

Empatía y práctica médica

Axel J. Fernández
axeljfr@gmail.com

Un primer acercamiento al papel de la empatía en la medicina

La relación que un médico desarrolla con su paciente puede ser de vital importancia para un tratamiento. El nivel de confianza que un paciente le tiene a su médico resulta crucial para el nivel de honestidad y respeto que muestre ante él y, por tanto, para la calidad de la información con la que el profesional contará para determinar el tratamiento más efectivo.

En *Principles of biomedical ethics*, Beauchamp y Childress (2012) intentan dar una propuesta teórica que logre abarcar de la mejor manera posible todos los aspectos relevantes para la moralidad de los profesionales de la salud, incluyendo tanto el ámbito del tratamiento



Portaobjetos
Portaobjetos
Portaobjetos
Portaobjetos
Portaobjetos
Portaobjetos

de enfermedades como el de la investigación. Si bien el mismo título del libro adelanta que los pilares de su teoría son cuatro principios a saber: respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, los autores buscan complementarlos con la consideración de virtudes o rasgos de carácter inspirados por tradiciones como la ética del cuidado y las éticas de virtudes.

En el segundo capítulo del libro (2012, pp. 37-38) resaltan la *compasión* como una de las virtudes centrales para la práctica médica. Los autores la caracterizan como una virtud que combina una consideración activa por el malestar ajeno con una conciencia imaginativa y respuesta emocional de simpatía¹. También resaltan que la empatía tiene una gran importancia para esta virtud, ya que es la que permite que los profesionales hagan una reconstrucción de qué es lo que está sintiendo el paciente para poder atenderlo de la manera más apropiada. Sin embargo, señalan que la empatía no es suficiente para llevar a cabo un acto de compasión, e.g. es posible llegar a entender y sentir el miedo

de un condenado a muerte, pero eso no implica necesariamente que se hará algo al respecto.

Otro momento en que consideran el papel de la simpatía y empatía está en el final de su tercer capítulo (2012, pp.92-93), en el que retoman un hecho apuntado por Hume (2005, pp.241) en su *Tratado de la naturaleza humana*: "la empatía del ser humano suele tener límites estrechos; intuitivamente creemos que la mayoría no empatiza mucho más allá de su círculo social cercano (familiares y amigos)". Sin embargo, existen casos reales de personas que han destinado su vida a ayudar a un gran número de individuos y otras que han realizado actos increíbles para ayudar a otros. Parece ser que al menos una de las características de estos individuos es que tienen una amplia capacidad empática, lo que les permite entender el dolor de las personas, incluso en contextos muy lejanos al suyo. Esto explica el porqué de sus acciones heroicas.

Todo lo anterior parece indicar que la empatía sería un elemento necesario para una correcta práctica médica; tendría la virtud de permitir

Resumen:

En este texto se argumenta a favor de la incentivación de la empatía en contextos médicos. Utilizando la postura de Jodi Halpern (2001) y la definición de empatía de Amy Coplan (2011), se formulan respuestas a las críticas de Paul Bloom (2015). Se defiende que la empatía, entendida de manera apropiada, puede permitir que los profesionales de la salud entiendan adecuadamente a sus pacientes y sean capaces de brindarles el mejor tratamiento posible para sus circunstancias específicas, por lo que es necesario dotar a los médicos con las herramientas emocionales necesarias para lograrlo.

Palabras clave: Empatía, ética médica, trato médico-paciente, emociones, bioética.

Abstract:

This paper argues in favor of the inclusion of empathy in medical contexts. Using the position of Jodi Halpern (2001) and the definition of empathy of Amy Coplan (2011), responses to the criticisms of Paul Bloom (2015) are formulated. It is argued that empathy, correctly understood, can allow health professionals to properly understand their patients and be able to provide them with the best possible treatment for their specific circumstances; thus, it is necessary to provide doctors with the necessary emotional skills to achieve it.

Keywords: Empathy, medical ethics, physician-patient relationship, emotions, bioethics.

que los profesionales de la salud entiendan emocionalmente a sus pacientes, permitiéndoles dar un mejor tratamiento, permitiría también que los profesionales que se dedican a la investigación entendieran y consideraran el sentir de los participantes en experimentación, sean estos humanos o no, para darles un trato digno; e incluso incentivaría a que los profesionales realizaran actos supererogatorios por sus pacientes, con lo cual se conseguiría la mejor atención posible.

La empatía clínica

Jodi Halpern (2001, pp.68-70) sostiene que resulta insuficiente para un médico intentar comprender a sus pacientes únicamente a través de la observación de sus expresiones corporales y verbales. Halpern señala que un médico que sabe que un paciente siente miedo por padecer cáncer, pero que si no entiende sus preocupaciones específicas, no sabrá como aliviar su ansiedad.

Halpern (2001, p. 88) argumenta que la única manera en que un médico es capaz de comprender a su paciente es a través de la empatía clínica, entendida como un ejercicio en el que el profesional se imagina lo que es estar en la situación del otro, lo que le permitiría llegar a un nivel de comprensión profundo en el que logra entender las fuentes y componentes del estado emocional del paciente. Con esto sería capaz de formular un plan de acción adecuado para ayudarlo.

Halpern ilustra de manera muy clara su postura con el caso de Mr. Smith (*ibídem*, pp. 86-87), un exitoso empresario e importante figura dentro de su familia que sufrió un desorden

Axel J. Fernández

Cursó la licenciatura en Filosofía en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM en 2018. Actualmente realiza estudios de maestría en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Desde el año 2015 y hasta la fecha se ha desempeñado como Estudiante Asociado en el Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM.



cerebral que lo dejó paralizado desde el cuello hasta los pies y lo hizo dependiente de un respirador artificial. El hombre se negaba a comunicarse con el equipo médico o participar del tratamiento de rehabilitación, por lo que Halpern, que en ese momento era la asistente del psiquiatra, fue llamada para intentar hablar con él. La autora cuenta que trató de hablarle de una manera sumamente amable, lo que tuvo como respuesta un rechazo inmediato.

Posteriormente, Halpern buscó empatizar con el paciente imaginando qué se sentiría ser un hombre poderoso y respetado que se ve incapacitado y es constantemente importunado por un médico tras otro, sintiéndose atrapado y rodeado de personas que no parecen saber

cómo ayudarlo. Lo que sintió fue frustración y vergüenza.

Halpern se acercó nuevamente, pero esta vez lo miró a los ojos y le preguntó de manera seria qué era lo que le molestaba de hablar con ella. El hombre respondió que se sentía furioso porque no dejaban de invadir su privacidad y por la gran pena que estaba pasando a su familia, cuando era evidente que no podían ayudarlo. Ella no intentó animarlo, se limitó a hablar con él de lo frustrante de la situación, lo que le permitió comenzar a entablar un vínculo gracias al cual finalmente logró trabajar con él.

La única manera en que un médico es capaz de comprender a su paciente es a través de la empatía clínica, entendida como un ejercicio en el que el profesional se imagina lo que es estar en la situación del otro.



Halpern logra exponer en este ejemplo que acercarse a un paciente utilizando protocolos generales puede resultar inútil e incluso perjudicial para un óptimo tratamiento. Sólo la empatía permite que los médicos entiendan de manera profunda a sus pacientes y así lograr darles el trato específico que necesitan.

Contra la empatía

En contraste con posiciones como la de Halpern, hay especialistas que consideran que existen importantes riesgos al incentivar la empatía en contextos de salud. Beauchamp y Childress (2012, p. 38) ya adelantan que existe la posibilidad de que un profesional de la salud que tenga una sensibilidad empática demasiado grande acabe por verse inmovilizado al sentir de manera intensa el miedo, preocupación o enojo del paciente. Es justamente por esta razón que suele tenerse por protocolo que los médicos no atiendan a sus familiares, ya que se asume que no les sería posible trabajar correctamente si están emocionalmente alterados.

Uno de los críticos de la empatía más importantes es el psicólogo cognitivo Paul Bloom (2016), que señala que este fenómeno emocional tiene un lado oscuro que hace poco deseable su incentivación como un valor central para la moralidad. Para los fines específicos de este ensayo podemos exponer su crítica a la empatía en dos puntos principales. El primero es más general y el segundo está centrado en el caso de la práctica médica.

El primer punto tiene que ver con la parcialidad inherente a la empatía. Paul Bloom (*ibíde*, pp. 31-34) explica que la empatía tiene como característica esencial el hacer que las personas se centren en ciertos focos de necesidad ajena; esto hace posible que se den cuenta de, por ejemplo, el miedo que siente un niño que

está perdido en la calle, y así acercarse para auxiliarlo. Sin embargo, Bloom destaca que estos focos de atención son estrechos en exceso. Este es el punto antes señalado por Hume (2005, p. 241): únicamente logramos empatizar con un círculo cercano, pero aquí se señala de una manera más radical.

Bloom sostiene que la empatía juega un papel importante en el hecho de que, de manera injusta, le demos mayor consideración al sufrimiento de ciertos grupos que al de otros. Encontramos muestras de ello en que suelen hacerse más célebres tragedias ocurridas en países económicamente importantes o culturalmente más cercanos al propio, que aquellas que ocurren en países lejanos, sin importar que estas últimas puedan tener una mayor cantidad de víctimas o dolor involucrado.

Bloom da un ejemplo concreto de esto tomando el caso de la matanza en una escuela primaria de Connecticut en 2012, en la que fallecieron veinte niños y seis adultos. Si bien Bloom no niega lo terrible del hecho, resalta que la cantidad de niños que murieron en tiroteos en Chicago el mismo año fue mucho mayor. A pesar de esto, la matanza de Connecticut gozó de mucha mayor atención, al punto que la ciudad recibió un exceso de donativos, que en parte provinieron de personas con mayores dificultades económicas que las víctimas del suceso. El autor señala que este es un ejemplo que muestra cómo la empatía tiende a viciar el juicio de las personas,

“
Por protocolo los médicos no atiendan a sus familiares.”

haciendo que centren su atención en un grupo específico, en lugar de en los que más necesitan ayuda.

En resumen, para Bloom la empatía tiene la característica ineludible de centrarse en puntos de enfoque muy estrechos que se definen a partir de los prejuicios y cultura de las personas, lo que convierte a la empatía en una pésima guía moral. En el ámbito médico, la empatía podría causar que los profesionales presten mayor atención y den mejor trato a los pacientes o participantes con los que sientan una mayor afinidad, lo cual resulta injusto.

La segunda crítica atañe directamente a la práctica médica. Bloom sostiene que es un error que se busque incentivar que los médicos sean empáticos. El autor considera que la empatía jugaría un papel incapacitante e incluso podría causar sufrimiento.

Bloom (2016, pp. 142-143) cita los testimonios de dos médicos: Christine Montross, una cirujana que considera que, si en la práctica buscara sentir el dolor que experimenta una madre que pierde a su hijo, se vería completamente incapacitada para darle el apoyo que necesita. Y la de un médico de emergencias que siempre ha visto su trabajo entorpecido por empatizar demasiado con sus pacientes: su punto de quiebre llegó cuando formó parte del equipo médico que atendió a las víctimas del atentado de las Torres Gemelas. El médico no podía evitar empatizar con todas las víctimas, a pesar de que eran cadáveres, lo que le impidió realizar su labor adecuadamente y resultó en una tortuosa experiencia.

Bloom hace una analogía con la psiquiatría y la psicología, en las que parte del trabajo de los profesionales es no contagiarse de los estados emocionales de los pacientes, sino mantenerse en calma para ser lo más asertivo posible. Para este autor, intentar incentivar la empatía en contextos médicos tiende a tener más

consecuencias negativas que positivas, ya que son ámbitos en los que profesionales tratan con personas alteradas emocionalmente y es un sinsentido buscar que los médicos compartan esas emociones.

¿Qué es la empatía?

Hasta ahora se ha expuesto la postura de Halpern, que argumenta en favor de que se incentive la empatía en la práctica médica, y la de Bloom, que argumenta lo contrario. Sin embargo, en realidad no es claro que estén entendiendo “empatía” de la misma manera. Este es un problema constante en la discusión académica respecto a la empatía, los autores tienden a utilizar el término de maneras diversas², lo cual dificulta tener claridad en los argumentos.

Mientras que Halpern (2001, p. 88) piensa a la empatía como un ejercicio de esforzarse para ponerse en el lugar del otro y entender su estado de manera profunda, Bloom (2016, p. 40) entiende a la empatía como el fenómeno de reflejar los sentimientos (*feelings*) del otro. La concepción de Bloom es muy similar a la de contagio emocional, el cual se da cuando un individuo se ve invadido por una emoción ajena, *e.g.* cuando el miedo de un sujeto se propaga entre las personas aledañas a él. Sin embargo, Bloom especifica que su concepción considera que es posible empatizar con otro imaginando cómo debe sentirse estar en su situación, aunque no haya un contacto directo que permita el “contagio”.

Bloom (*idem*) deja claro que no le resulta interesante discutir sobre el correcto uso del término “empatía”. Sin embargo, es importante señalar que la pregunta sobre qué es la empatía no es trivial, ni se limita a versar sobre el uso del término. Para poder desarrollar una discusión interesante es necesario utilizar una

concepción que haga justicia a la naturaleza del fenómeno y, más importante en este caso, que resulte adecuada para el ámbito de la práctica médica. Una noción como la de Bloom no hace distinciones entre casos de contagio emocional, como cuando el pánico de un pasajero se propaga en un avión, y casos de empatía en los que se logra una comprensión profunda del otro.

Una definición de empatía más robusta, y que parece hacer justicia al tipo de empatía que señala Halpern, es propuesta por Amy Coplan (2011), quien la entiende como un fenómeno complejo que puede ser conceptualizado a partir de tres elementos: paralelismo afectivo, toma de perspectiva enfocada al otro y diferenciación entre el otro y uno mismo.

El paralelismo afectivo (Coplan, 2011, pp. 6-9) tiene lugar si y sólo si los estados afectivos del agente y el otro son del mismo tipo y varían

únicamente en el nivel de intensidad. Esto se ejemplifica en el caso de Mr. Smith cuando Halpern, al imaginarse lo que se sentiría estar en la situación del paciente, sintió la vergüenza y frustración que el hombre estaba sintiendo. Esto no implicó que Halpern se viera dominada por dichas emociones al igual que el paciente, ya que la profesional las sintió únicamente en la intensidad suficiente para entenderlas.

La toma de perspectiva (*ibídem*, pp. 9-15) se define como un proceso imaginativo en el que se reconstruye la experiencia subjetiva del otro a través de simular la experiencia de estar en su situación. Cuando está enfocada al otro, implica imaginar la experiencia ajena teniendo en cuenta el tipo de persona que es el otro³. Halpern no se imaginó qué hubiera sentido ella en el caso de estar en la situación de Mr. Smith, sino lo que se sentiría ser él en esa situación.

La diferenciación yo—otro implica que el sujeto mantiene una clara conciencia de que el otro tiene sus propios pensamientos, sentimientos, deseos y características, de tal modo que hay una verdadera comprensión del otro como ser independiente. En el caso de Mr. Smith, Halpern mantuvo una distancia entre sí misma y el paciente, lo cual resulta esencial para poder brindar la atención. Si hubiera fundido su identidad con el paciente, se habría visto abrumada por la desesperación, en lugar de ser capaz de buscar una manera de ayudarlo.



Una cirujana que considera que, si en la práctica buscara sentir el dolor que experimenta una madre que pierde a su hijo, se vería completamente incapacitada para darle el apoyo que necesita.



La concepción compleja de empatía que propone Coplan se ajusta perfectamente a la propuesta de Halpern, dándole un sustento y claridad teórica. Es este tipo de concepción la que resultaría útil incentivar en los profesionales de la salud.

Una defensa de la empatía

Partiendo de la concepción de empatía de Coplan, es posible rechazar la segunda crítica de Bloom. Un médico al que se le capacite para lograr entender a sus pacientes de acuerdo con los tres elementos de la concepción compleja de empatía, no se verá dominado por las emociones del paciente. El problema con la crítica es que parte de una concepción poco elaborada de la empatía. Bloom tiene razón al señalar que es indeseable que los médicos se contagien de las emociones de sus pacientes, pero falla al suponer que, en todos los casos, un agente que empatiza siente la emoción del otro con la misma intensidad.

Se puede argumentar que lograr mantener los tres elementos de la concepción de Coplan es una tarea demasiado exigente. Pero esto es un punto a favor de que los profesionales sean capacitados para desarrollar las herramientas emocionales necesarias para lograrlo.

La crítica más general presentada por Bloom respecto a la estrechez de consideración que implica la empatía tiene un problema importante. Es falso que tener la misma consideración por todos los individuos sea moralmente deseable en todos los casos. Bernard Williams (1981) señala que una persona que tenga que recurrir a la deliberación para elegir si salvar a su esposa o a un desconocido en una situación de peligro, está llevando a cabo un paso de más. En las relaciones personales de hecho se espera que tengamos una consideración especial con nuestros seres queridos.

En el ámbito médico es deseable que exista una conexión entre el médico y el paciente; Beauchamp y Childress (2012, pp. 76-79) señalan que es un hecho que un médico adquiere responsabilidades especiales con respecto a sus pacientes, y es deseable que el paciente tenga una relación al menos de mutua confianza con su médico, opinión que es compartida por diversos médicos (Cassell, 2015; Halpern, 2001; Ofri, 2003).⁴

El ideal tradicional de la medicina que busca formar médicos completamente racionales, negando su parte emocional, no ha logrado evitar que existan los sesgos de los que Bloom acusa a la empatía. Muestra de ello es lo que relata Danielle Ofri en el primer capítulo de *What doctors feel* (2013), en el comenta que es un hecho que los médicos residentes tienen una atención significativamente mejor con personas que tienen características más cercanas a ellos mismos,



Los
profesionales
de la salud
seguirán
siendo seres
emocionales.

dando tratos menos adecuados a, por ejemplo, pacientes con condiciones estigmatizadas como las adicciones; esto independientemente de que los médicos hagan su mayor esfuerzo por ofrecer la mejor atención a todos sus pacientes.

Es deseable que los médicos den

la mejor atención posible a todos sus pacientes, pero esto no se logra a partir de intentar que permanezcan emocionalmente neutrales frente a ellos. Si un médico cuenta con las herramientas emocionales adecuadas y crea una conexión con sus pacientes, será capaz de entenderlos y, por tanto, brindar la atención médica necesaria en cada caso específico.

Indistintamente de si se incluye o no capacitación respecto a emociones en los programas de formación, los profesionales de la salud seguirán siendo seres emocionales que se enfrentan constantemente con situaciones altamente demandantes. Si a los médicos, enfermeras y laboratoristas se les dan las herramientas para poder empatizar, en un sentido complejo, con los pacientes o participantes de investigación, se les facilitará entenderlos. Incluso aquellos con características personales totalmente ajenas recibirán el tipo de atención más adecuada según su condición.

Conclusión

En este texto se brindaron respuestas a las críticas de Paul Bloom a la introducción de la



empatía en el ámbito médico. Se argumentó que, desde una definición adecuada, la empatía puede ser de gran beneficio para mejorar la comprensión y atención que tienen los profesionales de la salud con respecto a sus pacientes.

Quedan por delante una gran cantidad de problemas que requieren atención. Por ejemplo, determinar exactamente de qué manera debe formarse a los médicos para lograr el tipo de conexión empática necesaria para entender a sus pacientes, sin caer en contagio emocional.

Notas

1. Los autores no clarifican a qué se refieren con "empatía" y "simpatía", lo cual puede ser problemático, ya que dichos términos se han usado para hablar de una diversidad importante de fenómenos. Parece ser que los autores tienen en mente que la empatía implica compartir una emoción similar con el otro, mientras que la simpatía implica tener una emoción congruente con la del otro. Puesto en un ejemplo, empatizar con una víctima implica sentir su tristeza, mientras que simpatizar con ella puede expresarse en sentir enojo contra el agresor.
2. Daniel Batson (2009) distingue al menos ocho fenómenos, relacionados pero diferentes, que han sido referenciados utilizando el término "empatía".
3. Se distingue de la toma de perspectiva enfocada a sí mismo, en la que el agente se imagina a sí mismo enfrentado a la situación del otro. La distinción entre ambas tiene una base empírica, ya que la que se enfoca en el otro requiere mayor flexibilidad mental y regulación emocional, tendiendo con frecuencia efectos diferentes a la primera e implicando procesos neuronales diferentes (Ruby y Decety, 2001, 2004).
4. Las ventajas de que los médicos tengan una buena relación con sus pacientes se muestran incluso en que podría reducir la probabilidad de enfrentar una demanda por mala praxis cuando ocurren accidentes en el quirófano. (Beckman, et al., 1994)

Bibliografía

Batson, D. (2009). These Things Called Empathy: Eight Related but Distinct Phenomena.

En J. Decety, y W. Ickes (Eds.), *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 3-15). Massachusetts: MIT Press.

Beauchamp, T. y Childress, J. (2012). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.

Beckman, H. B., Markakism, K. Suchman, A. L. y Frankel, R. (1994). The Doctor-Patient Relationship and Malpractice: Lessons from Plaintiff Depositions. *Archives of Internal Medicine*, 154, 1365-1370.

Bloom, P. (2016). *Against Empathy*. New York: Harper Collins Publishers.

Cassell, E. J. (2015). *The nature of clinical medicine*. New York: Oxford University Press.

Coplan, A. (2011). Understanding Empathy: Its Features and Effects. En A. Coplan y P. Goldie *Empathy: Philosophical and Psychological Perspectives* (pp. 3-18). New York: Oxford University Press.

Halpern, J. (2001) *From detached concern to empathy*. New York: Oxford University Press.

Hume, D. (2005). *Tratado de la naturaleza humana*. Madrid: Tecnos.

Martin, G.B., y Clark, R.D. (1982). Distress crying in neonates: Species and peer specificity. *Developmental Psychology*, 18, 3-9.

Ofri, D. (2003) *What doctors fell*, USA: Beacon Press

Ruby, P. & Decety, J. (2001) 'Effect of Subjective Perspective Taking During Simulation of Action: A PET Investigation of Agency', *Nature Neuroscience*. 4. 546-50.

Ruby, P. & Decety, J. (2004) 'How Would You Feel Versus How Do You Think She Would Feel? A Neuroimaging Study of Perspective-taking with Social Emotions', *Journal of Cognitive Neuroscience*, 16, 988-99.

Williams, B. (1981). Persons, character and morality. En B. Williams. *Moral Luck* (pp.1-19). Reino Unido: Cambridge University Press.