

# **Empatía e Intersubjetividad**

## **Modelo fenomenológico de la relación médico - paciente**

Dra. Elena Lugo, Ph. D.

## Introducción

La tecnología ha alterado significativamente la forma y el sentido de la relación médico - paciente. El contacto con el paciente puede ser breve y ocurrir en períodos intermitentes. En este contacto predominan los aspectos técnicos por encima de la persona del paciente y su experiencia existencial de la dolencia; su corporeidad se reduce a lo que revela el estudio empírico de la anatomía y la fisiología; la dolencia es categorizada según los síntomas accesibles a los recursos tecnológicos de diagnóstico y no tanto según los frutos del diálogo; y finalmente la participación del profesional se hace tan científica y técnica (en nombre de la objetividad clínica) que sus valores y sentimientos (al igual que los del paciente) quedan marginados.

De cara a una medicina tecnologizada, muchos pacientes se sienten considerados y tratados como objetos desmenuzables en sus partes y evaluados cuantitativamente, de modo mecanicista. Su persona queda reducida a la enfermedad como categoría abstracta, y ésta, a su vez, es definida en términos de síntomas de acuerdo al modelo fisiológico, con lo cual la experiencia personal del sufrimiento es reducida al acto de localizar y describir objetivamente el dolor.

La presencia del profesional que se considera científico - técnico en su objetividad, pierde la empatía, la cercanía cordial y la comprensión compasiva que tanto necesita el paciente en su vulnerabilidad e inseguridad físico - psíquicas y existenciales. La fragmentación de su ser y el aislamiento que la relación impersonal supone, genera una experiencia de agresividad y militancia del profesional que dice combatir con la técnica una dolencia vista como invasora del organismo biológico. No es de extrañar que se suscite una violencia sutil de carácter psíquico más que físico, de rasgos existenciales que hieren la intimidad espiritual y no sólo la integridad corpórea.

En este trabajo no evalúo las contribuciones positivas de la alta tecnología a la medicina moderna. Tampoco planteo otras causas posibles de la despersonalización en la relación médico - paciente (seguros de salud, obras sociales, condición impersonal de la vida urbana de la época industrializada).

La alta tecnología moderna, al aplicarse al cuidado de la salud, debe regirse por una consideración de la finalidad de la medicina en cuanto tal y de las exigencias inherentes al acto clínico que establece la relación profesional médico y paciente. En la medida en que no se cultive esta consideración se corre el riesgo de violar la dignidad de las personas en la relación, al igual que violar la justicia de la relación en sí.

En esta presentación me propongo exponer cómo existe, de hecho, este tipo de violencia sutil. Intentaré a su vez presentar la teoría fenomenológica de la intersubjetividad como fundamento de la ética de la coexistencia y reciprocidad específicas de la relación clínica de cuidado. Un fundamento que está en armonía con la finalidad de la medicina.

## El modelo biomédico

A modo de resumen de lo que entendemos por relación médico - paciente ajena a las exigencias éticas de cuidado, planteo el modelo biomédico.

El modelo biomédico opera como premisa básica de la medicina autodenominada *científica*. En ésta se describe e interpreta a la naturaleza humana en categorías biológicas y, en particular, en el lenguaje de la genética molecular y de la bioquímica. El paciente es básicamente un organismo biológico complejo y la enfermedad es una desviación de los parámetros normales.

En el plano práctico de la gestión clínica, el modelo biomédico, con su concepto de enfermedad como mal funcionamiento de un área somática, propone una definición del médico como ingeniero de conocimientos especializados y diestro en la técnica. La enfermedad es un desafío técnico y la muerte un desacierto en la aplicación de recursos técnicos empleados para rescatar al cuerpo de la amenaza que sufre su funcionamiento e integridad.

El modelo biomédico no sólo resulta inadecuado porque no responde cabalmente a lo que exige una práctica clínica real en cuanto al cuidado de la totalidad de la persona que experimenta su dolencia, sino también porque puede desvirtuar el acto profesional - clínico en sí mismo. Este último, recordemos, es un acto inspirado en el principio de beneficencia para con la persona o ser integral del paciente. Hablamos aquí de un respeto a las dimensiones simbólico - espirituales y culturales del paciente en lo que hace a su intimidad y vulnerabilidad existencial ante la posible desintegración de su ser que la enfermedad, la dolencia o las lesiones en cuestión le acarrearán.

## Modelo psicobiomédico

En contraste con el modelo biomédico, o más bien a modo de complemento, señalo ahora el modelo psico - biomédico. Para su fundamentación ontológica y axiológica propongo una teoría fenomenológica de la intersubjetividad basada en la empatía (fenomenología de Edmund Husserl y su discípula Edit Stein) y ampliada por la fenomenología del diálogo (Gabriel Marcel y Martín Buber).

Quedará así demostrado que las personas, por más que valoren su privacidad e intimidad, inevitablemente se constituyen a sí mismas relacionándose con los demás con vínculos de reciprocidad. Vale decir que los valores quedan enunciados en un contexto de intersubjetividad.

El enfoque fenomenológico pregunta cómo es posible que un ser humano se relacione con otro, cuál la naturaleza del ser persona para que la realidad de ser en un plano individual (en alemán, *Eigensein*) permita o exija un ser en solidaridad con otros (*Mitsein*) y un horizonte vital (*Lebenswelt*) a modo de comunicación y comunión

(M. Buber), en el cual uno cuida y se preocupa del otro en un contexto social y material común. Se trata, en resumen, *del fenómeno del encuentro y participación de persona con persona en el ámbito de los valores*.

La teoría de la intersubjetividad y su componente esencial, la empatía, presentada por Edmund Husserl y elaborada por su discípula Edit Stein, nos ofrece a la pregunta enunciada una fundamentación y una orientación.

## Definiciones y condiciones de la intersubjetividad

Sin detenerme en las reducciones husserlianas y sus implicancias idealistas, me limito a señalar algunas definiciones y condiciones de la intersubjetividad que resultan útiles para elaborar el modelo psicobiomédico.

La empatía es básicamente la conciencia o perspectiva con la cual abordo una persona ajena que se me hace presente<sup>1</sup>.

Nuestra individualidad se va revelando en las experiencias personales; de modo similar, el otro se nos va revelando en las experiencias empáticas que tengamos de él. En el primer caso se trata de una percepción primordial, mientras que, en el segundo, de una no primordial (Husserl habla aquí de un *hacerse presente*).

Desde el punto de vista fenomenológico el problema radica en cómo construir significativamente al otro como entidad psicofísica, como ego espiritual y como persona única, respetando su alteridad, vale decir, evitando convertirlo en algo extraño, en una amenaza, en competencia, en algo indiferente o incluso hostil, pero, a la vez, sin intentar infundirle nuestro yo para colocarlo en una dependencia esclavizante de nosotros.

Para apreciar mejor la relevancia de la teoría de la intersubjetividad como base de un modelo clínico de auténtica coexistencia humana, desglosemos brevemente las condiciones constitutivas de la empatía según Husserl y Stein, aplicándolas al tema de esta ponencia.

1. Cada sujeto en la relación debe ser autoconstituido, porque de otro modo no tendría significado en un contexto fenomenológico.

Vale decir, sólo quien se experimenta a sí como persona íntegra y depositaria de una clara significación puede entender empáticamente al otro. Tanto el médico como el paciente deben aclarar primero el sentido de su propia experiencia de sufrimiento, dolor y posibilidad de muerte. Si entendemos sufrimiento como desasosiego generado por la percepción de una pérdida actual o potencial de la integridad espiritual psicológica y fisiológica de la persona en su continuidad temporal, entonces evidentemente la empatía (base de la compasión) exige un entender al otro a partir de la realidad que comparten el médico y el paciente: *ser personas sujetas a las mismas contingencias*.

---

<sup>1</sup> Edit Stein, **On the Problem of Empathy**, Washington, D.C. C.S. Publication, 1989.

Dialogar o comunicarse participativa y actuar conjuntamente con otros exige ser fiel al valor propio de la persona y su capacidad de autorrealización. Se trata de una coexistencia, de un compartir la totalidad, la unidad y la singularidad del otro sin menoscabo de uno mismo.

2. Cada sujeto en la relación debe ser constituido como tal en todo otro sujeto, porque de otro modo nos instalaríamos en un solipsismo sin comunicación posible.

Vale decir, cada sujeto en la relación debe reconocer que el otro es sujeto y que él es para el otro también un sujeto. De ese modo la relación médico - paciente no degenerará en una relación en la cual un sujeto cosifica y despoja al otro de su condición existencial y a la vez se siente amenazado por el otro que puede reducirlo a objeto inanimado.

El cuerpo del otro (análogo al mío) se presenta (intencionalidad constitutivo - empática) no como mera entidad física, sino como punto de referencia de sensaciones y orientación en el espacio; como agente de movimiento voluntario vital y no mecanizado; como sede de una individualidad psíquica y, finalmente, como persona de vida cognoscitiva, volitiva y afectiva.

3. En la medida de lo posible, la constitución intencional del otro debe estar en consonancia con su propia autoconstitución, ya que de otro modo dicha constitución intencional no tendría validez ontológica ni seriedad axiológica.

Así pues el médico complementa su diagnóstico clínico con el cultivo de la empatía. Esto no equivale estrictamente a sentir el sufrimiento individual y privado del otro ni captar cabal y certeramente la trayectoria total de la otra persona en su unidad y singularidad. Para la empatía podría ser suficiente obtener tres tipos de información:

- *hechos* constituyentes de la situación o vivencia;
- *valores* del paciente y
- *trayectoria* existencial de éste.

El médico advierte que el paciente necesita y tiene la posibilidad de proyectarse desde su centro (su integridad) y de participar en valores (sobre esto hablaremos al final).

El médico empático percibe que el paciente, como sujeto y yo profundo, está afectado por la enfermedad y siente la amenaza de pérdida de su integridad y singularidad. El sufrimiento es individual y privado, pero reconocer ese sufrimiento, sin lo cual no habría cuidado médico real, exige un entendimiento capaz de trascender la exactitud y precisión de la mera objetividad científica y avanzar hacia lo que Marcel llama *presencia ante el misterio del otro*, vale decir, avanzar hacia la identidad, continuidad temporal e ideales de esa persona en su ambiente físico - social.

4. Cada sujeto en la relación debe constituir un mundo de objetividad que sea de algún modo idéntico al mundo constituido por los otros sujetos, de otra manera no habría ámbito común para la comunicación. De este modo la relación médico - paciente se funda en un contexto de comunidad profesional, familiar, cultural y social, con sus correspondientes obligaciones de justicia social.

Hemos presentado la empatía intersubjetiva como un tipo de transferencia de una interioridad personal que cobra contacto con el sufrimiento de otra por vía de una percepción de su corporeidad y a modo de vivencia significativa. Estudiosos como Pellegrino y Thomasna, entre otros, no cesan de señalar la importancia de esta transferencia para el acto clínico del cuidado médico y para el sentido propio de una medicina moderna que valore la autopercepción de lo corpóreo<sup>2</sup>.

Estamos ante un modelo de la relación médico - paciente descrito por la fenomenología de la intimidad y del diálogo y que designamos como modelo psíquicobiomédico existencial (E.P.B.).

Las vinculaciones íntimas suponen una valorización mutua de carácter intrínseco y de promoción benevolente (confianza, apertura y disponibilidad interior matizadas por la autodisciplina y el cultivo de la nobleza) a la vez que beneficiante (creativa y valientemente efectiva). A su vez la relación médico - paciente supone diálogo en el sentido de M. Buber: *comunicar al otro la propia experiencia de tal modo que cale en el horizonte de experiencias del otro y lo complemente, y así sus percepciones propias pasen a formar parte del mundo del otro*. Sin diálogo no hay coexistencia.

## **¿Cómo es este modelo de relación que promete ser un aporte a la ética de la coexistencia más allá del legalismo e impersonalidad del lenguaje empresarial de derechos en conflicto?**

1. *El modelo psicobiomédico debe incorporar la captación prerreflexiva o vivencia existencial de la enfermedad* según la descripción fenomenológica. Es decir, el médico debe cultivar la intuición y la introspección para así captar o entender el sentido de la enfermedad como vivencia subjetiva.
2. Este entendimiento suministra un horizonte de experiencias de dolor, miseria y discapacidad, al igual que placer, esperanza y alivio que enriquece

---

<sup>2</sup> Para una exposición sobre el sentido del cuerpo en la medicina moderna y posmoderna, cf. Levin M y Solomon, G., *The Discursive Formation of the Body in the History of Medicine*, en: **The Journal of Medicine and Philosophy**, 15, págs. 515-537, 1990.

la práctica clínica como actividad profesional eficaz al igual que reverente. Ante todo se reconoce que la enfermedad es una condición que experimenta la persona en su integridad y no sólo una dimensión de ésta. Es la persona la que experimenta dolor, pena, discapacidad, deterioro y debilidad vinculadas al quebranto somático. Pero es también esa misma persona la que interpreta su dolencia como motivo de desasosiego, dislocación, dependencia, posible disolución del yo, pérdida de la propia integridad e interrupción súbita de la historicidad de la propia existencia.

Estudiosos del fenómeno de las dolencias en su dimensión subjetiva apuntan a la ansiedad, culpabilidad, ira, miedo y hasta hostilidad que no sólo emanan de la interpretación personal de la condición patológica sino que pueden agudizar esta condición en sí mismo. El dolor es un fenómeno complejo. Aunque sea un mecanismo de vigilancia y protección del organismo, un mecanismo que indica la existencia de daño, también impide al doliente trabajar, pensar claramente, dormir normalmente, le resta tiempo de trabajo, le resta apetito, le disminuye el ánimo e inclusive le atrofia la capacidad volitiva para vivir.

Estudiosos fenomenológicos han revelado que la persona enferma con frecuencia se concentra en su corporeidad dolorida, herida o incapacitada, alterando así la unidad prerreflexiva de mente y cuerpo, por lo cual contempla a su cuerpo como algo amenazante.

### 3. Confianza

La confianza mutua facilita el acto profesional de la práctica clínica beneficiante. El paciente puede tolerar así el desequilibrio, el ataque, el desafío a su persona que trae aparejado la enfermedad, y a la vez ensayar una nueva integración de sí mismo y de su historia personal a la realidad de la dolencia.

### 4. Dignidad

Según Kass, estos actos de autoconciencia y de autorreconocimiento no son signos de ser mero cuerpo o signos de una condición de inferioridad, sino de algo muy especial. De algo que a pesar de todo - o quizás precisamente por estar conscientes de la necesidad - afirma la vida y la totalidad, y lucha por preservarlas y dignificarlas. Un buen médico hace del apoyo de la dignidad una parte significativa de su tarea profesional, ofreciendo esperanza sin engaño, conduciéndose con seriedad pero sin solemnidad, impartiendo consejo al igual que respetando la libertad<sup>3</sup>.

### 5. El modelo E.P.B. presenta una ética del cuidado asumida como autorrenuncia concentrada en la necesidad del otro, orientada a la búsqueda del bienestar del otro. Esta ética necesita de un pensar intuitivo que presente al otro como un otro yo, con quien se entra en contacto íntimo pero

---

<sup>3</sup> Leon Kass, **Toward a More Natural Science**, New York, The Free Press, 1985.

reverente, y ante quien la corporeidad es una vivencia y no una percepción meramente objetivadora.

Con ese *otro yo* se genera una relación médico - paciente

- que *genera obligaciones de beneficencia* más allá de la estrecha consideración de la autonomía personal - individual, y
- *subraya la comunidad humana solidaria* en la relación del médico con su paciente.