



Revista Latinoamericana de Bioética

ISSN: 1657-4702

revista.bioetica@unimilitar.edu.co

Universidad Militar Nueva Granada

Colombia

Furstenberg, Cécile

LA EMPATÍA A LA LUZ DE LA FENOMENOLOGÍA: PERSPECTIVAS EN EL
CONTEXTO DEL CUIDADO

Revista Latinoamericana de Bioética, vol. 15, núm. 2, julio-diciembre, 2015, pp. 26-41
Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127040727003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



THE EMPATHY
TO THE LIGHT OF
PHENOMENOLOGY:
PERSPECTIVES
IN THE CARE
CONTEXT

► O26
Bioética

A EMPATIA, À LUZ
DA FENOMENOLOGIA:
PERSPECTIVAS
NO CONTEXTO
DO CUIDADO

►Cécile Furstenberg**

La empatía a la luz de la fenomenología: perspectivas en el contexto del cuidado*

► Fecha de recepción: marzo 12 de 2015

► Fecha de evaluación: abril 18 de 2015

► Fecha de aceptación: mayo 18 de 2015

* Ensayo de investigación y reflexión realizado en el curso de un seminario de fenomenología con el profesor Luis Flores, segundo semestre 2014.
** Estudiante de doctorado en Filosofía, de la Universidad Pontificia Católica de Chile, Santiago de Chile. Correo electrónico: ffrein@uc.cl

▶ Cómo citar: Furstenberg, C. (2015). La empatía a la luz de la fenomenología: perspectivas en el contexto del cuidado. En: *Revista Latinoamericana de Bioética*, 2(29), 26-41.

► RESUMEN

Las relaciones intersubjetivas son complejas y les interesan a distintos campos de estudios, desde las ciencias, la filosofía, la ética, la psicología, la sociología hasta la política. La empatía es un término frecuentemente utilizado en los distintos campos, aunque su sentido y sus características tengan aceptaciones variadas. En primer lugar, se presentará el origen y la emergencia de la noción de empatía en filosofía y especialmente en fenomenología; en segundo lugar, se describirá en el campo de la salud su interés mostrando cómo se perfila, define y surge entre los concepto de *care* y de *solicitud*. Finalmente, será mostrado el aporte posible de la filosofía para enriquecer las reflexiones en contextos de cuidado a partir del relato y del análisis de una situación anterior vivida en mi práctica como enfermera.

► Palabras clave

Fenomenología, *Einfühlung*, intersubjetividad, cuidado de salud, ética.

► SUMMARY

The intersubjective relations are complex and are interested in different fields of studies from Sciences to Philosophy, Ethics, Psychology, Sociology to Politics. The empathy is a term frequently used in different fields though its sense and its characteristics have varied acceptances. In first place, it will be presented the origin and the emergency of empathy notion in philosophy and especially in phenomenology. In second place, it will be described in health's field its interest showing as it is outlined, defined and aroused between the concept of "care" and of solicitude. Finally, it will be proved the possible contribution of philosophy to enrich the reflections in contexts of care from short stories and the analysis of a previous situation lived in my practice as a nurse.

► Keywords

Phenomenology, *Einfühlung*, intersubjectivity, healthcare, ethics.

O27

► RESUMO

As relações intersubjetivas são complexas e interessam-lhes para diferentes áreas de estudo, desde as ciências, a filosofia, a ética, a psicologia, a sociologia até a política. A empatia é um termo frequentemente usado nas diferentes áreas, embora o seu significado e as suas características tenham aceitações variadas. Em primeiro lugar, apresentara-se a origem é a emergência da noção de empatia na filosofia e especialmente em fenomenologia; em segundo lugar, vai ser descrita no campo da saúde seu interesse mostrando como emerge, define e surge entre os conceitos de cuidado e de solicitude. Finalmente, será mostrada a contribuição possível da filosofia para enriquecer as reflexões em contextos de cuidados a partir do relato e da análise de uma situação anterior que experimentei em minha prática como enfermeira.

► Palavras-Chave

fenomenologia, *Einfühlung*, intersubjetividade, cuidados de saúde, ética.

INTRODUCCIÓN

En la Antigüedad Aristóteles define a los hombres como *animales políticos*. Las relaciones interhumanas constituyen la trama de su existencia y forjan la vida en sociedad. La amistad (*φιλία*) es “una virtud o algo acompañado de virtud, y además es lo más necesario en la vida” (Aristóteles, 1985, p. 323). La virtud es propia del hombre, es adquirida por hábito y se ejerce. La amistad no solo es necesaria sino también hermosa, sin ella nadie querrá vivir. Se aparenta con la benevolencia (*εύνοια*) de la cual, a su vez, se distingue. Las relaciones se hilvanan con el tiempo y sufren las vicisitudes de las pasiones humanas, de las pruebas del tiempo y contexto, localizaciones geográficas divergentes, se modulan, pero permanecen presentes en el entramado de las existencias humanas. La simpatía en su etimología griega significa *συν*: con; *πάθος*: experiencia, afición, dolencia, sufrimiento. En el siglo IV a.C., fue un término utilizado en medicina y en filosofía, y fue la afición de una cosa por otra. Se encuentra en la sección VII “de algunos efectos de la simpatía” de Los *problemas* (2004, pp. 136, 141) de Aristóteles, ejemplos como el efecto del bostezo sobre otra persona, efectos de algunos ruidos sobre los sentidos, etc. Si la autenticidad del tratado puede ser planteada, las reflexiones no dejan de ser de esta época. Junto a la simpatía se asociaba la noción de unidad cuando se refería a las relaciones entre cuerpo y alma, el impacto de una dolencia física sobre el alma, por ejemplo, o la transmisión de una enfermedad o el contagio cuando se refería a algo exterior

y su efecto en el humano. La palabra simpatía con el tiempo derivó hacia la expresión de una comunicación afectiva, un sentimiento de agrado en el compartir con otro. La compasión etimológicamente viene del latín (*com*: con y *passio*: sufrir) y no es más que la traducción de la palabra griega de simpatía. Sin embargo, el significado de compasión se ha distinguido, con el tiempo, claramente de la simpatía. La compasión es el sentimiento por el cual uno es llevado a percibir o sentir el sentimiento del otro y es movido para remediarlo. El ejemplo de Antígona en la tragedia de Sófocles relata una actitud compasiva que se traduce por la decisión de sepultura del cuerpo de su hermano Polinices contra las decisiones de Creonte. En efecto, prohibió para él un entierro digno por haber traicionado a su patria. El término de empatía por su etimología viene del griego *εν*: en y *πάθος*. Se encuentra en la antigüedad la utilización del adjetivo *έμπαθης* y en la obras de Aristóteles

y Plutarco se traduce por “ému, afecté, passionné, fortement affecté” (Magnien y Lacroix, 1969, p. 36); además, se perfila entre los términos de simpatía y compasión. Este término reaparece tardíamente con un sentido que se esculpió en el ámbito de la filosofía y de las ciencias. El término de empatía fue utilizado por Robert Vischer en 1873 en alemán *Einfühlung*, sentido desde el interior en su tesis de doctorado *Über das optische Zeitgefühl* (Vischer, 1873) para designar la empatía estética, el modo de relación de un sujeto con una obra de arte que permite acceder a su sentido. El concepto fue reutilizado por Lipps en filosofía del espíritu y desarrollado por Husserl en fenomenología como modo de expresión de las relaciones intersubjetivas. Husserl “used the term Einfühlung in a very broad way to refer not merely to emotional but all cognitive and experimental states of the other. Husserl uses the German ‘sich einfühlen’ which is a reflexive verb that literally means ‘to feel one’s way into’” (Husserl, 2012, p. 95). El psicólogo Titchener tradujo el término de *Einfühlung* por *empathy* en 1909. En las ciencias médicas, la empatía fue privilegiada en el mundo laico respecto de la compasión que tenía una connotación teológica marcada. Según Kitwood (1997, pp. 129, 130), la empatía ofrece una percepción y sensibilización de lo vivido por el otro y tiene que ser ponderada por un buen conocimiento de sí para evitar la proyección, adaptar la acción al contexto. A su vez, en el ámbito de las neurociencias, se descubrieron las neuronas espejo, que permiten una empatía de la inmediatez y explican los aprendizajes por la imitación; su asiento se encuentra en el área de Broca en el cerebro.

De esta manera, en la primera parte se presentará el concepto de empatía (*Einfühlung*), como fue presentado en filosofía y desarrollado en particular en fenomenología por Husserl. En la segunda parte, se revelará paralelamente el concepto de empatía desarrollado en las ciencias de la salud y sus matices que podrían ser los conceptos de *care*, cuidado o de la solicitud. En la tercera parte será expuesta una situación concreta vivida y se pondrá de relieve el interés de una mirada complementaria de la filosofía y de las ciencias a partir del tema de la empatía.

LA EMPATÍA Y SU ORIGEN EN LA FENOMENOLOGÍA. LA INTERSUBJETIVIDAD. EL CONCEPTO DE INFÜHLUNG

Si el término de empatía ya se introdujo en filosofía en el siglo XIX, fue Lipps (Stein, 2004, pp. 28-34) quien le dio énfasis insertando la empatía en el análisis de las

relaciones intersubjetivas. Se trata de la experiencia de la conciencia ajena. La empatía es un vivenciar propio la vivencia de otro, en la cual se integra la vivencia de recuerdo y la esperada, en un vivenciar presente. La empatía se parece al consentir; Lipps da el ejemplo de la alegría del otro aprehendida y distingue la empatía positiva cuando el vivenciar concuerda con la vivencia del otro, y la empatía negativa cuando algo impide a una concordancia entre ambas vivencias, ya que un estado de ánimo por ejemplo opuesto al suyo impide la percepción de la vivencia del otro. Esto se da de forma patológica en los niños autistas. Husserl retoma las consideraciones de Lipps, pero se distancia de él en algunos puntos, en particular por la ausencia de diferenciación nítida entre la vivencia del yo y la vivencia ajena que según este autor se vuelven una. La vivencia del otro se percibe en el vivenciar propio por proyección o analogía (teoría ya representada por J. St. Mill). Husserl se opone a este modo de ver, pues según él el vivenciar del yo es originario y la vivencia del otro no lo es.

No se puede prescindir de un buen conocimiento de la fenomenología para entender el concepto de *Einfühlung* como es presentado en este contexto. Además, la traducción misma de la palabra presenta dificultades; en efecto, se encuentra en algunos traductores resistencia ante la traducción comúnmente admitida de empatía, algunos prefieren *impatía* (Iribarne, 1988, p. 14) o *intropatía* (Flores, 1982, p. 72) o *endopatía* (Ferrater Mora, 1941). La *Einfühlung* no es la *Einsfühlung*, las distinciones son sutiles y significativas. "Scheler explains it as an act where a unity between oneself and the other is experienced [...] Einsfühlung relates to the vital sphere, whereas, sympathy, empathy, and similar acts relate to the intellectual and bodily sphere" (Bornemark, 2014, p. 263). Sus ejemplos dados de la relación madre e hijo en el embarazo y la primera infancia, o de las experiencias sexuales, pueden ser considerados desde la *Einsfühlung*, pero también desde la empatía y la fenomenología genética. Según Stein, en la empatía, contrariamente a la *Einsfühlung*, hay una diferencia corporal y de vivencias que separan claramente el uno del otro.

¿Cómo apareció la noción de intersubjetividad y de empatía en la obra de Husserl? Se pueden notar dos períodos que marcan la evolución del pensamiento de Husserl y su fenomenología. Se consideran sus primeras investigaciones como expresión de una fenomenología "estática" y se observa un periodo de transición

entre 1913-1921, o sea, entre la redacción de *Ideas I* e *Ideas II* para desembocar en la fenomenología genética. "The proper understanding of genetic phenomenology is achieved only when Husserl moves beyond the schematic approach of static phenomenology toward an approach that involves the genealogy of the pure ego as well as the genealogy of those objects of the ego's experience" (Donohoe, 2004, p. 31).

La noción de historia y de tiempo está involucrada en esta concepción de la fenomenología genética. Elegí presentar primero la aparición del concepto de empatía a través de las *Meditaciones cartesianas* que son compilaciones de las conferencias dadas en Francia en la Sorbonne entre el 23 y 25 de febrero de 1929. En efecto, Husserl abandonó la redacción de las *Ideas II* en 1928. La obra es anterior a las conferencias dadas en Francia; sin embargo, la recepción de las ideas de la fenomenología de Husserl se propagó en Francia por medio de las conferencias y la traducción hecha por Lévinas de las *Meditaciones cartesianas*. Esto tendrá una repercusión notoria en la recepción y reacción respecto de sus escritos y de su modo de percibir la relación intersubjetiva. En las *Meditaciones cartesianas* Husserl (1979) instaura las relaciones intersubjetivas en la quinta meditación después de una amplia presentación de la constitución del ego transcendental aplicando la metodología de la *époxyj* o reducción, del filósofo francés Descartes. Husserl busca el ego cogito puro para conseguir una ciencia universal del yo y para esto procede de forma análoga a Descartes; pone el mundo entre paréntesis. Lo primero que hay que analizar es cómo procede el juicio. Los actos de juicio pueden ser la intención (*Meinen*) o proceder de la evidencia (*Evidenz*). La evidencia, "en el más amplio sentido del término, es una experiencia de algo que es y que es de tal manera, o sea, justamente, un verlo en sí mismo con la mirada del espíritu" (Husserl, 1979, p. 17). Lo que es puesto por el juicio es su correlato: la cosa o "estado de cosas" (*Sachverhalt*). Husserl se propone exponer la fenomenología como ciencia: "la ciencia quiere juzgar expresamente y fijar el juicio, la verdad, a título de verdad expresada" (1979, p. 17). La naturaleza corporal y el mundo objetivo son luego un fenómeno mío, el mundo experimentado en mi vida reflexiva. Por la reducción fenomenológica-transcendental capto mi yo puro después de haber puesto entre paréntesis las vivencias de los fenómenos míos y el mundo objetivo. El yo trascendental tiene que

entenderse como “el ultimo y concreto “lugar” de todo darse, de toda mostración y legitimación” (1979, p. 37). Pero no se puede extraer el ego de su génesis e historia. “El ego se constituye para sí mismo, por así decirlo, en la unidad de una historia” (1979, p. 101). La fenomenología de Husserl, en primera instancia, tiene un aspecto estático, después su fenomenología se torna genética: el yo se encuentra en un mundo, su cultura, sus instituciones que interfieren en la constitución del yo y a su vez frente al cual se posiciona. La fenomenología genética es positiva cuando el sujeto es activo, la razón práctica, la comunicación, la acción “constituyen originariamente nuevos objetos” (1979, p. 103). La fenomenología genética es pasiva cuando la cosa está pre-dada en la intuición, y de la síntesis pasiva aparece la cosa. “Pero precisamente esa síntesis, como síntesis de esa forma, tiene su historia que se anuncia en ella misma” (1979, p. 105). Esta génesis de las apercepciones configura una habitualidad propia. Husserl empieza la quinta meditación con la posible crítica de solipsismo que se encierra en el proceso de reducción fenomenológica que desemboca en el yo puro. Esta preocupación lo consume a través de distintas obras, y trata de responder la siguiente pregunta: “¿No habrá, pues, que estigmatizar como solipsismo transcendental a una fenomenología que pretenda resolver los problemas del ser objetivo y se pretenda ya como filosofía?” (1979, p. 119).

Husserl vuelve al mundo que es en sí mismo con otros egos. Desde la base del yo transcendental:

El alter ego se anuncia y verifica: tenemos que ver cómo, en qué intencionalidades, en qué síntesis, en qué motivaciones se configura en mí el sentido alter ego y, bajo el título de una experiencia concordante del extraño, se verifica como siendo e inclusive como estando presente ahí él mismo en un modo que le es propio (1979, p. 122).

La teoría transcendental del extraño es la *Einfühlung*. El yo y sus vivencias forman una monada y cada alter ego es otra monada en un mundo objetivo. “Se constituye un ego, no como yo-mismo, sino como reflejándose en mi yo propio, en mi monada [...] es constituido como alter ego, y el ego que designa la expresión alter ego como uno de sus momentos soy yo mismo en mi propiedad” (1979, p. 127). En la autoconciencia Husserl describe una forma de percepción de sí como otro, pero se distingue de la percepción del otro como alter ego. La apercepción

del otro es primero apercepción de “su cuerpo físico en el modo de estar aquí, en cuanto experimentado por el otro en su esfera monódica” (1979, p. 155). Esto indica la intencionalidad constitutiva con la pareja noesis-noema. Pero el otro es otro mismo y transciende mi esfera de intencionalidad. No es accesible el ser del otro animado en su forma originaria, así como el ser propio. Cada monada se encuentra en relación de intersubjetividad en una única comunidad universal. En la vida concreta se enfrenta el sujeto a un contexto temporo-espacial en el cual se presentan los otros. Husserl concluye repitiendo que “sólo después vendría la fenomenología intersubjetiva fundada sobre la egología solipsista” (1979, p. 202) y termina con las palabras délficas: *γνῶθι σεαυτόν* (p. 204). Lévinas pronto tomó distancia con el modo de concebir la intersubjetividad presentado por Husserl en la quinta meditación; dio un giro determinante poniendo el otro como anterior a toda intencionalidad del yo. El otro aparece en la diacronía antes de toda síntesis del yo.

Otros escritos de Husserl sobre la empatía enriquecen estas sobrias y esquemáticas presentaciones de las meditaciones y permiten moderar las críticas prematuros. En el seminario de filosofía estudiamos la sección segunda “la constitución de la naturaleza animal” de las *Ideas II* (2005). Igualmente, la cuestión de la intersubjetividad y empatía viene desarrollada al final, pero aparece enfocada de manera distinta. En esta sección Husserl presenta al yo “puro” ya no tan etéreo, puesto que tiene “menciones permanentes como sedimentos” (2005, p. 148). En efecto, Husserl en la introducción de la segunda sección dice que la existencia objetiva del ser anímico depende “de las condiciones de posibilidad de la dación intersubjetivas” (2005, p. 130). La empatía es la mediación para la experiencia de la intersubjetividad. Pero esto necesita una primera etapa: la “intracomprensión” de lo anímico, o sea que lo anímico sea “empatizado” (2005, pp. 130, 131). La asociación de la palabra “intracomprensión” con la de empatía no es anodina y a su vez se traduce por la aprehensión de lo anímico como lo mío. Esta traducción general de la empatía corresponde a la de Wispé (1986) “L’objet de l’empathie est la compréhension. L’objet de la sympathie est le bien-être de l’autre [...] En somme, l’empathie est un mode de connaissance ; la sympathie est un mode de rencontre avec autrui” (p. 318). Las fronteras entre empatía y simpatía no son tan evidentes en la realidad. Según Stein, la simpatía es más un compartir sentimientos, emociones, *Mitfühlung*,

mientras que la empatía es una experiencia propia de lo que se expresa en otro a través de su cuerpo, estado anímico. La empatía es un modo de aprehensión comprensiva que es integrada en las vivencias propias, pero no a modo de vivencia originaria.

Husserl detenidamente describe el yo, su unidad como yo puro y yo hombre, la constitución del fenómeno por el yo y las vivencias que pertenecen al yo. Se destaca la distinción del yo corporal (*Körper*) del yo anímico (-*Leib*) o cuerpo vivido. Flores (2012, p. 96) describe "cuatro funciones o intencionalidades básicas del cuerpo vivido": 1. la función cognitiva; 2. la función deontica; 3. la función sintomática (sus estados psíquicos o su trasfondo cultural), y 4. la función estética (en el sentido de la belleza u otro criterio estético). Por el cuerpo y las sensaciones se realiza una copresentación del objeto en paralelo con la presentación de la vivencia anímica. Husserl inserta una reflexión que muestra lo visto en las *Meditaciones cartesianas*, o sea que el yo puro con su corriente de conciencia se presenta "con referencia a una conciencia intersubjetiva —a una multiplicidad abierta de yo puros— o de sus corrientes de conciencia-separados monádicamente unos de otros, que están unificados por empatía mutua en un nexo constituyente de objetividades intersubjetivas" (Husserl, 2005, p. 148). El experimento mental solipsista del yo y la comprensión de su modo de integración a la realidad llega a sus límites. Para percibir el yo hombre como cosa animada inserta en el mundo en su integridad "tenemos que salir del sujeto propio y volvernos a los animales que nos salen al encuentro en el mundo externo" (Husserl, 2005, p. 201). Se entiende por "animales" a los seres dotados de anima. Husserl declara la necesidad del otro y de los otros para posicionar al yo en el mundo en el cual está.

"La condition d'apparition d'autrui comme alter ego présuppose une modalité de transfert du sens 'moi', contemporain de la prise de conscience de mon existence, aux autres qui deviendront ainsi des moi, même si dérivés" (Courtine-Denamy, 2014, s. p.). La transferencia como condición de posibilidad de la aparición del otro muestra la diferencia entre la protopresencia y la apresencia. El otro aparece con su corporalidad en protopresencia pero con su ánima en apresencia: "Los cuerpos que se hallan frente a mí externamente los experimento, como otras cosas, en protopresencias 'Urpräsenz'; la interioridad de lo anímico, por apresencia 'Appräzens'" (Husserl, 2005, p. 205). El paso instantáneo de la

Si el término de empatía ya se introdujo en filosofía en el siglo XIX, fue Lipps quien le dio énfasis insertando la empatía en el análisis de las relaciones intersubjetivas. Se trata de la experiencia de la conciencia ajena. La empatía es un vivenciar propio la vivencia de otro, en la cual se integra la vivencia de recuerdo y la esperada, en un vivenciar presente.

percepción del cuerpo físico al cuerpo anímico se realiza por introyección. "According to Husserl, in empathy I directly apprehend a "physico-psychic complex of body and soul, an animate body that is introyected into it tan individual psychic life" (Husserl, 2012). Nunca se tendrá del otro la percepción de sus propias vivencias, sino percepciones de sus vivencias traducidas según mi interpretación, *mon ressent*". No se puede hablar de fusión de vivencias, además la corporeidad se inserta en un espacio. El otro no puede estar en el mismo espacio que yo; aun cuando por la ubiestesia se pueden sentir tocando partes del cuerpo como la mano, lo que percibo del otro es sentido desde mi cuerpo vivido, con mis sensaciones percibo franjas de la realidad del otro, su aspecto *Aspekt*. El otro se inserta en una experiencia tempo-espacial a partir de mi yo solipsista. Lo que veo u oigo localiza al otro en un campo de visión, a una cierta distancia y le puede conferir movimiento, pero sigo percibiéndolo desde mi cuerpo con sus sentidos. La vivencias se dan en el presente; sin embargo, incluyen una retención de lo recién pasado y retenido y una protensión del futuro que es anticipado. El ejemplo dado de la melodía de la música es evocativo. En efecto, al oír una melodía todavía conservo algo de la melodía recién captada y, a la vez, anticipo lo que sigue. El otro, en cuanto "cosa" "*Ding*",

o cuerpo aprendido, lo constituyo en protopresencia; un sujeto animado lo constituyo en apresencia, su subjetividad anímica interior no puede ser constituida como originaria mío, pero la puedo percibir, comprender, sentir. "Estas cosas no son puestas como meros noemata, sino como existencias relativas, y las verdades referibles a ellas tienen su verdad relativa, subjetiva" (Husserl, 2005, p. 211). El reconocimiento de la mismidad presente en el otro no se puede separar del reconocimiento concomitante de su singularidad y diferencia con mi yo propio. La intersubjetividad anímica está enraizada en la naturaleza. "El espíritu, en cuanto enlazado con su cuerpo, 'pertenece' a la naturaleza. Pero pese a esta coordinación, pese a esta sujeción, él mismo no es naturaleza" (2005, p. 331). Esta motivación empática hacia mí mismo y hacia el otro tiene alguna semejanza siendo cada uno libre e individual en sus actos de conciencia. "Así lo hago con todos los hombres que encuentro en el círculo de mi entorno: me vivo en cada uno y co-vivo su hacer y padecer y co-tengo su mundo circundante, poniéndolo en referencia al mío precisamente en la medida en que subsiste la conformidad" (2005, p. 405).

Si indagamos algo más en los trabajos de empatía de Husserl vemos que extiende las relaciones intersubjetivas en la vida de una comunidad, una cultura y una historia. Además, Husserl apela al sentido de la responsabilidad en la vida propia y para los demás en sus escritos relacionados con la ética.

De suerte que en la voluntad ética de este individuo ha de entrar también el poner cuanto esté de su parte en la empresa ética del segundo. También esto es exigencia categórica: el mejor ser y el mejor querer y obrar, posibles del otro forman parte de mi propio ser y querer obrar, y a la inversa. Desear la bondad no solo para mí, son para toda la comunidad como comunidad de hombres de bien, y tener que incorporar esta empresa al círculo de mis fines prácticos, de mi voluntad práctica: todo ello pertenece a mi vivir auténticamente humano (Husserl, 2002, p. 50).

LA EMPATÍA EN EL CUIDADO. EL CONCEPTO DE CARE, SOLICITUD

En el mundo de la salud, la relación entre el profesional de salud y el paciente es particular. No se trata de una intersubjetividad cualquiera, ya que hay una relación de cuidado que implica un proyecto de salud o de vida para el paciente. Hay una disimetría en la relación, pues por una parte está el paciente frágil, vulnerable, enfermo y por el otro el profesional de salud con su competencia y atención profesional. Si existe una tendencia moderna a optar por un modelo de relación médico paciente calcado sobre el modelo económico donde se considera más bien el paciente como un "cliente", la experiencia muestra que la objetivación del paciente no resulta muy eficiente en proyectos de salud cuando en particular se trata de pacientes con enfermedades severas, crónicas y cuyo pronóstico es sombrío. Desde la Antigüedad, la filosofía se empeña en prestar sus servicios a la medicina explorando los misterios de la vida, la muerte, la enfermedad, el sufrimiento, incluso guiándola por medio de la ética que preconiza las buenas conductas, una guía práctica para tomar decisiones ajustadas. Henderson, enfermera de profesión en Estados Unidos en el siglo XIX, prosiguió estudios de magíster y doctorado, y favoreció el movimiento de inserción de la investigación y de la filosofía en las ciencias enfermeras. A partir de un concepto de persona como ser

bio-psico-social, presentó un concepto de cuidado que involucra la atención a las 14 necesidades básicas del hombre que comprenden las necesidades biológicas, psicológicas y sociales fundamentales.

Las multiplicidades de estudios e investigaciones relativas a las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes se incrementaron paradójicamente con una tecnologización paralela de la medicina y las problemáticas que esto conlleva. Los cuidados paliativos y los trabajos pioneros de Cicely Saunders en St. Christopher's hospice en el siglo XX fomentaron los aportes de la filosofía en el campo de la salud y en especial para el cuidado de los pacientes en fase terminal. Hay también un fuerte movimiento en Estados Unidos conocido como *Ethics of care*, cuya promotora fue Gilligan con connotación feminista, que fue traspasado en el ámbito de la salud:

As an ethic grounded in voice and relationships, in the importance of everyone having a voice, being listened to carefully (in their own right and on their own terms) and heard with respect. An ethics of care directs our attention to the need for responsiveness in relationships (paying attention, listening, responding) and to the costs of losing connection with oneself or with others. Its logic is inductive, contextual, psychological, rather than deductive or mathematical. (Gilligan, 2011, s. p.).

La mayor presencia de mujeres como enfermeras permitió una fácil adaptación del concepto de *care* y dotó al cuidado de una tonalidad "maternal".

El concepto de *to take care* valorado por Hesbeen se desmarcó frente al *to cure*. Esto implica una consideración de la persona como sujeto en el cuidado y no objeto de cuidado. Las actitudes profesionales o disposiciones requeridas son la calidez, la escucha, la disponibilidad, la simplicidad, la humildad, el humor y la compasión. Se observa que la compasión es valorada, a pesar de que la tendencia actual en el mundo europeo laico es la de reemplazarlo por la empatía que tiene una connotación racional más fuerte.

Se nota también un interés por el concepto de *solicitud* descrito por Ricoeur (1990): "spontanéité bienveillante, soucieuse de l'altérité des personnes, intimement liée à l'estime de soi au sein de la visée de la vie bonne" (p. 222). La solicitud no comprende tanto la ayuda práctica como el concepto de *to take care*, que incluye todas estas actitudes de cuidados del cuerpo, de bienestar. La

solicitud tiende a ello, pero es más referida a la disposición, una atención. La solicitud es también fácilmente adaptable a la relación médico-paciente y da la ventaja de recordar la importancia de la reciprocidad en la relación; hecho que permite considerar al paciente en el mismo plano y no subrayar tanto la asimetría inducida por la fragilidad. La solicitud es una actitud de benevolencia hacia el otro, cuyo secreto son los tres elementos que la caracterizan: *réversibilité, insubstituabilité, similitude* (Ricoeur, 1990, p. 225).

Ce lien n'altère en rien l'espace vital de chaque personne, au contraire il le restaure et le soutient. C'est là que la proximité et la distance paradoxalement peuvent se rejoindre. La sollicitude invite à la proximité. La présence est aidante, lorsqu'elle soutient tout en n'accaparant pas l'espace déci-sionnel de l'autre, lorsqu'elle conserve cette dis-tance relationnelle qui est le reflet du respect de l'altérité (Furstenberg, 2011, p. 90).

La empatía se ha vulgarizado en el mundo de la salud; se recurre frecuentemente a ella para calificar las relaciones con los pacientes, los próximos, pareciera incluso tener alguna receta mágica. El concepto de empatía se difunde fácilmente. El término es fácilmente adoptado por todo tipo de profesionales de salud sin connotación específica femenina o masculina. Pero la palabra es entendida de forma muy distinta, parece que no se puede discernir con claridad. Se distingue la empatía de receptividad, de la comprensión, de la interpretación, del lenguaje.

L'empathie est la capacité d'une personne à se mettre à la place d'une autre afin de mieux la cerner. Souvent considérée comme une qualité, l'empathie est indispensable dans le milieu médical. En effet, les profes-sionnels de la santé doivent faire preuve d'empathie pour comprendre un patient et surtout lui expliquer avec les mots justes sa maladie, le déroulement des examens ou d'un traitement. Faire preuve d'empathie est notamment indispensable quand les profes-sionnels travaillent auprès des enfants, des personnes âgées ou des personnes handicapées¹.



Si se encuentra una tendencia a evitar el término de compasión por su connotación teológica y a optar por la empatía que conserva más distancia entre el yo y el

otro, vale la pena relevar un texto maravilloso “la parábola del buen samaritano” (Luc 10, 29-37)². Hay dos términos traducidos como compasión y misericordia que son interesantes en su etimología griega. Al contrario del sacerdote y del levita que vieron a un hombre medio muerto en el camino y pasaron de largo, el samaritano lo vio y ἔσπλαγχνισθη; se encuentra en el diccionario (Magnein y Lacroix, 1969) σπλαγχνίζω: être touché dans ses entrailles, être ému de pitié. Además, se puede observar que el nombre de la misma raíz σπλάγχνον significa: “1-viscères, organes internes, 2-entraillles, sein de la mère, 3-âme, ou partie de l’âme siégeant dans les organes le cœur et le foie” (Magnein y Lacroix, 1969). Luego lo cuidó, lo curó y le buscó alojamiento. A la pregunta de Jesús sobre quién de estos tres fue prójimo, πλησίον, del que cayó al borde del camino, Jesús contestó: “el que practicó la misericordia con él”

“Ο πουήσας τὸ ἔλεος μετ’ αὐτοῦ”. “ἔλεος”: “pitié, compassion” (Magnein y Lacroix, 1969) está acoplado con el verbo hacer. La empatía puede ser en ciertos casos parecida a la compasión, pero “por mucho que en la empatía yo tenga un mundo común con el otro, yo tengo mis fines y el otro los suyos; comprendo al otro, pero no lo asumo [...] En el compadecer simpático se trata de un padecer con el otro, de un sumergirse en el otro de forma tal que se pueda hablar de un padecer en común” (Crespo, 2012, p. 27). La empatía luego parece ser un modo de relación que no involucra a la modificación de la vivencia del otro sujeto por el yo. Podría ser que en ciertos casos su modo de acción no sea tan efectivo como el de la compasión.

La búsqueda de la apropiación de la empatía considerada desde la fenomenología se abre camino en el contexto moderno de la salud; se observa un interés de investigación al respecto. La empatía aporta una consideración del otro que no puede ser separada de un buen conocimiento de sí y que empieza por ahí. “Allende una fenomenología, en el sujeto, se abre el horizonte de una fenomenología del cuerpo vivido en intersubjetividad (Intersubjektivität), cuya clave es la empatía (Einfühlung)” (Flores, 2012, p. 103). A su vez, necesita un conocimiento y una experiencia en fenomenología.

Stein, alumna de Husserl, escribió su tesis “sobre el problema de la empatía” (2004). Ella misma trabajó de voluntaria seis meses en la Cruz Roja en un proyecto humanitario en un hospital en República Checa que le impactó mucho. Presentó su tesis justo después de trabajar allí; luego la repasó durante su voluntariado. Sus experiencias “dejaban en ella una huella que tenía que quedar forzosamente marcada en el escrito filosófico de la empatía [...] No hay por tanto una desconexión entre empatía analizada filosóficamente y empatía como posibilidad de relación paciente-enfermera” (Nogales Espert, 2008, p. 124). En su tesis Stein recurrió frecuentemente, al igual que su maestro, a ejemplos concretos para aclarar sencillamente sus propósitos. Presentó la empatía también como la comprensión del fenómeno de la vida y del continuum de vida. Aplicada a las ciencias médicas, Stein dijo que la empatía del médico tiene la ventaja de la “mirada entrenada”, del conocimiento que le permite no quedarse como muchos en el primer grado de empatía y “progresar hacia la transferencia de la empatía dentro del estado patológico”

En el mundo de la salud, la relación entre el profesional de salud y el paciente es particular.
No se trata de una intersubjetividad cualquiera, ya que hay una relación de cuidado que implica un proyecto de salud o de vida para el paciente.

(2004, p. 89). Se apoyó mayormente en las *Ideas II* de Husserl, y aportó su análisis personal afinando algunos puntos: las relaciones entre empatía y psicología con las teorías de imitación (*nachahmungstheorie*), asociación (*assoziationstheorie*) e inferencia por analogía (*analogieschlußtheorie*), la empatía como condición de constitución del individuo propio y el mundo, las fragilidades de la empatía, engaños y correcciones, la empatía como medio de percepción de la vida espiritual de las personas.

Spiritual empathy, in contrast with sensual empathy, is what enables me to identify and understand spiritual persons, i.e. I's who consciously perform one mental act because of another. It involves understanding the other's motivations (why he thinks he does what he does as distinct from why he does it – I can also know the latter of animals and plants), and these motivations can be followed in so far as what is felt gets expressed in a glance, an attitude, in language or in art (Lebech, 2009, p. 20).

Se encuentra una propensión actual a valorar el enfoque fenomenológico de la empatía en medicina. Svenaeus (2014a) explica: "Empathy in medicine is an emotional account of the patient that makes it possible to see how and why he is suffering and thereby making way for the ethical decisions and actions being formed and taken by the doctor or other health-care professionals" [...]. Empathy is about seeing, understanding and caring for the other person, but it is also about the feeling of the being seen" (pp. 247-248).

"Con la apercepción hombre que se da del otro en la empatía está también dada *eo ipso* la posibilidad de las relaciones mutuas, de la comunicación entre hombres" (Husserl, 2005, p. 203). La empatía es la palanca que favorece la comunicación verbal o no verbal, ya que suscita una disposición de atención al otro que le da la posibilidad de salir de un encierro provocado por la pérdida de estima de sí a causa de la enfermedad del abandono de los próximos o de una pérdida de comunicación verbal. El lenguaje verbal no es necesario para que haya posibilidad de empatía que sí necesita la existencia de la vida anímica consciente. La enfermedad efectivamente puede dificultar la comunicación y las relaciones sociales. La empatía reinserta al hombre enfermo con discapacidades físicas o mentales en una familia, una comunidad e incide en la ética.

RELATO DE UNA SITUACIÓN CONCRETA A LA LUZ DE LA EMPATÍA. PERSPECTIVAS

Mientras desarrollaba mi ensayo, me acordaba de una situación vivida en Guyana francesa el año pasado. Trataba de ver una aplicación concretos en el campo de la salud y valorar los aportes posibles de la fenomenología.

El contexto

Trabajaba en Guyana como enfermera y cuidaba a niños en cuidados paliativos a domicilio o niños con enfermedad crónica severa en fase avanzada. La historia ocurre en Saint Laurent du Maroni, departamento francés situado en América Latina. La población de la Guyana es una composición de culturas locales diversas, fruto de la mezcla de las personas nativas con personas emigradas de distintos horizontes y refugiados. Llegué a Guyana en octubre de 2012 y cuidé a Pascal durante más de un año, junto con otros niños, durante las jornadas de trabajos a domicilio diurnas con guardias nocturnas en caso de necesidad o urgencias. El organismo francés con profesionales metropolitanos constaba con médicos, enfermeros, auxiliares, puericultores, psicóloga, kinesiterapeuta y dietista. Cada jornada se organizaba en función de las necesidades médicas de cuidados y de la localización. Los desplazamientos se realizaban en vehículos. Según las temporadas y dificultades de cuidado tenía que visitar desde 5 hasta máximo 13 niños dentro de los cuales algunos necesitaban de 2 a 3 pasajes al día. Los niños eran mayormente bushinengués o amerindios de etnias muy distintas y pocos recursos. En varios domicilios no había agua corriente, la gente se proveía con agua de lluvia; tampoco había electricidad. Teníamos que adaptar los cuidados a las condiciones y posibilidades locales. Aprendimos el "taqui-taqui" o nengüetongo, lenguaje usual dominante de los africanos locales y conocido por los amerindios. El cuidado que voy a relatar concierne a un niño bushinengué de 12 años, Pascal, de la comunidad Samaraca, una etnia de los antiguos esclavos originarios del centro de África y refugiados de Surinam. Pascal sufría de insuficiencia motriz cerebral crónica severa y minusvalismo; también presentaba múltiples discapacidades como afasia completa, incapacidad de efectuar movimientos voluntarios coordinados de los miembros, una flaqueza impactante, pesaba 10 kg por 1 m10 cts y la columna estaba deformada por una

importante cifosis, además de diversos problemas neurológicos. Verlo estremece. Su cuerpo lo tiene tan solo con un pañal, ya que el calor impregna todo el ambiente y los problemas neurológicos de Pascal provocan muchos sudores. Sus miembros son rígidos con temblores espásticos por momentos, o estiramientos de un miembro. En este cuadro patético lo que conmociona es su cara de ángel, suave con una mirada clara y perspicaz en su momento, atenta y vaga a la vez, perturbada por un nistagmo, solo le quedan vestigios de las capacidades visuales. Está rodeado de hermanos y hermanas. Su padre falleció, su madre abandonó a los niños y quien los cuida es la abuela, que ni siquiera tiene la nacionalidad francesa. El tío que cobra el seguro de Pascal es bandido y no da señales de vida, se guarda el dinero; se sabe que estuvo ya en la cárcel, pero salió y ahora el proceso por juicio de tutela se prolonga.

El cuidado a domicilio de Pascal

Mientras tanto Pascal tiene derecho al cariño, pero solo se le dan los restos de comida. Se respeta a los endebles, pero se privilegia en estos contextos culturales a los niños vigorosos. Pascal, con 12 años, vivió a la sombra con una alimentación de sostén mínima a un ritmo de 3 o 4 biberones al día, avena con agua y, si más se puede, leche. Fue devuelto a su madre después del nacimiento con su minusvalidez profunda. Algunas crisis convulsivas necesitaron hospitalizaciones breves para empezar un tratamiento adaptado bajo control. La abuela después se encargó de él y rechazó toda medicalización técnica, así como la proposición de una operación para gastrostomía.

El hospital confió —por la precariedad del estado de salud y el riesgo de abandono o falta de cuidado apropiado en tal contexto social— el cuidado de Pascal a los profesionales de cuidado a domicilio. La abuela ganaba dinero ejerciendo la medicina tradicional allí mismo con grupos de mujeres embarazadas o más frecuentemente cruzando la frontera —el río Maroni— para ejercer en Surinam. Cuando se iba no sabía bien cuándo volvía, dependía de cómo se les presentaran las ocasiones allá mismo, y el celular no tenía cobertura allá. Luego dejaba a la hermana mayor de 14 años el cuidado de Pascal; para esto, ella faltaba a clase, y una tía vecina también estaba atenta y referente en tal caso. Cada vez que la abuela se ausentaba Pascal se debilitaba y se ponía muy tieso. El equipo de salud vivía difícilmente la

situación ya que por una parte el hospital había aceptado el rechazo de la abuela de la gastrostomía, y por otra parte se sabía que se le podría ofrecer mejores condiciones de vida, pero las condiciones de vida limitadas no lo permitían. Las circunstancias frente al estado de salud crítico de Pascal condujeron a dejarlo en cuidados paliativos. El párvulo se encariñó con Pascal porque la situación vivida le impactó mucho. Los médicos hacían un retrato muy negativo de las capacidades cognitivas de Pascal, y optaban por una descripción clínica límite similar a los llamados “vegetativos crónicos”.

El párvulo, Pascal X (también llamado Pascal) empezó a observarle más y un día se quedó “scotché” (expresión típica francesa para notar un asombro mayor, insospechado): estaba cuidando a Pascal, entregándole remedios, cuando llegó la abuela, vestida de negro, con una cara sombría. La abuela vio al párvulo Pascal X, le tenía cariño ya que aseguraba los cuidados de Pascal desde hacía un año, y rompió a llorar. Pascal yacía, como de costumbre, acostado o sentado en una silla ergonómica adaptada a su cuerpo. Pascal X, como era sensible y racional a la vez, no sabía muy bien cómo reaccionar delante de esta profusión de emoción femenina y se quedó molesto. Pascal, el niño minusválido, tuvo una pseudoconvulsión, con temblores y contracciones como solía ocurrirle cuando se ponía más tenso, y repentinamente se echó a llorar sin moderación. La abuela se sintió tan conmovida que se apaciguó y le dio cariño. Explicó a Pascal X que falleció un pariente cercano y volvía del entierro. Pascal X al contarme su experiencia todavía se emocionaba y desde ese momento sintió ganas de tomar la defensa de Pascal en el sentido de no optar por un “dejar venir la muerte” y “baisser les bras” sin más. Por lo que me concierne, me encariñé también rápidamente con Pascal; su rostro angelical y su sonrisa repentina me hacían pensar. No toleraba ver que pasará hambre. Se le veían sobresalir todas las cosquillas. No podía comer nada sólido por los problemas de deglución y masticación dados los daños neurológicos, además se demoraba horas en tragar muy poco. Tenía reflejos de succión y deglución cuando estaba bien despierto y animado, pero el biberón solo contenía avena y agua la mayor parte del tiempo. La dietista ya había dejado de repetir a los familiares que tenían que enriquecer los biberones, sabiendo que la gastrostomía podría ser una posibilidad más conveniente según ella. Ya no veía el motivo de luchar más, pues a su parecer la familia no se empeñaba. La ergoterapeuta tenía una

reacción algo similar ya que se motivó para ver cómo mejorar la movilización; una retracción mayor de una mano la mantenía en una posición viciosa que se fijaba más y más. Pero dadas las condiciones actuales la operación igual fue rechazada. Ambas distanciaron sus visitas. Como enfermera me tocaba el contacto diario y a veces dos o tres veces al día. Varias infecciones pulmonares provocadas por inhalaciones durante las comidas necesitaban cuidados especiales. Me decidí por encargarme de mejorar los biberones, complementándolos con alimentos líquidos enriquecidos con vitaminas para niños, ya lo veía en la tumba por quedarle puros huesos. Me estremecía la situación, pero esta dio un giro importante.

Entre la vida y la muerte, la reanimación

Un día llego al domicilio de Pascal, es de medio día. La abuela no está, supuestamente se fue a trabajar en Surinam. La hermana mayor lo lleva en brazos y tiene un biberón en la mano para darle. Él yace como dormido, la boca la tiene abierta. Lo miro más detenidamente, me llama la atención el hecho de que tiene pocas reacciones. Me fijo en el abdomen visible de Pascal: nada, no respira. Siento mi cuerpo como paralizarse como si el tiempo se parase, pero rápidamente reacciono porque la hermana se dispone a darle el biberón (el chupador está algo cortado para que pueda pasar la avena cocida algo espesa). Siento mi corazón dar un vuelco, la detengo en su gesto y le digo que no puede seguir o de lo contrario se va a ir el alimento por la tubería equivocada ya que no reacciona, no respira. En poco tiempo se me vienen múltiples ideas y dudas a la cabeza. Está en cuidados paliativos. ¿Habrá que dejarlo irse o ya está al otro lado? No respira; entonces mi reacción por supuesto es tomarle el pulso, tengo el estetoscopio, así que puedo tomarle el pulso con más seguridad ya que por las retracciones de las manos no se puede percibir bien manualmente. El pulso está a 28/min, fatal para su edad. Su pulso habitual es aproximadamente a 90-100/min. Además sufre de problemas cardíacos. Le digo a la hermana que se está yendo. Contacto al médico con una llamada a celular pero no contesta, está ocupado. ¿Es urgencia o no lo es? ¿Si Pascal está en cuidado paliativo con pronóstico entablado para qué moverse o se trata más bien de acompañar? Son buenas preguntas que no consigo contestar con claridad. A su vez la mayor referente, la abuela, está ausente. La hermana le cuenta a otro hermano que corre afuera. En apenas

dos minutos acuden todos los vecinos africanos de la misma comunidad y se amontonan en esta habitación exigua. Todos empiezan a entablar unos quebrantos de lágrimas culturales, que remueven las entrañas. La tía me dice que hay que llamar el SAMU. Le digo que se calme, hago lo necesario. Trato de llamar nuevamente al médico de la organización, sigue ocupado. Me digo que no sirve de nada llamar al SAMU si no hago las maniobras cardiorrespiratorias mientras tanto, ya que se demoraran aproximadamente una hora en llegar.

Me decido a cambiar a Pascal de pieza para no agobiarme con este revoltijo de lamentos, lo acuesto en una cama y pido a la hermana mayor y a la tía que calmen a la gente. El pulso va desapareciendo. Empiezo los socorros de urgencia, las maniobras cardiorrespiratorias, pero con tranquilidad dada a su fragilidad: no le quiero romper las costillas ni tampoco forzar, ya está en un estado límite. No estoy convencida de que lo vaya a resucitar ya que tengo la impresión de intentar de reanimar un cadáver. Pero pienso en que por lo menos vean que intento algo y se calmen un poco. Estoy como algo ausente al entorno, solo mirando el abdomen. Después de unos minutos, tan largos y densos, veo que Pascal vuelve a respirar, pero de forma muy endebil. Me emociono, veo que hay algo de reflejo, no está todavía con una respiración autónoma marcada. Sigo unos minutos entreviendo una posibilidad de recuperación. Siento que el cuerpo se anima un poco, algo de vida recobra. El pulso sube: ¡salvado! Tranquilizo a los vecinos que ya han dejado de estremecerse. Llamo al médico, que por fin está disponible, y le cuento que dado la ausencia de la abuela y el susto de la hermana mayor, iba a llamar el SAMU para hospitalizarlo. El doctor me confirma la decisión y se encarga de avisar el servicio de urgencia y la unidad de pediatría del hospital para pedir una hospitalización directa. Llegan para el transborde y pido a la hermana mayor que lo陪伴e.

La historia y la vida de Pascal siguen

Pascal quedó una semana hospitalizado; esperábamos a la abuela. Mientras tanto lo alimentaron por sonda nasogástrica, lo que le hizo ganar peso, pero lo dejaban unido a una máquina. Los comentarios en la organización eran variados, Pascal X, el párvido, admiró mi valentía, no sabía lo que él mismo hubiera hecho en tal caso. La dietista y la ergoterapeuta no entendieron,

ya que según ellas estaba claro que ya no se debía hacer nada más que dejarlo morir. Otros vacilaban en sus opiniones. La abuela volvió y se estremeció. La llevé al hospital y cuando vio a Pascal se le veía una gran emoción, lo abrazó y le dijo que lo quería. Pascal abría mucho sus ojos, parecía sensible pero algo ausente. Siguiendo los deseos de la abuela, transfirieron a Pascal a su domicilio sin sonda nasogástrica, pero con alimentación líquida enriquecida, vitamínica. Querían ahora sostener el estado general y protegerlo de un descuido prematuro. Pascal se fortaleció. Instalaron la electricidad en la casa, luego se compraron una televisión barata y constataron que Pascal era atraído por la movilidad de las imágenes y giraba la cabeza hacia la tele frecuentemente, y a veces reaccionaba con risas al mismo tiempo. No supimos si la luz de la televisión o el movimiento de las imágenes producían esta atracción. Pascal tuvo otra infección pulmonar y gracias a la electricidad pudimos alimentarlo por sonda. La abuela ya no se oponía, lo encontraba mejor así corporalmente, aunque ahora le costaba tomarlo en brazos y bañarlo, ya que había aumentado de peso.

Lo bañaba en un cuenco con agua tibia donde habían previamente hervido hierbas naturales medicinales. La dietista y la ergoterapeuta volvieron a asegurar un sostén profesional en este contexto de mejoría, quedaron bastante impresionadas: "guitita llena, corazón contento". Pusimos en contacto a la abuela con una madre que vivía a unos minutos y que tenía un niño con síntomas parecidos, aunque era más joven. El niño ya tenía una gastrostomía bien tolerada. La abuela se quedó más tranquila y cambió de idea en cuanto a la operación. Los médicos querían, sin embargo, ver una estabilización de estado de salud para poder confirmar la intervención quirúrgica; estimaban una espera de medio año conveniente.

El relato termina acá, ya que después me fui de Guyana. La despedida de la familia fue emocionante, ya me sentía algo integrada en la historia de la vida de la familia. La vida e historia de Pascal siguen.

Las reflexiones aplicadas a la situación vivida

La situación vivida puede enriquecer la presentación teórica de la empatía y permite ver el arraigo de los aportes filosóficos en el mundo de la salud. Sería largo recalcar todos los puntos interesantes relacionados con el tema escogido. Relevaré entonces las dos situaciones contundentes: el momento de cuidado de Pascal por

Pascal X, el párvido, con la abuela de duelo y el momento de reanimación. La experiencia de relatar la situación vivida es interesante. Me di cuenta de que espontáneamente pasé al presente cuando llegué al momento de reanimación y luego volví al pasado cuando relaté la hospitalización y el final de la historia. En el momento más crucial vivido escribí espontáneamente en presente. No creo que sea fortuito, el presente parece expresar mejor este momento en el que cada instante es cuestión de vida o de muerte para Pascal.

El momento cuando Pascal se pone a llorar espontáneamente en presencia de la abuela en duelo llorando de pena hace pensar: la relación de fusión entre ambos parecía evidente. ¿Pero qué percibía Pascal de su abuela? Poco veía. Percibía su tono de voz, el calor de su cuerpo, su manera de tomarlo en brazos. Cuando la abuela se ausentaba, lo pasábamos con muchos sustos, ya que en estas ocasiones presentaba complicaciones notorias de los síntomas. Pascal era como prisionero en su cuerpo rígido, al cual no lograba dar movimiento coordinados voluntarios; los movimientos mayormente era expresiones de perturbaciones del sistema nervioso o reflejos. Sin embargo, tenía mímicas del rostro que parecían personales y se podían percibir, así como manifestaciones generales de bienestar o molestias. Dado el avance de la enfermedad no se sabe muy bien si Pascal reaccionó por contagio emocional o si se podría interpretar según la teoría de las neuronas espejos.

El sistema de neuronas espejo constituye un mecanismo fisiológico de resonancia motora y puede participar en la imitación y quizás en el contagio de las emociones. Los datos neurofisiológicos y neuropsicológicos actuales no respaldan la idea de que este mecanismo sea responsable de la comprensión de las emociones y de la empatía. Esto es especialmente cierto si se considera que la empatía pertenece a las emociones sobre uno mismo de la propia conciencia, que se basan sobre complicadas redes nerviosas distribuidas en el cerebro, incluidas la corteza prefrontal medial y ventral (Pereira, 2010, s. p.).

Dada la ausencia de imagen cerebral de Pascal, solo se pueden hacer suposiciones. Lo que llamó la atención del parvulario es ver que esta relación emocional de Pascal fue un alivio para la abuela mientras que él se sintió muy impotente y molesto para reconfortarla. Es

La empatía se expresa de forma muy distinta por y para cada uno, y varía según la situación de vida, el estado: profesional de salud, familiar cercano, vecino, enfermo; las experiencias personales y pertenencias culturales.

conocido que en las primeras etapas de duelo la actitud de ayuda no tiene que focalizarse tanto en la verbalización, sino más bien en una presencia. No hay mayor angustia que la de tener la impresión de estar encerrado en el mundo traumático desconocido del duelo si no se tiene a alguien que empaticé al lado.

Ya había reanimado a una persona mayor, en una oportunidad previa, con maniobras cardiorespiratorias, y se recuperó. Encontré esta experiencia muy impactante. Pascal era un niño minusválido con pronóstico sombrío. Solo se atinaba ya en sostener un confort de vida mínimo con control de síntomas, dejando que la vida se apagara, por agotamiento. No podía aceptar que muriera de hambre, pero tampoco veía perspectivas muy alentadoras en este cuadro. La reacción cultural comunitaria de los vecinos apoyó mi decisión por la reanimación cardiorespiratoria. La ausencia de la abuela también influyó, pues no podía asegurar que en este contexto crucial ella confirmaría el deseo de dejar que la vida decidiera naturalmente su momento de muerte.

Allí entran en consideración modos divergentes de percibir la vida, la enfermedad y la muerte, en contextos personales y culturales distintos. Es preciso relevar la relación cercana entre empatía y toma de decisión. La manera de comprender al otro y su situación induce una forma de reacción y acción que no se realiza solo sino en interacción con las propias empatías de los demás respecto al enfermo. La relación entre empatía y la prudencia o *phronesis* aristotélica propuesta en el artículo de Svenaeus puede abrir perspectivas interesantes:

"I will argue that empathy is a basic condition and source of moral knowledge by being the feeling component of *phronesis*, and by the same power, it is also a motivation for acting in a good way" (2014b, p. 293). La experiencia personal de maniobra cardiorrespiratoria fue para mí emocionante ya que el cuerpo de Pascal se demoró en recuperar una respiración autónoma. Estos momentos cuando uno trata de insuflar vida en el *corps-machine* según la expresión de Julien Offray de La Mettrie son conmovedores. Veía el abdomen moverse, pero llevó un tiempo recuperar una función autónoma. Cuando Pascal volvió a respirar solo fue un momento casi mágico: se pasa de "*la machine*" al cuerpo-animado. Se percibe lo que es la introyección en su realidad misma. Pascal después recuperó reacciones faciales, expresiones de la ipseidad propios, su típica sonrisa, etc. Permanecía esta parte de misterio: ¿qué siente él de su vida, de su cuerpo, de los demás?

La empatía se expresa de forma muy distinta por y para cada uno, y varía según la situación de vida, el estado: profesional de salud, familiar cercano, vecino, enfermo; las experiencias personales y pertenencias culturales.

La empatía como copresencia (*Kompräsentation*) se desenvuelve en el tiempo y en un espacio. El espacio vivido en fenomenología se diferencia en distintos modos (Flores, 2003, p. 268): el cognitivo, el deontológico, el sintomático, el estético y el sagrado. El lugar de vida del enfermo modifica su estado anímico. Así Pascal vivía de manera muy distinta cuando se encontraba en su

entorno familiar, comunitario o en el hospital. A su vez la presencia o no de prójimos, en particular de la abuela, se nota en los síntomas observados que presentaba Pascal. La influencia de lo vivido espacialmente en estos dos contextos para los enfermos podría ser en fenomenología el tema de una investigación interesante. Se tiende hoy en día a volver a favorecer los cuidados a domicilio y en particular los cuidados paliativos. Esta reintegración de los enfermos y de la muerte en la sociedad induce a que las relaciones intersubjetivas o empatía incluyan la enfermedad, la dependencia, la muerte como naturales y componentes de la relación y que la relación con el enfermo no es una "especificidad" relegada a especialistas, profesionales de la salud.

CONCLUSIÓN

"Empathic medical care may provide patients with a sense of personal connection and perceived control over their health that results in more effective coping strategies, influencing health outcomes through chronic modulation of physiological stress responses" (Decety y Smith, 2014, p. 235). La referencia de la empatía en filosofía necesita una iniciación a la fenomenología para poder ser comprendida. Las referencias a la empatía en el mundo médico abarcan modos de expresiones

divergentes hasta formulaciones dependientes de las neurociencias y de las neuronas espejo. Las neurociencias a su vez se encuentran con sus límites, ya que la causalidad no logra determinar

la motivación de los actos del libre albedrío. Es una complementariedad que deja abiertas las posibilidades descubiertas ulteriores de ambos campos y es enriquecedora para ambas disciplinas, como lo mostró el congreso *Neurociencias. Teoría, práctica y reconfiguraciones del libre albedrío* (2014) en la Universidad Pontificia Católica de Chile.

Son notorios los aportes de la filosofía para identificar y precisar las relaciones medico pacientes o profesionales de la salud/ paciente o prójimos/ pacientes, permitieron forjar los conceptos de "care", "solicitud", "proximología", "empatía".

Expuso una situación de vida que me afectó durante mi tiempo de ejercicio de enfermera cerca de niños con enfermedades graves, varios con cánceres diversos, hidrocefalia, síndrome de Dandy Walker, sida, en los contextos sociales difíciles de la gente local de Guyana.

Hay enfermos con funciones cerebrales tan dañadas que tienden a ser despreciados en un mundo donde la razón es lo que valora la "autonomía de acción y decisión". Husserl permite otorgar una vida anímica a tales sujetos aunque no se pueda traducir con seguridad su modo de empatizar por la ausencia de lenguaje verbal. Husserl dice en distintas ocasiones que la empatía empieza con uno mismo, "esto quiere decir que los hombres ajenos son aprehendidos, en analogía con el yo propio, como sujetos de un mundo circundante de personas y cosas hacia los cuales se comportan en sus actos" (Husserl, 2005, p. 276). Esto supone que la empatía se ejerce y se pueden adquirir habilidades.

El traspaso de un concepto de la filosofía al campo de la salud puede diluir o cambiar su sentido. Intenté ver si la empatía tal como es entendida en fenomenología podía aportar reflexiones útiles que permitan ayudar a mejorar las relaciones intersubjetivas en este contexto y facilitar la toma de decisiones para el otro vulnerable y enfermo. Encuentro interesante la relación entre empatía y la virtud de prudencia aristotélica. La empatía en el campo de la salud tiene efectos positivos para los enfermos y ayuda en las tomas de decisiones y a unir la teoría con la práctica. La empatía asocia la emoción, la razón y la experiencia. En el campo de la salud se busca un modo de relación intersubjetiva que alivie al otro dolorido o sufriendo, que lo ayude para enfrentar la enfermedad. La fenomenología presenta una empatía como modo de relación intersubjetiva más amplia que puede, sin embargo, tener un alcance en el campo de la salud. Hay que considerar no solo la empatía desde el punto de vista personal, sino en los efectos que produce en el otro y viceversa así como en la manera de comportarse en el mundo. La fenomenología podría para algunos contribuir a favorecer los procesos de sanación y promover la humanización de las relaciones entre profesionales de salud, paciente y prójimos.

De la misma manera, las relaciones entre la empatía según la fenomenología y la responsabilidad según Lévinas se podrían conjugar. Cuando se profundizan los textos de Husserl las críticas conocidas de Lévinas podrían ser temperadas y quizás se podría optar por una complementariedad más que por una oposición. Las obras de Lévinas *Entre nous, Essai sur le penser à l'autre* o *Descubriendo la existencia con Husserl y Heidegger* podrían alimentar la reflexión. "C'est précisément dans ce rappel de la responsabilité du moi par le visage qui

l'assigne, qui le demande, qui le réclame qu'autrui est le prochain du moi" (1995, p. 206). Más allá de la empatía, Lévinas presenta la responsabilidad al amor del prójimo en el sentido fuerte "sin concupiscencia". A su vez, el amor no es ausente en las obras de Husserl, pues se encuentran trabajos recientes que lo destacan: "El amor como motivo ético en la fenomenología de Edmund Husserl" (Crespo, 2012), "Con afirmaciones que recuerdan

al agustiniano *amor meus, pondus meus*, o al *ordo amoris* scheleriano, Husserl sostiene que es el amor de cada persona lo que, en última instancia, revela la individualidad de ésta" (p. 23). ¿Hasta qué punto el amor completa los límites de la empatía o la colma? ¿El amor comprende de por sí la empatía? Las preguntas quedan abiertas.

NOTAS

- 1 Ver <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/23562-empathie-definition>
- 2 Biblia de Jerusalén.

REFERENCIAS

- Aristóteles (1985). Ética a Nicómaco y Ética Eudemia. (Trad. Julio Pallí Bonet) Madrid: Gredos.
- Aristóteles. (2004). Los problemas. (Trad. Ester Sánchez Millán). Madrid: Gredos
- Bornemark, J. (2014). The genesis of empathy in human development: a phenomenological reconstruction. *Mead Health Care Philos*, 17(2), 259-268. DOI: 10.1007/s11019-013-9508-y.
- Courtine-Denamy, S. Altérité, philosophie. *Encyclopædia Universalis*. Recuperado el 28 noviembre de 2014, de <http://www.universalis.fr/encyclopedie/alterite-philosophie/>
- Crespo, M. (2012). El amor como motivo ético en la fenomenología de Edmund Husserl. *Anuario Filosófico*, 45(1), 15-32.
- Decety, J., Smith, K.J., Norman G.J. y Halpern J. (2014). A social neuroscience perspective on clinical empathy. *World Psychiatry*, 13(3), 233-237. DOI 10.1002/wps.20146
- Donohoe, J. (2004). *Husserl on Ethics and intersubjectivity*. New York: Humanity Books.
- Ethics of Care. (2011). Interview: Carol Gilligan. Recuperado de <http://ethicsofcare.org/interviews/carl-gilligan/>
- Ferrater Mora, J. (1941). *Diccionario de filosofía*. México, D. F.: Atlante.
- Flores, L. (2012). Ideas para una fenomenología del cuerpo vivo en las Ideen II de Edmund Husserl. En L. Rabanaque (Ed.), *Afectividad, razón experiencia* (pp. 93-104). Buenos Aires: Biblos.
- Flores, L. (2003). Fenomenología de la espacialidad en el horizonte de la corporeidad. *Teología y Vida*, XLIV, 265-269.
- Flores, L. (1982). La fenomenología de Husserl: principios metodológicos y teóricos. *Revista Chilena de sociología y Antropología*, 61-75.
- Furstenberg, C (2011). La clé des soins relationnels la sollicitude en chemin au domicile. *Cairn Info*, 107, 76-82. Recuperado de http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RSI_107_0076. DOI: 10.3917/rsi.107.0076
- Husserl, E. (1979). *Meditaciones cartesianas* (Trad. Mario A. Presas). Madrid: Paulinas.
- Husserl, E. (2002). *Renovación del hombre y de la cultura*. (Trad. Serrano de Haro). Barcelona: Anthropos.
- Husserl, E. (2005). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica* (2da. edición) (Trad. Antonio Zirión Q.) México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Husserl, E. (2012). *La idea de la fenomenología de Edmond Husserl* (Trad. Jesús Adrián Escudero). Barcelona: Herder.
- Iribarne, J.V. (1988). *Antecedentes del tema de la intersubjetividad*. Buenos Aires. Carlos Lohlé S.A.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered, the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Lebech, M. (2009). Stein's Phenomenology of the Body: The constitution of the human being between description of experience and social construction. *Maynooth Philosophical Papers*, 5, 16-20.
- Levinas, E. (1995). *Entre nous, Essai sur le penser à l'autre*. Mesnil sur l'Estrée: Editions Grasset.
- Magnien, M. Y Lacroix, V. (1969). *Dictionnaire grec-français*. Paris: Eugène Moulin.
- Morán, D. y Cohen, J. (2012). *The Husserl Dictionary*. Houston: Continuum Philosophy dictionaries.
- Nogales Espert, A. (2008). La empatía según Edith Stein y sus aplicaciones en enfermería en el contexto familiar. *Cultura de los Cuidados*, 24, 119-133.
- Peirrera, R. (2010). *La contribución del sistema de neuronas espejo a la empatía*. Recuperado de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=62272>
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Editions du Seuil.
- Stein, E. (2004). *Sobre el problema de la empatía* (2da. edición) (Trad. José Luis Caballero Bono). Burgos: Monte Carmelo.
- Stein, E. (1917). *Zum Problem der Einführung*. Freiburg: Bruchdruckerei des Waisenhauses.
- Svenaeus, F. (2014a). The phenomenology of empathy in medicine: an introduction. *Med Health Care Philos*, 17(2), 245-248. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24687324>
- Svenaeus, F. (2014b). Empathy a necessary condition of phronesis: a line of thought for medical ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(2), 292-299. DOI: 10.1007/s11019-014-9547-z.
- Vischer, R. (1873). *Über das optische Formgefühl, ein Beitrag zur Ästhetik*. Stuttgart: Julius Oscar Galler.
- Wispe, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(2), 314-321.