



Persona y Bioética

ISSN: 0123-3122

bioetica@unisabana.edu.co

Universidad de La Sabana

Colombia

Donoso-Sabando, Claudia Andrea

La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein

Persona y Bioética, vol. 18, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 184-193

Universidad de La Sabana

Cundinamarca, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83232594008>

- 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

LA EMPATÍA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE COMO MANIFESTACIÓN DEL RESPETO POR LA DIGNIDAD DE LA PERSONA. UNA APORTACIÓN DE EDITH STEIN

EMPATHY IN THE PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP AS A DEMONSTRATION OF RESPECT FOR THE DIGNITY OF THE INDIVIDUAL. A CONTRIBUTION BY EDITH STEIN

A EMPATIA NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE COMO MANIFESTAÇÃO DO RESPEITO PELA DIGNIDADE DA PESSOA. UMA CONTRIBUIÇÃO DE EDITH STEIN

Claudia Andrea Donoso-Sabando¹

RESUMEN

Una medicina altamente tecnificada, con una certeza diagnóstica sin precedentes y con resultados bastante eficientes pero, a su vez, con una elevada tasa de desconfianza por parte de los usuarios, lo que da como resultado una medicina defensiva, es una realidad que se repite habitualmente en el ámbito sanitario. Al parecer, el poderío de la técnica sobre la vida ha dejado de lado lo eminentemente humano en el acto de curar, ocasionando una inevitable fractura en la esencia misma de la profesión. Frente a ello se plantea rehumanizar la relación clínica a través del uso de la empatía, para contribuir de este modo a la superación del excesivo positivismo en el que ha caído la medicina.

PALABRAS CLAVE: empatía, relaciones médico-paciente, relaciones profesional-paciente, atención al paciente, ética médica. (Fuente DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/PEBI.2014.18.2.8

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Donoso-Sabando CA. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. pers.bioét. 2014; 18(2). 184-193. DOI: 10.5294/pebi.2014.18.2.8

1 Cirujano-Dentista. Magíster en Bioética. Docente, Departamento Estomatología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Talca (Chile). eldonoso@utalca.cl

FECHA DE RECEPCIÓN:	2014-05-23
FECHA DE ENVÍO A PARES:	2014-05-28
FECHA DE APROBACIÓN POR PARES:	2014-07-25
FECHA DE ACEPTACIÓN:	2014-08-01

ABSTRACT

A high-tech medicine, with unprecedented diagnostic certainty and quite efficient outcomes but, at the same time, with a high level of distrust from the users, which results in a defensive medicine, is a reality that is often repeated in healthcare. Apparently, the power of technique over life has left aside the eminent humaneness in the act of healing, causing an inevitable split in the very essence of the profession. In the presence of this, the issue arises of re-humanizing the clinical relationship through the use of empathy, thus contributing to overcoming the excessive positivism in which medicine has fallen.

KEYWORDS: Empathy, doctor-patient relationships, patient-health care provider relationships, patient care, medical ethics. (Source: DeCS, Bireme).

RESUMO

Uma medicina altamente tecnificada, com uma certeza diagnóstica sem precedentes e com resultados eficientes, mas, ao mesmo tempo, com uma elevada taxa de desconfiança por parte dos usuários, o que resulta numa medicina defensiva, é uma realidade que se repete habitualmente no âmbito sanitário. Ao que tudo indica, o poder da técnica sobre a vida tem deixado de lado o eminentemente humano no ato de curar, o que tem ocasionado uma inevitável fratura na essência em si da profissão. Diante disso, propõe-se reumanizar a relação clínica por meio do uso da empatia, para contribuir, desse modo, para a superação do excessivo positivismo no qual a medicina tem caído.

PALAVRAS-CHAVE: empatia, relações médico-paciente, relações profissional-paciente, atendimento ao paciente, ética médica. (Fuente DeCS, Bireme).

INTRODUCCIÓN

Se sabe que la sociedad tiene necesidades que atender, y cuando alguien responde a una de estas necesidades está desarrollando un rol muy específico llamado ocupación. Tradicionalmente estas se han dividido en dos tipos: los oficios, también llamados instituciones sociales negativamente privilegiadas, y las profesiones, las cuales corresponden a las instituciones sociales positivamente privilegiadas. Los oficios, y en especial las profesiones, debido a su carácter de institucionalidad necesitan de la legitimación constante para justificar su existencia, la cual se logrará cuando la misma comunidad afirme que dichas actividades se desarrollan conforme a los parámetros establecidos para ellas. Es por esto que cuando las expectativas de la comunidad no se cumplen, sus miembros comienzan a desconfiar, las instituciones sociales no se legitiman y las profesiones entran en crisis. En el caso particular de la medicina la comunidad espera un compromiso integral del profesional con los enfermos para lograr los fines propios de su actividad.

Si la enfermedad constituye un giro biológico-existencial para el sujeto, tiene sentido que la atención dispensada se vuelque en los dos ámbitos para lograr un conocimiento integral del acto de enfermar y con ello dispensar un auténtico cuidado. Sin embargo, el poderío de la técnica sobre la vida desdibujó esta realidad e instauró una falacia que ha permanecido durante mucho tiempo arraigada en la conciencia sanitaria de que la salud y la enfermedad son hechos biológicos sin carga emocional. Como era de esperar, esta visión irremediablemente fracasó y se plasma de manera pragmática en la crisis de confianza que sufre la profesión actualmente.

CUANDO LAS EXPECTATIVAS DE LA

COMUNIDAD NO SE CUMPLEN, SUS MIEMBROS COMIENZAN A DESCONFIAR, LAS INSTITUCIONES SOCIALES NO SE LEGITIMAN Y LAS PROFESIONES ENTRAN EN CRISIS. EN EL CASO PARTICULAR DE LA MEDICINA LA COMUNIDAD ESPERA UN COMPROMISO INTEGRAL DEL PROFESIONAL CON LOS ENFERMOS PARA LOGRAR LOS FINES PROPIOS DE SU ACTIVIDAD.

Como una solución a esta realidad se presenta el tema de la empatía desarrollado por la filósofa Edith Stein, la cual vuelca la mirada sobre la unidad anímico-corporal del ser humano y ve en los actos de empatía una condición imprescindible para el desarrollo de las relaciones intersubjetivas y con ellas el acceso al conocimiento integral. En este texto se intentará dar a conocer algunos de los aportes que entregaría la empatía a la relación clínica. Para ello se explicará brevemente el pensamiento de Stein en relación con el tema de la empatía, el paradigma en el cual se encuentra inmersa actualmente la medicina, para finalmente explicar cuál sería el aporte de esta a la solución de una de las problemáticas presentes actualmente en el acto médico: la falta de humanización en el desarrollo de dicho acto.

LO PRIMERO: EL PENSAMIENTO DE STEIN

La importancia que dedica Stein al asunto de la empatía radica en el hecho de que ve en los actos de esta el fundamento de las relaciones intersubjetivas, las cuales a

su vez permitirían el acceso al mundo exterior objetivo, y con ello al conocimiento.

Respecto al concepto de empatía, esta se define como los actos con los cuales se aprehende la vivencia ajena; como expresa Stein, “es la experiencia de la conciencia ajena en general. Es la experiencia que un yo tiene de otro yo, experiencia en que aprehende la vida anímica de su próximo” (1), en otras palabras, “la empatía misma es un acto originario como vivencia presente, pero no originaria según su contenido” (2).

Si la empatía es la experiencia de la conciencia ajena, esta ha de desarrollarse en la alteridad, es decir, entre distintas “yoidades”. Esto obligaría a que cada una de las partes involucradas en el acto sea entendida como una unidad psico-física compleja, cuerpo y alma interrelacionados e interdependientes. Porque el yo es mucho más que la corporalidad, y tal como indica Stein, “no puede haber alma humana sin yo, y no puede haber yo humano sin alma” (3). En otras palabras, en el ser se constituiría una amalgama de constituyentes: cosa material, animal, ser espiritual y ser social.

Ahora, siguiendo con el pensamiento anterior, si yo soy capaz de empatizar con otro, o sea, si soy capaz de aprehender la conciencia ajena, ha de existir un mínimo común denominador con el otro, o con los otros, más allá de la corporalidad, porque es cierto que somos cuerpos físicos, pero también seres espirituales. Porque el yo no se agota en la corporalidad, como afirma Villarino en referencia a Jasper, “el que dice ‘yo’ excede y sobre pasa su propia sustantivación, y en realidad rígidamente sujeto a ella no se capta a sí mismo” (4). Es decir, somos seres físicos y también seres anímicos con características firmemente establecidas, esto último nos hace iguales

y únicos a la vez. Iguales porque todos somos unidades psicofísicas, y únicos en razón de las vivencias que nos han conformado como dicha unidad, pues este ser psicofísico está sometido a una serie de azares y contingencias que lo hacen único y que determinan el yo soy, el yo soy persona.

Por su parte, Stein afirma que “ser persona quiere decir ser libre y espiritual. Espiritualidad personal quiere decir *despertar y apertura*. No solo *soy*, y no solo *vivo*, sino que *sé* de mi ser y de mi vida. ¿Qué quiere decir libertad? Quiere decir *yo puedo*” (3). Yo puedo elegir el que quiero llegar a ser porque soy libre, y soy libre porque el mundo no se me impone, sino que aquel me invita a contemplarlo y descubrirlo, y a elegir la forma de estar en él gracias al entendimiento y la voluntad, lo que inevitablemente conlleva la obligación, o el privilegio, de la autoformación. Pero a fin de lograr el conocimiento necesario para la autoformación el sujeto necesita abrirse a los otros, empatizar con los otros, para descubrir otras realidades y ampliar su visión particular. Se dice que “en las relaciones sociales siempre estoy. Si se me arroja del mundo social, o se me limita el ingreso, entonces soy prácticamente nada. Es la sociedad la que asigna sentido a lo que hago” (4). Porque a fin de cuentas la verdad la vamos construyendo y descubriendo juntos, contigo, conmigo, con todos nosotros.

De tal manera que “al pasar del mundo percibido al mundo dado según la empatía, traspaso los límites de mi individualidad, del encierro del mundo tal como se me aparece” (1), logrando una visión más completa de mí mismo. Al empatizar los sujetos se reconocen mutuamente en el otro, pues se asumen como semejantes y como hermanos. Es por esto que en los actos de empatía se amplía el autoconocimiento, la autovaloración y la

EN LOS ACTOS DE EMPATÍA LA VALORACIÓN DEL OTRO ES INTEGRAL PORQUE SE MUESTRA AL SUJETO INTEGRADO COMO INDIVIDUO PSICOFÍSICO Y, TODAVÍA MÁS, COMO SER ESPIRITUAL, EL MODO DE SER PROPIO, EL MUNDO DE VALORES DEL SUJETO.

autocomprendión de la persona bilateralmente, pues el otro entrega una nueva visión al yo, ampliando la constitución de su identidad. En los actos de empatía la valoración del otro es integral porque se muestra al sujeto integrado como individuo psicofísico y, todavía más, como ser espiritual, el modo de ser propio, el mundo de valores del sujeto. En otras palabras, el carácter o la profundidad del alma de cada cual, el modo de ser propio de cada quien.

LA MEDICINA ACTUAL

Ahora, antes de iniciar la reflexión acerca de los aportes del pensamiento de Stein al acto médico es necesario describir el paradigma en el cual se encuentra inmersa la profesión para comprender de mejor manera los problemas que experimenta aquella.

El paradigma positivista en el cual se desarrolla la medicina no siempre fue la perspectiva orientadora del quehacer médico. Para los griegos, la enfermedad existía en un contexto psicofísico complejo; Gracia señala que “los médicos antiguos han afirmado una y otra vez que la desvalidez del enfermo no solo afecta al cuerpo sino que también el alma, la voluntad y el sentido moral, el enfermo es *infirmus*, carente de firmeza” (5). Para los antiguos, esta falta de firmeza física y moral se sustentaba en la creencia de que el dolor y el sufrimiento que acarrea la enfermedad impiden el ejercicio de la virtud ética por excelencia: la prudencia. En este contexto era el médico

—poseedor de la técnica, y a la vez un hombre bueno y bello— el encargado de restablecer el orden físico y, en consecuencia, también el orden moral. Lógicamente aquello se realizaba sin la participación del enfermo, porque este no podía ni tenía nada que decir. Estos son los orígenes del paternalismo que impregnó la relación clínica por casi 2.500 años.

Con el pasar del tiempo, y a medida que aumenta el poder tecno-científico del hombre, la supremacía de la técnica impregna de un marcado positivismo a la medicina llevándola al estatus de “ciencia positiva natural” y, como dice Figueroa, “no es que antes no lo fuera, puesto que era *tékne iatriké*, sino que el concepto de ciencia cambia, y la medicina de arte curativo evoluciona hacia medicina científico natural” (6). Ahora aquella, impregnada con la rigurosidad científica del método cartesiano, cuantifica y cualifica la enfermedad como un proceso fisiológico anormal o no adaptado. El modelo científico de la causalidad establece un esquema terapéutico exclusivamente biológico, y deja la parte subjetiva del enfermar relegada, escondida u olvidada con el propósito de restablecer la normalidad corporal imprescindible para el ejercicio y desarrollo del individuo en la sociedad. Porque la visión reduccionista de la medicina no solo debe ser entendida como el resultado de la conquista de la técnica, sino también como producto de la lógica de mercado imperante. Se vive en una sociedad altamente eficiente, que exige resultados y productividad, en consecuencia, un hombre enfermo es un sujeto que no produce y, por tanto, se

requiere su pronto restablecimiento para continuar la labor y no interrumpir el sistema. En este panorama de resultados e inmediatez el enfermo se ha reducido a un órgano o sistema no funcional que es necesario sanar/ reparar prontamente.

Este paradigma positivista ha provocado una transformación en la naturaleza del acto de curar, el cual se ha enfocado eminentemente hacia la resolución del problema somático dejando a un lado la parte subjetiva del enfermar. Se dice que “la medicina clásica ha devaluado tradicionalmente el ‘síntoma’, este es un término griego que significa accidente, lo que puede darse o no y que, por tanto, no es patognomónico de una enfermedad” (7).

Pero ¿por qué se ha dejado de lado lo subjetivo de la enfermedad? Gracia afirma que lo subjetivo es relativo, lo relativo genera incertidumbre y la incertidumbre provoca angustia, tanto en el profesional como en el paciente. En el profesional porque siente que pierde autoridad, y en el paciente, porque este desea respuestas infalibles a su situación de enfermedad. Y para calmar esa angustia están los signos, aquellos datos objetivos que permiten tomar decisiones acertadas. El problema de esta visión radica en que la salud y la enfermedad no son solo hechos sino instancias cargadas de valores, por lo mismo, las decisiones exigen ser razonables y prudentes. En medicina, las determinaciones no pueden ser puramente racionales como ocurre con el área de la matemática o la lógica, puesto que en medicina es imposible trabajar

con verdades absolutas. Recordemos que Aristóteles nos dijo que en los campos de la ética, las artes y la política las verdades no son absolutas sino prudentes y probables, ya que ellas se desenvuelven en el terreno de lo contingente, de lo que puede ser de varias maneras, donde a fin de cuentas se desarrolla el bien humano. Pese a lo anterior, la medicina sigue deseando adjudicar verdades apodícticas a problemas que exigen soluciones razonables, y en este intentar aquello se ha dejado de lado lo subjetivo, lo valorativo, en otras palabras, lo propiamente humano.

SE VIVE EN UNA SOCIEDAD
ALTAMENTE EFICIENTE, QUE EXIGE
RESULTADOS Y PRODUCTIVIDAD,
EN CONSECUENCIA, UN HOMBRE
ENFERMO ES UN SUJETO QUE NO
PRODUCE Y, POR TANTO, SE REQUIERE
SU PRONTO RESTABLECIMIENTO
PARA CONTINUAR LA LABOR Y NO
INTERRUMPIR EL SISTEMA.

La imagen del ser humano planteada por Stein como “un individuo psicofísico, una unidad de conciencia entre un yo y un cuerpo físico ligados inseparablemente” (1) parece ser la respuesta para subsanar los problemas detrás de esta concepción que clasifica al sujeto desestructurándolo como objeto medible y cuantificable.

Pero para entender mejor por qué esta concepción tan reducionista de la enfermedad genera tal nivel de conflictividad, primeramente es necesario recordar qué es la medicina y cuál es su esencia. Se dice que esta “es una relación de servicio al próximo basada en la confianza mutua: la del enfermo en la idoneidad y honorabilidad del médico, y la del médico en la disposición y voluntad del enfermo de recuperar su salud” (8).

Dicha relación encuentra su materialización en la entrevista médica, la cual constituye un instante dialógico

entre médico y paciente, el momento donde dos realidades personales se encuentran, una en busca de ayuda y la otra dispuesta a entregarla. Y como la relación es de personas y no solo de cuerpos, existirá un momento objetivo (signo) y un momento subjetivo (síntoma). Existe, sin embargo, una excesiva atención al momento objetivo que deja en un segundo y a veces en un tercer plano el instante subjetivo del enfermar. Frente a ello Gracia indica que “el médico no confía en los síntomas. Por eso la primera parte de la entrevista clínica, la llamada ‘anamnesis’, va seguida de otra que se conoce con el nombre de ‘exploración’. El objetivo de todo este proceso es transformar los síntomas subjetivos en objetivos y, por tanto, en datos fiables” (7).

Esta deshumanización que ha experimentado la medicina —producto del olvido de la subjetividad del enfermo— presenta algunos rasgos característicos los cuales, de acuerdo con Suardíaz citando a Gafo, son: la “cosificación” del paciente, una falta de calor en la relación humana, la ausencia de un verdadero encuentro entre los ámbitos personales del paciente y de los miembros del equipo asistencial y la violación de los derechos del enfermo (9).

La empatía como solucionadora de conflictos

Por ende, si el problema de este paradigma positivista es la deshumanización del encuentro clínico, lo más lógico será *rehumanizar* la práctica, lo que exige como prerequisito una especial atención al *reconocimiento* de la inseparable realidad entre cuerpo y espíritu ya que, tal como explica Stein, el hombre es un ser anímico corporal en donde “el cuerpo está penetrado por completo por el alma de manera que no solo la materia organizada se convierte en cuerpo penetrado de espíritu,

sino que también el espíritu se convierte en espíritu materializado y organizado” (10). En este contexto, la experiencia del enfermar constituye un claro ejemplo de esta interdependencia espíritu-corporal; respecto a ello Beca afirma que “la enfermedad grave, amenazante de la vida o de generar importantes limitaciones, constituye para el enfermo una situación de crisis personal que va más allá de lo meramente orgánico. En otras palabras, la enfermedad constituye, junto a lo somático, una crisis espiritual” (11).

La declaración anterior evidencia la necesidad de reconocer la estrecha relación anímico-corporal del enfermo como condición para alcanzar un conocimiento pleno de la situación que afecta a este. Y para lograr aquello, el diálogo auténtico durante el encuentro clínico constituye el medio clave para la construcción de la realidad, ya que la constitución integral de aquella exige una correcta atención, tanto a los aspectos técnico-médicos como a las características emocionales e incluso sociales, ya que como indica Lolas, “todo trastorno y toda enfermedad existen simultáneamente en tres ámbitos: el de la *experiencia subjetiva*, el de la *evaluación social* y el de la *ciencia médica oficial*” (12).

Dicha construcción dialógica multifactorial de la realidad (médico-enfermo-familia-sociedad) no solo exige ser técnicamente correcta, sino también emocionalmente adecuada, ya que no hay comunicación adecuada sin apoyo emocional, y en este momento es donde la empatía se manifiesta, y gracias a ella el vivenciar no originario se transforma en originario y el profesional es capaz de captar la conciencia ajena a plenitud. Con todos estos elementos vinculados se logrará acceder a un conocimiento realmente objetivo de la situación de enfermedad acercándose de esta manera a un mejor

CADA “OTRO GENERALIZADO” CONSTITUYE TAMBIÉN UN “OTRO CONCRETO”, UN SER PARTICULAR Y ÚNICO, NARRADOR Y PROTAGONISTA DE SU EXISTENCIA, QUE BUSCA EN LA RELACIÓN CLÍNICA UN OTRO QUE LO RECONOZCA Y LO ENTIENDA MÁS ALLÁ DE LO CORPORALMENTE EVIDENTE.

diagnóstico y prescripción de un tratamiento eficaz. Por esto, poner atención a las emociones es tan importante como prestar cuidado a los signos físicos, e idealmente, el profesional debería estar al tanto de la forma de acceder a ambas dimensiones, en especial si se considera que la emoción alterada puede ser la raíz de muchos estados patológicos somáticos. En consecuencia, para alcanzar un auténtico bienestar, entendido este como algo que va más allá de la biología, es decir, el mundo vivencial que le da sentido a la experiencia corporal, sería recomendable que aquel también pudiese desplegar las competencias necesarias para aprender a procurar atención al mundo subjetivo del sufriente, en otras palabras, aprender a empatizar con el que padece.

La consecuencia directa de lo anterior será que la relación clínica se reorientará desde una perspectiva eminentemente técnica hacia un encuentro basado en una ética del cuidado donde el médico, por una parte, es capaz de ver al paciente como un individuo con los mismos derechos y deberes de todos los enfermos, pero en esta igualdad, también es capaz de reconocer las diferencias de necesidad integralmente, adoptando el punto de vista del “otro concreto” como un “individuo con una historia, identidad y constitución emocional concretas” (13).

Y así cada “otro generalizado” constituye también un “otro concreto”, un ser particular y único, narrador y

protagonista de su existencia, que busca en la relación clínica un otro que lo reconozca y lo entienda más allá de lo corporalmente evidente. De este reconocimiento anímico-corporal del ser humano como agente activo con proyectos de felicidad que necesitan ser respetados al momento de cuidar, emerge naturalmente el respeto por la autonomía del sujeto y la beneficencia se manifiesta en toda su expresión, porque una beneficencia sin autonomía es sencillamente paternalismo.

Lo anterior entregaría algunas razones para promover el desarrollo de la empatía dentro de los estudiantes de medicina. De hecho, recientemente un pequeño número de escuelas de medicina del Reino Unido buscan medir la empatía de sus estudiantes en las pruebas de admisión. Y si bien no hay suficiente evidencia que valide los instrumentos disponibles para su uso en la selección de alumnos, las medidas entregan fundamentos contundentes para apoyar su uso como herramienta en la investigación del rol de la empatía en el entrenamiento médico y clínico. La razón de lo anterior es que si un médico es capaz de empatizar correctamente con el enfermo, este último manifestará mayor satisfacción, adherencia al tratamiento y voluntad para entregar información sensible a fin de establecer su diagnóstico; así mismo, aumentan la participación y la educación del paciente, y se disminuye el malestar emocional incrementando la calidad de vida (14, 15).

LA EMPATÍA EN ACCIÓN

Antes de concluir con el tema puede resultar interesante hacer una pequeña aclaración conceptual de dos términos que muchas veces se utilizan de manera equivalente. Habitualmente se habla de simpatía y empatía como sinónimos, pero existen claras diferencias conceptuales entre ellas. Bermejo explica que la simpatía ocurre “cuando una persona, queriendo comprender a otra, experimenta sus mismas emociones. No es el objetivo de la empatía lograr experimentar los sentimientos ajenos, sino captarlos de la manera más justa posible a como son vividos” (16). Por consiguiente, la empatía no solo incluiría elementos afectivos, sino también cognitivos y conductuales y, por lo mismo, posiblemente esta pueda ser enseñada y ejercitada para transformarla en un hábito.

Algunos autores hablan de tres fases presentes en los actos de empatía: “identificación (primera fase) con la persona y la situación del otro, la repercusión e incorporación (segunda fase) o conciencia y manejo de la propia vulnerabilidad y del impacto que sobre sí mismo tiene el encuentro con la vulnerabilidad ajena, y la separación (tercera fase) o restablecimiento de la distancia psicológica y emocional acortada por la aproximación del primer momento” (16). La tercera parte resulta muy importante en el acto médico para superar la emotividad que genera la situación y poder brindar la ayuda adecuada. Está muy bien que el profesional reconozca el lado emocional, pero necesita situarse por encima de este para otorgar la ayuda requerida. Bascuñán indica que para el profesional “empatizar y contener al paciente implica conectarse con su estado emocional y responder a sus necesidades, por ejemplo, evitando comunicar la propia desesperación cuando el

otro necesita esperanza o aferrarse a la esperanza cuando el otro ya no la tiene” (17).

CONCLUSIONES

La medicina, fuertemente influenciada por la técnica, ha experimentado directamente los efectos negativos que conlleva fundamentar esta práctica exclusivamente en hechos objetivos. La atención a la subjetividad del individuo constituye un elemento clave, tan importante como lo objetivo, para la comprensión integral de la enfermedad, la cual debe ser entendida como un suceso que afecta a personas y no solo a cuerpos.

La empatía, definida como los “actos con los cuales se aprehende la vivencia ajena”, permitiría ver y entender al sujeto como un ser anímico-corporal dialogante, el cual aportaría elementos que, junto a los entregados por el médico, darían una versión más completa de la realidad del enfermar. La relevancia terapéutica de la empatía no solo debe ser entendida como una acción que favorece positivamente la anamnesis, el diagnóstico y el tratamiento, sino también como un elemento clave en la curación del paciente y, por lo mismo, un tema para tener en cuenta durante la formación profesional de los futuros sanitarios.

REFERENCIAS

1. Chávez P. La empatía como fuente de la intersubjetividad en la tesis doctoral de Edith Stein. II Congreso Internacional de Fenomenología y Hermenéutica. Santiago de Chile; 2009.
2. Stein E. Sobre el problema de la empatía. En: Urkiza J, Sancho F, editores. Madrid: Trotta; 2004.
3. Stein E. Lo animal del hombre y lo específicamente humano. En: Urkiza J, Sancho F, editores. Obras completas. Escritos

- Antropológicos y Pedagógicos. Burgos: Monte Carmelo; 2003. p. 608-622.
4. Villarino H. Karl Jaspers. La comunicación como fundamento de la condición humana. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2009.
 5. Gracia D. Fundamentos de Bioética. 2º edición. Madrid: Triacastela; 2008.
 6. Figueroa G. Viktor von Weizsäcker en torno al juicio de Nürenberg. La medicina antropológica entre la medicina científica natural y la bioética. En: Lolas F, editor. Monografías Acta Bioethica. La Medicina Antropológica y el Juicio de Nürenberg. El aporte de Viktor von Weizsäcker. Santiago de Chile: CIEB; 2010. p. 113-132.
 7. Gracia D. Como arqueros al blanco. Madrid: Triacastela; 2004.
 8. Goic A. Conversaciones con Hipócrates. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2009.
 9. Suardíaz J. Relación médico-paciente y tecnología médica. Revista del Centro de Bioética Juan Pablo II. 2011;11(1):1-4.
 10. Stein E. El alma como forma y como espíritu. En: Urkiza J, Sancho F, editores. Obras completas. Escritos Antropológicos y Pedagógicos. Burgos: Monte Carmelo; 2003. p. 666-711.
 11. Beca JP. El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. Ética de los cuidados. 2008;1(1):1-4.
 12. Lolas F. Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud. Santiago de Chile: Andrés Bello; 1997.
 13. Fascioli A. Ética del cuidado y ética de la justicia en la teoría moral de Carol Gilligan. Revista Actio. 2010;12:41-57.
 14. Hemmerdinger J, Stoddart S, Lilford R. A systematic review of tests of empathy in medicine. BMC Medical Education. 2007;7:24.
 15. Newmann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer M, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. Academic Medicine. 2011;86:996-1009.
 16. Bermejo J. Relación de ayuda. En: García J Alarcos F, editor. 10 palabras clave en humanizar la salud. Verbo Divino; 2001. p. 160-188.
 17. Bascuñán ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. Revista Médica de Chile. 2005;133:693-698.