

Transformar la faceta bioética clínica por medio del pensamiento complejo y la compasión

To transform the clinical bioethics facet through complex thinking and compassion

David Servín-Hernández* y Ana S. Servín-Jiménez

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

Resumen

A fin de transformar la faceta bioética de los profesionales de la salud, se propone un enfoque educativo innovador que integra el desarrollo del pensamiento complejo y el florecimiento de la compasión. Se presentan dos metodologías: los casos escritos y las estaciones clínicas, de las cuales se describen sus vertientes pedagógica, epistemológica y humanística. Se subraya que deben encauzar la búsqueda de las interconexiones de los elementos que subyacen en los problemas bioéticos y cultivar los valores humanos en las relaciones con pacientes y familiares. Se destaca la necesidad de crear enclaves educativos que propicien la deliberación y la reflexión, guiadas por el entrelazamiento del pensamiento complejo y la compasión; de esta manera, forjar una faceta bioética clínica más plena en el siglo XXI.

Palabras clave: Bioética clínica. Pensamiento complejo. Compasión.

Abstract

To transform the bioethical facet of health professionals, an innovative educational approach that integrates the development of complex thinking and the flourishing of compassion is proposed. Two methodologies are presented: written cases and clinical stations, whose pedagogical, epistemological, and humanistic aspects are described. It is emphasized that they should lead to the search for the interconnections of the elements underlying bioethical problems and cultivate human values in relationships with patients and family members. The need to create educational enclaves that foster deliberation and reflection guided by the intertwining of complex thinking and compassion is emphasized; thus, to forge a more complete clinical bioethical facet in the 21st century.

Keywords: Clinical bioethics. Complex thinking. Compassion.

*Correspondencia:

David Servín-Hernández

E-mail: dservin@up.edu.mx

Fecha de recepción: 09-12-2022

Fecha de aceptación: 27-03-2023

DOI: 10.24875/BUP.22000016

Disponible en internet: 08-06-2023

BIOETHICS UPdate 2023;9(1): 23-36

www.bioethicsupdate.com

2395-938X / © 2023 Centros Culturales de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La faceta bioética es esencial en la práctica clínica. Los profesionales de la salud (se incluyen las y los profesionales de la medicina, enfermería y psicología) la manifiestan cuando, al ayudar a los seres humanos que sufren de algún padecimiento, se aseguran de brindar los cuidados acordes con lo mejor que ofrece la ciencia y la tecnología, por medio de una relación dialógica y digna, teniendo en cuenta el entorno familiar y comunitario. Su importancia es mayúscula debido a que se presentan problemas clínicos bioéticos intrincados, verbigracia, el uso limitado de los tratamientos paliativos, el ensañamiento terapéutico, las órdenes de no reanimación cardiopulmonar y los contratiempos en el seno de la relación con los pacientes y con los familiares¹.

Considérese el siguiente ejemplo (resumen de un caso real, no se revelan las verdaderas identidades, se designan nombres ficticios para hacer hincapié que se habla de personas):

Cándido, de 76 años, con enfermedad de Parkinson, hipertensión arterial y depresión. Su esposa, Esperanza, de 68 años, con diabetes *mellitus* y ansiedad. María y Ana, sus hijas, residen en ciudades distantes. Él recibe una pensión jubilatoria. Cuenta con servicios médicos, aunque sin citas durante un año por la pandemia de COVID-19. Ha perdido 10 kg en cinco meses; su discapacidad motora ha sido progresiva, depende de su esposa para comer y asearse; ella con desgaste físico y emocional, por lo que las hijas deciden internar a su padre en un asilo. Él mejora en su estado general, pero un día presenta dificultad respiratoria. El médico de la estancia diagnostica una neumonía, indica ceftriaxona y 3 l/min de oxígeno, no da detalles. La enfermera cumple con las órdenes, dos horas después nota que la saturación de O₂ es del 75% e informa al médico, quien reclama lo tardío del reporte y determina la referencia a un servicio de urgencias. En el hospital de la jurisdicción no hay cama disponible. El doctor insiste en el traslado inmediato, afirma que «no seré responsable si el enfermo muere aquí», la enfermera guarda silencio, Esperanza rompe en llanto, Ana quiere llamar a un sacerdote, María dice «si nuestro papá va a morir que sea en el asilo», Cándido balbucea: «quiero regresar a mi casa a morir».

¿Existen implicaciones bioéticas en este caso? Se identifica un incidente crítico que refleja problemas de comunicación, tratamiento médico, consentimiento informado, dinámica familiar y servicios sanitarios. ¿Qué suscitó un episodio así? No lo causó un actor o una única circunstancia, surgió al confluir los roles de distintas personas y debido a las interrelaciones de ciertos factores. Es un caso intrincado que encierra elementos de tipo científico, técnico y humanístico. El hilo que los entreteje, que aquí se define como una competencia clínica que entrelaza el pensamiento complejo y la compasión. En los tiempos que corren es fundamental fusionar estas dos aptitudes a fin de conducir un modo más integral de pensar y de actuar en la práctica clínica.

¿Los profesionales de la salud están preparados para ejercer una faceta de tan alta envergadura? Se ha señalado que los egresados de las escuelas de ciencias de la salud después de aprender los principios bioéticos corren el riesgo de erosionar su sensibilidad bioética², asimismo, que encaran conflictos clínicos bioéticos superiores a sus capacidades³. ¿Es posible acortar estas brechas? Sí, por la vía de la educación, la cual debe ser continua, pues los perfiles bioéticos evolucionan. Generalmente, en la familia, en las universidades, en las relaciones sociales, se forman las bases de la faceta bioética, ahora el reto es transformarla a lo largo del ejercicio profesional.

En este artículo se propone implementar estrategias educativas que se caractericen por integrar el desarrollo del pensamiento complejo y el florecimiento de la compasión. Es una postura innovadora, pues en la educación bioética de los profesionales de la salud no se ha delineado la convergencia de ambas aptitudes. Constituye un camino hacia adelante en el reto ineludible de forjar la faceta bioética en la práctica clínica del siglo XXI.

El pensamiento complejo en la faceta bioética

¿Qué es complejo? Este concepto (*complexus*, entretejido) denota las interconexiones de los múltiples elementos que subyacen en los aconteceres de la realidad. Aseverar que hay una realidad compleja es un pleonasma, pues ya existe así, emana de la dinámica de los cruces intrincados de sus componentes. Este enfoque fomenta el denominado pensamiento complejo⁴, es decir, una aptitud epistemológica para buscar cuáles son las pautas que conectan las partes y los entornos de un fenómeno; conocer cómo se entretajan los integrantes de un todo y así comprender mejor lo que surge. Contrasta con un encuadre simple que tiende a analizar los factores específicos de un hecho sin profundizar en sus interrelaciones ni incluir el contexto, y antepone el pensamiento reduccionista que da explicación a partir de una asociación causa-efecto.

Los casos bioéticos que se presentan en la clínica son inherentemente complejos al emerger de las interacciones de las dimensiones biológica, psicológica, familiar, social y espiritual. En el caso de Cándido subyacen las dimensiones biológica (sus patologías), psicológica (la depresión), familiar (dinámica con sus hijas y su esposa), social (la manutención económica que recibe y cuáles son las condiciones de su atención médica) y espiritual (su sentido de vida). Se aprecia fácilmente la multidimensionalidad, pero es relevante acercarse a la interdimensionalidad. Hay interacciones biológicas-familiares-psicológicas: su deterioro motor empeora con las comorbilidades, se une con la disfunción neurobiológica de su depresión y desemboca en su posición de dependencia, además, la lejanía de sus hijas y el desgaste de su esposa deriva en menos cuidados; su pérdida de peso se asocia con la deficiente alimentación, con la cardiopatía y con la secuela neurológica en la deglución. También se dan interacciones individuales-sociales: su pertenencia a un estrato socioeconómico junto con las limitaciones del servicio médico resulta en su vulnerabilidad. Aun cuando destaca la neumonía, la crisis de Cándido emerge no por la suma de todos esos elementos, sino más bien por cómo están interactuando; esto último se visualiza mediante la lente de la complejidad.

¿Cuál es la importancia? Que el pensamiento complejo apuntala la faceta bioética, es decir, los profesionales de la salud estudiarán la multiinterdimensionalidad de un caso; podrán examinar cada parte, pero dominará el interés por las partes entretejidas. Su interpretación no dependerá de lo primero que vean; más bien, buscarán una comprensión integral al profundizar en las conexiones multivariadas: ¿lo que surge está determinado por un solo factor o por la convergencia de muchos? ¿qué interrelaciones ocurren entre el paciente, la familia y sus contextos?

Por consiguiente, ¿cómo transformar la faceta bioética en los profesionales de la salud? la primera respuesta que aquí se propone es anclar el pensamiento complejo en el quehacer clínico. Empero, no es un don natural y deberán generarse oportunidades para desarrollarlo por medio de la educación.

La compasión en la faceta bioética

La faceta bioética en la clínica conlleva por esencia la compasión, esto es, una respuesta humana al sufrimiento de otros, ya sea por dolor físico, aflicción psicológica o quebranto espiritual. Es parte de la identidad profesional que se distingue por el genuino afán de ayuda⁵. La compasión es un valor humano que engloba respeto, honestidad, responsabilidad, solidaridad, libertad y equidad. La honda compasión impulsa a tratar por igual a las personas, considerar sus diferentes puntos de vista, proceder con rectitud, demostrar compromiso, procurar la autonomía del paciente o evitar la discriminación.

La compasión no es igual a sentir pena, es una vivencia en la que brotan las siguientes cualidades: mi sensibilidad de percibir el sufrimiento, mi preocupación auténtica, mi motivación de querer hacer algo benéfico y un actuar en concordancia con todo ello⁶. Nótese que la empatía, la capacidad de resonar en la emoción por la que atraviesa otra persona, equivale a la primera cualidad. Pero la compasión se extiende a la preocupación por las dolencias del paciente, a la firme creencia de que hay un camino para aliviar lo que él soporta, y a las actitudes y acciones consecuentes.

Cuando una persona acude a una consulta clínica, la compasión se despierta al instante que el profesional de la salud se pregunta: ¿quién es esta mujer?, ¿quién es este hombre?, es el punto de partida para edificar un encuentro sanador. ¿Quién es Cándido? Ciertamente, es alguien que padece la enfermedad de Parkinson, con una incapacidad motora progresiva, con una infección neumónica grave, no obstante, el interés genuino empuja a averiguar acerca del enfermo. ¿Qué siente Cándido respecto a lo que le ocurre? Así se articula una historia clínica que permite conocerlo en cuerpo y mente.

La compasión se representa por una aptitud intrapersonal-interpersonal, es decir, ser consciente de lo que soy, y esto influye en la manera que me relaciono con las otras personas. Al nacer en la interioridad de uno y prolongarse hacia los otros, dicha aptitud sensibiliza para asomarse a lo que sufre el ser humano que se atiende. No solo para formular un diagnóstico o instaurar una terapéutica, sino con objeto de saber quién es el individuo, a qué tipo de familia pertenece, cuál es su lugar en la sociedad, qué contexto de servicios sanitarios lo determinan, cómo darle un trato con calidad y calidez, o bien, cuál es el significado para Cándido de morir en el asilo, el hospital o su casa. Se genera una disposición para asistirlo, pero aún más, para acompañarlo en su experiencia de padecer.

¿Cómo transformar la faceta bioética? Aquí se propone una segunda respuesta: que la compasión como valor humano florezca en los profesionales de la salud de principio a fin de sus encuentros con los pacientes. Es una aspiración educativa pendiente de concretar, pues todavía falta dilucidar cómo la aptitud intrapersonal-interpersonal se impregna en lo que entraña la práctica clínica.

¿Qué estrategias educativas implementar?

Por lo expuesto antes, se asume que la faceta bioética clínica engloba el pensamiento complejo y la compasión. Es factible que los profesionales de la salud alcancen tales aptitudes

mediante una serie de procesos de aprendizaje, ahora la pregunta es ¿cuáles son las estrategias que deben implementarse? No bastaría con la realización de cursos exclusivamente teóricos, serían más eficaces las intervenciones centradas en la cognición, por ejemplo, la discusión grupal consolida el razonamiento bioético⁷. No obstante, la educación bioética si bien implica la adecuación de principios pedagógicos, conlleva dos vertientes más, a saber: la epistemológica y la humanística. La epistemológica se reflejará en la aptitud del pensamiento complejo que aborda la multiinterdimensionalidad del problema bioético. La humanística surgirá como la aptitud intrapersonal-interpersonal que cultiva la compasión. Trabajar ambas vertientes fructificará en los perfiles bioéticos deseados. Por consiguiente, el diseño y la adopción de las metodologías educativas deberán transitar de lo pedagógico a lo epistemológico y humanístico. Esto se desglosará a continuación respecto a dos estrategias: los casos escritos y las estaciones clínicas.

Los casos bioéticos escritos

Es en los hospitales muy habitual el uso de casos escritos a fin de plantear situaciones de la práctica clínica que encierran problemas bioéticos. Se han obtenido buenos resultados en la adquisición de conocimientos y en el razonamiento^{8,9}. No obstante, se ha admitido que son necesarios mayores esfuerzos^{10,11}. ¿Por qué? La exigencia radica en qué tanto, con este método, se ha conseguido la integración del pensamiento complejo y de la compasión. A tal efecto, ¿qué posibilidad hay de dar un paso adelante? Contémlense las siguientes vertientes.

La vertiente pedagógica

La primera pauta se ubica en lo pedagógico. El problema de Cándido se convertiría en un caso escrito, se prepararía un resumen y un grupo de profesionales de la salud lo discutiría aplicando los principios bioéticos. ¿En qué razonarían? Que la mayor beneficencia se lograría con el traslado del paciente a un hospital a fin de que recibiera el tratamiento más eficaz y seguro; en términos de no maleficencia, evitar las malas prácticas clínicas; en cuanto al principio de justicia, que las deficiencias de recursos médicos en el asilo y la no disponibilidad de cama en el hospital de la jurisdicción demeritaron la atención geriátrica; en relación con la autonomía, que se omitió un consentimiento informado; por otra parte, podría alegarse si el médico y la enfermera ameritarían responsabilidades legales. Una enseñanza así toca temas importantes, pero ¿se podría aprender algo más? No puede renunciarse al uso de los casos escritos, pero sí enriquecerlos en lo epistemológico y humanístico.

La vertiente epistemológica

La segunda pauta es de índole epistemológica, pues el objetivo esencial es crear un conocimiento pertinente que se aproxime a la multiinterdimensionalidad del problema bioético. De aquí que no se plantearía un caso simple examinando por separado sus distintos aspectos, más bien se estudiaría un caso complejizado, permitiendo mirar los múltiples elementos que interaccionan.

Es importante advertir que al aproximarse a un problema como el de Cándido se pone en juego un pensamiento que abarca las interdependencias de los factores médicos, emocionales, familiares, culturales, incluso tanatológicos.

También vale revisar lo concerniente a la interdisciplina, que no se refiere a que muchos facultativos otorguen consultas desde sus áreas de especialidad, lo sustancial es el trabajo colaborativo de intercambio de conocimientos con el fin de encarar las tan diversas características biológicas, psicológicas, sociales, políticas, filosóficas, históricas y legales que lucen en todo caso bioético¹². Esta postura no es novedosa, pues la bioética es interdisciplinaria de raíz. En el caso de Cándido es crucial abocarse al interprofesionalismo: ¿cómo unificar las tareas de cuidado del médico y la enfermera con el rol de una psicóloga, con el apoyo de una trabajadora social? Se entablaría una discusión acerca de los puentes entre los diferentes ámbitos disciplinarios, se enfatizaría en la identificación de los papeles de cada uno de los profesionales de la salud y en cómo hacerlos converger.

La vertiente humanística

La tercera pauta es de índole humanística. Atañe al cómo hacer florecer la compasión. Establecer estrategias en tal sentido es más difícil. La dificultad estriba en que no basta con apuntar a los procesos de pensamiento (aptitud epistemológica), sino que hará falta inducir la subjetividad implícita en los valores humanos, pues estos no se racionalizan puramente, sino que surgen de la íntima interioridad del individuo en su entorno de relaciones con las y los otros (aptitud intrapersonal-interpersonal). En el caso, el médico, al expresar «no seré responsable si el enfermo muere aquí» obstaculizó el acercamiento compasivo hacia el paciente. Ciertamente, ningún médico asegura que sus tratamientos sean completamente exitosos, ni acepta toda clase de riesgos. No obstante, si la compasión está interiorizada, las relaciones médico-enfermera-paciente-familia pueden conducirse de una manera distinta impregnándolas de diálogo y dignidad. Por esto es primordial encauzar la vertiente humanística. Una estrategia para ello es la de fomentar un ejercicio narrativo, esto es, pedir a un grupo de profesionales que intente describir los padecimientos según el punto de vista del propio enfermo¹³. Se activaría la capacidad de traducir, interpretar y sentir lo que para Cándido significaban la enfermedad de Parkinson y la neumonía. Esta tarea facilitaría justipreciar la experiencia subjetiva y contribuiría a estrechar la distancia con el paciente al entender su condición humana. La narrativa no es una práctica regular en los hospitales, algunos opinarían que se perdería tiempo, pero si la pretensión es reivindicar una relación humana compasiva ¿por qué no movilizar los valores humanos al impulsar la creación de historias con el paciente, y al mismo tiempo, con uno mismo? No es contar anécdotas, sino percibir cómo la compasión matiza nuestro quehacer clínico.

Las estaciones clínicas cuasi reales

¿Cuál es la otra estrategia de educación bioética? La implementación de estaciones clínicas¹⁴, que consisten en escenarios tipo consultorio u hospitalización en los que se llevan a cabo encuentros entre uno o más profesionales de la salud y pacientes. Su importancia reside en crear

experiencias de desempeño clínico bioético, es decir, demostrar las habilidades diagnósticas y terapéuticas al ejercer coincidentemente los principios bioéticos. No es una consulta real, porque esta no debe utilizarse para poner a prueba las actitudes y acciones bioéticas. En su lugar, se determinan condiciones que no afecten la integridad de los pacientes. Se conoce como práctica simulada, pero no es solo imitar algo del ambiente clínico, más bien es recrear los elementos veraces de una situación bioética para inducir comportamientos auténticos, de ahí lo real; a los pacientes o a los familiares se les comunican las decisiones clínicas y bioéticas, pero no terminan ejecutándose verdaderamente en ellos, esta excepción da lugar al calificativo cuasi. Se seleccionan actores o pacientes clínicamente estables, predispuestos apropiadamente al planTEAMamiento de aspectos bioéticos y con una conducta responsable, firman un consentimiento voluntario, aprenden un guión según los detalles de un caso, y lo emplean para representar un enfermo o familiar. Los encuentros entre quien funge como paciente (con o sin familiar) y uno o más profesionales de la salud, se videografan o se observan directamente; con rúbricas validadas se registra el desempeño clínico bioético y al final se brinda una retroalimentación confidencial.

La vertiente pedagógica

La estación clínica constituye una de las metodologías de alto impacto en el aprendizaje. Es diferente de un caso escrito, pues no se discute algo que ya sucedió, sino que en tiempo presente deberán demostrarse las actitudes y la toma de decisiones de uno mismo. Se compara con la estrategia de modelo de rol, en la cual un especialista hace la demostración de una tarea según un estándar de calidad, esto ha servido para diferenciar qué perfiles son adecuados o inadecuados en la atención de los pacientes¹⁵, sin embargo se ha señalado que si bien es un método necesario, no es suficiente para preparar en el profesionalismo bioético¹⁶. En cambio, en la estación clínica se propicia una experiencia de aprendizaje netamente personal y es posible recrear diversos escenarios¹⁷. El ejemplo de Cándido es idóneo para convertirlo en un caso y evaluar la capacidad de manejar un incidente crítico, obtener un consentimiento informado, comunicar malas noticias y/o respetar la dignidad del paciente. Pero más allá del valor indudable de la perspectiva pedagógica, ¿por qué introducir esta estrategia en la transformación de la faceta bioética? Para contestar, debe darse lugar a las vertientes epistemológica y humanística.

La vertiente epistemológica

Similar al caso bioético escrito, el caso de una estación clínica debe ser complejizado a fin de inquirir en torno a su multiinterdimensionalidad. En esta última el pensamiento complejo se desarrolla en un nivel superior al exigir pericias en el cumplimiento de los principios bioéticos y en el trabajo interprofesional. Los que participan en la estación cocrean *de facto* el caso, es decir, este puede adquirir tantas direcciones como varíen las acciones de aquellos. Respecto al ejemplo de Cándido, podría evitarse el incidente crítico o complicarlo aún más. Los mismos factores biológicos, familiares y sociales, con pequeñas diferencias en las intervenciones, pueden hacer emerger situaciones bioéticas muy distintas. Tan solo completar debidamente el proceso de consentimiento informado marcaría una diferencia crucial.

El desempeño clínico bioético se autoevalúa cualitativamente: ¿encontré interdependencias de elementos y en ello basé mis decisiones?, ¿relacioné las esferas biológicas y psicológicas del enfermo?, ¿revisé el entorno familiar y social?, ¿contemplé la atención integral al trabajar con otros profesionales?

Vertiente humanística

La estación clínica cuasi real desafía las vivencias cara a cara. El escenario tiene propósitos educativos, pero durante los encuentros entre profesionales de la salud y quienes son pacientes se están conformando interacciones auténticamente humanas. El médico, la enfermera o la psicóloga, exhiben sus personalidades particulares. En consecuencia, se fomenta una experiencia individualizada que induce a la reflexión acerca de cómo manifiesto la compasión. Si el cometido es atender a alguien como Cándido, quien, dada una situación clínica, dice que quiere morir en su casa, uno se pregunta ¿cómo le respondo? En el fondo la interrogante es ¿qué hay en mí que pueda ofrecer al paciente? Esto es sustancial para el gesto compasivo. La estación clínica cuasi real se presta a la lección de darme cuenta de que mi compasión emerge a partir de lo que soy y que esto se integra con la manera en que me relaciono con el otro. Entonces, ¿es posible el florecimiento de la compasión? Sí, lo fundamental es la reeducación del corazón¹⁸, en los conceptos aquí descritos equivale a la transformación de la aptitud intrapersonal-interpersonal, en el sentido de mirarse a sí mismo para poder mirar a los otros.

Por otra parte, es notorio que esta estrategia expone a los profesionales de la salud a la vista de otros, aunque es una actividad voluntaria, las actitudes de uno se entreabren. Por eso debe ser un acto intrínsecamente ético en el que impere el respeto y una apropiada comunicación. Además, se requiere una predisposición genuina para evolucionar en mi educación bioética, pero más que someterme a un examen, es la oportunidad de autodescubrir cómo se revela la aptitud compasiva de mi faceta bioética.

Entrelazamiento pensamiento complejo-compasión

Epílogo del caso:

Cándido fue llevado a un hospital privado; dos médicos lo valoraron y hablaron con las hijas sobre el diagnóstico y el pronóstico, les explicaron qué medidas eran necesarias, y después de resolver sus dudas, obtuvieron el consentimiento informado. Se aplicó oxígeno en alto flujo, salbutamol inhalado, se aspiraron secreciones bronquiales y se administró una combinación de antibióticos; la saturación de oxígeno aumentó al 88%. A cada momento se le decía al paciente lo que se hacía con él a pesar de que no parecía poner atención; luego de seis horas se logró una estabilización clínica. Esperanza fue atendida por una psicóloga, María pidió vacaciones en su empleo para estar con su padre, Ana consiguió un préstamo económico para cubrir los gastos. La hospitalización duró cinco días. Cándido regresó a su casa y tuvo ocasión de narrar todo lo que escuchó en el asilo y en el hospital. Una semana después cayó en paro cardíaco súbito que no salvó.

Es la experiencia de Cándido al internarse en el asilo, al estar en el hospital y al volver a su casa. Surgieron en él la enfermedad y el sufrimiento. Lo primero atañe al «qué», refiriéndose a las patologías que emergieron por la interacción de diversos factores; lo segundo se asoma al «quién», aludiendo al enfermo que transita por una situación adversa. Pero no están desligados. Se contemplan indisociables cuando se ejerce una faceta bioética que entrelaza el pensamiento complejo y la compasión. En consecuencia, el desiderátum de los profesionales de la salud es transformarse en dos vertientes: saber aproximarse al «qué» en un enfoque multiinterdimensional (aptitud epistemológica), y simultáneamente, cultivar los valores humanos a fin de cuidar y acompañar al «quién» (aptitud intrapersonal-interpersonal).

Es primordial en la educación bioética cerciorarse de que tal pensamiento complejo, igual que dicha compasión, permeen en la deliberación y en la reflexión. La deliberación es un proceso para la toma de decisiones, por tanto precisa de un conocimiento sistémico e interdisciplinario, de un razonamiento crítico que se asome a las interdependencias de las dimensiones biológica, psicológica, social y cultural latentes en el problema bioético (pensamiento complejo). La reflexión es un proceso que da significado a las experiencias, por ende, requiere de darse cuenta de las actitudes y de los valores humanos (compasión) con que uno, en el afán de ayudar, construye las relaciones con los otros.

¿Qué deliberar y reflexionar acerca del caso de Cándido? Lo fundamental es aprender a entretelar las aptitudes epistemológica y humanística. Como ejemplo, partamos del principio de autonomía, en particular del consentimiento informado. Su importancia ¿estriba nada más en una normatividad o radica en ejercer una faceta bioética integradora?¹⁹. Sin duda debe contarse con un acuerdo legal de voluntades, el médico que explica un diagnóstico, señala un pronóstico y ofrece un plan terapéutico con sus beneficios y riesgos, y el paciente que decide aceptar o no. En el asilo, el diagnóstico y el tratamiento se mencionaron escuetamente; en el hospital se dieron explicaciones y se resolvieron dudas. Pero más allá de discutir el mero cumplimiento del procedimiento, es relevante darse cuenta que el pensamiento complejo y la compasión se entrelazan, al menos, en los siguientes tres momentos.

La comunicación en el consentimiento informado

Debido a la naturaleza de los padecimientos de Cándido, es perentorio construir conocimientos de índole compleja para sustentar la interpretación del fenómeno patológico que está surgiendo en su cuerpo y en su mente (diagnóstico), estimar lo que se espera a corto o largo plazo (pronóstico) e instaurar el plan de cuidados (terapéutica), aspectos que siempre atañen al paciente y a sus familiares. A menudo suponen conceptos abstractos o complicados, pero no por ello la información que se les brinde será superficial. Al momento de deliberar el caso debe enfatizarse que al ejercer el pensamiento complejo se contribuye a esclarecer lo que se tiende detrás del padecer, y que el consentimiento informado es la coyuntura para aportar de forma sencilla una explicación coherente acerca de las interacciones de los factores infecciosos, inmunológicos, psicológicos y sociales; el paciente y los familiares precisan de ese conocimiento comprensivo sobre la experiencia que está trastocando sus vidas. Además, en medio de una crisis que dispara emociones, importa que se reflexione acerca de la subjetividad de esa vivencia. La enfermedad impone incertidumbre, debido a lo cual, el lenguaje del profesional de la salud debe nutrirse de compasión para

poder entrar al mundo subjetivo del otro y percibir su sentir. Entonces el médico despliega su aptitud intrapersonal-interpersonal al cuestionarse: ¿qué me gustaría saber en el lugar de Cándido y de su familia?, atina a observar que son personas igual que él y merecen enterarse con calidez acerca de lo que les preocupa y de la esperanza que habrá con los esfuerzos terapéuticos.

A su vez un aspecto apremiante es el pronóstico, que implica una duda de fuerte impacto: ¿Cándido sobrevivirá a la neumonía? Debe captarse que la respuesta no descansa en una fría estimación estadística de los riesgos, sino en la puesta de una actitud humanística, en revisar bien la complejidad médica del caso y en la posibilidad de recuperación sin ensañamiento terapéutico. Asimismo, el hecho de que el paciente muriera posteriormente suscita las siguientes reflexiones: ¿los familiares hicieron todo lo que estuvo en sus manos? ¿les reconfortará que la muerte del padre sobrevino en su casa como él lo deseó? ¿los médicos y las enfermeras, ante estas subjetividades, deben marcar una línea de separación? ¿es una experiencia que recuerda la finitud humana que está en el devenir de todos nosotros?

La atención integral derivada del consentimiento informado

Los acuerdos terapéuticos reflejan en el lado del paciente la confianza y la responsabilidad, de parte del profesional de la salud, el compromiso de atender al enfermo en sus dimensiones física, psicológica y espiritual, considerando sus entornos familiar y social. Por consiguiente, el objetivo esencial de la obtención del consentimiento informado es ofrecer una atención integral, no solo poseer un documento de autorización firmado. Desde tal perspectiva, ¿qué se delibera y reflexiona respecto al caso? Si se procuraron los mejores cuidados y el buen trato al paciente y a la familia. Contrasta que en el asilo no fue así y en el hospital se estableció un mejor tratamiento y se entabló una comunicación más apropiada. Estas circunstancias pueden llevar a la discusión del principio de justicia, no obstante, una reflexión cardinal es si el cuidado integral del enfermo se logró cuando las competencias científico-técnicas (el suministro de oxígeno en alto flujo y la medicación) se unieron con las humanísticas (hablarle a Cándido durante las intervenciones aun sin que él respondiera).

Igualmente, tendría que debatirse si se consideró el entorno del paciente; el médico o la enfermera no podían resolver directamente los problemas de servicios sanitarios que giraban alrededor de Cándido, ni su situación socioeconómica ni su dinámica familiar, pero al asomarse con interés a las personas emanarían actitudes más afables y respetuosas. Visto así, se agrega la siguiente lección: los profesionales de la salud exhibirán, junto con sus habilidades diagnósticas y terapéuticas, un ánimo de ayuda al paciente y a la familia que facilite sobrellevar su contexto adverso.

La decisión del paciente en el consentimiento informado

Asumir que el paciente aceptará lo que terapéuticamente es mejor, es una postura que el profesional de la salud toma en forma natural, pues piensa que su rol es ayudar y que se ha preparado durante años para indicar tratamientos. Pero el consentimiento informado es la oportunidad de constatar que el enfermo estará de acuerdo, pues las intervenciones se harán en él, no en el médico, en otras palabras, es respetar al paciente que afirma: «acerca de mí, nada sin mí».

Si ya se cumple con una normatividad, si ya se efectúa un intercambio apropiado de los lenguajes médico-paciente, si ya se ofrece una atención integral ¿para qué más es el consentimiento informado? Para incluir la decisión del paciente, lo cual constituye la primera razón. Este derecho humano se defiende con una faceta bioética que entrelace el pensamiento complejo y la compasión. ¿Cómo se tomará la decisión si solo se escucha el término neumonía y no una explicación sencilla de cuáles son los factores que están influyendo en el surgimiento de la patología?, ¿cómo saber qué es lo más conveniente si el médico estudió medicina y no yo? Una de las mayores amenazas al principio de autonomía es que todo paciente adolece de una ignorancia epistemológica. El profesional de la salud contribuye a reducir esa desventaja al ofrecer al enfermo y a la familia una comprensión del panorama multiinterdimensional del padecimiento, lo cual fortalecería el poder de decisión.

También en lo humanístico cabe reflexionar: ¿a Cándido se le dio voz? La respuesta no es tan obvia, ¿estaba en condiciones para dar su autorización?, ¿el hecho de que balbuceó su deseo de morir en casa equivalía a una reacción inconsciente o mantenía su capacidad mental?, ¿quiénes eran sustitutas en el otorgamiento del consentimiento, las hijas o la esposa? Son cuestiones dirigidas a valorar la competencia de decidir del paciente en función de los contextos²⁰. Aunque, al fin y al cabo, lo prioritario era el inmediato y apropiado tratamiento en urgencias, no el elegir dónde morir.

En el caso ejemplificado anteriormente se han destacado diversos elementos en torno al consentimiento informado que ameritaron una deliberación y una reflexión guiadas tanto por el pensamiento complejo como por la compasión. Esta forma de abordaje puede amoldarse a muchos otros casos encaminados hacia la educación bioética de los profesionales de la salud.

Conclusiones

¿Qué reto es preciso acometer? Transformar la faceta bioética que los profesionales de la salud manifiestan durante la atención clínica de pacientes y familiares. ¿Qué herramientas utilizar? Las estrategias educativas que, al implementarlas, se encaucen más allá de lo pedagógico, hacia dos vertientes: la epistemológica y la humanística. ¿Cuáles son los escenarios para ello? Los enclaves educativos, es decir, espacios y tiempos dedicados a emplear casos escritos o montar estaciones clínicas que se relacionen con problemas bioéticos. No se requiere de infraestructura adicional ni de altos gastos, basta utilizar un área de consultorio, hospitalización o aula sin interferir con las labores asistenciales, y una organización aceptablemente eficiente. En algunas instituciones estos enclaves se deberán poner en marcha por primera vez, en otras ya operan en condiciones variadas.

Ya se han aplicado metodologías que fomentan la sensibilidad bioética²¹, la colaboración interprofesional²², la demostración de empatía²³, pero hasta ahora no se ha tenido en cuenta el entrelazamiento del pensamiento complejo y de la compasión. Por consiguiente, los enclaves que se introduzcan deben contemplar un eje de trabajo que unifique ambas aptitudes.

Cualesquiera que sean las estrategias educativas que se emprendan no serán simples cursos de capacitación, más bien deberán convertirse en experiencias vitales, es decir, la apreciación de la propia experiencia para generar propósitos significativos de vida²⁴. En la educación bioética esto

supone, primero, vincular los procesos de aprendizaje con la clínica, que la deliberación y reflexión de los casos no se separen de los problemas bioéticos que enfrentan los médicos, enfermeras o psicólogos; por ello se propone que a la par de la práctica clínica cotidiana se construyan los enclaves educativos, cuya operatividad dependerá de la tenacidad puesta a niveles institucionales y académicos. En segundo lugar, implica que la experiencia educativa deba apuntar a mejorar la bioética de la praxis clínica; por ello la propuesta es unificar el desarrollo del pensamiento complejo y el florecimiento de la compasión, tareas que atañen directamente a los profesionales de la salud.

Las experiencias conllevan la práctica de la atención plena. ¿En qué consiste? Es la atención consciente que se dirige intencionalmente y sin prejuicio a los propios procesos físicos, mentales y subjetivos que ocurren momento a momento en nuestro día a día²⁵. Se pone en juego al escuchar al paciente, al establecer un diagnóstico diferencial, al valorar el estado emocional, al refinar la ejecución de procedimientos, al elegir tratamientos basados en las pruebas clínicas (competencias científicas-técnicas), lo mismo al clarificar qué tipo de comunicación se está conduciendo y qué valores humanos están surgiendo en la convivencia con las y los otros (competencias humanísticas). En el caso que nos ocupa, el personal de salud del asilo, además de no ejercer cabalmente el pensamiento complejo ni la compasión, careció de una atención selectiva, constante y profunda hacia lo que acontecía. Es grave señalarlo, pero es indispensable reconocerlo, pues el error bioético es en parte error de atención, es decir, si en la práctica clínica no se discurre en la complejidad, ni se impregna de compasión, es porque en cierto momento el desempeño clínico bioético se dejó arrastrar por un estado de ser no consciente²⁶.

La atención plena descrita es la misma que se deberá ejercer a lo largo de nuestra educación bioética pues es el marco que permite concienciar la propia experiencia. Al deliberar y reflexionar sobre los casos de índole bioética es necesario que estemos presentes, es decir, enfocados: en nuestras posturas epistemológicas, ¿me aproximo al problema bioético desde un marco multiinterdimensional?; en nuestro estudio, ¿qué aprendo desde la lente del pensamiento complejo respecto a los actos diagnósticos y terapéuticos de médico y la enfermera?; en las interpretaciones que hacemos, ¿cuáles son los elementos subyacentes que explican lo sucedido?; en la manera en que participamos en una discusión, ¿las argumentaciones que otros plantean, las polarizo o busco puentes entre ellas?; en reconocer y sopesar los patrones emocionales que se disparan, ¿al conocer el caso, qué percibo acerca de mis subjetividades intrapersonales-interpersonales?, ¿qué reflexiones permean en mi persona? Es resignificar una experiencia para reeducar nuestra mente y nuestro corazón. Conlleva un ejercicio metacognitivo, pues no solo observo los puntos a deliberar o reflexionar, sino que también observo a quien está deliberando y reflexionando, es decir, a mí mismo. Estoy en consciencia cada momento, si llega una distracción que me aleja de estar absorto, me autorregulo cognitiva y emocionalmente para retomar la concentración en el caso y en lo que aprendo de él, sobre todo, en qué me cambia. También tengo la oportunidad de darme cuenta de mis patrones de comportamientos automáticos, y puedo construir a bien otras vertientes; igualmente, promueve el salto de un pensamiento reduccionista a uno complejo, de la empatía a la compasión, de saber dar asistencia al enfermo a saber brindarle cuidado y acompañamiento. El corolario de la propuesta de transformar la faceta bioética es que sin la atención plena cualquier estrategia educativa que se implemente será baladí.

Los profesionales de la salud, ¿cómo deben tomar decisiones bioéticas en su práctica clínica cotidiana? Por supuesto, con base en los principios bioéticos y en el conocimiento que ofrecen las

ciencias de la salud. En el caso se describe que finalmente el paciente se trasladó a un hospital, la decisión que claramente debía proceder, sin embargo dicho paso obedeció a las reacciones emocionales de los involucrados, no fue gracias a profesar una faceta bioética integradora. La atención plena también es esencial para dar un paso hacia adelante en la edificación de los perfiles bioéticos deseados. Después de todo, ante lo intrincado de los problemas bioéticos, la lección capital que debe aprenderse es evitar el riesgo de inercia conductual y promover un pensar y actuar con las pautas bioéticas y clínicas apropiadas, estando en una consciencia íntegra.

En resumen, se propone que con miras a la transformación de la faceta bioética de los profesionales de la salud se implementen estrategias que transiten desde lo pedagógico a lo epistemológico y a lo humanístico, que propicien una deliberación y una reflexión de casos clínicos bioéticos guiadas por el entrelazamiento del pensamiento complejo y la compasión, implicándose la atención plena; de esta manera, la experiencia educativa dejará una huella significativa en el modo bioético de vivir. Constituye un camino innovador que coadyuva a forjar una faceta bioética clínica que encare los retos del siglo XXI.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Pérez M, Palacios G. Los retos de la bioética en la práctica clínica del siglo XXI. *Rev Clin Esp.* 2021;221:406-7.
2. Hren D, Marusic M, Marusic A. Regression of moral reasoning during medical education: Combined design study to evaluate the effect of clinical study years. *PloS One.* 2011;6:e17406.

3. Murrell V. The failure of medical education to develop moral reasoning in medical students. *Int J Med Educ.* 2014;5:219-25.
4. Morin E. Introducción al pensamiento complejo. España: Gedisa; 1994.
5. Santiago M. Identidad de la medicina en el pensamiento de Pellegrino. *Cuad Bioet.* 2016;27:29-51.
6. Strauss C, Taylor B, Gu J, Kuyken W, Baer R, Jones F, et al. What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clin Psych Review.* 2016;47:15-27.
7. Smith S, Fryer-Edwards K, Diekema S, Braddock C. Finding effective strategies for teaching ethics: A comparison trial of two interventions. *Acad Med.* 2004;79:265-71.
8. Bosch J, Briceño H, Capella D, De Castro C, Farrés R, Quintanas A, et al. Teaching bioethics to students of medicine with problem-based learning. *Cuad Bioet.* 2015;26:303-9.
9. Viñas J, Carrera J, Abel F. Teaching through clinical cases: a good method to study bioethics. *Med Law.* 2000;19:441-9.
10. Sheehan S, Robbins A, Porter T, Manley J. Why does moral reasoning not improve in medical students? *Int J Med Educ.* 2015;27:101-2.
11. Campbell A, Chin J, Voo T. How can we know that ethics education produces ethical doctors? *Med Teach.* 2007;29:431-6.
12. Lamm E. Bioética, interdisciplinaridad y práctica clínica. *Rev Bioética Derecho.* 2008;14:34-8.
13. Daryazadeh S. Application of narrative in medical ethics. *J Med Ethics Hist Med.* 2019;21:1-4.
14. Calleja J, Soubllette A, Radedek P. ¿Es la simulación clínica una herramienta de aprendizaje efectiva en la enseñanza de la ética clínica? *Medwave.* 2020;24:1-6.
15. Jochemsen-van der Leeuw H, van Dijk N, van Etten-Jamaludin F, Wieringa-de Waard M. The attributes of the clinical trainer as a role model: a systematic review. *Acad Med.* 2013;88:26-34.
16. Freed C, Franks R. Medical trainees need more than simple role modeling to be prepared for professional and ethical decisions. *Acad Med.* 2013;88:1053.
17. Gligorov N, Sommer T, Ballato E, Frank L, Rhodes R. Bridging the gap between knowledge and skill: integrating standardized patients into bioethics education. *Hastings Cent Rep.* 2015;45:25-30.
18. Feldman Ch, Kuyken W. La compasión en el horizonte del sufrimiento. En: Kabat-Zinn J, Williams M, editores. *Mindfulness, su origen, significado y aplicaciones.* España: Kairós; 2011. pp. 285-309.
19. Vázquez AR, Ramírez EJ, Vázquez JA, Cota F, Gutiérrez JA. Consentimiento informado. ¿Requisito legal o ético? *Cir Gen.* 2017;39:175-82.
20. Campos RA. Los derechos del paciente crítico. En: Gómez JA, Campos RA, editores. *Bioética y medicina intensiva.* España: Aurach; 1999. pp. 31-39.
21. Kong W, Knight S. Bridging the education-action gap: a near-peer case-based undergraduate ethics teaching programme. *J Med Ethics.* 2017;43:692-696.
22. Machin LL, Proctor R. Engaging tomorrow's doctors in clinical ethics: implications for healthcare organisations. *Health Care Anal.* 2021;29:319-42.
23. Blanco M, Maderer A, Price LL, Epstein S, Summergrad P. Efficiency is not enough; you have to prove that you care: role modelling of compassionate care in an innovative resident-as-teacher initiative. *Educ Health (Abingdon).* 2013;26:60-5.
24. Viniegra L. Educación y proyecto vital en un mundo en colapso civilizatorio. *Inv Educ Med.* 2016;5:268-77.
25. Epstein R. Mindful practice. *JAMA.* 1999;282:833-9.
26. Epstein R. Estar presente: mindfulness, medicina y calidad humana. España: Kairós; 2019.