que un sujeto A se pregunta por los efectos y resultados que unas circunstancias especiales pueden representar para un sujeto B en un escenario sea ya de incertidumbre, angustia, ansiedad, temor, y demás (muchas de estas emociones recogidas todas a la vez en escenarios médicos traumáticos, por lo menos para los pacientes). Esta pregunta implica considerar las consecuencias de cómo esto impactará la realización de su proyecto de vida personal en la esfera de su vida pública donde se materializa ese proyecto. Para este punto, el retomar el papel de las capacidades narrativas se hace definitivo para los objetivos de este trabajo.

## **2.5 Medicina narrativa**

Es así como el desarrollo de la empatía históricamente nos ha llevado a encontrar diversas nociones en el interactuar de las personas, fiel reflejo de este será el vínculo natural que surge frente a un enfermo y su médico en el afán de comprender la realidad biológica integral que afecta al paciente.

Esa noción de vida desde la materialización de las capacidades que acogen Sen y Nussbaum, por ejemplo (ambos parados desde las proyecciones de Aristóteles sobre la consideración de la vida y la práctica en la Polis), sólo puede darse desde la práctica de la ciudadanía. Esto es, la puesta en práctica de mis relaciones que necesariamente requieren de

un otro como reflejo o destinatario de mis actos. Esto permitirá, efectivamente, una experiencia cognitiva. La práctica de una consideración empática, por el otro lado, comprende, desde la dimensión de los trabajadores de la salud de los que habla, por ejemplo, Charon, evaluar los medios para: "mejorar la efectividad de su trabajo con pacientes, con ellos mismos, sus colegas y el público"<sup>7</sup> (p. 1898). Aquí volvemos a lo que había sido planteado inicialmente y lo que Charon denomina: medicina narrativa ("narrative medicine"). Contar con las herramientas, desde las competencias narrativas que se posee el personal dedicado a la atención de la salud pública, a través de su condición de ser humano, para que médicos y cirujanos puedan considerar las relaciones entre salud y enfermedad con sus consecuencias para los pacientes. Esto se encuentra incorporado a la necesidad de posicionar esas capacidades narrativas al servicio de la práctica médica y considerar como parte del tratamiento el proceso de atención desde relaciones empáticas y éticas, si es que no se trata de lo mismo.

Esto es lo que se llama la narrativa del conocimiento y que permite, para efectos de este trabajo, completar la noción de empatía cognitiva que propone Bloom. No se trata de un limitado acercamiento desde una impresión general (generalmente el efecto producido por medios y noticias, por ejemplo), lo que efectivamente puede ser parcializado y propiciar una mirada sesgada, sino de, por el contrario y en palabras de Charon (2001), trascender desde lo particular.

---

<sup>7</sup> Traducción propia.

La construcción narrativa del conocimiento, siguiendo a la misma Charon, asume una postura crítica alternativa para el tratamiento del paciente. El acto de narración se hace fundamental aquí es porque, además de proporcionarnos elementos que nos permiten asumir una postura ética desde la empatía, no se limita a imaginar la posición del otro. Esto es una exigencia importante desde la empatía cognitiva como lo sugiere Bloom. Se requiere, adicionalmente, una interacción que lleve a preguntarse quién es el otro (el narrador de la historia) y que papel asume ese otro en la historia. Esto plantea la obligación de proponer desde ese enfoque alternativo un acercamiento entre médico-paciente desde las diversas realidades, necesidades y hechos que interfieren en la construcción narrativa de ese paciente.

Esta construcción narrativa se hace fundamental para lo que es una empatía desde la cuestión ética. No una empatía desde la lastima o, como lo representan la mayoría de los medios de comunicación sobre todo visuales o radiales contemporáneamente (quienes acuden muchas de las veces a la generación de esa falsa empatía), con lo que muchas de las veces lo que se intensifica es el distanciamiento entre las partes, no la construcción de vínculos recíprocos como se esperaría. Aquí es relevante la crítica de Bloom en lo que él llama descartar la empatía meramente emocional y pasar a la construcción de vínculos desde la *conexión empática* (Bloom, 2018, p. 37). Esta consideración se opone a la creación de una empatía desde la lastima (que de lo que hablaría, más bien, como en las múltiples imágenes que aparecen en televisión, redes sociales o la internet, es de una postura que gira más entorno hacia el sentimiento que alimenta la percepción de lo patético por el otro) o la simple impresión emocional. Esto es lo que aquí llamaríamos la empatía del distanciamiento. El

profesional médico, en este sentido, durante su práctica médica y el encuentro con el paciente debe ser anti-empatía.

Es más, la práctica narrativa del conocimiento (narrative knowledge) que propone Charon (2001, p. 1898) no se limita a considerar al paciente desde el conocimiento profesional del médico. Esto de entrada plantea un plano de desigualdad (de por sí, para nada empático) entre un experto vs un no-experto. La práctica de la narrativa del conocimiento, como postura desde la empatía cognitiva sobre la que tratamos de argumentar en estas líneas, comprende la superación de las jerarquías y relaciones de poder entre médico-paciente. Por el contrario, la práctica del involucramiento empático comprende el ser capaz de interactuar en la narración del paciente. Esto es, convertirse en parte del relato sin esperar a ser invitado.

Esta perspectiva de la relación desde la empatía, a modo del relato de un cuento, historia o vivencia personal, comprende fluctuaciones entre dudas, incertidumbre, esperanzas, temores y retos por las circunstancias que han de venir. Esto conlleva una aproximación no sólo emocional sino racional, como se profundizará en el capítulo final, sobre la dimensión que implica una valoración cognitiva.

El médico asume una postura con un compromiso ético, cuando es capaz de involucrarse en esa narrativa. Ser-hacer parte de la historia. En otras palabras, de-construir las barreras tradicionales que la misma práctica médica muchas de las veces intensifica al preponderar la relación profesional sobre la bioética, dentro de la relación médico-paciente para que en esa relación se pase a hablar, como en un acto de habla, en una obra de teatro o de un acto de cuentería, entre: relator-espectador. Esto es, un plano en el que ambas partes,

ahora en una relación empática-ética (no propiamente entre iguales), asumen su rol en la historia<sup>8</sup>. Esto habla, no de jerarquías, sino de una narrativa que se construye entre cuentero-auditorio/obra-espectador/narrativa-lector. Aquí, como en muchas obras teatrales, el espectador se convierte en parte esencial de la obra.

La propuesta de Charon es llamativa al respecto:

A story- a state of affairs or a set of events- is recounted by the patient in his or her acts of narrating of illness told in words, gestures, physical findings, and silences and burdened not only with the objective information about the illness but also with the fears, hopes, and implications associated with it. As in psychoanalysis, in all of medical practice the narrating of the patient's story is a therapeutically central act, because to find the words to contain the disorder and its attendant worries gives shape to and control over the chaos of illness.<sup>9</sup> (2001, p. 1898).

---

<sup>8</sup> A modo de lo que podría servir de aproximación a esta idea, valdría la pena dar una mirada a la propuesta que hace Julio Cabrera desde la reflexión sobre la eutanasia vía interpretación literaria y cinematográfica. Véase Julio Cabrera, "Eutanasia poética. Reflexiones sobre cine y filosofía" *Ética y cine Journal*, Vol. 3 No. 2, 2013. pp. 11-19. Para el caso, la película *Gran pez* (Tim Burton, 2003) asume el reto que plantea esta narrativa. Aquí los personajes son padre-hijo. Mientras que el padre trata de contar su vida desde el uso del relato y la historia fantástica, el hijo se hace distante por la incapacidad de asumir eso como parte de las historias de su padre. Esto se verá resuelto hasta el momento en que el padre (Edward Bloom) relata su propia muerte. La incapacidad empática del hijo (Will) se hace evidente hasta el punto en que se rompe la esquematización de la relación padre-hijo (diríamos aquí, se deconstruye) revelando la verdadera historia. En Derrida esto sería, revelar la justicia del relato. Es hasta que el hijo asume su papel en el cuento, hasta que comprende el valor del acto narrativo que le propone su padre, que logra entender su papel definitivo a lo largo de su vida pero también en su muerte.

<sup>9</sup> Un relato – un estado de cosas o un conjunto de eventos- es contado por el paciente en sus actos de narración de la enfermedad por medio de palabras, gestos, hallazgos físicos, y silencios y cargada no solo con la información objetiva sobre la enfermedad sino además con los temores, esperanzas e implicaciones asociadas con ella. Al igual que en el psicoanálisis, en toda la práctica médica la narración de la historia del paciente es

Siendo así, el aproximarse al tratamiento terapéutico desde la perspectiva de las competencias narrativas que surgen entre las dos partes, plantea la superación de ese distanciamiento que se crea muchas veces entre relaciones jerárquicas y distantes que son comunes en nuestras relaciones sociales (abogados/clientes, observador/observado, escritor/lector, gobernante/gobernado, profesor/estudiante, etc). Se trata de relaciones que de entrada también pueden ser empáticas más no éticas. Se trataría, en estos casos, de una empatía condicionada a impresiones superficiales, limitada y, a juicio de Bloom, tóxica y equivocada (2018).

La asimilación, si podría decirse así, de la medicina narrativa, como se profundizará en el capítulo final, implica la interiorización del mundo del paciente. Esta aproximación a la realidad del paciente, con todas sus consideraciones, esperanzas, dudas o expectativas, como lo sugiere Charon en la cita previa, se vuelve definitivo como parte del tratamiento terapéutico. Como el acto escrito o el atestiguar un relato, la atenta capacidad de escucha la historia que tiene el paciente para contar se hace definitiva para canalizar la atención del médico hacia el paciente y, seguramente, algo que será muy útil para la ruta a seguir durante el tratamiento del padecimiento o enfermedad.

La búsqueda de métodos que promuevan la empatía ha venido a convertirse en un elemento definitivo en la práctica médica reciente (Charon, 2001, p. 1899). De aquí que el método de atención al paciente parece sugerir que más que de neutralidad o repetición de

---

un acto terapéutico central, porque encontrar las palabras para recoger el desorden y sus preocupaciones concomitantes da forma y control sobre el caos de la enfermedad. Traducción propia.

procedimientos médicos o protocolos que crean distanciamiento ante el sujeto del relato, lo que se ha venido implementando desde la medicina es la búsqueda de herramientas que permitan la construcción de ese conocimiento narrativo. Grupos de lectura, aplicación y consideración de la literatura, se convierten en espacios que retan las barreras “profesionales” que se crean entre médico-paciente, para superar las exigencias que plantea asimilar la posición del destinatario del procedimiento médico, en particular en el caso de los pacientes con amputación. Esto sin descartar el entrenamiento científico en la consideración desde la imaginación del personal médico. Aquí, la confianza que el paciente deposita en el médico (su conocimiento y experiencia) también va acompañada por una imperiosa necesidad de comprensión. Más que una explicación profundamente científica sobre el posible tratamiento, a veces parece requerirse una dosis de tratamiento y descubrimiento recíproco.

Para terminar, se podría decir que la necesidad de considerar las prácticas narrativas -“narrative work”- (Charon, 2001) como parte del entrenamiento del personal de la salud pública se hace definitivo. Por todo lo anterior se propone una empatía cognitivo narrativa que de cuenta una relación médico-paciente más ética y por consiguiente más cercana al humanismo médico. Desde aquí, surgen algunas preguntas desde lo planteado en este capítulo: ¿qué tan racionales puede ser estas consideraciones desde las emociones? ¿Cuál es el papel de la empatía cognitiva para el momento de considerar pacientes con amputación del pulgar? Así mismo, y desde la definición de empatía que proponía Nussbaum: ¿cómo considerar emociones como la empatía, sin resultar en un trato parcializado, desigual o discriminatorio frente al paciente? Esto es algo que tanto la psicología como la filosofía de las emociones ha venido discutiendo recientemente, y serán algunos puntos hacia los cuales girar nuestra atención en el siguiente capítulo.



### **Capítulo 3.**

#### **Conocimiento narrativo, tratamiento de la amputación y el acto empático-cognitivo**

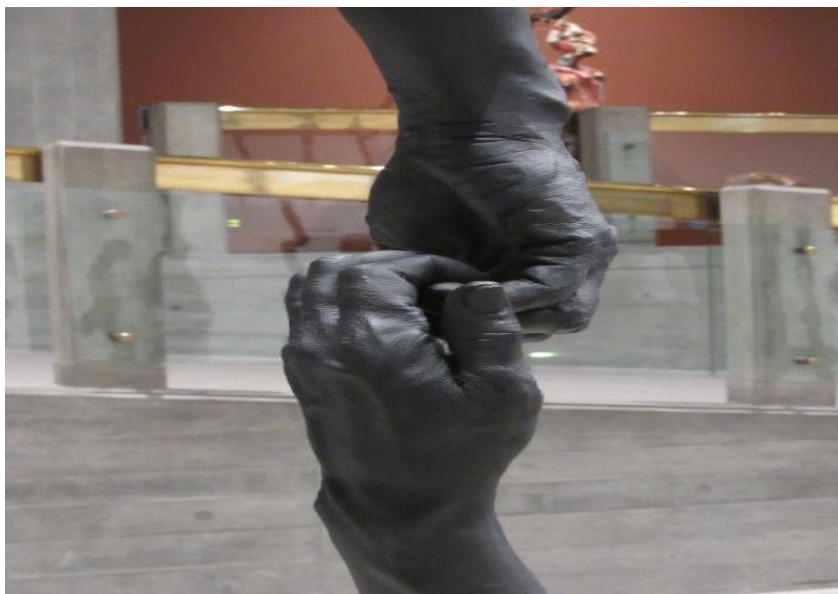
En el capítulo anterior se trató la empatía cognitiva. Esto nos llevó a la necesidad de discutir sobre el concepto de la empatía cognitiva como moldeadora de relaciones éticas que surgen entre médicos y pacientes. En este sentido, se entrelazan conexiones entre la empatía racional y el tratamiento de la situación de pacientes que han sufrido la amputación del pulgar y lo que esto representa para la funcionalidad e identidad personal desde las dimensiones social, emocional, síquica y física de estos pacientes.

Ante lo mencionado, en este capítulo se propone hacer algunas relaciones entre los casos clínicos identificados en el capítulo uno y el valor de la empatía cognitiva-narrativa como determinante en la atención de este tipo de pacientes. Así mismo, el capítulo se enfocará en formular algunas conclusiones sobre el valor de la formación profesional del personal de la salud para la atención de pacientes y sus consecuencias una vez se ven expuestos a procedimientos de amputación de miembros superiores. Este componente del proceso de formación de médicos desde el desarrollo de lo que se anticipaba por Charon en el capítulo dos sobre competencias narrativas (narrative competence), se hace definitivo para abordar desde un enfoque crítico la relevancia de posicionar a la empatía cognitiva-narrativa como un asunto pendiente en la agenda de la práctica médica y las relaciones que surgen desde la bioética en la atención de pacientes.

Lo anterior plantea un problema que resulta interesante y relevante para las consideraciones de los estudios desde la bioética en las relaciones entre pacientes con

amputaciones y los profesionales médicos, en lo que comprende tanto médicos tratantes como profesionales en la etapa de recuperación. La consideración de este problema y la práctica desde la empatía narrativa que se ha mencionado aquí, habla de la necesidad de enfocar el tratamiento postoperatorio hacia otras perspectivas de acompañamiento al paciente y las diversas connotaciones que representa la concepción ética del paciente-persona desde las diversas variables que asume el Yo y su propio auto-reconocimiento.

Este punto en particular, y sobre el que se discutirá más de fondo en este capítulo, plantea una cuestión ética, desde el reconocimiento de las emociones, necesidades, incertidumbre y fragilidad del otro. Esta discusión deberá proporcionar elementos para la consideración de las relaciones bioéticas y su relevancia como parte del proyecto pedagógico médico.



*Chain Reaction*, Nick Cave. “In the Black Fantastic”, Hayward Galley, Londres, 2022 (fragmento). Fotografía: archivo personal Ricardo Gómez Pinto.

### **3.1 Considerando la empatía cognitiva-narrativa en el caso de pacientes amputados**

De acuerdo con estudios previos (Senra, Arago Oliveira, Leal y Vieira 2011), los pacientes con amputación de una extremidad, pero en particular de la mano o algunos de sus dedos, manifiestan diversos efectos postoperatorios. Es más, se podría decir que los efectos más notorios la mayoría de las veces son emocionales (ansiedad, sensaciones fantasmas, ansiedad por nueva identidad, necesidad de apoyo emocional, depresión, inseguridad, tristeza, rehabilitación, entre otros) (Senra et al, 2011).

En otras palabras, se trata desde los casos de amputación de miembros básicos tales como manos y piernas, de una afectación sensible sobre el bienestar del paciente que trasciende lo físico para reflejar sus efectos más agudos sobre la salud afectiva, emocional o mental del paciente. Esto conlleva considerar las diversas acciones a tomar desde los tratamientos enfocados a la recuperación del paciente. Esto exige, dar una mirada no solo desde la perspectiva física, sino desde una dimensión clínica integral que incorpore el seguimiento psicológico y el apoyo emocional sobre las consecuencias en su entorno familiar, laboral y social, por mencionar algunos. Aquí, aproximarse a este tipo de problemas desde la consideración desde la empatía cognitiva se hace de dramática importancia.

La empatía por si sola puede resultar sesgada, tal como se anticipaba en el capítulo uno. Es más, puede hablarse de una empatía que resulta limitada, determinada por prejuicios e incluso por sentimientos egoístas. En esta aproximación incompleta estaría parado, por ejemplo, el modelo del contractualismo liberal que defendían tanto Hobbes y Rousseau

(Nussbaum, 2014 a), y que marca la tendencia del pensamiento y la organización de grandes áreas del conocimiento moderno. Como lo discutíamos en el capítulo anterior, dos personas en la misma situación (benéfica o perjudicial) pueden generar reacciones diferentes en un agente que actúa como observador. Sería el caso, a modo de referencia, si se trata de una persona blanca o afrodescendiente, cuando existen prejuicios raciales. El padecimiento o bienestar de la persona puede resultar completamente indiferente al observador si se tienen prejuicios sobre ese tipo de personas.

En términos de Paul Bloom (2018, p. 88-89), este planteamiento será definitivo para saber diferenciar entre sentir y entender por lo que está pasando otra persona. Se puede llegar a sentir (o por lo menos poder insinuar lo que siente otro) por una propia experiencia previa. Pero esto no significa que se tenga completa cognición sobre la situación del otro. De aquí que, como lo anticipábamos en los capítulos previos, Bloom hable de una empatía cognitiva (p. 51) que permite desplegar un acto de entendimiento de la emoción del otro (sin necesariamente sentir la emoción del otro pero tampoco limitarse a imaginarla) en lo que sería un acto de empatía narrativo-cognitiva que es el que se defiende en este texto.

La empatía por si misma puede ser limitada a la vez. Es más, ella misma puede convertirse en la forma que adopta un prejuicio, si se desvía de la atención de las razones objetivas para considerar el dolor, sufrimiento o malestar de una persona. No obstante, esto no quiere decir que el actuar desde una consideración empática sea el resultado simplemente de un pensar encaminado hacia facetas de mi propio y particular interés. La empatía, como capacidad humana, habla de la toma de decisiones desde la bondad, generosidad y compasión por el otro. Connotaciones que demandan un ejercicio profundamente racional. De aquí que,

como toda capacidad, deba ser explotada, desarrollada y cultivada. No obstante, esta práctica no puede limitarse a la consideración desde las emociones, debe venir acompañada desde una valoración de la razón en el que ese agente u observador neutral se comprometa con la condición del otro. Lo anterior gana sentido cuando desde la consideración de las emociones, tal como lo aproximó Nussbaum, se habla de que estas deben y pueden ser cultivadas desde la razón. Esto es, al tratarse de seres pensantes y racionales, Nussbaum hace énfasis en que, la razón debe limitar las emociones; de lo contrario se trataría de emociones desbocadas o por lo menos carentes de juicios objetivos, que es lo que caracterizaría la capacidad de formular un juicio desde la narrativa cognitiva. De aquí que prácticas como el conocimiento narrativo puedan ser de utilidad cuando se considera su importancia como parte de la estrategia pedagógica para la formación profesional desde las emociones. En este sentido, hablar de la formación desde las emociones, también permite poner en la mesa la consideración que se trata de una práctica pedagógica que, podría decirse, ha venido siendo relegada desde un enfoque tradicional que tiende a dominar a las ciencias en nuestros días (Nussbaum, 2014 b). Cabría adicionar que las ciencias médicas y la formación del personal de la salud, en general, no son ajenos a esta dominación.

Como sugiere la misma Nussbaum, muchas personas creen que otro que se encuentra en condiciones de limitados recursos económicos o que atraviesa por dificultades financieras es porque hace parte de su propio destino y que se lo han forjado y “ganado” ellos mismos. Es más, según ese tipo de valoraciones, la conclusión sería que esas personas se merecen sus dificultades. Este tipo de apreciaciones, que en principio podría decirse es empática (se formula una impresión sobre la condición de un-Yo-otro) seguramente carece de una valoración objetiva sobre la otra persona, y lo que es más importante, sobre sus dificultades,

circunstancias y condiciones íntimas. Y seguramente, también, puede estar negando una consideración adicional desde la empatía cognitiva sobre la otra persona. Esto es, limitarse a una valoración desde el egoísmo como punto de partida, lo que se hizo tan evidente y predominante en muchos de los casos desde el modelo liberal occidental dominante que discutía sobre el valor de las emociones.

Algo en lo que coincidimos con Nussbaum y Bloom, por el contrario, es que esa persona, por su propia condición ética desde la que juzga la condición de otro, puede resultar racionalmente limitado; consecuentemente, esto llevaría a una valoración emocional y ética también limitada. Esto es, se trataría de una situación en que el sujeto-observador mismo niega una consideración empática sobre otro (imaginar y entender que pasa en el otro) por falta de una valoración plena de las circunstancias en que el otro-Yo se personifica y auto-reconoce en relaciones externas e interacciones sociales. Se trata, en hegeliano, de relaciones emocionales dialécticas.

Esto es lo que Bloom entiende por empatía cognitiva. Una empatía diferente con la empatía simplemente emocional. Esta última muy común y generalmente difuminada a través de medios de comunicación, publicidad y redes sociales. Esta empatía emocional busca generar un sentimiento (muchas veces orientada a la lastima, tristeza o sufrimiento) sobre otra persona. Pero, digámoslo así, eso es todo. Se trataría de una empatía que se acerca a las impresiones racionales generalizadas (el sentir pena por alguien en dificultades, por ejemplo) que busca reaccionar en contra del marcado sentimiento egoísta, pero desde aquí resulta limitado tratar de aproximarse a un ejercicio de interiorización solo desde la generalización

de llevar el razonamiento sin la consideración hacia la necesidad o fragilidad de la otra persona.

En términos de Bloom:

(...) se trata de una crítica distinta que amerita mayor atención. Esta es la preocupación de que a pesar de las virtudes de la razón, no somos buenos para utilizarla. (...). Más bien, somos creaturas de intuición, de emociones, de instintos. El sistema 1 (intuitivo) domina; el Sistema 2 (deliberativo) está, bueno, en un distante segundo lugar. Se dice que esto ha sido probado por la neurociencia, la cual ha encontrado que las partes del cerebro relacionadas con la emoción son dominantes; asimismo, los mejores trabajos en psicología cognitiva y social respaldan esto. Los psicólogos se avergüenzan a menudo de Freud, pero están de acuerdo con él acerca de la impotencia crucial del inconsciente. (p. 248).

En ese sentido, la situación que se ve de la otra persona solo crea un “vinculo” emocional pero a la vez se distancia de la consideración desde la razón objetiva de ese sufrimiento. Esto es, podemos sentir el dolor de quien aparece en la pantalla de un televisor pero no hay un segundo momento en el que se permite el hacer un esfuerzo racional narrativo por comprender el origen de esa emoción. Esto último no nos acerca a esa otra persona ni mucho menos a sus dificultades o experiencias. Por el contrario, puede intensificar aún más un distanciamiento (“a mí no me paso, afortunadamente”). Esto resulta inverso al objetivo de asumir una actitud empática cognitiva y, por el contrario, se hace más cercano a una actitud donde la distancia desde el egoísmo parece intensificarse.

El mismo Adam Smith ya hablaba de una simpatía que podía ser limitada. Una cosa podía ser sentir simpatía por alguien, otra, muy diferente, parece decir Smith, era alcanzar la empatía de un *espectador atento* (2008, pp. 8-9). Asumir una postura ética desde lo que se propone como la empatía narrativa, de la que se discutía en el capítulo anterior, permite hacer una relación importante con el valor de considerar el paciente desde el conocimiento y consideración racional de su condición. Aquí el personal médico puede optar, como parte definitiva del tratamiento orientado a la recuperación del paciente, por asumir un rol desde la construcción de vínculos objetivos con el paciente desde la empatía de la razón (Bloom, pp. 266-267).

El involucramiento del personal médico con su paciente, desde la dimensión ética de entablar y construir una relación narrativa (lo que no tiene que ser íntima, personal o amorosa), se hace definitiva para hablar de un proceso integral de rehabilitación y recuperación de pacientes con amputación. En particular, para los casos de amputación del pulgar (indistintamente cual se la causa) muchas de las veces una operación posterior puede ser definitiva para la recuperación del paciente. Es más, esta operación puede permitir la recuperación del dedo a través de un segmento de piel o la misma recuperación del dedo. No obstante, muchos pacientes se niegan a este procedimiento, sea por razones estéticas o por considerarlo innecesario. Es el caso de pacientes que no quieren regresar al quirófano por cuanto no consideran que, al momento de la amputación del pulgar, realmente hayan perdido una condición o capacidad o que puedan considerar diezmado realmente su bienestar personal de forma notoria.

Sin embargo, y a pesar de las impresiones que tiene el paciente, el tratamiento médico que se niegan a realizarse para el caso de poder recuperar el pulgar, efectivamente puede mejorar sus condiciones y recuperar su funcionalidad y bienestar de forma notoria. Dicho de otra forma, se trata de pacientes que ven la rehabilitación o la continuación de un tratamiento post amputación como inadecuado o insuficiente (Serna et al, p. 185). Es aquí donde el trabajo médico no acaba, sino que por el contrario, empieza. Se trata de asumir la dimensión médico-paciente desde una postura empática en búsqueda de recuperar la calidad de vida del paciente-persona.

Entender las razones para negarse a hacer el tratamiento de recuperación del pulgar que expone el paciente, es la primera parte del proceso de empatía cognitiva que asume el médico tratante. Se trata de entrar a hacer parte de la historia del paciente. Es desde esta consideración objetiva de las razones para la negación del tratamiento rehabilitante, que el médico tratante puede identificar las limitaciones que esas consideraciones pueden tener; valorar los pros y contras de esa situación que expone el paciente. Sin juicios anticipados ni prejuicios. Identificar si las razones expuestas en realidad pueden servir o no para optimizar el bienestar general del paciente, desde su contenido emocional, físico, síquico o social. Desde esta consideración y valoración, se hace más relevante el papel de enfocarse en construir lazos desde la empatía, para proporcionar razones, desde su perspectiva y conocimiento especial y profesional, sobre la conveniencia o no de la realización del tratamiento.

Se trata con esto de modificar las condiciones que marcan la relación médico-paciente y que son las que tal vez intensifican el distanciamiento. Más bien se trata aquí, de la construcción de una narrativa ajena a las jerarquías y distanciamientos profesionales. De la

condición médico-paciente se aspira a construir una narrativa histórica entre persona-persona. Desde aquí, el personal de la salud (enfermera, médico tratante, sicólogo, etc.) asume una dimensión ética dentro de la construcción conjunta de la narrativa. Podría decirse que se trata de personajes en una obra de teatro, interconectándose dentro de una misma escena y a partir de un mismo libreto.

Las muestras de las que hablan algunos estudios (Senra et al, 2011, p. 186 y Rosca, Baciú, Burtaverde, Mateizer, 2021) dan cuenta de la importancia del soporte y apoyo desde la dimensión social y personal que recibe el paciente. En este componente se hace notorio tanto la presencia como la ausencia de la familia (Senra et al, 2011). Lo anterior no excluye el papel que el profesional de la salud tiene para reforzar la recuperación desde una dimensión en la que el auto-reconocimiento (self-awareness) comprende una consideración del Yo que aborda las dimensiones de la identidad desde la personalidad, el funcionamiento y relaciones desde la vida sexual, afectiva, lúdica, entre otras (Senra et al. 2011, p. 188).

La práctica de una empatía cognitiva conlleva la aproximación a la relación que surge entre paciente-amputado-médico desde estas diversas, complejas y variadas relaciones y experiencias. La condición del Yo se hace más vulnerable desde la posición que asumen muchos pacientes de auto-reconocerse desde una postura en donde esos proyectos, aspiraciones y esperanzas pueden parecer truncados. Entre esto, el manejo de ansiedad, catastrofismo e inseguridad pueden afectar el debido tratamiento sobre su padecimiento. En varias ocasiones, si volvemos a los casos expuestos en el capítulo uno, el desconocimiento o inseguridad del paciente para la realización de un procedimiento adicional a la amputación en miras de su propia recuperación pueden reducir la misma calidad de vida del paciente.

Aquí es donde la empatía cognitiva-narrativa que surge como elemento al que debe apostar la práctica médica como parte del proceso de tratamiento y recuperación, se convierte en una herramienta de profunda importancia. "Ponerse en los zapatos" del otro y generar introspección, según lo dicho, viene a convertirse en el caso, no solo el imaginario de la posición del otro. Esto conlleva, además, el reconocimiento del paciente desde sus dimensiones, o por usar un término más literario, narrativas personales y que son las que dan contenido y connotación al Yo-como-sujeto integral. La capacidad del personal médico envuelto en el proceso de tratamiento post-amputación se debe ver añadido a la capacidad profesional de interactuar con el paciente desde esas otras posibles narrativas. Las intervenciones quirúrgicas adicionales demuestran ser efectivas para la recuperación del paciente con amputación del pulgar. Pero muchas de estas no se realizan por una decisión limitada que asume el paciente, sea por inseguridad, duda, desinformación o por considerarla innecesaria y que con ella se va a afectar su imagen o intensificar sus condiciones traumáticas, lo que no es propiamente así como lo pueden demostrar los resultados médicos.

La incorporación de prótesis o la práctica de una cirugía adicional demuestra, en varias oportunidades, una importante mejora en la autoestima, imagen corporal, recuperación de la autonomía funcional, estabilidad emocional y, en general, un aumento de la calidad de vida (Senra et al, 2011, p. 188). En otras palabras, el procedimiento médico, desde una conceptualización que asume la relación bioética entre calidad de vida y práctica profesional, no termina con el procedimiento médico. Es más, se podría decir que el tratamiento médico empieza en su dimensión emocional y ética desde que el profesional de la salud asume su

papel en la narrativa del paciente quien interioriza una nueva-identidad. Para Senra et al (2011), esto compone la fase final del tratamiento médico.

La asimilación del conocimiento narrativo del que Charon hablaba en el capítulo anterior, se vuelve una etapa definitiva para la recuperación y tratamiento final del paciente. La mayoría de pacientes, como lo muestran Senra et al (2011), parecen experimentar condiciones y limitaciones que más que físicas, hablan de la necesidad de un apoyo y seguimiento desde la parte psicoafectiva o psicoterapéutica en cuanto se trata de rehabilitación.



*Chain Reaction*, Nick Cave. “In the Black Fantastic”, Hayward Galley, Londres, 2022. Fotografía: archivo personal Ricardo Gómez Pinto.

### **3.2 Consideración de la amputación desde las consecuencias psicológicas y emocionales de los pacientes. Una propuesta pedagógica.**

La mayoría de los casos de amputación se deben a la ocurrencia de situaciones trágicas o a la necesidad de razones médicas dentro de un procedimiento (Rosca et al, 2021, p. 7). En gran parte de estos casos, sobre todo en un estado temprano de la operación (4-8 meses), el paciente manifiesta consecuencias que son mayoritariamente efectos psicológicos por su nueva condición. Muchos de ellos manifiestan un estado de devastación que lleva a variadas consecuencias (depresión, ansiedad, negación de la situación, aislamiento, catastrofismo, ira, odio, entre otras) lo que interfiere en un proceso pleno de recuperación o termina por dificultar el mismo. Esto sobre todo se hace evidente en casos donde la amputación es repentina y sin conocimiento previo del paciente. En pocas palabras, de lo que se trata es de una ostensible e inesperada pérdida de bienestar y de la capacidad de una vida en relación.

Expresión de esto es la muestra de la necesidad del auto-aislamiento o el distanciamiento social. El paciente en estos casos siente pena de sí mismo y vergüenza de que otros lo vean. Muchas de las veces se tratan de casos que inciden en que los pacientes tengan limitaciones para recuperarse. Esto sin perjuicio de la afectación de otras dimensiones en la vida y su forma de volver a relacionarse con experiencias que eran comunes (relaciones con amigos, familiares, colegas, etc). En otras palabras, su representación en el mundo (representational world) (Rosca et al, 2021) se ve reducida. Su bienestar psicológico y calidad de vida se ven efectivamente diezmados.

Estas situaciones y vivencias, tanto físicas como emocionales de los pacientes, plantean un reto importante para la práctica médica, pero, sobre todo, para lo que podríamos denominar la metodología y pedagogía de la enseñanza de la profesión médica desde la empatía. La pregunta que surge, entonces, es: *¿cómo cultivar las habilidades para la práctica de la medicina en la recuperación de pacientes con amputación de extremidades desde la empatía cognitivo-narrativa?* La manera de compensar estos déficits que se producen en el paciente, implican primero reconocer su condición de persona. Condición de la que nunca se ha desprendido. En este sentido, de acuerdo con algunas posiciones (Rosca et al, 2021 y Marroquín, Botero y Gómez, 2020), la manera de generar alivio en el escenario de incertidumbre existencial es la de recuperar esos espacios de afecto y relaciones comunes que se puedan estar perdiendo. Esto se hace definitivo para la recuperación emocional y psicológica del paciente. Aquí la pregunta adicional que surge, necesariamente, es: ¿qué tan dispuesta está la ciencia y el entrenamiento del personal médico para actuar ante estas circunstancias? Por otro lado, ¿qué tan empático (o no) debe ser el procedimiento que adelanta el personal médico por la recuperación del paciente?

Lo descrito en el capítulo anterior advertía sobre el tema central de la discusión sobre la empatía cognitiva como emoción definitiva para comprender el dolor y las consideraciones emocionales del otro. Esto constituye un punto definitivo para la discusión que se ha propuesto en parte en este texto. Ahora, la gran pregunta que se trata de considerar aquí es la del valor de la empatía desde una perspectiva racional en una relación de narrativas cognitivas. Esto es, la apuesta del resto del trabajo se centra en reconocer que la empatía cognitivo-narrativa, como emoción, muchas de las veces trae consigo sesgos al momento de considerar objetivamente las consecuencias y efectos de los actos. No obstante, como lo

muestran los resultados sobre seguimiento a pacientes con algún tipo de pérdida de extremidad por amputación, la empatía, sobre todo cuando esta hace parte de una práctica cognitiva y razonada, se convierte en elemento definitivo del proceso de recuperación del paciente (Rosca, et al, 2021).

Para este punto, el uso de las escalas de empatías (para el caso una de estas escalas corresponde a la Escala de Empatía Médica de Jefferson-EEMJ. Alonso, Caro, Erazo y Díaz, 2013) puede resultar útil, si lo que se quiere es llamar la atención sobre la necesidad de incentivar y cultivar la práctica de la empatía cognitiva desde el proceso pedagógico y entrenamiento del personal médico. Esto en consideración de casos que, como los expuestos en el primer capítulo, hablan de la necesidad de “entrar en escena” en la narrativa del paciente y convertir al personal médico en parte de su historia y experiencias. En pocas palabras, la escala de empatía busca medir el nivel de empatía que un profesional de la salud puede tener al momento de tratar a un paciente (Alonso et al, 2013, p. 25).<sup>10</sup>

Por lo que se ha dicho hasta acá en este texto, la formación del personal médico en capacidades narrativas y en empatía se hace definitivo al momento de tratar las secuelas de un tratamiento médico que como el caso de las amputaciones, puede generar una gran variedad de secuelas en el paciente. También se ha dicho que como parte del proceso médico se debe incluir o considerar el proceso de recuperación. De este modo, entre las preguntas que pueden surgir al respecto, destacarían las siguientes al momento de intensificar o corregir las falencias en la formación del personal de la salud en materia de competencias narrativas:

---

<sup>10</sup> Esta medición, por lo menos en la EEMJ, se mide entre valores de 20 (que corresponde a la menor capacidad empática) y de 140 (mayor capacidad empática).

¿cómo construir un diálogo narrativo-constructivo entre médico y paciente?, ¿cómo trabajar la atención desde la compasión? (Alonso et al 2013) y ¿cómo integrar la narrativa cognitiva en el tratamiento?

Marroquín et al (2020), consideran al paciente como el centro del modelo de salud (p. 2). En esto coinciden Alonso et al (2013, p. 27) al partir del hecho, tal como resulta de la muestra estudiada en estudiantes de medicina tanto hombre como mujeres durante los cinco años de carrera, que la práctica médica es una profesión destinada al bienestar común. En este sentido, la propuesta de valorar la empatía como una aptitud definitiva al momento del tratamiento del paciente da luces para abordar las anteriores preguntas desde el punto de vista de las habilidades que se pueden potencializar en el proceso de formación del médico, tales como serían la compasión, el ubicarse en la posición del paciente, entre otras. Como parte de la práctica desde la empatía lo que se hace definitivo es que esta narrativa-médica parta de un mismo lenguaje. Esto se fortifica desde la comprensión de la medicina como una ciencia con enfoque hacia el humanismo. Como lo advierten Alonso et al (2013), una gran ventaja para la explotación de los talentos empáticos del estudiante de medicina es que este se encuentra en un ambiente multidisciplinario, multidiverso y multicultural. Esto facilita al estudiante entrar en contacto, a través de sus rotaciones y experiencias, tanto con diferentes tipos de pacientes (con diferentes dolencias, enfermedades, secuelas, etc.) como con diferentes tipos de médicos/profesores. Así bien, las rotaciones y experiencias entre universidad y hospital, así como la práctica constante en atención de todo tipo de pacientes, se convierten en factores agregados que enriquece la formación desde la empatía.

La universidad cuenta con una experiencia en simulación en el área clínica y de promoción de la salud; con respecto a esta solo resta crear otros espacios para el fomento de la empatía que se podrían fortalecer además con profesionales del área de la comunicación en salud, que a la vez tengan en cuenta situaciones que pueden enriquecer o afectar las relaciones empáticas durante la formación de los estudiantes, entre otras relacionadas con los tiempos dedicados a las rotaciones y actividades académicas en general que han sido consideradas en otras investigaciones realizadas en el área de la salud (Alonso et al, 2013, p. 29).

Aquí las habilidades del profesional deben estar encaminadas, como en una representación artística, a desplegar las capacidades de interpretación para interactuar a través de un mismo lenguaje. Marroquín et al hacen énfasis, por ejemplo, en la capacidad de desarrollar una “sensibilidad” (2020, p. 6) al sentimiento ajeno. Esto es, no se trata solo de percibir ese estado de fragilidad en el que se encuentra la persona sino tener la capacidad profesional de hacerle ver a ese Otro que más allá de comprender todo el padecimiento de lo que se trata es de poder transmitir esa sensibilidad y percepción. Dicen los autores citados: *Se habla de una naturaleza que puede ser “cognitiva” y que representa la habilidad del médico de percibir el estado mental y sentimental del paciente, o “afectiva”, que radica en su sensibilización* (2020, p. 6).

Para terminar se podría decir que de acuerdo con investigaciones previas, no existe una evidencia definitiva que permita indicar que entre hombres y mujeres los niveles de empatía justifiquen una atención diferencial en la formación desde el género (Alonso et al, 2013, p. 30), aun cuando se hace notorio que las mujeres demuestren tener mayores habilidades para relaciones emocionales. No obstante, si se hace definitivo, en lo que se

espera sea la atención a pacientes en casos de amputación y su relación con la formación de los estudiantes desde la promoción de habilidades comprensivas y comunicativas. En este punto, una propuesta que debe llamar la atención es la de recuperar la enseñanza de materias básicas (no solo electivas) que centren su atención en la práctica y en la consideración de la medicina desde sus relaciones humanas, emocionales y éticas. Tal sería el caso de asignaturas enfocadas en la atención del adulto mayor como tema de salud pública, protección de la maternidad y neonatos, atención de población vulnerable o con algún tipo de discapacidad, entre otros varios enfoques que por su transversalidad e interdiálogos entre ciencias sociales, de la comunicación y la salud, podrían aportar mucho a la práctica médica y la construcción de las relaciones bioéticas.

### **3.3 Necesidad del camino razonado: medicina anti-empática en pacientes y personal médico.**

Como se anticipaba en el capítulo anterior, la empatía entre médico-paciente se convierte en un tema definitivo a la hora de decidir sobre un tratamiento médico. Entender el sufrimiento del paciente, así como su estado de incertidumbre, ansiedad o expectativas, se convierte en el elemento a trabajar como parte de una “consulta empática” (Marroquín, et al, 2020, p. 7). Esto, en particular, frente al caso de la amputación plena o parcial de una extremidad, tal como ocurre en el caso del pulgar y que se veía en los casos relatados al inicio de este texto. La discusión a favor o en contra de la empatía en las relaciones médico-paciente llama la atención para efectos de comprender el papel que el profesional de la salud tiene ante la decisión de un paciente de seguir o no un tratamiento médico (basado en experiencia y antecedentes médico-científicos) que se considera óptimo para su recuperación.

El sicólogo Paul Bloom planteará, por ejemplo, que una consideración sobre la toma de una decisión solo desde la empatía puede resultar problemática (Bloom, 2018). La consideración de razones para la toma de una decisión A o B desde la premisa que esta decisión debe ser lo más empática posible con la situación de otra persona, puede resultar en una propuesta de acción incompleta donde no se tengan en cuenta otras consideraciones para llegar a una solución realmente conveniente y objetiva. Dicho de otra forma, y en palabras del mismo Bloom, esa que se tiende a entender como *conexión empática* se resumiría en poder comprender las emociones y sentimientos que otra persona padece ante una situación que de una u otra forma, buena o mala, la afecta. Esto no resulta muy diferente de la propuesta de Marroquín et al (2020, p. 4) al momento de formular las características principales con las que debe contar el médico al momento de tratar al paciente. Entre estas el tratamiento desde la empatía durante la consulta es definitivo.<sup>11</sup>

Puesto así, la empatía por si sola, vista de forma superficial y como una reacción emocional (lo que la convierte en algo potencialmente muy subjetivo y lleno de sesgos) puede resultar, como se decía, bastante limitada. Esta limitación se acrecienta para el caso de las relaciones entre médico-paciente. Esto gana relevancia, en particular, al momento de definir el acompañamiento que el profesional médico (y tal vez lo que sería el tema de la atención en salud pública en general) debe hacer (y comprender) en el caso de los pacientes con pérdida de extremidades o amputaciones de miembros esenciales. Para el caso, y como se

---

<sup>11</sup> Se entendería que las otras características que se formulan en el estudio hacen referencia a las habilidades de comunicación, generación de confianza, autonomía, entre otras.

comentaba en el primer capítulo, los pacientes que sufren amputación del pulgar y todo su valor funcional y social que esto representa.

La empatía, y diríamos, la empatía profesional médica, no tiene solo que ver como lo mencionamos previamente "ponerse en los zapatos del otro" o imaginar la situación del otro. No se limita a tratar de entender el dolor del otro o, en términos de Martha Nussbaum, tener la capacidad de poder imaginarse en la situación del otro (2014 a, p. 179). Tendrá que ver además con temas que desde la bioética y la filosofía de las emociones, sugieren algo más sobre la consideración de la justicia, la moral y la compasión en un ejercicio que aunque no deja de ser emocional, se propone desde las consideraciones que se puedan hacer desde la racionalidad.

El entrenamiento en estas habilidades empáticas, como se sugería en el punto anterior, tiene el mismo valor para el personal médico como si se tratará de habilidades comunicativas o las mismas competencias profesionales para el diagnóstico o intervención de una patología. Es más, como lo sugieren Marroquín et al (2020) y Alonso et al (2013), el acercamiento desde la empatía que hace el personal médico puede llegar a tener mayor relevancia que la misma impresión respecto al conocimiento que pueda tener el médico. Hablar de la igualdad en las relaciones médico-paciente deberá considerarse no desde el diálogo hipotético que surja entre un experto y un lego. Es más, tal vez este diálogo entre profesional-paciente nunca pueda surgir. Lo que permite hablar de un plano horizontal en la relación es el acercamiento entre humano-humano en donde la empatía se convierte en el lenguaje conector para que la narrativa-cognitiva pueda dar sus frutos: "cada individuo desea involucrar al médico y

compartirle un grado distinto de su vida personal y emocionalidad.” (Marroquín et al, 2020, p. 7).

Al respecto, en opiniones científicas sobre el valor del entrenamiento en la empatía durante el proceso de educación médico, Sulzer et al (2016) consideran que, aun cuando no existe pleno consenso sobre el punto, la empatía requiere de la profundización desde su dimensión cognitiva. Esto es, concebir la empatía desde diferentes factores, tal como sería un proceso relacional de involucramiento entre un sujeto y un objeto (Sulzer et al, 2016. p 8). Permitir al profesional en formación (y con esto nos referimos a un amplio espacio de la formación en el área de la salud pública), el desarrollo de habilidades y capacidades de comprensión, que se pueden llegar a perder durante el proceso de entrenamiento si es que aquellas no son dirigidas como parte relevante de la relación con el paciente. Estas habilidades comprenden, en particular, la capacidad, por una parte, de asimilar la postura del paciente -sin sesgos de parcialidad- pero, y en segundo lugar, también contar con la habilidad -parte necesaria del entrenamiento del profesional como se sugería en el punto anterior- de ser capaz de expresar esa comprensión. Aquí gana sentido lo que se venía diciendo sobre la capacidad de interactuar como parte de la construcción narrativa que puede llegar a una reconstrucción, que aunque no exacta, si muy cercana a las emociones, sensaciones y pensamientos del paciente.

Las consideraciones desde la razón pueden ser limitadas también, como se decía. Pero es con lo que mejor se cuenta para aproximarse a la necesidad de construir una narrativa entre las partes. De ahí la necesidad de aproximarse a un camino razonado pero no pensado desde la razón absoluta, que de por si resultaría bastante inviable. Esto parece ser fundamental para

comprender lo que Bloom entiende por "empatía cognitiva" (2018, p. 52). Considerar una concepción de la empatía desde lo que es un proceso de formación-entrenamiento que permita dotar al personal de la salud con limitaciones en las habilidades de interrelación, cuando estas sean escasas, así como, por otro lado, permitir al profesional explotarlas al máximo cuando esas habilidades sean mayores o innatas en la persona. Esto es, formar desde la práctica de la empatía, tanto a hombres como a mujeres por igual (Alonso et al, 2013, pp. 29-31) como elemento necesario del proceso de entrenamiento médico y sobre lo cual tiende a haber gran consenso, pero que también representa un gran déficit cuando se habla desde la evaluación del proceso de formación médica (Sulzer et al, 2016. pp. 2-3) Ahora, se desprendería de lo anterior que el proceso de entrenamiento no debe limitarse al desarrollo y profundización de habilidades médicas, sino que este proceso debe tomar una postura desde las relaciones bioéticas como el dolor, la angustia e incertidumbre del paciente. Llegar a sentar unas bases objetivas para que un profesional pueda exteriorizar estas habilidades, implica un proceso pedagógico de formación que desde el entrenamiento básico e inicial del estudiante de las ciencias médicas, se enfoque en la relación médico-paciente.

Este entrenamiento se refiere a la práctica que permita un conocimiento y comprensión sobre las necesidades de quién es destinatario del proceso médico. La cuestión de la presencia de la consideración de la empatía como una variable relevante en la relación médico-paciente es un ejemplo claro e importante de esta idea de avivar en las discusiones sobre filosofía médica y la bioética, prácticas de por sí antiguas pero relegadas en diferentes sentidos. Recuérdese cuando ya Aristóteles, al hablar de la salud y lo conveniente para la ciudad, comparaba la práctica de la ley con el ejercicio que actuaba de medicina para el cuerpo (Aristóteles, 1995). Esto comprende hacer una consideración y abrir la discusión

sobre la necesidad de asumir una postura respecto al entendimiento -muchas veces limitado- que pueda tener el paciente sobre los procedimientos médicos.

Esto es algo que no puede pasar desapercibido desde el punto de vista de los efectos sobre las medidas de salud pública, pero también, y tal vez más importante aún, sobre el valor de la vida y funcionalidad plena del paciente como persona en sus diversas dimensiones (padre-madre-hijo-hija, trabajador, etc.). Esto último es de gran importancia para la construcción de relaciones armónicas y, en la medida de lo posible, de argumentos razonables al hablar sobre cuestiones de ética médica.

## **Conclusiones**

Las discusiones iniciales que se exponen en este trabajo partían, como se vio en el capítulo uno, de la exposición y consideración de casos de pacientes con amputación de un dedo de su mano; Se pondera al pulgar como elemento manifiesto del desarrollo filogenético de la especie humana. A través del estudio anatómo-fisiológico del pulgar hemos podido comprender la real importancia que representa contar con dicha parte del cuerpo humano. La pérdida traumática en diversos escenarios ha generado el desarrollo tecnológico de soluciones médicas (que incluso han representado una legislación compensatorias diferenciales) creando alternativas viables en función de recuperar el segmento amputado. La toma de decisiones como se expresa en las conclusiones del primer capítulo crea un escenario de profundo estudio en el marco de la relación médico-paciente; lograr entender, acompañar y sobretodo sosegar la situación de un paciente amputado nos ha llevado a identificar un conflicto bioético basado en la toma de decisiones ante la posibilidad de aceptar o rechazar tratamientos identificando diversos elementos dentro de los cuales la empatía hace parte de una emoción fundamental para la resolución del problema médico.

Es así como el uso de elementos reflejados en los casos clínicos confirma diversas experiencias, así como otras que se fueron adhiriendo a las fuentes consultadas, se podría decir que la razón humana presenta muchas limitaciones y es susceptible de caer en ambigüedades y contradicciones al momento de valorar la condición del Otro. Para este punto, como se identificó principalmente en el capítulo dos, la construcción de la empatía como herramienta para la práctica médica gana especial preponderancia. Esto, claro está, mientras se pueda conservar su distanciamiento y sin que se vea ennegrecida por las atribulación excesiva de consideraciones emocionales. No obstante, como se advertía en este

texto, la razón no es todo lo que tenemos pero se hace de primaria importancia para aproximarse a una valoración desde las implicaciones éticas y emocionales de la empatía. Se trata de una herramienta, al hablar más profundamente sobre la empatía desde la razón, que con todas sus imprecisiones, resulta muy útil para intentar hacer una aproximación a las situaciones que una persona enferma presenta ante situaciones tan complejas como las amputaciones del pulgar.

De aquí que, como se sugería desde la valoración de la empatía, se entienda que más que imaginación de lo que se necesita es de un ejercicio de comprensión. La razón es limitada, es cierto, pero no quiere decir que no pueda ser mejorada, orientada y apoyada al momento de realizar algunas apreciaciones. Así como lo sugieren Sulzer et al, se hable de la evaluación de la empatía desde la necesidad de intensificar en las prácticas y experiencias de pacientes desde sus realidades. Esto es, desde sus propias *narrativas cognitivas*. Para esto, como lo sugería Nussbaum, la práctica de la empatía requiere de una organización metodológica y de mucha estimulación pedagógica, pilar fundamental en la propuesta de este trabajo. La introducción en los periodos de formación de la medicina sobre el concepto de empatía parte del conocimiento propuesto por diversos autores. El trasegar del escrito nos presenta la *empatía cognitiva narrativa* como un elemento emocionalmente activo; el conocimiento pleno desde una visión empática cognitiva llama la atención sobre su fundamento imparcial del cual se hace preso la relación entre humanos. Ahora bien, a partir de establecer límites conceptuales de la empatía nos hemos encontrado en la aplicación social que Nussbaum no invita hacer al entender la aplicación narrativa de la empatía como elemento fundamental de la formación del cuerpo médico.

Es así como llegamos al tercer capítulo en donde acompañar al profesional de la salud desde su proceso de formación, se hace definitivo para este objetivo. Por esto, se hablaría de la conveniencia de considerar la empatía desde el entrenamiento y la potencialización de las capacidades intelectuales pero sobre todo éticas al momento del tratamiento de personas con amputación y de forma especial ante el compromiso del pulgar como pieza fundamental funcional del ser humano. En este punto, la propuesta desde la intensificación de las asignaturas o clases en el pensum básico y cuyo enfoque sean las relaciones emocionales, comunicacionales y comprensivas de los pacientes y sus realidades se hace definitivo, tal como se sugería en el último capítulo.

Es así como se presenta la empatía cognitiva-narrativa en los términos en los que Charon y otros proponen la cual debe partir de una valoración objetiva de los hechos. Pero se trata de entender esos hechos, realidades, temores y esperanzas de una persona, desde su fragilidad. Acercarse a las dimensiones del Yo-otro para poder entender su vulnerabilidad. Entrar en su narrativa desde una experiencia activa y proactiva. Esta es la demanda que exige una perspectiva bioética como marco de consideración para las narrativas e interpretaciones que se construyen entre médico-pacientes.

La cuestión del reconocimiento del Yo-otro, parte de la necesidad de identificarse a través de las relaciones y realidades, como experiencia dialéctica, en que se encuentra ese Otro. Esto se hará definitivo para la construcción de un conocimiento narrativo, como lo

dejaba ver Charon, desde las valoraciones e interconexiones afectivas, emotivas, psíquicas, entre otras, para entender la posición del paciente en esa narrativa. En la práctica de esta experiencia narrativa médica, la razón es fundamental pero no deja de llamar la atención su carácter limitado y muchas de las veces errático. Esto es lo que Sen advertía al hablar de un escrutinio razonado, que se mencionaba en el capítulo dos, y que puede ser muy útil para la identificación de las mismas limitaciones de la razón. Lo anterior será definitivo para la construcción de una realidad que permita hablar de la medicina narrativa que corrija esa erosión ética que tiende a encontrarse presente muchas de las veces en la formación profesional y en las relaciones humanas y médicas.

## **Bibliografía**

- 4.-Los-fundamentos-de-la-dignidad-de-la-persona-humana-por-Dr.-Jose-Luis-Jimenez-Garrote.* (n.d.).
- Aristóteles (1995). *Ética nicomáquea*. Barcelona: Planeta.
- Belon, H. P., & Vigoda, D. F. (2014). “Emotional adaptation to limb loss”. In *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* (Vol. 25, Issue 1, pp. 53–74). doi: 10.1016/j.pmr.2013.09.010
- Bloom, P. (2018). *Contra la empatía*. México: Taurus.
- Borda Villegas, E. *LUIS EDUARDO GARZÓN Ministerio de trabajo, Republica de Colombia*.
- Charon, R (2001). “Narrative Medicine”, *Jama*. Vol 286 No. 15 pp. 1897-1902.
- García González, G. L. A., Aguilar Sierra, S. F., & Rodríguez Ricardo, R. M. C. (2018). Validación de la versión en español de la escala de función del miembro superior abreviada: Quick Dash. *Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología*, 32(4), 215–219. doi: 10.1016/j.rccot.2017.06.012
- Gustafsson, M., & Ahlström, G. (2004). “Problems experienced during the first year of an acute traumatic hand injury-a prospective study.” *Journal of Clinical Nursing*. 13, pp. 986-995.
- Henry, M. S. (2006). “Uncertainty, responsibility, and the evolution of the physician/patient relationship. *Journal of Medical Ethics*”, 32(6), 321–323. doi: 10.1136/jme.2005.013987.

Kratz, A. L., Williams, R. M., Turner, A. P., Raichle, K. A., Smith, D. G., & Ehde, D. (2010). "To lump or to split? Comparing individuals with traumatic and nontraumatic limb loss in the first year after amputation." *Rehabilitation Psychology*, 55(2), 126–138. doi: 10.1037/a0019492.

Lundborg Goran. "The Hand and the Brain Göran Lundborg From Lucy's Thumb to the Thought-Controlled Robotic Hand

Marroquín-Rivera, A., Botero-Bermúdez, M., Gómez-Restrepo, C. (2020). "Una revisión temática de las expectativas de los pacientes frente a las conductas del médico". *Universitas Médica*. Vol 61, No. 3, Julio-septiembre.

Morrison, W. A., O'brien, B. M., & Macleod, A. M. (n.d.). "Experience With Thumb Reconstruction."

Alonso, L M., Caro, S., Erazo-Coronado, A M., Díaz-Narváez, V P. (2013) "Evaluación de la orientación empática en estudiantes de medicina en la Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia)". *Salud Uninorte*, Vol 29 No. 1. pp. 22-33.

Murray, C. D., & Forshaw, M. J. (2013). "The experience of amputation and prosthesis use for adults: A metasynthesis. In *Disability and Rehabilitation*" (Vol. 35, Issue 14, pp. 1133–1142). doi: 10.3109/09638288.2012.723790

Nussbaum, M. (2014 a). *Emociones políticas*. Barcelona: Paidós

(2013). *La nueva intolerancia religiosa*. Barcelona: Paidós.

(2014 b). *Sin ánimo de lucro*. Buenos Aires: Katz.

(2012). *Crear capacidades*. Barcelona: Paidós.

Papadopoulos, A. Z. and L. K. (n.d.). *The psychological impact of severe hand injury*. *The Journal of Hand Surgery*. doi: 10.1177/1753193407087026

Rosca A C, Baciú C, Burtaverde V, Mateizar A (2021). *Psychological Consequences in Patients with Amputation of a Limb. An Interpretative-Phenomenological Analysis*. *Psychol*, 12:537493. pp. 1-11.

Senra H, Oliveira R. A, Leal. L, Vieira. C (2011). *Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation*. *Clinical Rehabilitation*. 26 (2) pp. 180-191.

Siep, L. (2003). *Normative Aspects of the Human Body*. In *Journal of Medicine and Philosophy* (Vol. 28, Issue 2). Retrieved from <https://academic.oup.com/jmp/article/28/2/171/900872>

Smith, A. (2012). *Teoría de los sentimientos morales*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Sen, A. (2010). *La idea de la justicia*. Buenos Aires: Taurus.

Sulzer S, Feinstein N., Wendland C. (2016). *Assesing Emphaty Development in Medical Education: A Systematic Review*. *Med Educ*. HHS Public Access, 50 (3). pp. 1-21.

Yuguero, O., Esquerda M., Viñas, J., Soler-González, J., Pifarré J. (2018). *Ética y empatía: relación entre razonamiento moral, sensibilidad ética y empatía en estudiantes de medicina*. *Revista Clínica Española*. 1564, pp. 2-5.