

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY

ESCUELA DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN

CAMPUS MONTERREY



TECNOLÓGICO DE MONTERREY

LA EMPATÍA EN LOS ESCENARIOS CLÍNICOS: UNA REFLEXIÓN ÉTICA

**TESIS PRESENTADA POR
JESÚS HÉCTOR CANTÚ ELIZONDO**

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ESTUDIOS HUMANÍSTICOS**

JUNIO DE 2021



TECNOLÓGICO DE MONTERREY

LA EMPATÍA EN LOS ESCENARIOS CLÍNICOS: UNA REFLEXIÓN ÉTICA

Tesis presentada por

Jesús Héctor Cantú Elizondo

como uno de los requisitos para obtener el grado de

Maestro en Estudios Humanísticos

Comité de tesis:

Dra. Lorena García Caballero - Tecnológico de Monterrey
Dra. María del Pilar González Amarante - Tecnológico de Monterrey
Dr. Manuel Cebal Loureda - Tecnológico de Monterrey
Dra. Lizbeth Sagols Sales - Universidad Autónoma de México

Junio de 2021

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

Escuela de Humanidades y Educación

Los miembros del comité de tesis aquí citados certificamos que hemos leído la disertación presentada por **Jesús Héctor Cantú Elizondo** y consideramos que es adecuada en alcance y calidad como un requisito parcial para obtener el grado de **Maestro en Estudios Humanísticos**.

Dra. Lorena García Caballero
Tecnológico de Monterrey
Asesora principal

Dr. Roberto Domínguez Cáceres
Decano Asociado de Posgrados
Escuela de Humanidades y Educación
Tecnológico de Monterrey

Dra. María del Pilar González Amarante
Tecnológico de Monterrey
Miembro del comité de tesis

Dra. Lizbeth Sagols Sales
Universidad Autónoma de México
Miembro externo del comité de tesis

Dr. Maximiliano Maza Pérez
Director del Doctorado en Estudios Humanísticos
Escuela de Humanidades y Educación
Tecnológico de Monterrey

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
<i>CAPÍTULO 1: La empatía en el pensamiento occidental.....</i>	15
Introducción.....	15
La filosofía griega.....	16
La edad media.....	22
El humanismo renacentista.....	24
La ilustración escocesa.....	26
La filosofía kantiana.....	29
La empatía y la construcción del concepto moderno.....	30
Empatía y hermenéutica	33
La empatía en la fenomenología.....	34
La empatía en los orígenes de la psicología	35
Las neurociencias y la psicología moderna	36
La empatía y el desarrollo moral.....	37
Conclusiones	41
<i>CAPÍTULO 2: La ética y la empatía en la práctica médica</i>	48
Introducción.....	48
La bioética y la ética médica	49
Otros tipos de ética	54
Los aspectos relacionales de la ética y su aproximación a la medicina	58
La ética levinasiana en la construcción de la relación médico paciente y en su relación empática	61
La ética del cuidado y la empatía en la clínica	68
Conclusiones	75
<i>CAPÍTULO 3: La empatía y la medicina actual.....</i>	80
Introducción.....	80
La evolución de la clínica y la nueva era de la medicina: Una reformulación de la relación médico paciente.....	83
El manejo de las emociones en los profesionales de la salud	90
El pacto del cuidado médico, una aproximación a la ética hermenéutica de Paul Ricoeur	98

Complejidades de la empatía en la práctica clínica	103
Conclusiones	106
<i>CONCLUSION FINAL</i>	112

INTRODUCCIÓN

Esta investigación parte de una búsqueda por mejorar el vínculo médico paciente, por lo tanto, esto nos obliga a explorar los aspectos relacionales de los espacios clínicos. Los escenarios clínicos son los sitios hospitalarios en donde ocurren las interacciones del personal de salud con los pacientes y con sus familiares. Estos sitios pueden tomar forma de un consultorio, área de espera, cuarto de hospitalización, pasillos del hospital, terapia intensiva, área de urgencias, quirófanos, etc. Básicamente es cualquier espacio en donde acontece el acto clínico, un acto que cuando se ejecuta deja al margen los aspectos del *ethos* y del *pathos* de los pacientes para favorecer el *logos* de los médicos.

Cuando indagamos sobre la atención que el personal de salud le da a los pacientes, encontramos que existe una tendencia a enfocarse exclusivamente en la enfermedad (entendida como una afección física y orgánica) y no en las implicaciones que ésta tiene sobre la psique y las emociones de las personas quienes padecen estas enfermedades (Abraham, 2011). No obstante, sabemos que cuando los profesionales de la salud mejoran la forma en la que se expresan con los enfermos y de cierto modo ejercen empatía, pueden mejorar la salud de sus pacientes. Además, el *vínculo empático* ayuda reducir la ansiedad y aumenta los índices de satisfacción por parte de los pacientes al igual que su apego al tratamiento (Howick, et al., 2017). Pero ¿qué es la empatía? Este complejo término no es tan simple como decir que ser empático es ponerse en los zapatos de los demás.

A lo largo de la historia, la empatía ha sido estudiada desde diferentes enfoques y son muy distintas las disciplinas que han descrito y analizado esta capacidad humana. Por un lado, desde la filosofía clásica occidental, se encuentran vestigios de la empatía

en la explicación de los actos humanos, y por el otro, podemos llegar hasta la neurobiología para explicar estos actos empáticos mediante reacciones químicas que ocurren a nivel cerebral. Hay muchas maneras de entender la empatía y a sus contenidos semánticos como la simpatía y la compasión. Pero cuando se lleva la empatía a la medicina, sin duda existe una brecha de conocimiento que se refleja en sus problemas y dilemas; pero que se puede abordar mediante un diálogo entre las ciencias y las humanidades con el fin de afrontar estas dificultades en los escenarios clínicos.

En 1990 la Profesora en Fisioterapia Carol Davis, compartió con el gremio médico su publicación: *What is empathy, ¿and can empathy be taught?*, para apuntar que la empatía (y sus términos similares) eran poco entendidos en el ejercicio médico. Davis (1990) concluyó que el acto de curar va más allá de los conocimientos médicos y que se requiere de una capacidad, que ella llamó entendimiento compasivo, para establecer una comunicación entre el personal de salud y los pacientes. Además, esta autora señaló que mediante los procesos de profesionalización y socialización es cómo la capacidad empática se puede formar entre los profesionales de la salud.

En reacción a esta publicación, se generó una carta del editor proveniente de una distinguida revista de opinión científica para refutar las ideas de Davis y para aclarar que la empatía no tiene un rol en la práctica médica (Spiro, 2007). No es de sorprenderse que haya un rechazo a estos temas en del gremio médico, esto sólo refleja una ambigüedad en el manejo de las emociones y de lo no orgánico (material) en esta profesión. Por eso, esta indeterminación nos abre una puerta para la reflexión ética en el ejercicio de la medicina. La medicina amerita reinventarse su componente humanístico

con el fin de abordar los dilemas éticos que presenta y también necesita cultivar la sensibilidad moral de quienes la practican.

La empatía ha sido tema de interés de distintas disciplinas como la filosofía, la psicología, la sociología, la etología y las neurociencias (Hojat, 2016). Esta multidisciplinariedad de enfoques también nos hace vincular a la empatía con el desarrollo moral; en especial cuando analizamos el respeto y el cuidado. La empatía en la moral es un instrumento para desarrollar capacidades morales, sin embargo, ésta no es la única base de la moralidad. La empatía tiene el potencial de enriquecer la deliberación y la justificación moral hacia los demás (Oxley, 2014). En este sentido, no podemos dejar desapercibido el rol que tienen las emociones y la empatía en la ética.

Por otro lado, cuando hablamos de empatía en el ejercicio médico directamente relacionamos esta capacidad con el uso y gestión de las emociones. No es posible hablar de empatía si no es a la luz de un referente emotivo pues la empatía, o el sentir con, se refiere directamente el ámbito emocional como parte del componente *ethos* y *pathos* de lo humano. No obstante, la medicina rechaza el uso de las emociones en su operatividad. De hecho, el tema de las emociones en medicina es visto negativamente e incluso considerado como una conducta poco profesional (Vilela da Silva y Carvalho, 2016).

Lo alarmante es que, por un lado, las emociones influyen directamente sobre los profesionales de la salud tanto en su comportamiento como en sus decisiones. Y por el otro, es que el personal de salud no está capacitado para identificar las emociones en los ámbitos clínicos y esto afecta de manera negativa en el trato a sus pacientes y además les genera desgaste profesional (Meier, Back y Morrison, 2001).

Ahora bien, los dilemas éticos que la medicina afronta no suelen ser abortados desde las emociones o desde la contemplación de la otredad. Es necesario que reformulemos las dificultades que la medicina moderna afronta mediante el análisis de las siguientes preguntas: ¿por qué es importante la empatía en la praxis médica?, ¿cómo ha evolucionado el entendimiento de la empatía en las humanidades y en la medicina? y ¿qué relación hay entre empatía, práctica clínica y ética médica?

La medicina suele evadir el complejo mundo interno del ser humano, su *ethos* y *pathos*, lo que tiene que ver con las emociones, creencias y valores. Es por esto, que la empatía muchas veces no cuadra en el universo médico; hace falta un entendimiento más completo en el cual se intersecten las disciplinas de las ciencias médicas y de las humanidades. De este modo, la comprensión de la medicina desde las dimensiones humanas más profundas que consideran lo valoral, emocional, físico y cognitivo, será justo lo que no ha sido hasta el momento: verdaderamente humana y para el humano.

Para Fredrick Svenaeus (2014), la empatía y la medicina están vinculadas de dos maneras. Primero, la empatía es considerada como una especie de virtud dentro del buen ejercicio médico. Y segundo, es la misma medicina la disciplina que describe cómo funcionan los órganos del cuerpo (por ejemplo, el cerebro para explicar por qué el ser humano es un ser potencialmente empático). Es importante que este trabajo describa (desde el multienfoque) cómo se da (o se puede dar) la empatía en la práctica médica y cómo ésta afecta a la ética médica, ¿podemos pensar en la empatía como una virtud? Más bien, creemos que la empatía en la medicina representa una herramienta para descifrar el relato emocional del paciente en donde se permite ver cómo y por qué está

sufriendo. Esto a su vez hace que los médicos y los profesionales de la salud tomen decisiones éticas (Svenaeus 2014).

Por otro lado, la capacidad de responder hacia los demás y la alteridad tienen una implicación de carácter moral. En este sentido, la ética interviene en el ejercicio de la empatía ya que su práctica conlleva una deliberación, un juicio y una acción. Las acciones que tomamos pueden afectar o no a otros; el elemento de la responsabilidad en los agentes morales implica indefectiblemente un sentido mínimo de empatía para considerar al otro en el escenario de nuestro actuar. Es por esto por lo que la empatía es objeto de estudio de la ética, y a su vez, la empatía puede ser considerada como un instrumento para generar una acción moral (Oxley, 2014).

Esta tesis pretende usar la hermenéutica y la dialéctica para analizar y poner en diálogo diferentes ideas con la intención de encontrar la mejor forma en la que la empatía puede abonar al ejercicio médico. Para esto tenemos tres ejes principales de análisis. Primero, la empatía en el pensamiento occidental, segundo, la empatía en la ética y tercero la empatía en la medicina actual.

En el primer apartado rastreamos a la empatía en el pensamiento occidental desde la filosofía griega hasta la era actual. Creemos que esto es importante ya que nos permite hacer una investigación sobre la conceptualización de la empatía a través de la historia; para poder proponerla en la medicina, primeramente, hay que entender de dónde viene. Partiendo de la filosofía griega, pasamos a la edad media con el cristianismo y posteriormente al humanismo renacentista. De aquí damos un salto para llegar a la ilustración escocesa y presentar a David Hume y Adam Smith como los pensadores más importantes que trabajaron la empatía en el siglo XVIII. Estas

reflexiones apuntan directamente a la filosofía kantiana, y por lo tanto, ese es nuestro siguiente subcapítulo.

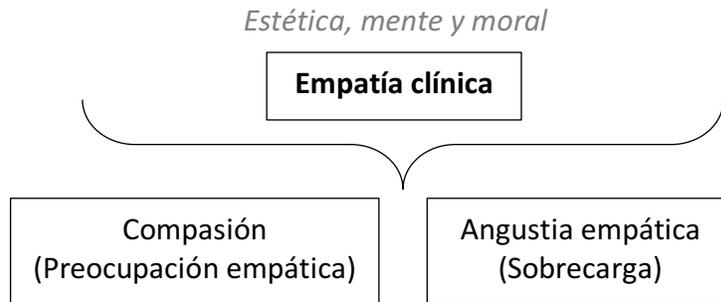
Después de esto, nuestro recorrido histórico ya no es cronológico debido a que damos saltos en el tiempo para explicar la empatía desde diferentes disciplinas. El concepto moderno de empatía proviene de la significación artística alemana *Einfühlung* que se fragmenta en: “*Ein*”, dentro y “*Fühlung*”, sentir. Esto surgió en la filosofía kantiana, pero luego se relacionó al *Einfühlung* (empatía) con las obras de arte para preguntarse por qué algunas obras artísticas podían despertar emociones en los espectadores. Posteriormente, el estudio de esta capacidad regresó a la filosofía y también migró a la psicología (que apenas se estaba formando como una ciencia), de tal modo que la empatía se empezó a entender desde perspectivas diferentes. Entonces, para poder organizar estos distintos entendimientos de la empatía proponemos la clasificación de Coplan y Goldie (2014) en la que la empatía se fragmenta en: empatía de la mente, empatía de la estética y empatía de la moral.

La empatía de la estética ha sido la menos producida, pero fue la primera que después de la filosofía Kant, empezó a tomar una identidad propia. A continuación, en nuestro recorrido histórico ahora recurrimos a la empatía de la mente para entenderla desde la fenomenología, la hermenéutica, la psicología y la neurología; estos son nuestros siguientes subcapítulos. Y, por otra parte, la empatía de la moral nos permite hacer un análisis ético para proponer a la empatía desde el desarrollo moral y desde algunas teorías sociológicas.

Con base en este recorrido histórico que hacemos de la empatía por el pensamiento occidental, conjugamos la empatía de la mente, de la estética y de la moral

para proponer el concepto de *empatía clínica* con la intención de crear un tipo de empatía que pueda ser utilizada en los espacios clínicos y que abone a la relación médico paciente. Nuestra *empatía clínica* se compone de una función más cognitiva que afectiva, dado que, un exceso de carga emocional podría crear una despersonalización o un desgaste profesional en los trabajadores de la salud. Pero la *empatía clínica* también cuenta con un quehacer ético ya que apunta directamente a la dimensión relacional de los sitios clínicos, para que sea esta capacidad un vehículo para resolver los dilemas éticos que acontecen en el acto clínico.

Por otra parte, es importante que mencionemos que la empatía a lo largo de la historia y en la actualidad tiene algunos conceptos similares y que en ocasiones entran en el mismo campo semántico o son usados de manera intercambiables; los principales son: la simpatía y la compasión. Nuestro análisis indica que, si entramos en la categoría de empatía y moral, podríamos decir en primer lugar y como algo más rudimentario, estaría la simpatía. En segundo lugar, a la empatía y en el tercer nivel más elevado, a la compasión. Sin embargo, nuestra *empatía clínica* contempla otra clasificación ya que la *empatía clínica* se da en un contexto de sufrimiento que es producido por las enfermedades. Entonces, el *sentir con* y el *sentir para*, derivan en dos tipos de reacciones: la angustia empática (sobrecarga) y la compasión (a la que también se le denomina preocupación empática) (Singer y Klimecki, 2014). A continuación anexamos un diagrama para que podamos visualizar esta clasificación.



La *empatía clínica*, en este sentido, permite un *sentir con*, un *sentir para* y un *sin sentir con angustia* con el propósito de reforzar el acto clínico y de romper las tensiones del tipo relacional que se generan entre médicos, pacientes y familiares. Es justamente esta premisa la que nos lleva a nuestro segundo apartado: La ética y la empatía en la práctica médica. Aquí, en primera instancia problematizamos a las éticas tradicionales que operan en el ámbito médico como la bioética y la ética médica. Estos tipos de éticas aplicadas operan desde principios abstractos que en ocasiones no son del todo suficientes para abordar y resolver los dilemas de los ámbitos clínicos que surgen desde la relación médico paciente. Como respuesta a esto, hacemos un análisis para proponer un *giro relacional* de médicos con pacientes y esto lo hacemos buscando *otras éticas* que se enfoquen en la dimensión interpersonal para generar un quehacer ético empático y en términos de relación y de apertura a la alteridad. Entonces, en este capítulo presentamos el pensamiento de Emmanuel Lévinas, para que desde la otredad, redefinamos la ontología médica y reconstruyamos al Yo médico y al Otro paciente. Lo que pretendemos es que podamos con la *empatía clínica* descubrir el rostro velado del Otro (paciente), pero sin despojarlo de su diferencia, ya que de ser así, un mal ejercicio empático podría caer en una apropiación o violencia.

Ahora bien, otro componente de análisis de nuestro segundo capítulo es la ética del cuidado. Esta ética nos permite crear una acción de cuidado médico y un ejercicio moral que no sólo se fundamente de la razón, sino también, de otras formas de conocimiento como las emociones, las narrativas y la imaginación. Precisamente aquí es donde nuestra *empatía clínica* tiene una función muy importante ya que es un vehículo para interpretar las emociones y las narrativas de los pacientes. Además, permite una forma de imaginación para crear ese *sentir para* los demás desde el quehacer médico. En resumen, nuestro segundo capítulo toma ideas de *otras éticas* para hacer un *giro relacional* entre pacientes y médicos, en el que mediante la *empatía clínica*, se pueda reforzar el acto clínico y evadir los dilemas relacionales.

En nuestro tercer capítulo, la empatía y la medicina actual, comenzamos haciendo una reseña de cómo se transformó la práctica médica en los últimos siglos. El desarrollo de las ciencias, la medicalización, la comercialización de la salud, la tecnología y la política son algunas de las variables que han transformado los roles de los médicos y de los pacientes y que además condicionan su relación, en este apartado exploramos estas variables que de manera transversal moldean y condicionan el ejercicio médico. Asimismo, la redistribución de poderes, saberes y exigencias abonan a las tensiones que se generan entre los dos principales personajes de los espacios clínicos. Una vez más, nuestra *empatía clínica* busca romper con estas fricciones. En este capítulo también analizamos cómo es que el personal de salud se enfrenta a las emociones que fluyen desde ellos mismos y desde sus pacientes y familiares. El tema emocional en la ética nos apunta directamente al pensamiento de Martha Nussbaum y por eso el uso de las

emociones en el personal de salud, a través de su línea de pensamiento, es una de nuestras otras secciones de este tercer capítulo.

Por otra parte, cuando hablamos de emociones y de *empatía clínica* hablamos de un proceso de interpretación, en este sentido, en nuestra siguiente parte del capítulo recurrimos al filósofo Paul Ricoeur para pensar al paciente como un texto que pide de una interpretación responsable con la intención de que se genere confianza y se dé un pacto de cuidado médico responsable.

Para finalizar, en nuestro análisis pasamos de las ideas éticas a lo mundano de los espacios clínicos para darle un toque de realismo a nuestra reflexión e intentar contestar ¿por qué es tan difícil que la capacidad empática se vea en el día a día de los espacios clínicos? Contestar esta pregunta podría ser algo ambiciosa, pero lo que intentamos es identificar los condicionantes de esta capacidad humana en el ejercicio clínico de tal manera que podamos prescribir algunas posibles soluciones.

Nota: En relación al lenguaje que utilizamos en esta tesis, creemos que es importante mencionar que cuando hablamos de médicos y pacientes, no hacemos una distinción de género. A pesar de que procuramos usar un lenguaje más incluyente como decir, personal de salud, cuerpo médico o gremio médico; la mayoría de las veces somos pragmáticos en el sentido de utilizar el lenguaje cotidiano. Sin embargo, estamos conscientes de la importancia y de la relevancia del lenguaje para hacer visibles y tangibles las particularidades de todxs.

Bibliografía

- Abraham, A. (2011). Care and compassion: Report of the health service ombudsman on ten investigations into NHS care of older people, fourth report if the health service commissioner for England. Obtenido en 2020, de <https://www.ombudsman.org.uk/sites/default/files/201610/Care%20and%20Compassion.pdf>
- Coplan, A., Goldie, P. (2014). *Empathy: philosophical and psychological perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Davis, C. M. (1990). What Is Empathy, and Can Empathy Be Taught? *Physical Therapy*, 70(11), 707-711. doi:10.1093/ptj/70.11.707
- Hojat, M. (2016). *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. Cham: Springer.
- Howick, J., Steinkopf, L., Ulyte, A., Roberts, N., & Meissner, K. (2017). How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. *BMC Medical Education*, 17(1). doi:10.1186/s12909-017-0967-3
- Meier, D. E., Back, A. L., & Morrison, R. S. (2001). The Inner Life of Physicians and Care of the Seriously Ill. *Jama*, 286(23), 3007. doi: 10.1001/jama.286.23.3007
- Oxley, J. (2014). *Moral dimensions of empathy: limits and applications in ethical theory and practice*. Reino Unido: Palgrave Macmillan.
- Singer, T., y Klimecki, O. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18). doi:<https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>
- Sánchez González, M. Á. (2008). *Historia, teoría y método de la medicina: Introducción al pensamiento*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Spiro, H. (2007). Foreword. En 930832774 729177091 M. Hojat (Autor), *Empathy in Patient Care* (pp. VII-XIII). New York: Springer.
- Svenaesus, F. (2014). The phenomenology of empathy in medicine: an introduction. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(2), 245–248. doi: 10.1007/s11019-014-9547-z
- Vilela Da Silva, J. (2016). Physicians Experiencing Intense Emotions While Seeing Their Patients: What Happens? *The Permanente Journal*. doi:10.7812/tpp/15-2

CAPÍTULO 1: La empatía en el pensamiento occidental

Introducción

Cuando hacemos un rastreo de la empatía en el pensamiento occidental, es importante tener en cuenta que este concepto complejo ha sido descrito, utilizado e interpretado de distintas maneras; por lo que entender su historicidad resulta transcendental en nuestro análisis. El objetivo principal de este capítulo no es describir a detalle la historia de la empatía sino, más bien rastrear y comentar este término en determinados momentos de su desarrollo, de modo que podamos cimentar y clarificar conceptos que son útiles para argumentar el vínculo que existe entre la empatía y la práctica médica. Es primordial que señalemos que en este recorrido a que estamos por comenzar, sólo incluiremos a los autores más representativos de la empatía en el pensamiento occidental así que iniciaremos por la filosofía griega y llegaremos hasta el pensamiento actual.

Nos parece importante resaltar que en la producción filosófica e intelectual de la empatía podemos clasificar, desde un punto de vista metodológico, dos tipos de autores: aquellos que describen y estudian a la empatía de manera explícita y quienes hablan de la empatía (o del ejercicio de conexión con los demás) sin hacerlo directamente. Igualmente, existen casos en los que la palabra se menciona o no se menciona, pero su definición se utiliza o se intercambia por otros conceptos. Por ejemplo, como un proceso de proyección, altruismo, vínculo, compasión o acuerdo (Agosta, 2014). Nuestro reto consiste en mapear la empatía para poder saber de dónde viene el concepto, cómo se ha formulado y qué disciplinas le han estudiado.

La filosofía griega

Cuando exploramos la filosofía griega encontramos que la empatía no fue analizada concretamente y tampoco fue considerada como una virtud (Swanger, 1993). Recordemos que para la ética clásica las virtudes son hábitos humanos que nos acercan a la felicidad y a la perfección. Por otra parte, en este período de la filosofía occidental, aún no se contaba con una distinción importante entre la simpatía, la empatía y la compasión; estos conceptos podían ser intercambiables y se encontraban en el mismo campo semántico. Sin embargo, el término griego: *empathēia*, conjuga los vocablos griegos de *en*, dentro, en él o en ello; y de *pathos*, lo que se siente, experimenta o se sufre; para referirse a la acción de vivir, experimentar o padecer con (Cañas-Quiros, 2020). Esta operación contemplaba un animismo, y la a vez, una vivencia de los sentimientos y emociones del otro desde uno mismo. Para los griegos, *empathēia* era una forma básica de conexión entre dos sujetos (Morgade, 2000).

Ahora bien, no se puede hablar de empatía sin hacer referencia a las emociones ya que este “sentir con” apunta directamente al ámbito emocional. Entonces, para poder vincular la filosofía griega con nuestro entendimiento de empatía es necesario señalar que los filósofos griegos fueron los primeros en describir las emociones en el mundo occidental.

En el diálogo platónico *Filebo*, se plantea una teoría sobre las emociones. Platón describió a la mente o al alma (*psique*) bajo tres ejes primordiales: el cognitivo, el afectivo y el apetitivo. Posteriormente, fue Aristóteles quién describió a la emoción como una afección del alma que puede ir acompañada de placer o de dolor y le otorgó una

condición funcional y a su vez parte de la condición natural (Casado y Colomo, 2006). Es aquí donde se fundamenta la importancia de las emociones en el pensamiento occidental, no obstante, parecería que esta reflexión sobre la categoría funcional de las emociones; se fue diluyendo con el tiempo, y sin duda, es difícil encontrarla en el discurso político, económico y científico de la actualidad.

Pero si regresamos a la filosofía griega, nos percatamos que las emociones eran primordiales ya que se creía que eran parte de nuestro *telos*. Por ejemplo, la búsqueda de la felicidad era para los griegos lo que le daba sentido y propósito al ser humano. Ahora bien, esta felicidad solamente se alcanzaba a través de las virtudes, las cuales eran consideradas como estados de carácter determinados por principios racionales que el ser humano de sabiduría designaba por adoptar y poner en práctica.

Entonces, nuestra exploración de la empatía en la filosofía griega nos ha apuntado primeramente a las emociones y hemos destacado su relevancia natural y funcional. Además, hemos vinculado a las emociones con las virtudes, y por esto, es necesario que prestemos atención a lo que los filósofos griegos propusieron sobre empatía (o lo relacionado con ella) en los contextos de la moral.

La filosofía de Platón (y por lo tanto en el pensamiento de Sócrates) no suelen vincular con la empatía. A pesar de que en la *República* se abordan temas relacionados con la filosofía de las cosas humanas como la justicia y las jerarquías sociales, no podemos encontrar argumentos que estén fuertemente vinculados con la empatía (o con sus términos intercambiables de la época), simpatía o compasión. Swanger (1993) utiliza la metáfora de la caverna de Platón para enfatizar que las personas que han sido iluminadas y liberadas de la ilusión de la caverna no regresan voluntariamente a esa

cueva para rescatar a quienes aún no están confinados a ella. Para Swanger, el conocimiento de Platón no contempla el ejercicio empático o la compasión. Es por esto, que podemos alegar que a pesar de que la obra platónica fomenta el ejercicio moral, en ésta no se encuentra a la empatía como una capacidad que le es útil a la sociedad o que puede ser conceptualizada como una virtud. Ahora nuestro análisis tendrá que avanzar en el tiempo y trasladarse del pensamiento platónico al de Aristóteles.

En las obras que se le atribuyen a Aristóteles como *Retórica*, *Problemas*, *Poética*, *Política* y *Ética Nicomáquea*; podemos encontrar vestigios del pensamiento empático. En *Retórica* se exploran algunos aspectos relacionados con el *ethos* y con los asuntos humanos. Recordemos que ya habíamos apuntado hacia una distinción entre el *ethos* y el *pathos*, no obstante, existe una fina línea que los divide y que a la vez permite relacionarlos entre sí; ya que la construcción del *ethos*, puede involucrar este *pader* con que define el *pathos*. Aristóteles nos habla sobre la compasión y la describe como un pesar que se da por la presencia de un mal destructivo que produce sufrimiento de una persona y también de quienes le rodean (Aristóteles y Bernabé, 2002). Este filósofo destaca que padecer de un mal puede ser considerado como un bien y define a la compasión como un medio transformador.

Pero Aristóteles también lleva a la compasión de algo transformador a algo nocivo ya que asevera que el *pader* con se puede mermar cuando una persona cree que un mal no puede afectarle, o bien, cuando se cree en la inmensa felicidad. En la filosofía de Aristóteles no hay lugar para un estado de armonía extremo en el que no se puede estar expuesto a padecer de ningún mal (*pathos*). Para El Filósofo, la compasión también se puede ver comprometida en las personas que padecen de la ira, de la soberbia y del

terror excesivo. Esto debido a que estos vicios hacen que sólo estemos pendiente de nosotros mismos, y por lo tanto, nos hacen no considerar al otro (Aristóteles y Bernabé, 2002). Sin duda este planteamiento se vincula con lo que ya señalábamos sobre la construcción de las virtudes en torno a las emociones. Los vicios son opuestos a las virtudes, y es por esto por lo que Aristóteles no los relaciona con el ejercicio empático, o con la acción de compadecerse. Otros ejemplos son: la indignación, la aflicción y la envidia (Aristóteles y Bernabé, 2002).

Aristóteles también señala que el ejercicio de la compasión se tiende a realizar hacia las personas con quienes compartimos un vínculo más fuerte, por ejemplo: familiares o personas con quienes se tienen en común la edad, estrato social o costumbres. Para El Filósofo lo que nos mueve a la compasión son las desgracias que nos parecen próximas y señala el hecho de que no solemos compadecernos de las personas que tuvieron desgracias en el pasado lejano. A partir de esto, es cómo podríamos explicar que la empatía no se detona de la misma manera en todas las personas y en todas las circunstancias.

En *Retórica*, Aristóteles definió la lástima, *eleos*, como un tipo de dolor proveniente del mal (Türk, 2008). Para este filósofo, la lástima y el miedo están fuertemente relacionados ya que señala que cuando nosotros tenemos miedo, recurrimos a la lástima para proyectar los malestares del otro en nosotros mismos y esto nos permite atribuirnos los afectos de los demás. Con base en esto y lo previamente descrito, es en donde Aristóteles plantea diferentes niveles del entendimiento del otro (lástima y compasión). Sin duda la filosofía aristotélica estratifica a la compasión y a la lástima en acciones que nos pueden acercar o alejar de las virtudes. Estos elementos nos permitirán entender

por qué otros filósofos propondrán una estratificación de la empatía (simpatía, empatía, compasión) para señalar distintos grados de acción moral.

En otro orden de ideas, la filosofía griega también asocia a la simpatía con la unidad que existía entre el cuerpo y el alma (Furstenberg, 2015). En *Problemas*, Aristóteles trata temas variados de medicina, fisiología, física, matemáticas y música. En el apartado de Medicina y Fisiología él incluye a la simpatía y a la compasión. Esta sección describe los efectos físicos y anímicos de la simpatía y se llegan a tocar algunos conceptos que van desde la repetición involuntaria de un gesto observado en otra persona hasta la compasión que se detona por el dolor de alguien (Aristóteles y Sánchez, 2004). Básicamente, en esta obra se rescatan dos puntos importantes. Primero, Aristóteles señala que la compasión se puede dar de manera natural en unos individuos y en otros no. Y segundo, comienza a realizar vínculos entre las funciones de la mente y los efectos que tienen en el resto del cuerpo. Esto sin duda tomará relevancia y formará parte de la intención que tienen las neurociencias de aportar evidencia científica sobre los actos morales.

Desde otra perspectiva, en *Poética*, Aristóteles describió la catarsis como una purga de las emociones (Spiro, 1992). Para nosotros esto está vinculado con la empatía puesto que habla de un proceso de externalización de los sentimientos y de un entendimiento de los sentimientos del otro. El filósofo describe que el poeta dedicado debe trabajar a los personajes que representa de tal manera que convenza con sus emociones o su simpatía natural (Aristóteles, Butcher y Fergusson, 1961). Por otro lado, en *Política*, Aristóteles continúa con su descripción de catarsis y hace referencia a aquellos que se inclinan por fuertes sentimientos de lástima en el proceso de purga de

los sentimientos. Haciendo referencia a la técnica hipocrática de purgación, Aristóteles señala que la purga descontrolada de las emociones se supone perjudicial para la *polis* (Türk, 2008). Con esto, Aristóteles plantea que la lástima no nos hace mejores personas, por el contrario, adjudica esta práctica como algo perjudicial para la sociedad.

En la *Ética Nicomáquea*, Aristóteles habla nuevamente de la compasión y lo hace en tres distintas intervenciones. Primero, cuando describe a las virtudes como un modo de ser y cuando define la naturaleza de estas mismas. Segundo, cuando define la responsabilidad moral en los actos voluntarios e involuntarios y, por último, cuando hace una extensa descripción de la amistad. En este análisis, podemos encontrar que Aristóteles contempla la percepción del otro al hacer posible que la amistad elimine las barreras o jerarquías que podrían existir entre las personas (Aristóteles y Bonet, 1985); esta última idea tomará más relevancia en la Edad Media.

Por otra parte, en la misma filosofía griega, los estoicos y los epicúreos también tuvieron una visión tipo naturalista para la simpatía y le dieron un rol muy importante. Al igual que Aristóteles, estos filósofos relacionaron a la simpatía con la conexión que hay entre el cuerpo y el alma. Pero, particularmente fueron los estoicos quienes llevaron esta simpatía a una dimensión cosmológica para explicar las interdependencias del mundo (Brouwer, 2015). Ellos postularon que las entidades del mundo están con una constante simpatía entre sí, entonces, plantearon a la simpatía como una posibilidad para la conexión de todo y para conceptualizar el mundo como un todo. Según los estoicos, el alma del mundo y todo lo material de este mundo está en un estado de interconexión mediante un círculo de simpatía.

Con lo que hemos analizado, podemos decir que los Estoicos son una fuente de inspiración para las ideas más modernas de empatía (interconexión con los demás), pero fue Aristóteles el filósofo que abarcó un campo más amplio para la empatía (y para sus variantes de la época como la compasión y la simpatía) y lo hizo claramente a través del lenguaje de las virtudes. Además, él vinculó a esta capacidad humana con los procesos naturales del cuerpo, con el ejercicio moral y con las relaciones entre personas. No queda duda que Aristóteles es un referente importante para interpretar el concepto de empatía que hoy tenemos. En sus diferentes obras podemos encontrar impresiones de la capacidad empática para el desarrollo de las virtudes tanto en la convivencia (aspecto relacional del *ethos* humano) y en la construcción de la moral (aspecto político de la completud moral en Aristóteles con su concepto de *Zoon Politikon*). En los antiguos griegos, la vida interior y la vida política y social estaban fuertemente vinculadas. Sin duda, esta conexión se ha diluido con el tiempo; la desvinculación de la ética con el *ethos* se ve claramente reflejada en muchos ámbitos, sin exentar al mundo médico y científico.

La edad media

Si bien es cierto que pudimos encontrar algunos vestigios de la empatía y de la compasión en la filosofía griega, la noción de estas cualidades fue introducida con mayor fuerza al mundo occidental a través de la influencia del judaísmo y posteriormente del cristianismo. La idea cristiana de que Dios es amor y que, por eso nos envió a su Hijo para salvarnos de nuestros pecados, influyó en la moral de la época (Slote, 2010).

Los herederos cristianos adoptaron la tradición judía sobre el amor a Dios y hacia el prójimo, y esto se perpetuó en la producción literaria y en las narrativas de la Edad

Media. Uno de los temas que retomó fuerza en esta producción fue el de la amistad; la consideración por las otras personas causó interés ya que se comenzaron a utilizar distinciones para establecer categorías de la amistad. Por ejemplo, algunas posturas definían la amistad como una forma egoísta para usar u obtener placer de los amigos, pero otras posturas se enfocaron en nociones de empatía y se fundamentaron en las virtudes del respeto y de la integridad (Morrison, 2013). Será importante prestar atención a esto ya que estas dinámicas de relación y las virtudes de la Edad Media se pueden ver reflejadas en el discurso de la profesión médica y en la relación médico-paciente.

Con las ideas de la amistad provenientes del pensamiento de Aristóteles, se logró abrir un panorama para hablar sobre los sentimientos del prójimo. Y por esto es importante reflexionar sobre la etimología de la palabra prójimo; del griego *geitona* y *plesion*, para referirse a lo que está próximo o cercano (Contreras, 2020). Irónicamente este prójimo (próximo o cercano), de pronto empezó a verse o sentirse como algo lejano. Entonces, desde la amistad, el amigo se convierte en una especie de alter ego que dio paso a identificar otras formas de alteridad (Aristóteles y Bonet, 1985). Por otra parte, en el glosario de sentimientos de la Edad Media, se incluía a la gentileza, la piedad, la misericordia y la clemencia. Con esto, había diferentes formas para distinguir algunas acciones o prácticas de la época como la condescendencia de los grandes, la simpatía de los estranguladores y el disfrute de los amigos (Morrison, 2013).

Como representantes de la época medieval destacamos dos pensadores importantes: San Agustín, quien se dio a la tarea de cristianizar la filosofía de Platón y Santo Tomas de Aquino quien se encargó de analizar la filosofía aristotélica (Betancourt, 2017). En este sentido, podemos decir que el pensamiento de Aquino tuvo un mayor

peso en el análisis de la empatía y la compasión. No obstante, fue San Agustín quién analizó la variabilidad moral de la lástima. Él se dio a la tarea de examinar el distanciamiento emocional que existe entre el yo y el sufrimiento del otro al estudiar la lástima y hacer una distinción entre la miseria y la misericordia (Blowers, 2010).

La manera en la que se vincula el pensamiento de Aquino con la empatía es mediante su pensamiento sobre la amistad y la justicia (Chanderbhan, 2013). Para Aquino la amistad estaba fuertemente vinculada con el amor, de hecho, era casi un opuesto de la concupiscencia o el pecado. Con la amistad hay un tipo de amor que se le tiene a las personas y que se deriva en una unión con ese amigo, en donde también hay un deseo de conocerle y de hacerle el bien (de Aquino, 1981).

Por otro lado, cuando hablaba de justicia de esta época, se contemplaba a la empatía ya que ésta ayudaba a perfeccionar las actividades humanas. Esto particularmente mediante el respeto y el desarrollo de cualquier otra virtud que se trabajara desde uno mismo. La justicia de Aquino es un hábito en el cual el hombre se entrega a cada uno mediante su voluntad constante y perpetua (Chanderbhan, 2013). En este sentido, la justicia resultaba una virtud fundamental para el desarrollo de las amistades. No podemos dejar al margen de nuestro análisis la conexión que tiene la justicia con nuestro rastreo de empatía, ya que la justicia es un eje fundamental de la ética principialista que opera en la profesión médica.

El humanismo renacentista

Cuando pasamos de la Edad Media al Renacimiento, es muy poco lo que logramos encontrar sobre la empatía. La noción que más se produjo (tanto en término

como en concepto) fue el de la simpatía y se dio en los trabajos que acarrearán la filosofía griega y los textos galénicos. Por otro lado, también se vinculó a la simpatía con los pensamientos que estaban relacionados con la magia, pero esto se disipó cuando el conocimiento se volvió más racional y de cierto modo científico (Moyer, 2015).

Fue en el renacimiento cuando se introdujo un nuevo tipo de conocimiento humanístico y el término de simpatía se usó para referirse a las emociones humanas. Pero también se le encontraba en el lenguaje de los médicos-filósofos de la época, ya que se le atribuían a la simpatía los procesos mentales y de las sensaciones que produce en el cuerpo (Amaral, 1987). Lo interesante de la simpatía (*sympatheia*) en los textos galénicos, es que se habla de ella en contextos de naturaleza y de disfuncionalidad del cuerpo. Quizá esto en parte se debe a que las enfermedades o afecciones del cuerpo tienen como origen el término *pathé*, lo que el cuerpo o sus partes sufren (Holmes, 2015).

Por otro lado, gran parte del trabajo que se produjo de simpatía durante el renacimiento provino de su traducción del griego al latín (*sympathia*), y al mismo tiempo, los términos de compasión (*compassio*) y armonía (*harmoinia*) fueron utilizados de forma similar (Moyer, 2015). Esto indica que el conocimiento renacentista no se enfocó particularmente ni en la simpatía ni en la compasión y se trabajó desde muchos ejes. No olvidemos que previamente advertimos que estos términos junto con el de empatía fueron e inclusive siguen siendo intercambiables. Durante el renacimiento la producción literaria se encargó de renovar los textos medievales y los autores italianos se dieron a la tarea de popularizar sus publicaciones. Con esto, surgieron los *libros de los secretos* para compartir remedios médicos, la explicación de fenómenos naturales y algunas curiosidades (Moyer, 2015). El diverso contenido de estos textos era como una forma

inmadura del método científico y en ellos también podemos rastrear a la simpatía. Las simpatías y antipatías eran descritas como capacidades que muestran las virtudes que se encuentran ocultas en el mundo y que permiten la extracción de una cosa de otra (Baptista, 1658).

En resumen, la simpatía del renacimiento provino de los textos antiguos de la filosofía griega, de la medicina galénica y de la filosofía moral cristiana. Pero en este período del pensamiento occidental, no hubo una fuerza de conocimiento importante que trabajara la empatía que nosotros estamos rastreando. Sin embargo, era pertinente mencionar esta etapa ya que consideramos que el espíritu racional del ser humano de esta época, dejó fuera el juego de otras posibilidades y elementos constitutivos como la empatía. Entonces, si llevamos esta idea al ámbito médico actual, encontramos que éste se encuentra llena de métodos y de pensamientos científicos basados en una racionalidad que deja de lado el aspecto esencial de la empatía.

La ilustración escocesa

Durante el siglo XVIII en Escocia se produjo un movimiento intelectual que produjo un desarrollo científico y cultural, conocido como la Ilustración Escocesa, que se extendió por todo Europa. David Hume fue uno de los principales pensadores de esta época y formuló su conocimiento con base en la experiencia, la percepción y la imaginación. Esto será fundamental para entender cómo opera el entendimiento de la empatía en los siguientes períodos del pensamiento occidental. Su filosofía sobre la mente describe que existen dos tipos de percepciones de la mente humana; las impresiones y las ideas. La diferencia radica en la fuerza y vivacidad con la que se presentan en nosotros mismos

y en cómo se abren camino en nuestros pensamientos y en nuestra conciencia (Hume y Vaqueira, 2001). Con impresiones, Hume se refiere a la percepción inmediata de la realidad externa a través de los sentidos, y con ideas, se refiere al recuerdo de una impresión. Con base en este planteamiento es como Hume también hizo un análisis metafísico de las emociones y de cómo se estructuran en nuestra mente. Hume fue uno de los primeros filósofos en hacer una distinción entre el objeto de una emoción y su causa. Él sostuvo que una emoción es anticipada por una idea que la causa y seguida por una que causa (Wispé, 2010).

Por otro lado, Hume (2001) también describe las causas y el por qué de la simpatía. Para él, el origen de la simpatía radica en nuestra naturaleza humana de querer congeniar con otros y de recibir por comunicación sus inclinaciones y sentimientos a pesar de que sean diferentes a los de nosotros. Ahora bien, cuando una afección o dolencia es producida por simpatía, ésta es primeramente conocida por los efectos de las manifestaciones externas. Entonces esta idea primeramente se convierte en una impresión y luego adquiere un grado de fuerza y vivacidad para convertirse en una pasión, y a su vez, en una emoción igual a la de una afección original (Hume y Vaqueira, 2001). Todo esto responde a una estructura de reacciones; primero hay un estímulo aferente (impresión) y luego esto se convierte en una reacción (emoción).

Ahora bien, para Hume (2001) nuestras afecciones también pueden depender de nosotros mismos y de nuestras operaciones internas (o del espíritu), y en este sentido, podemos experimentar las opiniones y afecciones de los demás. Con esto, Hume sutilmente vincula su interpretación de simpatía con la moral, con la noción de

benevolencia, con el amor, con el deseo de felicidad y con la aversión a la miseria (Wispé, 2010).

En la simpatía que ya describimos de Hume existe una conversión de una idea a una impresión, no obstante, la manera en la que podemos conectar su pensamiento con la empatía es a través de un proceso en el que primero se da una forma de receptividad de las ideas e impresiones y que después se genera un entendimiento del carácter que define las relaciones humanas en el que el observador se encuentre de una manera distante y que genere una respuesta benévola al otro individuo en un contexto interpersonal (Acosta, 2014).

Otro pensador muy importante de la ilustración escocesa fue Adam Smith, en su obra más famosa: *Teoría de los sentimientos morales*, explora la posibilidad de una vida con prudencia, justicia y benevolencia. En su pensamiento podemos encontrar el concepto de la simpatía como elemento de la interacción social donde predomina el orden y la justicia (Wispé, 2010). De hecho, la simpatía es el eje central en la teoría moral de Adam Smith. La simpatía es el sustrato para la socialización humana, y a la vez, ésta no se podría dar sin que exista una sociedad como tal. Además, la experiencia de las emociones de los otros conlleva un proceso deliberado que recurre a la imaginación para ponernos en la situación de los demás. Entramos por así decirlo en su cuerpo y nos convertimos en la otra persona. Para Smith puede que esto no se dé en un grado o nivel similar, pero tampoco es del todo diferente. El concepto de espectador imparcial permite agregar el componente de la razón para consolidar la aprobación moral (Wispé, 2010). Esto resulta interesante en la medicina ya que el médico podría representar un espectador imparcial cuando tiene una aproximación con sus pacientes.

Por otro lado, Smith comienza por describir la naturaleza de la simpatía al decir que el hombre naturalmente es incapaz de desinteresarse de la suerte de los otros y que la felicidad ajena le es necesaria, aunque no obtenga nada a cambio. En este sentido, la lástima y la compasión provienen de esta misma naturaleza ya sea cuando la vemos o cuando se nos obliga a imaginarla. Quizá la simpatía también primitivamente provenga de esta naturaleza, no obstante, puede utilizarse para significar un común interés por una pasión o una acción (Smith, Nicol y O'Gorman, 1941). Smith plantea que para poder simpatizar con un individuo en particular, es necesario que tengamos algún tipo de conocimiento o contexto que esté detonando las emociones experimentadas e imaginadas. En relación con esto, es más fácil simpatizar con las personas con quienes tenemos una mayor proximidad (Smith, Nicol y O'Gorman, 1941). Aquí nuevamente se vincula con el concepto del *espectador imparcial*.

La filosofía kantiana

Ahora sabemos que empatía es un término complejo que históricamente podemos rastrear hasta la filosofía griega y que posteriormente se reformuló en el medioevo a través del cristianismo y pasó después al renacimiento y a la ilustración. Para los fines de este trabajo, y con la finalidad de ser concretos y establecer las épocas y autores más importantes para una comprensión profunda de la empatía hasta nuestros días, nuestras reflexiones apuntan a la filosofía kantiana para entender a la empatía en el estudio de la moral y de lo estético. Immanuel Kant fue el filósofo de la Ilustración que abordó la ética desde una perspectiva que se opone a definir este ejercicio como un sistema de reglas o normas. Para Kant el uso de la razón es fundamental cuando

definimos nuestros actos y deberes. Él postuló el imperativo categórico para definir las obligaciones morales que se derivan del intelecto (Lindemann, 2019), ya que, para él, la razón debe distinguirse de nuestros deseos al momento de tomar decisiones.

Ahora bien, la empatía en Kant tampoco es explícita y amerita de un proceso reconstructivo tanto de lo moral como de lo estético (Agosta, 2014). Para esto, es necesario que prestemos atención a lo que Kant describe como los sentimientos que son universalmente comunicables. Kant plantea la comunicabilidad del sentimiento estético al describir que somos capaces de anunciar nuestras cogniciones y por consiguiente nuestros sentimientos y actos imaginativos (Yébenes, 2020). De esta manera es como proponemos que Kant abre una puerta para contemplar la posibilidad del ejercicio empático. Por otro lado, la concepción moral de Kant da lugar a los conceptos de simpatía y compasión mediante el máximo de la benevolencia. En la *Doctrina de la Virtud*, él discute sobre los deberes de la bondad con las personas (Pauer-Studer, 1994). Allí Kant afirma que es deber de todo hombre ser benéfico con los demás. Para lograr esto, según Kant, se debe recurrir a la compasión y a la simpatía para fomentar la beneficencia activa y racional (1994). Como un deber indirecto, la ética kantiana logra vincular a la compasión con el conocimiento propio del ser y le da una relevancia moral a la preocupación por el otro y a la compasión para llegar a fines en torno a la Ley Universal.

La empatía y la construcción del concepto moderno

A partir de ahora, nuestro recorrido histórico sobre la empatía no será lineal ya que haremos saltos en el tiempo y esto se debe a diferentes razones que más adelante

discutiremos. Por ahora es fundamental que ahondemos en cómo se creó el concepto y la definición de empatía que hoy en día conocemos. Ya sabemos que los griegos tenían un término para describir el ejercicio empático (*empathia*). Sin embargo, a inicios del siglo XX, se utilizó el concepto artístico alemán de *Einfühlung* que se fragmenta en: “*Ein*”, dentro y “*Fühlung*”, sentir. Esta noción alemana derivó de la filosofía Kantiana y establece que los componentes de las obras artísticas pueden producir sensaciones que son mediadoras entre los sentimientos y los pensamientos (González, 2012). La indagación de la capacidad de sentir, a través de las obras de arte, permitió entender el mundo interior del artista y dio lugar a pensar cómo y qué era lo que se transmitía. Posteriormente esta reflexión sobre las obras de arte fue trasladada nuevamente a la dimensión moral.

El concepto de *Einfühlung* se le atribuye al filósofo y psicólogo alemán Theodor Lipps, quien establece que el sentimiento o la emoción convierte la actividad perceptiva en una experiencia y que esto puede ser una fuente de conocimiento sobre los otros. La empatía de Lipps nos indica que nosotros conocemos a los demás mediante una especie de unión que tenemos, pero con un sentido de proyección personal (Muñoz, 2017). A su vez, el psicólogo americano Edward Titchener en 1909 decidió que el término en alemán *Einfühlung* debería tener un equivalente en inglés. Para esto, él se basó en la palabra griega de *empathia* para formular la palabra en inglés *empathy* (Krznic, 2015).

Esta complejidad lingüística amerita de cierto desentrañamiento y de estructura ya que el estudio de la empatía tomó diferentes enfoques desde el humanismo renacentista e inclusive lo sigue haciendo en la actualidad. De hecho (como ya

mencionamos antes), la empatía también fue propuesta desde el mundo artístico. Para el filósofo británico Gregory Currie (2011) este entendimiento que surgió desde las obras de arte y que tomó fuerza en el siglo XVII se diluyó cuando el concepto de *Einfühlung* fue explicado desde la filosofía y la psicología. No obstante, todavía podemos ver algunas investigaciones que retoman la noción de la empatía en la estética y que se centran en las emociones que se generan a través del arte, por ejemplo, en la literatura, en el cine y en la fotografía (Leyva et al, 2020).

La empatía de la mente, de la estética y de la moral

Hasta ahora, hemos mencionado una serie de nociones de empatía por lo que, para el análisis posterior, nos resulta pertinente ordenarlas en una clasificación propuesta por Coplan y Goldie (2014) con el fin de analizar y entender esta capacidad humana desde diferentes enfoques. La producción filosófica que aconteció después de la Edad Media, permitió que diferentes disciplinas estudien a la empatía y que se explique de maneras diferentes. Para estos autores, una manera de representar el estudio de la empatía es dividirla en tres dimensiones: *empatía y mente*, *empatía y estética*, y *empatía y moral*. Debido a esta clasificación es que previamente advertimos que nuestro recorrido histórico podría ser oscilante y con algunos saltos en el tiempo, pero consideramos que es la mejor manera de clasificar los diferentes enfoques que tiene empatía.

Empatía y hermenéutica

Para comenzar con las dimensiones de mente y estética destacamos que la hermenéutica ha sido vinculada con el ejercicio empático (Walshaw y Duncan, 2015), sin embargo, no siempre ocurrió de esta manera. El trabajo hermenéutico tradicional o *el arte de interpretar* que surgió desde antes del siglo XVII no utilizaba precisamente la empatía como tal. Ésta se reducía a traducir e interpretar las escrituras sagradas u obras artísticas. Posteriormente, los hermeneutas tradicionales como Schleiermacher limitaron la empatía a un proceso pequeño capaz de contribuir en la interpretación de las obras, pero sólo en los casos en donde el emisor y el receptor sean similares. Es por esto por lo que se pensaba que la empatía no podía contribuir en el proceso de interpretar a autores (o a personas) con un lenguaje o bagaje cultural diferente (Stueber, 2016).

Ahora bien, la manera más común en la que la empatía fue vinculada con la hermenéutica se dio a través del concepto alemán de *Verstehen* que es traducido como entendimiento, y que fue desarrollado por el filósofo alemán Wilhelm Dilthey. Este pensador creía que la comprensión del otro se da mediante la interpretación de las expresiones de vida que se manifiestan en la conducta y en su cultura. Para Dilthey la vida humana se expresa desde referentes históricos que dan sentido a sus creencias, acciones y manifestaciones culturales (García, 2018), es decir, la vida interior del hombre se puede interpretar desde las humanidades y desde las ciencias sociales (Palmer, 2002). El *Verstehen* también fue descrito en el campo de la estética ya que el *entendimiento* se solía ejemplificar con los objetos inanimados y con las obras artísticas (Currie, 2011).

La empatía en la fenomenología

Aunque no hay un corte como tal entre la hermenéutica y la fenomenología e incluso podemos encontrar autores como Paul Ricoeur cuya propuesta ética parte de una hermenéutica fenomenológica, sí podemos hacer un esquema histórico que nos permita ser más cuidadosos y rigurosos con la reflexión ética posterior. Desde este punto de partida, vemos cómo la hermenéutica fue llevada a un plano más ético y filosófico. Autores como Ricoeur y Gadamer se basaron en la fenomenología para postular que el proceso hermenéutico es un modo de entender cómo se experimenta la realidad y se tiene sentido del mundo (Ricoeur y Corona, 2004). Bajo esta noción, la hermenéutica se convirtió en un proceso epistemológico, sin embargo, no fue muy clara la relación de la empatía con este proceso interpretativo y epistémico (Coplan y Goldie, 2014).

En los inicios del siglo XX, podemos encontrar que otros autores trabajaron la empatía desde la fenomenología y estudiaron cómo ésta se manifiesta directamente en la consciencia. El principal ponente fue Edmund Husserl; quien describió la experiencia de lo extraño (no-yo) (Agosta, 2014). La empatía de Husserl (1979) es un modo de conciencia mediante la cual directamente se hacen experiencia propia los pensamientos, las emociones y los deseos de los demás. Esto explicado mediante las cinestésias, es decir, mecanismos que forman parte de los movimientos de nuestro cuerpo, pero que también contribuyen a la percepción o exhibición de una cosa permitiendo su constitución espacial (Canela, 2013). Además, este filósofo alemán trabajó con el concepto de intersubjetividad como el problema de las mentes de otros y

lo vinculó con la empatía. Esta intersubjetividad, después nos llevará a aterrizarla en el plano de la medicina como este ejercicio de tratar de comprender lo que la otra persona vive.

La empatía en los orígenes de la psicología

Es importante que contextualicemos que a finales del siglo XIX la racionalidad se quedó al margen del empirismo y tanto el positivismo y el psicologismo tomaron fuerza en la filosofía y en la ciencia (García, 2007). Como ya hemos descrito antes, el origen del término *Einfühlung* se formuló desde la estética y desde la psicología a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX, para explicar cómo la gente experimenta los objetos estéticos, pero también para describir cómo es que conocemos a los otros en términos mentales. Probablemente Lipps también se basó en el concepto de simpatía de Hume y de Smith para darle paso a estas capacidades en el mundo de la psicología. El mismo Freud admitió haber sido fuertemente influenciado por Lipps y por los filósofos de la tradición hermenéutica, para explicar la atribución de los estados mentales a otros (Copla y Goldie, 2014).

En el pensamiento de Freud el desarrollo de la empatía es escaso y algo complicado ya que su trabajo no fue traducido con los términos correctos de empatía. Sin embargo, el ejercicio empático de Freud se puede observar levemente en su técnica psicoanalítica, en la comprensión interhumana y en lo que desarrolló sobre el arte narrativo (Agosta, 2014). Lo más rescatable sobre empatía en su obra, lo podemos encontrar en *Psicología de las masas y el análisis del yo*. Aquí Freud describe que el ejercicio empático juega un papel importante en nuestra comprensión de lo que es

inherentemente extraño a nuestro yo en otras personas (Freud y Strachey, 2011). No obstante, él limitó estos efectos emocionales de la identificación y los dejó un lado de su vida intelectual. Inclusive en la manera en la que se hace terapia ya que, para Freud el psicoanalista se debe situar con una perspectiva separada (Copla y Goldie, 2014).

Las neurociencias y la psicología moderna

Desde otro orden de ideas, la empatía de la mente es estudiada empíricamente a través de la neurología, de la psicología clínica y de la psicología social. Según las neurociencias la empatía depende de funciones neurológicas tanto supra como infratentoriales y también está involucrado el sistema nervioso autónomo (Decety y Ickes, 2011). Uno de los principales investigadores de esta noción es el neurocientífico Jean Decety (2011) quien, a través de estudios de imagen cerebrales ha visualizado y documentado la empatía en términos cerebrales, adaptativos y de neuromodulación.

Por otra parte, Decety también ha colaborado con el psicólogo social Daniel Batson (2011) para explicar que la empatía puede ser tanto afectiva como cognitiva. Es decir, la empatía afectiva involucra una respuesta física y un contagio de las emociones. Mientras que la empatía cognitiva lleva la percepción a un nivel más reflexivo e intelectual. Batson plantea que por lo menos existen ocho tipos diferentes de entender y explicar la empatía, entre los que se incluyen la razón, el dolor, el contagio emocional, la proyección intuitiva, la imaginación y la historicidad del otro.

Otro modelo biológico de la empatía es el propuesto por el psicólogo y primatólogo Frans de Waal (2008). Él propone un sistema de diferentes niveles de empatía a manera de capas que hacen alusión a una muñeca rusa. En primer lugar, de Waal describe el

contagio emocional como una manera de conexión primitiva (heredada del reino animal) y con un sustrato genético. Este nivel involucra una angustia personal detonada por la percepción de lo otro. Después, en un nivel más evolutivo, la segunda capa de la muñeca rusa es representada por la preocupación simpatética. Aquí se sigue percibiendo una angustia producida por la otra persona, sin embargo, ahora hay un cuestionamiento sobre la causa de las emociones del otro. Y por último, en tercer lugar, Waal describe la toma de perspectiva empática que acontece cuando se empatiza y se entiende al otro y además se adopta su punto de vista. Estas aportaciones claramente demuestran un sentido moral en el reino animal y esto posteriormente dará la posibilidad en nuestro análisis a nuevas formas de ética. Una ética más natural y no artificial, pero sin caer en el mero reduccionismo de que sea puramente naturalizada.

La empatía y el desarrollo moral

Ahora bien, en este análisis de la empatía propuesto por Coplan y Goldie hemos ya analizado la empatía y su vínculo con la mente, así como la empatía en la dimensión estética. Ahora nos toca abordar la empatía en términos de la moral. Aquí se pueden describir diferentes matices o niveles de empatía. Para Martha Nussbaum (2009), cuando hablamos de empatía indefectiblemente nos referimos a las emociones y al ejercicio que hacemos de reconstrucción imaginativa de la experiencia de otra persona. Si pudiéramos poner una ponderación moral para este proceso, en primer lugar, insertaríamos a la simpatía. Nussbaum plantea que en el acto de simpatía existe una indiferencia hacia el otro, y, por lo tanto, un pobre ejercicio moral. Por otro lado, en un nivel más avanzado y por arriba de la propia empatía, está la compasión. La compasión

involucra la misma reconstrucción de la empatía, pero en un nivel más intenso que sugiere un grado superior de las emociones por parte de las personas que las experimentan y también por parte de quienes las interpretan. Esto tendrá que ser reflexionado en nuestro análisis ético ya que tendremos que definir si el ejercicio de la profesión médica deberá elegir entre una medicina empática versus una medicina compasiva.

Por otra parte, desde otra dimensión deontológica también podemos retomar algunos conceptos de empatía, por ejemplo, el de empatía cognitiva, para proponer que este ejercicio es socialmente beneficioso (Decety y Jackson, 2004). El contagio de las emociones se puede extrapolar a fenómenos sociales y socioeconómicos con el objetivo de que la empatía nos permita experimentar situaciones de vida en donde se profundice el análisis de las estructuras sociales de poder que propician disparidades. Esta acción es definida por la socióloga Elizabeth Segal (2011) como empatía social y está ligada con el concepto de empatía interpersonal. Este tipo de empatía tiene el objetivo de establecer un sentido de supervivencia y de conexión colectiva que se traduce a relaciones más sanas entre personas. La empatía social aspira al desarrollo moral y a la generación de justicia social. Para Segal (2011) la falta de empatía social e interpersonal deja un sustrato para el desarrollo del acoso, del prejuicio, de la violencia, del racismo, de la desconfianza, del narcisismo y del estancamiento o de la destrucción cultural. En contraste, la empatía social es un catalizador para generar justicia social; pero para que esto pueda acontecer, se necesita de un verdadero ejercicio empático en donde se encuentren la respuesta afectiva, la cognición y la toma de acciones de manera consciente. Estos tres factores generarían según Segal (2011)

un sentido de responsabilidad social para poder alcanzar la justicia. Notemos como el término de justicia a lo largo de todas las dimensiones de empatía y desde sus inicios siempre ha sido fuertemente vinculada a ella.

En otro orden de ideas, el modelo de empatía social se ha formulado para contestar a las siguientes preguntas: ¿Por qué algunas personas tienen empatía respecto al bienestar de los demás y otras no? ¿Cómo entiende la gente las circunstancias de vida de personas que son diferentes de ellos? ¿Cuál es el impacto en nuestras políticas sociales cuando hay comprensión de las personas que son diferentes? ¿Cómo desarrollan las personas el interés y la capacidad para considerar el individuo y problemas sociales? (Segal, 2011). Bajo el entendido de estas preguntas, la empatía social se propone también en términos de construcción social, es decir, se puede entender y proponer mediante procesos de socialización. Llevar esta idea al mundo médico podría ser muy revelador ya que el profesionalismo médico y sus valores se aprenden y se ejercen a través de estos procesos de socialización (Coulehan, 2005).

En este sentido, el concepto de empatía también ha sido desarrollado como un constructo social y es considerado como un componente fundamental en las disciplinas que se dedican directamente a lidiar con personas (ejemplo, enseñanza, medicina, enfermería). Ahora bien, la justicia y la mejora social están vinculadas con la moral y con la capacidad de ejercer una empatía colectiva (King, 2011). Bajo este entendimiento, la empatía también puede ser considerada como un vehículo para el desarrollo moral (Gibbs, 2014). Pero tenemos que ser cautelosos con el vínculo que se le da a la empatía y el desarrollo moral. Para el psicólogo Jamil Zaki (2018) la empatía es compleja pero útil como brújula moral, sin embargo, ésta también puede sesgar o

potenciar algunos motivos ocultos de la persona que ejerce la “empatía”. Para el profesor en filosofía Jesse Prinz (2011) la empatía también puede interferir con los fines de la moral, ésta no debe ser el centro de la formación moral y se debe tener cuidado con las emociones que fueron empatizadas. Este autor, al igual que Nussbaum, hace una fuerte distinción entre la simpatía y la empatía.

Las ideas de Prinz (2011) se basan en argumentar que la empatía no es necesaria para las capacidades que constituyen la competencia moral básica. Para él, uno puede adquirir valores morales, hacer juicios morales y actuar moralmente sin empatía. Bajo esta noción, un concepto reciente añadido a este vasto espectro de definiciones, es el de anti-empatía. A través de la fenomenología, Michela Summa (2017) explica que la empatía es un fenómeno estratificado y que su ejecución se puede derivar en la imaginación y confundirse en la experiencia del individuo que está “empatizando”. Además, puede tener un componente de proyección e inclusive de usurpación de las emociones.

En este mismo orden de ideas, el psicólogo Paul Bloom (2018) también hace una distinción moral entre la empatía y la compasión. Para él, el ser buenas o malas personas no tiene nada que ver con la presencia o ausencia de empatía. De hecho, propone que desde un punto de vista moral, estaríamos mejor sin ella y no podemos atribuirles a los problemas sociales la falta de empatía. La empatía es un sesgo que nos orilla a centrarnos sólo en ciertas personas y en el aquí y en el ahora. También deja por un lado las consecuencias a largo plazo y a las personas con quienes no podemos empatizar. Esto no quiere decir que Bloom descarte por completo el uso de la empatía en el ejercicio moral, lo que él verdaderamente propone es hacer un ejercicio más

consciente y deliberativo en el razonamiento de las decisiones que tomamos en el rubro de lo moral. También hace un análisis de las emociones y de cómo éstas pueden inferir en nuestras acciones morales.

Bloom (2018) está consciente de la crítica contemporánea que plantea que nuestras acciones y juicios morales provienen de procesos neuronales que no podemos controlar ya no son accesibles para nuestro estado consciente (sentimientos viscerales, ira, disgusto, amor y empatía). En este sentido, Bloom (2018) afirma que no somos jueces en la toma de decisiones, mas bien, somos abogados dando explicaciones de las acciones que ya hemos hecho.

Es así como Bloom (2018) matiza la evidencia sobre el origen del entendimiento moral y su relación con procesos de selección natural. Sin duda su pensamiento destaca el poder de las emociones en el desarrollo moral pero también la capacidad que tenemos para poder controlar estas emociones que se nos presentan. De cierto modo, Bloom cuestiona los sistemas éticos tradicionales que sólo favorecen el intelecto y propone otros modelos morales para buscar la justicia en donde se contemple a las emociones, pero sin caer en el entendimiento que el ejercicio empático lo es todo.

Conclusiones

Este recorrido que acabamos de realizar sin duda es complejo ya que el concepto de empatía con sus diferentes matices ha sido utilizado de manera desigual en los diferentes marcos históricos. La construcción de este concepto que hemos obtenido del pasado sin duda también tiene componente interpretativo ya que hemos estado evocando del pasado lo que necesitamos saber sobre la empatía en el presente.

Cuando pasamos por el mundo griego, la Edad Media, el Renacimiento y la Ilustración, es más común que encontremos los conceptos de simpatía y de compasión. No obstante, la decodificación de los pensamientos y de los términos nos permitió encontrar vestigios de empatía. Fue prácticamente hasta el siglo XX cuando se acuñó el término de empatía que hoy en día conocemos.

A partir de aquí, el estudio y entendimiento de la empatía tomó muchos rumbos disciplinares y por eso decidimos clasificar su entendimiento en mente, estética y moral. Para estudiar y entender la empatía de la mente es necesario recurrir a la hermenéutica, la fenomenología, las neurociencias y la psicología. La empatía de la estética resulta importante principalmente para entender la construcción del concepto desde el pensamiento alemán, pero también lo podemos hacer desde la hermenéutica tradicional.

Por último, la empatía y moral, es fundamental para entrar al debate moderno sobre el ejercicio y desarrollo moral. Esto será fundamental en nuestro análisis de la empatía en el ejercicio médico. Muchas son las posturas para sustentar o refutar el rol que tiene la empatía sobre las acciones morales. Será fundamental en esta investigación que sepamos identificar qué tipo de empatía estaremos trabajando para proponerla desde la ética y la transdisciplinariedad en la profesión médica.

Bibliografía

- Agosta, L. (2014). *A rumor of empathy: Rewriting empathy in the context of philosophy*. New York: Palgrave Macmillan.
- Amaral, P. (1987). Harmony in Descartes and the Medical Philosophers. *Philosophy Research Archives*, 13, 499-556. doi:10.5840/pr1987/19881322
- Aristóteles, & Bernabé, A. (2002). *Retórica* (págs. 46-47), (págs. 167-183). Madrid: Alianza.
- Aristóteles., Butcher, S., Fergusson, F. (1961). *Aristotle's Poetics*. (pág. 12). New York: Hill and Wang.
- Aristóteles, & Bonet, J. (1985). *Ética nicomaquea*. (págs. 111-115) (págs. 165-181). Madrid, España: Editorial Gredos
- Aristóteles, & Sánchez, E. (2004). *Problemas* (págs. 12-22) (págs. 136-141) (págs. 415-422). Madrid: Gredos.
- Baptista Porta, J. (1658). Of Sympathy and Antipathy, and that by them we may know and find out the virtues of things. In *Natural Magick* (pp. 21-23). London.
- Batson, D., & Ickes, W. (2011). These Things Called Empathy: Eight Related but Distinct Phenomena. In 1093353713 828719560 J. Decety (Ed.), *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 3-15). Cambridge (MA): The MIT Press. doi:https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0002
- Betancourt, R. (2017). Redescubrimiento y asimilación de la doctrina aristotélica en Tomás de Aquino. *Estudios, Instituto Tecnológico Autónomo De México*, 121(15), 55-75
- Bloom, P. (2018). *Against empathy: The case for rational compassion*. (págs. 7-45). London: Vintage.
- Blowers, P. M. (2010). Pity, Empathy, and the Tragic Spectacle of Human Suffering: Exploring the Emotional Culture of Compassion in Late Ancient Christianity. *Journal of Early Christian Studies*, 18(1), 1-27. doi:10.1353/earl.0.0313
- Brouwer, R. (2015). Stoic Sympathy. In 1399654312 1020851932 E. Schliesser (Ed.), *Sympathy a history* (págs 15-35). Nueva York: Oxford University Press.
- Casado, C., Colomo, R. (2006). Un breve recorrido por la concepción de las emociones en la Filosofía Occidental. *A Parte Rei. Revista De Filosofía*, 47. Recuperado de: <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/>

- Canela Morales, L. A. (2013). El concepto fenomenológico de cinestesia y la correlación con las secuencias del campo visual: Un análisis a las lecciones de Cosa y espacio de 1907. *Revista De Filosofía*, 751-765. doi:<https://www.revistadefilosofia.org/47-42.pdf>
- Chanderbhan, S. (2013). Does Empathy Have Any Place in Aquinas's Account of Justice? *Philosophia*, 41(2), 273–288. doi: 10.1007/s11406-013-9429-2
- Cañas-Quirós R. (2020). La psicopedagogía de la empatía. *Acta Académica*, 29(Mayo), 37-44. Recuperado a partir de <http://revista.uaca.ac.cr/index.php/actas/article/view/574>
- Contreras Opazo, A. (2020). El prójimo como lugar teológico cultural. *Cuadernos Judaicos*, 37, 40-47.
- Coplan, A., Goldie, P. (2014). *Empathy: philosophical and psychological perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Coulehan, J. (2005). Viewpoint: Today's Professionalism: Engaging the Mind but Not the Heart. *Academic Medicine*, 80(10), 892-898. doi:10.1097/00001888-200510000-00004
- Currie, G. (2014). Empathy for Objects. Coplan, A., Goldie, P. (Ed.), *Empathy: philosophical and psychological perspectives*. (82-98). Oxford: Oxford University Press.
- De Aquino T, (1981). *Summa Theologica*. (pág. 944) (págs.. 1667.-1688). Christian Classics Library.
- Decety, J., Ickes, W. J. (2011). *The social neuroscience of empathy*. Cambridge (MA): The MIT Press.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71–100. doi: 10.1177/1534582304267187
- de Waal, F. (2008). Putting the Altruism Back into Altruism: The Evolution of Empathy. *Annual Review of Psychology*, 59(1), 279–300. doi: 10.1146/annurev.psych.59.103006.093625
- Frank, R. H. (2001). *Cooperation through emotional commitment*. R. M. Nesse (Ed.), Vol. 3 *The Russell Sage Foundation series on trust. Evolution and the capacity for commitment* (p. 57–76). Russell Sage Foundation.
- Freud, S., & Strachey, J. (2011). *Group psychology and the analysis of the ego*. (pág. 19) United States: University of Michigan and the Online Distributed Proofreading Team.
- Furstenberg, C. (2015). La empatía a la luz de la fenomenología: Perspectivas en el contexto del cuidado. *Rvista Latinoamericana De Bioética*, 15(2), 29th ser., 26-41.

- García Caballero, L. (2007). La hermenéutica fenomenológica de Paul Ricoeur : Una introducción a su pensamiento. *Catálogo De La Biblioteca Eduardo García Maynez*. doi:<http://132.248.9.195/pd2007/0618625/Index.html>
- García Caballero, L. (2018). Tesis de doctorado en filosofía. Empatía y Moralidad: El problema de la justificación ética de la cooperación. *UNAM Facultad De Filosofía y Letras. Instituto De Investigaciones Filosóficas. Neuroética*.
- Gibbs, J. C. (2014). *Moral development and reality: Beyond the theories of Kohlberg, Hoffman, and Haidt*. New York (N.Y.): Oxford University press.
- González, R. (2012). La Einfühlung y La Psicología Del Estilo. Recuperado de: ocw.uma.es/pluginfile.php/103/mod_resource/content/0/ocw_presentacio_n_tema_7.p
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology*, 85(3), 551–575. doi: 10.1086/227049
- Holmes, B. (2015). Galen´s Sympathy. En *Sympathy: A history* (págs. 61-69). New York: Oxford University Press.
- Hume, D., & Vaqueira, V. (2001). *Tratado de la Naturaleza Humana* (pp. 20-31). Libros en la Red.
- Husserl, E. (1979). *Meditaciones cartesianas*. Madrid: Ediciones Paulinas.
- King, S. H. (2011). The Structure of Empathy in Social Work Practice. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21(6), 679–695. doi: 10.1080/10911359.2011.583516
- Krznaric, R. (2015). *Empathy: Why it matters, and how to get it*. London: Rider Books.
- Leyva, J., Gómez, R., San Rafael, S., Guevara, G., & Aguayo, M. (2020). Nursing students' satisfaction with narrative photography as a method to develop empathy towards people with Hiv: A mixed-design study. *Nurse Education Today*, 96. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104646>
- Lindemann, H. (2019). Standard Moral Theories from a Feminist Perspective. In *An invitation to feminist ethics* (págs. 83-87). New York, NY: Oxford University Press.
- Morgade Salgado, M. (2000). Del Valor Estético de la Empatía al Negocio Inteligente de las Emociones: La psicología estética de Theodor Lipps a las puertas del Tercer Milenio. *Revista De Historia De La Psicología*, 21(2-3), 359–372.
- Morrison, K. F., Bell, R. M. (2013). Framing the Subject: Humanity and the Wounds of Love. De: *Studies on medieval empathies* (págs. 1-58). Turnhout: Brepols. doi:<https://doi.org/10.1484/M.DISPUT-EB.1.100304>

- Moyer, A. (2015). Sympathy in the Renaissance. En *Sympathy: A history* (págs. 70-101). New York: Oxford University Press.
- Muñoz Pérez, E. (2017). El concepto de empatía (Einfühlung) en Max Scheler y Edith Stein. Sus alcances religiosos y políticos. *Veritas*, (38), 77–95. doi: 10.4067/s0718-92732017000300077
- Nussbaum, M. C. (2009). *Upheavals of thought: the intelligence of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Palmer, R. E. (2002). *¿Qué es la hermenéutica?: Teoría de la interpretación en Schleiermacher, Dilthey, Heidegger y Gadamer*. (págs. 127-157) Madrid: Arco/Libros.
- Pauer-Studer, H. (1994). Kant and Social Sentiments. *Norms, Values, and Society Vienna Circle Institute Yearbook*, 279-288. doi:10.1007/978-94-017-2454-8_21
- Poma, A. (2018). El papel de las emociones en la respuesta al cambio climático. *INTERdisciplina*, 6(15), 191. doi: 10.22201/ceiich.24485705e.2018.15.63843
- Prinz, J. (2014). Is empathy necessary for morality?. Coplan, A., Goldie, P. (Ed.), *Empathy: philosophical and psychological perspectives*. (211-229). Oxford: Oxford University Press.
- Ricoeur, P., & Corona, P. (2004). *Del texto a la acción ensayos de hermenéutica II*. México D.F. (México): Fondo de Cultura Económica.
- Segal, E. A. (2011). Social Empathy: A Model Built on Empathy, Contextual Understanding, and Social Responsibility That Promotes Social Justice. *Journal of Social Service Research*, 37(3), 266–277. doi: 10.1080/01488376.2011.564040
- Slote, M. (2010). The Mandate of Empathy. *Dao*, 9(3), 303-307. doi:10.1007/s11712-010-9170-5
- Smith, A., Nicol, E., & O'Gorman, E. (1941). *Teoría de los sentimientos morales*. Fondo de Cultura Económica / Mexico.
- Spiro, H. (1992). What Is Empathy and Can It Be Taught? *Annals of Internal Medicine*, 116(10), 843. doi:10.7326/0003-4819-116-10-843
- Stueber, K. R. (2006). *Rediscovering empathy: agency, folk psychology, and the human sciences*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Summa, M. (2017). Empathy and Anti-Empathy: Which are the problems. Magrí, E., Moran, D. (Ed.). *Empathy, Sociality, and Personhood. Contributions To Phenomenology*. Bélgica y Dúblin. Springer.

Swanger, D. (1993). The Arts, Empathy, and Aristotle. *Journal of Aesthetic Education*, 27(1), 41. doi:10.2307/3333340

Türk, J. (2008). Interruptions: Scenes of Empathy from Aristotle to Proust. *Deutsche Vierteljahrsschrift Für Literaturwissenschaft Und Geistesgeschichte*, 82(3), 448-476. doi:10.1007/bf03374711

Yébenes Escardó, Zenia. (2020). Visionarios y fanáticos: imaginación y política a partir de Kant. *En-claves del pensamiento*, 14(27), 112-135. Epub 19 de junio de 2020. Recuperado en 09 de septiembre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2020000100112&lng=es&tng=es

Walshaw, M., & Duncan, W. (2014). Hermeneutics as a methodological resource for understanding empathy in on-line learning environments. *International Journal of Research & Method in Education*, 38(3), 304–319. doi: 10.1080/1743727x.2014.914166

Wispe, L. (2010). *The psychology of sympathy*. New York: Plenum Press.

CAPÍTULO 2: La ética y la empatía en la práctica médica

Introducción

Ahora que terminamos el rastreo de la empatía en el pensamiento occidental y con base en nuestra clasificación de empatía y mente, estética y moral; sabemos que el término de empatía que conocemos en la actualidad es relativamente nuevo. No obstante, podemos encontrar vestigios de esta capacidad humana desde la filosofía griega y en los diferentes marcos históricos subsecuentes hasta el siglo XX. Si bien es cierto que la empatía (o sus variantes de la época) no era considerada como una virtud, esta capacidad se relacionaba con los procesos del cuerpo, con las formas de convivencia y con el aspecto relacional del *ethos* humano. Esta noción posteriormente pasó a la Edad Media bajo las ideas de amistad, de benevolencia y del amor al prójimo. Por otro lado, los avances científicos del Renacimiento permitieron nuevamente entender a la empatía en términos de procesos mentales y de sensaciones que produce sobre el cuerpo. Posteriormente, esto tomó mucha más fuerza durante la Ilustración Escocesa; es aquí donde la empatía se entendió como un proceso mental y que a la vez juega un rol muy importante, tanto en el manejo de las emociones como en la construcción de la teoría moral. Pero concretamente el concepto de empatía que hoy en día conocemos proviene de la dimensión estética de finales del siglo XIX y principios del XX. Theodore Lipps analizó la experiencia estética con la intención de describir los procesos psicológicos que se encuentran involucrados en la apreciación de los objetos artísticos. Lo que Lipps intentaba explicar es cómo puede una obra de arte transmitir sentimientos a otras personas y afectar en los estados de ánimo. Ahora bien, la explicación de este

fenómeno se salió de la estética y entró en la discusión filosófica del solipsismo y del problema del otro; y es por esto por lo que tomó gran importancia en la fenomenología y en la hermenéutica. Estas reflexiones dieron lugar a nuestro concepto de empatía y por eso hablamos de empatía de la mente, de la estética y de la moral.

Principalmente rescataremos las dimensiones de la mente y de la moral para llevarlas al ámbito médico y explorar cuál es la relación que hay entre la empatía y la ética. Para nosotros la empatía es en sí un acto ético ya que contempla el mundo emocional de las personas, sus relaciones y busca entender la realidad personal del otro. Entonces, con base en las éticas que profundizan en los aspectos relacionales, trataremos de buscar y de proponer un tipo de ética que destaque la actividad empática para romper las tensiones que se generan entre la subjetividad del *yo* y las exigencias del *otro*. Nos enfocaremos en los tipos de relaciones que se dan en los escenarios clínicos, pero en primer lugar, brevemente describiremos a la bioética y a la ética médica ya que son los dos tipos de ética que tradicionalmente operan en el universo médico. Esto con la intención de problematizar nuestra situación actual, en la que la bioética y la ética médica no son suficientes para explorar y crear propuestas a las demandas y exigencias que tienen los pacientes con los profesionales de la salud en términos relacionales.

La bioética y la ética médica

Cuando hablamos de la ética en la medicina, frecuentemente pensamos en la bioética y en la ética médica ya que tradicionalmente son los tipos de éticas que más se conocen en el ámbito médico. La bioética es un neologismo que surge del *bios* y *ethos*

con la intención de conectar a las ciencias biológicas, a la tecnología y a la ecología con el mundo de los valores; es un tipo de ética aplicada. La bioética surge principalmente desde los centros estadounidenses, con una estrecha relación con el campo jurídico y político y su epistemología fuertemente acarrea la noción mecanicista y neopositivista de la que se alimenta la medicina moderna (Roqué y Corcó, 2013). Entonces, el planteamiento de los problemas y de los dilemas éticos tiende a formularse bajo este esquema. Sin embargo, la bioética a la vez está consciente de que es imposible obtener resultados concretos partiendo de principios abstractos y es por esto por lo que el modelo bioético parte de situaciones específicas. Por medio de la deducción se generan ciertos principios que están orientados a resolver casos particulares. Es aquí de donde surge la bioética de los principios con la intención de abordar los problemas precisos y más relevantes del ejercicio médico (Mir y Busquets, 2011).

Pero desde otra perspectiva, esta bioética se presta a un modelo de reducción del razonamiento moral (Aranda, 2004), el abordaje de los casos se basa en un método tipo binario (correcto o incorrecto) para la resolución de conflictos. Esto se presta a que se genere una presunción de racionalidad moral dentro de la profesión médica, en función de que los mismos problemas o dilemas pueden suscitar distintos abordajes de acuerdo al contexto. En el principialismo no se cuenta con una misma ponderación de los cuatro principios (beneficiencia, no maleficencia, autonomía y justicia) y su aplicabilidad se limita en casos concretos. Nuestros escenarios clínicos constantemente presentan dilemas del tipo relacional en los que a los profesionales de la salud les es difícil discernir entre los diferentes tipos de principios bioéticos ya que los problemas se construyen desde situaciones singulares e indefinidas. Para los filósofos Roqué y Corcó (2013) la

formulación de principios bioéticos carece de un antropología y de una ontología que los fundamente y los justifique, y por este motivo son ambiguos. Entonces, en respuesta a una búsqueda de una antropología de referencia, la *bioética personalista* representa otro formato de trabajo para abordar los dilemas médicos. El personalismo ético se ancla en el concepto de persona para llevarlo a la búsqueda de la dignidad humana (Burgos, 2013). A diferencia de la *bioética principialista*, este tipo de bioética si se compone de rasgos antropológicos y ontológicos, pero su praxis se suele fundamentar en doctrinas y movimientos sociales que carecen de un marco teórico concreto y que además se fundamentan en la tradición cristiana. Quizá esta es una de las razones por las que en el mundo médico existe un aire de incertidumbre y recelo a los planteamientos de este tipo de bioética.

Por otra parte, para Leget (2016) en la medicina existe una resistencia ética ya que los médicos con base en su educación y en su entrenamiento tienen una cosmovisión en la que los problemas clínicos se formulan para ser resolutivos. A los médicos se les enseña a encontrar los signos, síntomas y paraclínicos que se presentan en una enfermedad para poder diagnosticarla y tratarla. Pero en los dilemas y problemas que le competen a la bioética existe un escepticismo ya que la ética no ofrece una respuesta concreta (a pesar de intentarlo) y esto se presta a la racionalidad subjetiva (Leget, 2016). Además, la variabilidad epistemológica de la bioética se genera en un contexto plural, y por esto, autores como Engelhardt (1995) postulan que es imposible realizar una propuesta ética que se fundamente de presupuestos religiosos o racionales. No todos compartimos ni una misma religión, ni una misma manera de entender la razón (Carrera, 2011). En respuesta a esto, la bioética de Engelhardt busca un principio ético

más universal y secular dejando a un lado los planteamientos éticos puramente emotivos o de imposiciones. El *principio de permiso* da lugar al reconocimiento y parte de la acción de pedir permiso para poder establecer una autoridad moral. El *principio de permiso*, permite el reconocimiento de los “extraños morales” para procurar la convivencia pacífica en un mundo plural (*ética de mínimos*). No obstante, para el mismo Engelhardt es difícil conciliar entre una ética secular y una ética canónica (Roqué y Corcó, 2013), y esto nuevamente pone en evidencia el complejo mundo de la bioética ya que es canónica desde su formación y parecería que el único método posible en ella es el basado en normas.

Ahora bien, para seguir haciendo a la bioética todavía más compleja, señalamos que la epistemología bioética se construye desde diversas ideas y metodologías. Principalmente lo hace desde el discurso científico que prepondera la calidad de vida que a la vez es determinada por el progreso técnico y los indicios de la posmodernidad. Todo esto deja al margen a la sacralidad de la vida y al discurso filosófico (Roqué y Corcó, 2013). En este sentido, la esencia de la bioética proviene de los médicos y científicos y no tanto de los filósofos; los diferentes modelos bioéticos que se han formado dificultan el diálogo. Aunque creemos firmemente en la multidisciplinariedad de enfoques, ahora apuntamos a la confusión que se genera en el gremio médico debido a lo diverso y variado de los datos y tipos de conocimiento. En resumen, podemos decir que la bioética no es del todo capaz de responder a las demandas que la medicina actual enfrenta debido a que no tiene una metodología clara, se conforma de distintos epistemes y cuenta con distintas teorías morales de base.

Ahora bien, tomando otro orden de ideas, nuestra tesis apunta a los aspectos relacionales de la profesión médica. Para esto, presentamos a la *ética médica* como otro tipo de ética aplicada. A través de esta disciplina es cómo creemos que se puede explorar y abonar a la propia actividad de los médicos en el contexto de las prácticas y dinámicas clínicas. Si bien es cierto que estamos buscando un tipo de ética relacional que contemple a la empatía dentro de su operatividad, creemos que la *ética médica* es la puerta de entrada de esta *otra ética* al universo médico.

La ética médica tiene como objeto de estudio a los médicos, a su actividad profesional y a la forma en la que enfrentan los problemas clínicos y dilemas éticos. Esta ética explora la compleja praxis médica que va más allá de normas, conocimientos, habilidades y tecnicismos (Rojas y Lara, 2014). La evolución de la relación médico paciente se ha hecho cada vez más compleja y ha pasado de un paternalismo a un ejercicio en el que se pondera la autonomía y la participación del paciente. El acceso a la educación y a la información ha consolidado el empoderamiento de los pacientes y ahora cuentan con un papel más activo en la toma de decisiones médicas (González, 2020). Esta relación que se encuentra en un constante desarrollo, en ocasiones genera tensiones y conflictos que ameritan ser abordados desde la dimensión relacional de la ética, ya que la bioética tradicional no es capaz de desafiarlos. Por un lado, los pacientes no sólo demandan una medicina con alto valor científico, también imploran por una medicina más humana en la que se tomen en cuenta sus emociones, Y por el otro, se encuentran latentes las particularidades y emociones propias de los profesionales de la salud.

La ética médica deja por un lado los planteamientos metafísicos que aborda la bioética para aterrizar en lo mundano y en lo práctico del ejercicio médico. Los profesionales de la salud constantemente se encuentran en tensiones éticas cuando se trata de la relación que tienen con sus pacientes y con los familiares (Dunn y Hope 2018). Y, por otra parte, estas tensiones también se pueden presentar entre los mismos colegas. El personal médico debe estar preparado para lidiar con la teoría, pero también debe dejar tiempo para la especulación y el uso de la imaginación. Necesitamos migrar de lo abstracto y de lo rígido del deductivismo de ciertas teorías morales para poner atención al contexto, a las emociones, y a la historicidad de los agentes involucrados de tal modo que tengamos algo más tangible. Precisamos de un nuevo tipo de ética que ponga en diálogo a las “reglas éticas” con el particularismo de cada sujeto (García, 2013). Necesitamos de otros tipos de ética en la profesión médica ya que las éticas de principios no han logrado llenar algunas de las brechas que todavía existen entre el ejercicio médico y la bioética y la ética médica.

Otros tipos de ética

Ahora bien, para poder entender los *otros tipos de ética* que la medicina necesita, es primordial que en primer lugar deconstruyamos las éticas tradicionales que desde hace siglos han moldeado el pensamiento occidental y el concepto del desarrollo moral. Estos modelos clásicos tienden a seguir un sistema casi matemático en donde el “razonamiento ético” se plantea y responde a un orden lógico y a modos de pensamiento establecidos y universalizados. Por otra parte, es imperativo señalar que algunas de las *otras éticas* que vamos a presentar, provienen en gran medida de la teoría feminista.

Desde el siglo pasado, el feminismo se ha dado a la tarea de deconstruir los esquemas morales clásicos y de proponer nuevos senderos en el entendimiento moral. Cuando en nuestro análisis hablamos de los *otros tipos de ética*, nos referimos a los modelos de pensamiento que se alejan del desarrollo moral tradicional (éticas de principios). Estos *otros tipos de ética*, como la del cuidado, se alejan del individualismo para proponer un *yo relacional* sin caer en constructos de relación del tipo legal (o de contrato social) con los otros. Además, nuestras *otras éticas* desechan el razonamiento deductivo (del que ya habíamos señalado en la bioética abstracta) para preponderar los procesos de imaginación cuando nos relacionamos con los demás y en la caracterización de los diversos problemas prácticos a los que nos enfrentamos todos los días, y en el caso de nuestra tesis, lo que acontece en los espacios clínicos.

Las aportaciones de Carol Gilligan (1982) (*In a Different Voice: Psychological theory and Women's Development*) apuntan a un razonamiento ético más flexible y natural. Sin caer en este juego de género, dicotomías o binarismos, los hallazgos de Gilligan señalan que existen otras formas de plantearnos los dilemas morales. Su propuesta ética (la ética del cuidado), se enfoca en las formas de conexión y de relación entre personas. Aquí, claramente se hace una distinción entre las formas tradicionales de pensar moralmente y ponerlo todo en términos de justicia, de autonomía y de racionalismo. Gilligan desafía el desarrollo moral de Kohlbergh para proponer una atención especial al cuidado y a las emociones, y bajo esta noción, plantear otras formas de establecer la moralidad y la relación con las demás personas. La ética del cuidado se centra en la conceptualización del mundo como una red de relaciones en las que nos

encontramos interdependientes y en donde a la vez surge un tipo de reconocimiento responsable y de compromiso hacia los demás.

Pero desde otra perspectiva, Nel Noddings (2009) desafía las relaciones interpersonales de Gillian al argumentar que la ética del cuidado si se puede dar, pero sólo en un nivel en el que la conexión de las personas sea más personal y exista una intención o un motivo para el cuidado. Esto no es problema para la medicina ya que precisamente el nivel de conexión que presenta Noddings es fundamental para la relación médico paciente. En el ejercicio médico hay una intención de cuidado, un proyecto terapéutico por parte del médico en la que los pacientes consienten una acción de cuidado. Y para los fines de esta tesis, nosotros también proponemos nexos relacionales en los espacios clínicos mediante la capacidad empática; la empatía es una forma de conexión con el otro. Pero, por otra parte, para Noddings nuestras relaciones morales con personas lejanas que nunca hemos conocido no pueden ser cimentadas con una ética de cuidado, sino que deben ser entendidas, más bien, en términos de nociones generales (y tradicionales) como la justicia y los derechos entre personas. Esto podría ser un poco confuso ya que estamos diciendo que necesitamos de otros tipos de ética, pero a la vez recurrimos a los términos de justicia y de derechos que se suelen usar en la tradición ética. Pareciera que hay una distinción entre los grupos pequeños (como los espacios clínicos) que se prestan para pensar en la ética del cuidado y entre lo colectivo o universal, que tiene que ver más con las éticas tradicionales (principios).

Entonces, si enfatizamos la noción de lo que es colectivo o universal, ¿será que no debemos de olvidarnos por completo de los sistemas tradicionales de la ética? Para Hilde Lindemann (2019) es importante que estudiemos y analicemos las teorías éticas

tradicionales ya que nos proporcionan un vocabulario y un glosario de ideas que nos pueden orientar y darle sentido al desarrollo moral. Los sistemas tradicionales de desarrollo moral nos obligan a abordar los problemas mediante el uso de una plantilla (*Problema de Plantilla de Power Point*) y no nos dejan pensar en otros modelos o formas de resolver los conflictos éticos. Pensamos que lo que tendríamos que hacer es aprender a salirnos de estos esquemas para poder trazar nuevas formas de entender y solucionar los dilemas morales, en nuestro caso con estos *otros tipos de ética*. Esto resulta particularmente interesante ya que en el pensamiento médico el conocimiento se crea y se difunde mediante sistemas de algoritmos, esquemas y guías; es el lenguaje y vehículo de la profesión médica. Tendremos que encontrar maneras de salirnos de estos modelos para insertar estos otros tipos de pensamientos morales; en especial si queremos proponer a la empatía y al entendimiento de las emociones como una competencia clave en los profesionales de la salud.

Podemos correr el riesgo de caer en una polaridad al plantear nuestra orientación hacia *otras éticas* y por esto enfatizamos que Gilligan (1982) señala que la ética del cuidado nos permite cubrir todo el espectro moral, que incluye: la justicia, la autonomía y los derechos humanos. Consideramos que está bien salirnos del bosquejo de *Power Point*, pero esto no implica deslegitimar las éticas tradicionales o de principios ya que la ética del cuidado, en parte, proviene de esta noción sentimentalista que tiene que ver con el amor al prójimo y con la benevolencia (y de la que ya habíamos comentado antes por nuestro recorrido por el pensamiento occidental). Lo que la ética del cuidado de Gilligan agrega al sentimentalismo filosófico de benevolencia, es el concepto bien desarrollado de la empatía, la acción de vivir, experimentar o de padecer con. Un

verdadero vínculo con el otro y ésta es nuestra propuesta para la operatividad de los profesionistas de la salud en los escenarios clínicos.

Por otro lado, el razonamiento ético del cuidado también presta atención al carácter humano y lo contempla como algo más natural, fluido y dinámico. Analiza a todos los agentes involucrados; incluyendo los sentimientos que se presentan en respuesta o reacción a un dilema moral. Para este tipo de ética, la resolución de los dilemas no tiene que ser blanco o negro, más bien, tiene que incluir una respuesta para todos los agentes involucrados. Digamos que propone muchos tipos de grises y no cae en estas dicotomías de bueno o malo, correcto e incorrecto. Es aquí donde se nos propone explorar *al otro* y nosotros lo fundamentamos con el ejercicio empático para poder ver las motivaciones del otro, lo que busca y lo que desea. Reconocer a ese otro en sus necesidades, talentos y capacidades (Sagols, 2012). Sin duda estas *otras éticas* son compatibles con el ejercicio médico ya que permiten establecer una relación de cuidado en donde se genera un compromiso con la voluntad del otro y que además permiten prestar atención a los detalles en lugar de guiarse por el pensamiento abstracto. A partir de ahora, es importante que ahondemos un poco más en lo que éticamente implica este proceso de relacionarlos con los demás.

Los aspectos relacionales de la ética y su aproximación a la medicina

En primera instancia, debemos mencionar que la ética relacional surge como una antítesis a los aspectos internos de individuo (individualismo) que no incluyen ninguna conexión con ningún otro ser (Metz y Clark, 2016). Nuevamente, este pensamiento también se opone a esas posturas morales que se alimentan de la racionalidad y que

dan preferencia a unas actitudes morales sobre otras. A pesar de que en las éticas tradicionales siempre se han encontrado conceptos y vestigios de las relaciones humanas, en la ética relacional, estas relaciones se reformulan, se resaltan y se ponen en contraste con la individualidad. Se plantea una novedosa concepción antropológica en la que se deja por un lado al sujeto autónomo de la ilustración para entender y explicar al ser humano en términos de relación y apertura (Santamaría, 2012).

Ahora bien, si tomamos este análisis relacional en la interacción entre médico y paciente, hay una situación de doble singularidad en la que un paciente individual está situado en una relación interpersonal con un médico individual. Esta dinámica nos permite plantear el pensamiento ricoeuriano que favorece a una ética de la hermenéutica (recordemos que ya habíamos apuntado a la relación que hay entre la empatía y la hermenéutica). En la medicina hay un pacto de cuidado que se fundamenta de la confianza se genera entre la persona que sufre y la persona que sabe y que domina. Se establece un diálogo entre el paciente enfermo y el médico cuidador y la narración es un método en el que la interpretación toma un papel muy importante para el entendimiento del otro (Domingo, 2007). Los escenarios clínicos necesitan de una ética hermenéutica que se cimiente de la *empatía clínica* para tomar una narrativa que nutra al entendimiento de una enfermedad y que construya y defina a un paciente como *un todo*. Una empatía que permita que los clínicos verdaderamente *conecten* con sus pacientes y ejerzan el cuidado mediante una relación terapéutica responsable (Coulehan, 2005).

Se trata de generar un proceso de relación basado en la confianza y en la comunicación. La idea es que, entre el personal de salud y los pacientes se logre una dialéctica que sea horizontal, es decir, una relación que esté alejada del sistema

paternalista que solía (o todavía suele) imperar en el ámbito médico (Murgic, Hébert, Sovic y Pavlekovic, 2015). En este modelo, el personal de salud tiene una jerarquía superior sobre los pacientes, ya que se cree que cuenta con un mayor conocimiento y experiencia en los temas de salud y enfermedad. Pero con la *relacionalidad empática*, se trata de que el personal médico se ponga al mismo nivel de los pacientes para que verdaderamente pueda ocurrir un entendimiento con un profundo respeto del otro. Lo que se pretende es que ocurra un *giro relacional* en el que, en nuestro caso, desechemos el modelo paternalista para que el paciente, pueda ser construido o definido en términos de relación y de apertura a la alteridad (Patiño, 2010). Para lograr esto, los profesionales de la salud necesitan alejarse de los conceptos éticos que son normativos, o que están apegados exclusivamente al ámbito de las virtudes, ya que tradicionalmente no nos han permitido ejecutar una medicina centrada en la dimensión relacional. En el paternalismo, cuando un paciente expone su enfermedad ante el personal de salud solicitando una atención y tratamiento, este individuo es visto como una enfermedad y es desposeído de toda interioridad; es tratado pasivamente como si sólo respondiera a acciones externas (Ortiz, 2008). El paciente se convierte en un instrumento que se manipula en directa relación con los fines del médico, es transitorio y no referible a sí mismo ya que no se le da importancia a su interioridad. Habrá quienes digan que esto es una cualidad que deben tener todos los médicos, es decir, se argumenta la desconexión del otro para aterrizar en el cuerpo y concebirlo como una máquina que necesita ser reparada (López, 2019). Este modelo mecanicista todavía funciona muy bien en la medicina moderna (Sánchez, 2008) y cuando indagamos sobre la atención que el personal de la salud les da a los pacientes encontramos que existe una tendencia por parte de los médicos a

enfocarse exclusivamente en la enfermedad (entendida como una afección física y orgánica) y no en las implicaciones que ésta tiene sobre la psique y las emociones de las personas quienes padecen estas enfermedades (Abraham, 2011).

En contraste al modelo paternalista, sabemos que cuando los profesionales de la salud mejoran la forma en la que se expresan y tratan a los enfermos, y de cierto modo ejercen empatía, pueden mejorar la salud de sus pacientes. El compromiso empático se asocia con resultados positivos, como diagnósticos más precisos y mayor adherencia a los regímenes de tratamiento (Hojat, 2016). Además, ayuda a reducir la ansiedad y disminuye la probabilidad de que se den litigios por mala praxis (Howick, et al., 2017). Entonces, desde el plano interpersonal de la ética, proponemos una liga con el otro (paciente); desde la complementariedad y desde la empatía. Y para que se pueda dar esto, pensamos que la ética médica se puede enriquecer con fundamentos provenientes de la ética levinasiana y de la ética del cuidado.

La ética levinasiana en la construcción de la relación médico paciente y en su relación empática

La ética de Emmanuel Lévinas se fundamenta en la fenomenología del rostro y su punto de partida es salir de uno mismo para reconocer al Otro. De cierto modo, la filosofía levinasiana también representa *otro tipo de ética* ya que describe al gran ausente de la filosofía occidental, el Otro. Desde su experiencia como prisionero en la Segunda Guerra Mundial, este filósofo postula que lo que nos da sentido a los entes del mundo produce una impersonalidad neutra que sólo podría ser superada en el ser-para-el-otro, como momento ético a la Alteridad (García, 2010). La ética de la alteridad sólo es posible

cuando hay un reconocimiento del rostro del Otro, implica aprehender (concebir) a ese Otro y salir de nuestra propia subjetividad para hacernos responsables. Pero este proceso a la vez implica una relación de dependencia ya que la misma subjetividad del Yo se construye y reformula desde ese Otro. Sin embargo, la intersubjetividad de Lévinas no es recíproca, mas bien, se construye desde una asimetría que se impone desde el Otro (Patiño, 2007). Por otro lado, la ética levinasiana también nos orilla a pensar en términos de inclusión, es decir, busca un auténtico humanismo mediante la interpretación del otro que suele ser excluido (Duarte, 2015). Es en este proceso relacional y de construcción mutua, en donde se da el encuentro ético y que a la vez tiene una consecuencia de responsabilidad.

Entonces, bajo las premisas de la subjetividad y de la construcción del Yo desde el Otro, podemos decir que el personal de salud en términos ontológicos no podría ser, concebirse o formarse sin la existencia de los pacientes. Un médico no puede ser terapeuta sin que exista un paciente, ya que las labores de un médico son las de atender y de cuidar de sus pacientes. Y por el otro lado, un paciente tampoco podría ser sin que exista el personal de salud. La noción de paciente se construye desde el concepto de persona que sufre, que aguanta o que padece. Pero esto es muy diferente a la persona enferma; un enfermo no necesariamente es un paciente. El enfermo se convierte en paciente sólo cuando se presenta su contraparte, él médico, y se establece una relación. La identidad de cada agente involucrado en esta relación se construye desde y para el otro.

Desde esta perspectiva ética podríamos decir que el existir de un médico y de un paciente sólo tiene sentido si existe el Otro; reformula la ontología y la antropología del

médico y del paciente para permitirnos pensar en una nueva forma de la relación en la clínica, un encuentro entre el Yo y el Otro. Nuestra empatía representa un puente para la apertura y el reconocimiento del Otro y la posibilidad de la alteridad permite el reconocimiento como experiencia y como medio para generar otras pautas de convivencia; esto nos abre una puerta para considerar una posible respuesta a la necesidad de encontrar un nuevo tipo de ética médica que nos permita abonar en los conflictos que se presentan en los escenarios clínicos, una ética que se permita reconstruir la noción que se tiene de la relación que hay entre el personal de salud y los pacientes.

Ahora bien, desde la capacidad empática como proceso interpretativo y de construcción moral, proponemos dar lugar al reconocimiento del Otro. El pensamiento de nuestro autor se comprende desde la fenomenología de la conciencia para indicarnos que este tipo de fenomenología, ante todo, es un tipo de intriga interhumana (Salas, 2011). El rostro del Otro en Lévinas no es una cara, es algo que va más allá de la simple percepción y esto nos permite pensar en términos hermenéuticos para la intersubjetividad. De acuerdo con nuestro rastreo de la empatía en el capítulo anterior, la empatía también es una forma en la que se hace experiencia de lo que no es Yo para poder hacer conscientes las acciones, emociones y deseos de los demás. Pero tenemos que ser muy cautelosos cuando recurrimos a la empatía en este proceso interpretativo, ya que el Otro es irreductible al Yo y nunca será posible comprenderle por completo (Patiño, 2010). Por lo tanto, de acuerdo con el pensamiento levinasiano, los clínicos jamás podrán lograr comprender del todo a sus pacientes (ni los pacientes a sus clínicos). Sin embargo, esto no implica que no se pueda generar una relación o una conexión

fundamentada en la empatía y en lo que implica en ir más allá de la simple percepción. Ser implica ser interpretado y el conflicto de las interpretaciones no nos debe alejar de la ética hermenéutica, por el contrario, nos debe orientar hacia una ética de la responsabilidad complementada con la hermenéutica y el reconocimiento del otro (Domingo, 2007).

Por otra parte, con respecto a la asimetría que tiene la intersubjetividad de Lévinas nace la noción de responsabilidad para el Otro. Este autor no exige una reciprocidad, más bien, lo que propone es una apertura de carácter humano que responde a la lógica *heme-aquí-para-ti* (Santamaría, 2010). Esto podría ser compatible con el modelo paternalista médico que resalta una ética y una práctica basada en las virtudes. Pero no nos debemos confundir, ya que la ética levinasiana no parte desde una superioridad del Yo hacia el Otro. Su ética se fundamenta en una desigualdad que da a la posibilidad de la construcción del Yo por el Otro y desde el Otro, así pues, surge la responsabilidad de *ser-para-otro*. La gran pregunta aquí entonces es, ¿cómo podemos insertar este tipo de ética en la praxis médica? Definitivamente es una repuesta retadora y compleja, pero creemos que lo más importante de esta *otra ética* es rescatar la conceptualización de que el personal de salud se construye desde y para los pacientes, la lógica es muy siempre, el médico no puede curar si no hay pacientes y se necesita que exista una dinámica y relación médico-paciente para que pueda ocurrir este acto.

Además de la de construcción del Yo a través del Otro, el pensamiento levinasiano plantea la relación que tenemos con el Otro. Estas relaciones suelen ser conflictivas ya que mientras más se quiere conocer al Otro, más se le despoja de su diferencia (Sztajnszrajber, 2016). Y precisamente es en esta diferencia en donde se justifica la

imposición sobre el Otro. Es decir, pretendemos que este Otro de alguna manera encaje en ese universo que tenemos normalizado desde nuestra subjetividad. La paradoja radica en que, si logramos conectarnos con el otro, esto implicaría que ese Otro perdiera parte de su singularidad. En los escenarios clínicos, los médicos se encuentran sumergidos en la propia totalidad que el modelo médico paternalista les ofrece y casi de manera incongruente dejan excluidos al resto (el infinito), los pacientes. Cuando se espera que ese infinito (paciente) encaje en la totalidad de los médicos lo que en realidad de está haciendo es que se les está invisibilizado o violentando, pareciera que lo que sucede en la subjetividad de los pacientes, no es parte de la medicina (totalidad) y por eso no se toma en cuenta dentro de la praxis médica, y esto a su vez, genera un conflicto ético.

Para lograr entender esto proponemos el caso de Adriana y Francisco. Adriana es una residente de cirugía general que se encuentra de guardia en el servicio de urgencias durante la noche. Ella tiene muchos pendientes y sabe que tiene que preparar la entrega de guardia del día siguiente ya que es la doctora responsable del área de shock-trauma. Francisco es un paciente que llegó al hospital debido a que presentó un accidente automovilístico en donde presentó varios golpes en el abdomen, tórax, cabeza y brazos, pero que no pusieron en peligro su vida. Sin embargo, la Dra. Adriana decidió ingresarlo al hospital para vigilar su estado neurológico, curar algunas heridas de los brazos y descartar cualquier hemorragia interna que todavía podría permanecer oculta. Francisco estaba solo ya que se encontraba visitando la ciudad y nunca había estado como paciente en un hospital. No podía dejar de estar preocupado y asustado, no sabía con certeza qué fue lo que le pasó en su accidente, ni tampoco qué era lo que le esperaba.

Sabía que estaba en el lugar correcto para ser atendido, pero toda la situación le generaba mucha angustia y tenía muchas preguntas.

Cuando la Dra. Adriana le realizó la valoración clínica a Francisco, ella sólo se enfocó en los padecimientos físicos y no dejó que él le explicara por completo qué es lo que él estaba haciendo momentos antes del accidente. Tampoco le dio mucha oportunidad a Francisco para que preguntara todas las dudas que tenía. La Dra. Adriana, desvió muchos de los comentarios e interrogantes y se enfocó sólo en preguntar a Francisco si sabía quién era él y en dónde se encontraba. Después analizó el dolor que Francisco sentía sobre sus costillas y en el abdomen y finalizó haciendo una curación de los raspones de los brazos. Adriana estaba de prisa, tenía que cerrar este caso rápido porque tenía que preparar la entrega de guarda y se sumergió en su propia totalidad. No contempló el infinito y el rostro de Francisco que le pedía a gritos un consuelo y una liberación de las emociones que le produjo el accidente.

Recordemos que para Lévinas el Otro (en este caso Francisco) representa un ente débil al cual se le puede liberar o destruir. La situación en la que se encontraba Adriana, le daba ventaja sobre Francisco ya que ella contaba con el privilegio y el poder que tenía como doctora. El ejercicio del poder en la alteridad implica tener una responsabilidad infinita para lograr aprehender lo que el otro trae con sus diferencias y de aquí surge el concepto de la hospitalidad levinasiana (Sztajnszrajber, 2016). Una hospitalidad que, de acuerdo con nuestra tesis, Adriana no ejerció por completo ya que se encerró en su totalidad médica y no se dio a la tarea de dibujar el rostro de Francisco. Un rostro que pudo haber revelado y desvelado a través de la capacidad empática.

Por otro lado, a pesar de que el profesional de salud tiene una responsabilidad directa sobre los pacientes, constantemente se encuentra en conflicto con la disyunción de quién es más importante en los escenarios clínicos; si uno mismo o el Otro. Las intenciones de Adriana no eran malas, ella cumplió con su labor médica y atendió las afectaciones físicas de Francisco, sin embargo, sabía que tenía que preparar la entrega de guardia y por eso no dejó que en el examen clínico Francisco se explayara con su relato. El conflicto de este caso podría parecer básico (o muchas veces desapercibido), no obstante, comúnmente pasa en los escenarios clínicos y es parte de los dilemas éticos del tipo relacional. Como ya habíamos apuntado las éticas de principios no han sido capaces de aterrizar en este nivel mundano de la actividad clínica y por eso la construcción y la relación del Otro (paciente) desde Lévinas se acopla muy bien con la *empatía clínica* que proponemos.

Sin embargo, resulta sumamente complejo plantear la distinción del Otro (paciente) en la medicina ya que el paternalismo médico constantemente ha demostrado la renuencia a este lenguaje levinasiano. Se amerita del *giro relacional* en el que el médico desde la hermenéutica sea consciente de la carga moral y de la responsabilidad que tiene de interpretar al Otro, y que a la vez, abre la posibilidad de reconstruirse y de reinterpretarse a si mismo. Es decir, el médico se reencuentra a partir del Otro. Adriana, con la ética de Lévinas y con la empatía, podría haberse reformulado como doctora en su praxis. El Otro con su debilidad genera en cada uno la posibilidad de darse cuenta de que es más importante, defender la otredad sobre uno mismo. Pero parte de esta complejidad radica en que el Otro (paciente) también puede desdibujar al Yo (médico) y generar un desgaste profesional. Adriana tenía que concretar el caso clínico de Francisco

ya que debía seguir con sus labores de guardia, no se podría dar el tiempo de escuchar por completo el relato de Francisco. Parece que depende de cada médico decidir si sólo ser parte de uno mismo (mismidad), o bien, de abrirse a la otredad. Debemos tener presente esto cuando busquemos estrategias éticas para promover la *empatía clínica* desde la formación médica.

Entonces, es mediante el diálogo, la interpretación (*hermeneia*) y la empatía como podemos realizar esa exploración del rostro desnudo del Otro, sin la intención de intentar apropiarnos de él. Más bien, de buscar un encuentro humano en el que se reconozca la diferencia y se renuncie al individualismo con la intención de evitar la violencia y de crear una buena relación y convivencia. Y para que esta relación tenga sentido, es indiscutible la necesidad o dependencia del Otro.

La ética del cuidado y la empatía en la clínica

Para continuar con la misma línea en donde buscamos *otra ética* que ahonde en el ámbito de las intersubjetividades, presentamos nuevamente a la ética del cuidado, pero con una perspectiva empática para proponer un replanteamiento moral afín al tipo de profesión médica que buscamos. La ética del cuidado surge desde la noción de exhibir actitudes y motivos de preocupación y de cuidado hacia los demás. De cierta forma, la ética del cuidado representa una antítesis ante la indiferencia y la hostilidad que estamos cuestionando del sistema paternalista de la medicina. Entonces, esta ética del tipo relacional posibilita a la acción del cuidado como un acto moral permisible. Por otra parte, el hecho de que Gilligan (1982) haya hecho evidencia empírica sobre la aproximación del cuidado con mayor tendencia en las mujeres, no implica que esta cualidad no pueda

manifestarse también en los hombres. Estos atributos obedecen más a factores determinados por el marco social que determina y moldea las formas en las que las mujeres se relacionan. Lo que debemos comprender es que esta manera de relacionarse también es posible entre los hombres si socialmente fuera permisible o validado, es decir, está sujeto a una construcción social que plantea roles de género. Entonces, el cuidado como argumento moral es imparcial al género y profesionales de la salud, tanto mujeres como hombres, pueden responder a este esquema de cuidado para ejercer su profesión.

Con todo eso, dejamos este punto concluido para pasar a nuestra pregunta fundamental, ¿cómo ejercer una ética del cuidado en el ámbito clínico? Recordemos que ya habíamos apuntado a que este tipo de ética relacional no responde a la lógica ética que ya suele imperar en el gremio médico, la ética del cuidado no reconoce el formalismo de las éticas tradicionales que habitualmente tienen un enfoque kantiano o utilitarista. Además, todavía es poco conocida en el ámbito médico. Por lo tanto, lo que proponemos es migrar del formalismo ético tradicional para que los profesionales de la salud presten más atención a cada circunstancia particular de la clínica y que se enfoquen en las singularidades de todos los agentes involucrados.

Para explicar esto, proponemos otro caso hipotético que sería el de una paciente a quién llamaremos Bety. Ella recientemente fue diagnosticada con cáncer de mama y amerita de un procedimiento quirúrgico y posiblemente también necesite de otros tratamientos como radioterapia y quimioterapia. El personal médico está confiado en que, si se inicia el plan terapéutico de manera temprana, Bety podrá tener un resultado favorable y por eso le recomiendan quedarse ese mismo día en el hospital. El personal de salud sabe muy bien que, si se sigue el algoritmo clínico de diagnóstico, cirugía,

estadificación de la enfermedad, radioterapia, quimioterapia y re-estadificación; la mortalidad de Bety se reduce sustancialmente. Sin embargo, en esta guía de tratamiento no se está considerando que Bety también es mamá, esposa, hija, hermana, amiga, y empleada. Independientemente de las complejidades del sistema salud (seguro de gastos médicos, costos, incapacidades, etc.), en primera instancia, Bety necesita afrontar su diagnóstico, tiene que conocer los cambios que le esperan y es indispensable que procese esta información con ella misma y con los seres que le rodean.

Bety no sabe qué hacer, ya que es una noticia que le vino de golpe, no sabe cómo avisar a su familia y a la vez se encuentra dudosa sobre su diagnóstico y la idea de una segunda opinión le pasa por su cabeza. En contraparte, los médicos de Bety no entienden por qué ella no quiere quedarse en el hospital si tienen un espacio disponible. En ese hospital se reciben todos los días a un gran número de pacientes que ameritan de un tratamiento para cáncer y muchas de las veces es difícil encontrar una cama para todos. Entonces ante tanta complejidad, ¿cómo ofrecer un tratamiento médico efectivo sin violentar el contexto personal y la singularidad de cada paciente? Para esto sugerimos detonar la capacidad empática de los clínicos para que, en conjunto con la ética del cuidado, se busque privilegiar el ámbito relacional de la medicina.

En nuestro caso, los médicos de Bety tendrían que empatizar con ella y desde una noción de cuidado, romper con el algoritmo clínico y normativo para tomarla en cuenta a ella; ver a esa paciente Bety en su historia y en su identidad y comprender que ella está constituida por su contexto y que también tiene interdependencias con otras personas. Si abordamos esto desde el principialismo ético no es tan sencillo hablar por ejemplo de autonomía si no se toman en cuenta todas estas variables. En la ética de

Guilligan, el punto de partida es el cuidado y desde el cuidado se establece una interacción y un contacto moral entre dos o más personas. Desde una dimensión antropológica y ontológica se postula que el ser humano es un ente dependiente de las relaciones interpersonales y que en algún punto de su vida ameritará del cuidado del alguien más (van Dijke, Ivan Nistelrooij, Bos y Duyndam, 2018). La teoría del cuidado establece como atributo moral la exigencia de tomar en consideración las necesidades del otro con la misma ponderación de las necesidades propias (Patiño, 2007). En este sentido, lo que se propone es una relación simétrica receptiva y recíproca en la que se balancean las necesidades de ambos agentes involucrados. El cuidado es prioridad y no hay principio o fundamento moral que se anteponga a esto. Entonces, de acuerdo con nuestra autora, el principio del cuidado prevalecerá sobre otros principios tradicionales, como por ejemplo, sobre los de autonomía y justicia.

Ahora bien, si retomamos esta noción de reciprocidad y de interdependencia en nuestro caso de Bety, también es necesario analizar la contraparte médica. Ahora hablaremos de su doctor a quien llamaremos Fernando. Él es un médico residente que tiene como misión gestionar y dar la consulta del servicio de oncología quirúrgica de un hospital de alto volumen. De él dependen muchos pacientes y sus decisiones médicas influyen en el tratamiento y pronóstico de las enfermedades. Al hacer el diagnóstico de Bety, informarle sobre su enfermedad y proponerle un tratamiento, Fernando sabe que si Bety decide no quedarse internada en el hospital en ese momento para que le hagan su cirugía, quizá ella tendrá que esperar varias semanas o meses para volver a encontrar un espacio disponible. Esto debido a que el hospital en donde trabaja es una institución pública que atiende a un gran número de pacientes graves. Por otro lado, Fernando sabe

que se podría meter en problemas con su jefe de servicio si éste se entera que deja a ir a una paciente con cáncer altamente curable. Fernando cree que si deja ir a Bety a su casa sin un tratamiento oportuno, estaría atentando contra el principio de beneficencia y de no maleficencia, y a la vez, le es confuso tratar de explicar y de situar la autonomía de Bety en este dilema.

Podríamos tal vez escalar este problema a un nivel más grande y afrontar el dilema de Bety y Fernando contemplando también una perspectiva política y de salud pública. Pero no podemos negar ni invisibilizar que nuestro ejemplo es una realidad tangible y que este tipo de situaciones acontecen todos los días en los espacios clínicos. Entonces, ¿cómo afrontar y conciliar las particularidades de Bety y de Fernando? ¿en qué nos podemos fundamentar para establecer una verdadera ética relacional? Cuando presentamos un caso, nuestra intención no es regresar a los modelos éticos abstractos que estamos cuestionando, mas bien, intentamos reconstruir la problematización que apuntábamos desde los primeros apartados, pero desde la contemplación de la otredad y desde la alteridad. Necesitamos reformular la epistemología ética para que pueda tener una aplicación en la praxis médica actual.

La ética asistencial del cuidado valora las emociones y la sensibilidad como otras fuentes de conocimiento. Se interesa por una gran variedad de epistemes alternas, como la intuición o el conocimiento tácito, la imaginación, el conocimiento experiencial, la percepción, el conocimiento práctico, el conocimiento encarnado o corpóreo y la autorreflexión (Koehn, 1998). Asimismo, se insiste en salirse del marco de referencia de uno mismo para entrar en el marco o mundo del otro y así verdaderamente comprender la situación o el dilema desde un punto de vista diferente. Desde estas ideas, es en donde

encontramos el origen del mismo *pathos* (sentir con) y podríamos decir que la empatía y la ética del cuidado están estrechamente relacionadas ya que en la empatía no solamente hay un Yo, combina las dimensiones afectivas y de la cognición para conocer la perspectiva del Otro; es una herramienta para explorar la otredad. La empatía nos puede alertar para indicarnos cuándo se requiere de una acción moral, y a la vez, nos ayuda a crear imaginarios morales que nos permiten predecir el impacto de nuestras decisiones éticas. Pero siempre y cuando la empatía se ejerza desde una perspectiva neutra, en la que los posibles sesgos no deriven en la malinterpretación o en la interferencia. Las acciones bien intencionadas pero mal informadas nos pueden llevar a un desajuste que nos haga regresar al modelo de paternalismo médico, y que al final se termine haciendo más daño que bien (van Dijke et al., 2018). Es por esto que cuando se explora a la empática desde la ética del cuidado, se postula que esta capacidad puede mermar o confundir la actividad moral del cuidado (Noddings, 2013). A pesar de que la empatía esta fundamentalmente dirigida al otro, al mismo tiempo puede caer en cualidades autorreferenciales, es decir, la empatía no siempre nos permite claramente entender del todo al otro ya que crea una realidad desde nociones referenciales y esta realidad se percibe como si fuera nuestra. Recordemos que ya también habíamos apuntado a esto en la filosofía de Lévinas en la interpretación del Otro.

No obstante, en los escenarios clínicos creemos que es fundamental intentar percibir la realidad de los demás (dentro de la posibilidad hermenéutica) ya que esta acción permite a los profesionales de la salud a sentirse motivados y orientados para actuar de acuerdo con la realidad del Otro y de sus necesidades. Pero, el problema que se visibiliza desde la ética del cuidado es que tradicionalmente la empatía en el cuidado

tiende a ser conceptualizada como una virtud (Fitzpatrick y Wallace, 2012) y esto se presta nuevamente para regresar al sistema paternalista en la que con el mismo ejercicio empático se construya una hegemonía desde la particularidad de los médicos. Si analizamos esto desde la empatía moral, también podemos decir que esta noción paternalista de la empatía irónicamente es compatible con la anti-empatía. Con la proyección y la usurpación de las emociones, se podría controlar o dar preferencia hacia los pacientes que piensan o cuentan con una moralidad similar a la de sus cuidadores y sin llegar siquiera a la simpatía de los pacientes que tengan un marco referencial diferente.

Por lo tanto, para omitir la anti-empatía, desde el mundo del cuidado se ha reformulado a la empatía en términos de responsabilidad o capacidad de respuesta (Tronto, 1993). Dicho de otra manera, una preocupación por el otro en concreto y con la capacidad de ser responsable para el otro. La responsabilidad implica asumir un sentido relacional, y en nuestra tesis, implica crear una relación médico paciente más humana y con una capacidad ética responsiva.

Desde otro orden de ideas, la empatía en el cuidado u hospitalidad médica también es un poco controversial en el sentido que los clínicos pueden caer en lo que nosotros traducimos desde el inglés como *sobrecarga/angustia empática (empathic over- arousal)* (Oxley, 2011). Esta sobrecarga se puede presentar en casos particulares en donde los pacientes sufren en exceso o pasan por situaciones complejas y difíciles. El excedente de emociones en los clínicos podría derivar en una fatiga empática o síndrome de desgaste profesional (van Dijke et al., 2018). Tenemos que ser muy cautos al proponer el ejercicio empático desde el cuidado médico ya que esto nuevamente puede resultar

en un ejercicio anti-empático, o bien, en el abandono de la tarea ética del cuidado. Indudablemente esta es una debilidad de nuestra propuesta, pero en respuesta a esto exploraremos en nuestro siguiente capítulo cuáles son las estrategias a las que los clínicos pueden recurrir para evitar una sobrecarga empática. En primer lugar, quizá la apuesta va más encaminada desde la empatía cognitiva y no tanto desde la afectiva. Y segundo, si en las instituciones de asistencia como centros hospitalarios y universidades médicas, no apoyan o guían un cierto tipo de empatía bien fundamentada; será difícil que los cuidadores que trabajan en estas instituciones practiquen una verdadera empatía clínica (Reynolds, Scott y Austin, 2000).

En conclusión, la empatía en el ámbito del cuidado médico tiene funciones prometedoras y ésta es parte de las prácticas éticas del cuidado y de las relaciones humanas. Pero la empatía tiene sus limitaciones, y por lo tanto, debe ser neutra, es decir, debe ser usada sin una intención de apropiación. Sin duda, todavía hay aspectos que necesitan ser explorados desde la academia, pero con métodos de investigación variados en los que se tomen en cuenta diferentes fuentes de conocimiento como la narración, la imaginación, la experiencia y las percepciones.

Conclusiones

En este apartado ya hemos rescatado las dimensiones de la empatía de la mente y de la moral y las llevamos a los ámbitos clínicos para abordar los dilemas éticos que se presentan en lo mundano de la praxis médica. Los que tienen que ver con la relación que hay entre el personal de salud, los pacientes y todos los agentes involucrados. Ahora bien, hemos iniciado por describir a la bioética ya que es el tipo de ética aplicada que se

conoce por excelencia en el universo médico. Sin embargo, este tipo de ética principialista y personalista desde su concepción resulta confusa y no ha sido suficiente para abordar y resolver los complejos dilemas interpersonales que acontecen en los escenarios clínicos que estamos presentando y que se acentúan por el modelo paternalista que suele operar en la medicina. Es por esto por lo que necesitamos de *otros tipos de ética* que nos permitan alejarnos de lo abstracto y de lo rígido del deductivismo para reconocer a los extraños morales y aceptar el particularismo de cada sujeto. *Otras éticas* que abonen y reconstruyan a la ética médica para repensar los problemas morales de la medicina actual y para enfocarnos en el ámbito de las relaciones humanas; lo que tiene que ver con el *ethos* del ejercicio médico.

Para esto hemos propuesto a la ética de Lévinas y a la ética del cuidado para reformularnos en primer instancia el Yo médico y el Otro paciente, y segundo, para crear un sentido de responsabilidad y responsividad en donde tome importancia el *pathos* en el ejercicio del cuidado. Proponemos a la *empatía clínica* como una capacidad médica para interpretar a los pacientes bajo los términos de relación y de apertura a la alteridad. A continuación necesitaremos analizar cuáles son las estrategias para promover y ejercer la *empatía clínica* en la praxis de los espacios clínicos.

Bibliografía

- Aranda Fraga, Fernando (2004). Reseña de "La razón bioética y sus límites" de Jorge Martínez Barrera. *Invenio*, 7(12),157-158.[fecha de Consulta 16 de Marzo de 2021]. ISSN: 0329-3475. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=877/87701215>
- Burgos Velasco, J. (2013). ¿Qué es la bioética personalista? Un análisis de su especificidad y de sus fundamentos teóricos. *Cuadernos De Bioética*, XXIV(1), 17-30. doi:<https://www.redalyc.org/pdf/875/87527461003.pdf>
- Carrera Carrera, J. (2011). Los Fundamentos de la Bioética, de H. Tristram Engelhardt. *Bioética & Debat*, 17(64), 12-16.
- Coulehan, J. (2005). Viewpoint:. *Academic Medicine*, 80(10), 892-898. doi:10.1097/00001888-200510000-00004
- Domingo Moratalla, T. (2007). Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas. Revista De Filosofía Y Teología*, II(17), 281-312. doi:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=291122924005>
- Duarte Zúñiga, J. B. (2015). LA ÉTICA de La alteridad de Lévinas COMO ELEMENTO Importante en el Conocimiento de La Formación ética en LA EDUCACIÓN. *Revista Temas*, 0(6). doi:10.15332/rt.v0i6.711
- Dunn, M., & Hope, R. A. (2018). *Medical ethics: A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Engelhardt, H. T. (1995). *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós.
- Fitzpatrick, J. J., & Kazer, M. W. (2012). *Encyclopedia of nursing research*. New York: Springer Pub.
- García, J. J. (2013). Bioética Personalista y Bioética Pincipialista. Perspectivas. *Cuadernos De Bioética*, XXIV(1), 67-76. doi:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87527461008>
- García, M. (30 de Abril de 2010). Etica filosofica de Emmanuel Levinas en obra Totalidad e infinito. Recuperado el 16 de Abril de 2021 desde <http://www.monografias.com/trabajos81/etica-filosofica-emmanuel-levinas-obra-totalidad-e-infinito/etica-filosofica-emmanuel-levinas-obra-totalidad-e-infinito.shtml>.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press.

- González-Amarante, M. del P. (2021). Entendiendo la crisis de la profesión médica: una perspectiva sociológica. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 58(3). <https://doi.org/10.24875/rmimss.m21000038>
- Hojat, M. (2016). *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. Cham: Springer
- Koehn, D. (1998). *Rethinking feminist ethics: Care, trust and empathy*. London: Routledge.
- Leget, C. (2004). Avoiding evasion: medical ethics education and emotion theory. *Journal of Medical Ethics*, 30(5), 490–493. doi: 10.1136/jme.2003.004697
- Lindemann, H. (2019). *An invitation to feminist ethics*: Oxford University Press.
- López Corredoira, M. (2019). Del Hombre-Máquina a la Máquina-Hombre: Materialismo, mecanicismo y transhumanismo. *Naturaleza y Libertad*, 12, 179–190.
- Mir Tubau, J., & Busquets Alibés, E. (2011). Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. *Bioética & Debat*, 14(64), 1-7.
- Murgic, L., Hébert, P. C., Sovic, S., & Pavlekovic, G. (2015). Paternalism and autonomy: Views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. *BMC Medical Ethics*, 16(1). doi:10.1186/s12910-015-0059-z
- Noddings, N. (2013). *Caring: A feminine approach to ethics & moral education*. Berkeley: Univ. of California Press.
- Ortiz, D. (2008). Aportes de la ÉTICA RELACIONAL a LA EDUCACIÓN. *Sophía*, 1(5), 103. doi:10.17163/soph.n5.2008.04
- Patiño González, S. M., (2007). *La noción de responsividad. Punto de encuentro para tres aproximaciones de la ética* (Unpublished master's thesis). Tecnológico de Monterrey.
- Patiño González, S. M. (2010). *La responsividad ética*. Madrid: Plaza y Valdes.
- Reynolds, Scott, & Austin, W. (2000). Nursing, empathy and perception of the moral. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 235-242. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01440.x
- Ricoeur, P., & Corona, P. (2004). *Del texto a la acción ensayos de hermenéutica II*. México D.F. (México): Fondo de Cultura Económica.
- Rojas, A., & Lara, L. (2014). ¿Ética, Bioética o ética médica? *Revista Chilena De Enfermedades Respiratorias*, 30(2), 91-94. doi:10.4067/s0717-73482014000200005
- Roqué Sánchez, M & Corcó Juviniá, J. (2013). El estatuto epistemológico de la bioética. *Cuadernos De Bioética*, XXIV, 3rd ser., 463-474.

- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Sagols, L. (Conferencista). (17 de Agosto de 2012). *Bioética, Género y Derechos Humanos* [Video file]. Revisad el April 14, 2021, desde https://www.youtube.com/watch?v=9_oTtPTDVQ&t=1700s
- Salas Astrain, R. (2011). Intersubjetividad, otredad y reconocimiento en el pensar de Emmanuel Levinas y Maurice Merleau-Ponty. Diálogos fenomenológicos acerca del Otro. *Revista De Filosofía*, 67, 7-41.
- Sánchez González, M. Á. (2008). *Historia, teoría y método de la medicina: Introducción al pensamiento*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Santamaría Plascencia, A. L. (2012). La responsividad ética. *EN-CLAVE Del Pensamiento*, 12, 193-198
- Sztajnszrajber, Sario. (2016). *Mentira la verdad Iv: Emmanuel Lévinas, Totalidad e infinito - Canal Encuentro Hd. YouTube*. <https://www.youtube.com/watch?v=cVzGRIh2dDw>.
- Van Dijke, J., Van Nistelrooij, I., Bos, P., & Duyndam, J. (2018). Care ethics: An ethics of empathy? *Nursing Ethics*, 26(5), 1282-1291. doi:10.1177/0969733018761172

CAPÍTULO 3: La empatía y la medicina actual

Introducción

Recordemos que el objetivo principal de esta tesis es hacer una aproximación teórica sobre cómo se puede articular a la empatía con el ejercicio médico y esto lo hacemos a través de tres ejes principales, la historia de las humanidades, la ética y el desarrollo de la medicina actual. En el apartado anterior hicimos un vínculo de la empatía con la ética, y en primera instancia, problematizamos a la bioética ya que es un tipo de ética aplicada de la medicina que no ha sido del todo capaz para abonar a los dilemas éticos del tipo relacional que se presentan en el día a día de los espacios clínicos. Nos dimos a la tarea de buscar otros tipos de ética para enriquecer a la ética médica para que, de manera diferente y empática, podamos afrontar las tensiones relacionales que surgen entre los diferentes personajes de los escenarios clínicos.

En primer lugar, la ética de Lévinas nos permitió hablar en términos de intersubjetividad para crear una noción genuina de preocupación por el otro y que de una manera no recíproca y asimétrica se pueda reformular la ontología médica para la reconstrucción del Yo médico a través del Otro paciente. En la ética levinasiana el rostro del otro no es una cara, y con base en esta premisa, pudimos recurrir a la empatía de la mente para hacer comprensible una ética hermenéutica en la que podamos descubrir e interpretar ese rostro velado. Todo esto con un sentido de responsabilidad y justicia y sin despojar a ese Otro de su diferencia ya que se podría caer en un tipo de apropiación o de violencia.

En segundo lugar, la ética del cuidado nos dio la posibilidad de construir la acción del cuidado médico a través de una episteme diferente como la empatía. Esta ética permite la narración, la imaginación, la experiencia y las percepciones como parte de su operatividad. Además, la ética del cuidado prepondera a las emociones en el ejercicio de atención y de asistencia a los demás. Esto particularmente es lo buscamos con nuestra empatía clínica en la que se combinan la empatía de la mente, de la estética y de la moral de nuestra clasificación ya previamente anunciada.

Ahora es necesario que exploremos el acto clínico ya que involucra una práctica tanto científica como artesanal y amerita que cotejemos sus complejidades sin dejar al margen las dimensiones sociales y emocionales. Prestaremos atención a la historicidad de la relación médico paciente para poder entender desde dónde surge el modelo paternalista que sigue preponderando en nuestros espacios clínicos. Por otro lado, ameritamos explorar a qué cambios se ha enfrentado la medicina actual con la intención de exponer la crisis de la ética médica, ya que creemos que es resultado de las transformaciones que tuvo la propia medicina en los siglos pasados. Estos cambios de la medicina como disciplina ocurrieron en paralelo a la redefinición del papel del médico; la labor de los médicos fundamentalmente se basó en crear nuevas ciencias y conocimientos para combatir las enfermedades, pero a esta redefinición profesional no se le dio importancia a los trasfondos sociales ni emocionales (MacIntyre, 1978). La crisis de la ética médica de la que hablamos apunta directamente al *ethos* y al *pathos* de la clínica, es por esto por lo que también debemos ahondar en la identificación y en el manejo de las emociones de estos espacios en donde hay constantes interacciones entre los médicos, los pacientes y los familiares. Nuestra reflexión ética sobre la capacidad

empática en esos sitios precisamente apunta a utilizar las emociones para tomar decisiones de carácter ético para abordar los dilemas que surgen de las tensiones entre médicos y pacientes. Nos apoyaremos en el pensamiento de Martha Nussbaum, de quien ya habíamos hablado antes en nuestro apartado de empatía y moral, para fundamentar una postura ética desde las emociones. También recurriremos a la medicina narrativa para vincular a nuestra empatía clínica con el proceso interpretativo de las emociones en la clínica.

Después, haremos un análisis desde la ética hermenéutica de Paul Ricoeur para proponer un ejercicio clínico en el que el paciente se entiende como un texto que necesita ser interpretado, pero desde lo humano y más allá de la manera en la que se suele leer a los pacientes, como signos y síntomas de una enfermedad. Esta lectura e interpretación del paciente como un todo, permitiría entender el significado que ellos le dan a la salud y a la enfermedad para así poder fortalecer la relación y establecer un pacto de cuidado en el que ambos agentes tengan una misma participación.

Y para finalizar, expondremos algunas de las complejidades para ejercer la empatía dados los condicionantes de los ambientes clínicos en lo cotidiano. Creemos que es fundamental no omitir esto para poder visibilizar los obstáculos y así lograr postular algunas vías en las que se puede ejercer y enseñar la empatía clínica en los ambientes hospitalarios.

La evolución de la clínica y la nueva era de la medicina: Una reformulación de la relación médico paciente

La medicina moderna que hoy en día conocemos se comenzó a gestar en los siglos XVIII y XIX, aquí las enfermedades comenzaron a formar parte de la conciencia política y surgió la institucionalización médica (Foucault, 2012). Los médicos que tradicionalmente iban de casa en casa fueron reclutados a los nosocomios, y a su vez, estos centros se convirtieron en escuelas clínicas. Esta reestructuración se influenció fuertemente por los nuevos descubrimientos científicos de la época y se arrastró una noción mecanicista proveniente del racionalismo y del dualismo sustancial propuesto por Rene Descartes. La concepción de la vida y de la normatividad fue influenciada por un conjunto de condicionamientos predispuestos en esta época, y a su vez, fue afectando a las ciencias como a la biología y a la medicina. La división entre cuerpo y alma dio lugar a los nuevos descubrimientos fisiológicos (por ejemplo, la circulación sanguínea y el aparato locomotor) y el cuerpo humano en la medicina se entendió como una máquina compleja, engranada para funcionar armoniosamente (López, 2019). En este sentido, la enfermedad fue interpretada como una falla mecánica y anatómica, entonces, la labor de los médicos era la de encontrar esa avería y arreglarla para restablecer la salud. Unos siglos más tarde, a esto se le conoció como el modelo biomédico; y ya para 1950 se culminó este desarrollo científico al introducirse un método de ensayos clínicos para la construcción de conocimiento (Sánchez, 2017). Desde un punto de vista ético, esta visión dualista despojó al ser humano de su condición humana y creó un sesgo metodológico para su entendimiento, la experiencia subjetiva se fue enterrando en la praxis médica para dar prioridad a la experimentación científica. Esta nueva época dio lugar a la

creación de mejores tratamientos y por eso se privilegió a la curación que la ciencia moderna ofrecía por encima de los cuidados legendarios o tradicionales.

Ahora bien, en 1992 aconteció otro cambio de paradigma en el ejercicio de la medicina, la comunidad médica tuvo que buscar una ponderación para los conocimientos y nuevos tratamientos. El nuevo paradigma que se propuso hace énfasis en ejercer una práctica clínica basada en la evidencia puramente científica (Cuello y Pérez, 2015). Esto surgió como una estrategia para afrontar las complejidades de la medicina moderna ante una gran cantidad de información científica que se encontraba en constante producción, por ejemplo, los médicos tenían que escoger entre diferentes fármacos creados para una misma enfermedad, cuál era el que tenía un mejor índice terapéutico y un menor número de efectos adversos. Básicamente lo que se busca con la medicina basada en evidencia científica, es que los clínicos puedan ofrecer el mejor tratamiento a sus pacientes con base en estudios empíricos relevantes y bien fundamentados. Sin embargo, esta propuesta se enfocó en lo meramente científico y aún sigue arrastrando la noción mecanicista que se desarrolló desde la edad moderna (Sánchez, 2008) y deja a un lado el componente *ethos*; lo que tiene que ver con las emociones, creencias y valores de la práctica médica y de los mismos pacientes.

Por otra parte, como respuesta a este cambio de paradigma, en la educación médica se propuso un modelo de aprendizaje que se basa en el desarrollo de competencias clínicas. Una competencia es un hábito de aprendizaje en el que se involucran: el uso adecuado del conocimiento, la comunicación, las habilidades técnicas, el razonamiento crítico, las emociones y los valores dentro de la práctica clínica (Epstein, 2007). Sin embargo, tradicionalmente existe una predilección por el conocimiento

derivado de los estudios empíricos y de las habilidades técnicas; los aspectos relacionales y los de las emociones quedan en un segundo plano tanto en la praxis como en la educación médica. Esto es muy importante en nuestra tesis ya que expone que el uso de las emociones es parte de una competencia médica, sin embargo, no se ve reflejado en la praxis del día a día y precisamente pone al descubierto las tensiones del tipo relacional que se presentan en los escenarios clínicos y que previamente expusimos con algunos casos.

Ahora bien, la construcción de la clínica que hemos rastreado hasta el siglo XVIII, tiene que ver con la creación de los saberes médicos actuales, con la ejecución de la medicina actual y con los modelos de enseñanza. Pero, por otra parte, necesitamos indagar particularmente en la relación médico paciente ya que estamos proponiendo un nuevo tipo de interacción que se fundamente de la empatía clínica. Los orígenes de esta relación se remontan hasta la Antigua Grecia, en este período se vinculó el ejercicio médico con la amistad (*philia*) y posteriormente surgió también una conexión con la benevolencia hacia el prójimo (Seigler, 2011). Recordemos que esta misma noción, nosotros también la habíamos encontrado en los orígenes de la empatía. De cierta manera, la relación médico paciente y la empatía comparten un origen en común (por lo menos en el pensamiento occidental). Ahora bien, el mismo médico y filósofo Pedro Laín Entralgo (1969), basado en esta preconcepción, postuló que la relación médica debería consistir en algo más que una simple camaradería, para él, ésta debe fundamentarse en la amistad, para que el médico, además de la competencia técnica, cuente con la voluntad de ayudar y de servir. Entonces si analizamos esto con detenimiento nos damos cuenta de que la medicina actual exige por un lado una práctica basada en la evidencia

científica, y por el otro, demanda de una relación médico paciente de calidad que se fundamenta de una tradición de principios morales y virtuosos y que, a su vez, quedan al margen del tecnicismo de la medicina como disciplina o ciencia como tal. Con todo esto, podríamos decir que al personal de salud se le exige contar con competencias clínicas que le den la posibilidad de ofrecer una medicina muy técnica, pero a la vez muy humana. Y esto se presta para que se encuentre en una constante pugna entre estos dos tipos de ideologías ya que pueden ser muy opuestas.

Por otro parte, si seguimos explorando la relación médico paciente, nos encontramos con que tradicionalmente eran los médicos quienes acumulaban los saberes de la medicina. Sin embargo, en el Siglo XX estos saberes se fueron extendiendo también a los pacientes y su autonomía fue tomando un mayor auge en los espacios clínicos. El mundo jurídico permitió un equilibrio de las fuerzas entre médicos y pacientes y dio lugar a regulaciones o tratados como el consentimiento informado para potenciar la participación de los pacientes en la experiencia terapéutica (Seigler, 2011). Sin embargo, la llegada del consumismo, la tecnologización, el acceso a la información y la medicalización de las enfermedades convirtieron a los médicos en una especie de proveedores de la salud, y con el paso de los años, eso dio lugar a una subversión de un nuevo paciente (González, 2021). Ahora los pacientes adoptan un rol tipo clientelar y demandan una medicina a modo, de calidad y que sea equiparable a su inversión monetaria. El médico se convierte en una especie de empleado nuevamente con la misión de ofrecer una medicina científicamente relevante, de calidad, pura, virtuosa y humana.

Asimismo, la toma de decisiones terapéuticas no radica exclusivamente entre los médicos y los pacientes, de manera transversal existen otras variables de carácter económico y político que ponen en conflicto la rentabilidad de los tratamientos de las enfermedades y que influyen directamente en la interacción que tienen los médicos con los pacientes (Pastura y Land 2019). La institucionalización de la medicina se encuentra fuertemente ligada a la biopolítica, y las decisiones que se toman a nivel gubernamental inciden directamente en la praxis médica y moldean la interacción de los médicos con sus pacientes. Los tiempos de consulta y los pases de visita hospitalaria se reducen y el médico no tiene tanto tiempo para enfocarse a detalle en las particularidades de sus pacientes, se tiene que enfocar sólo en los síntomas de la enfermedad ya que el tiempo es valioso y siempre hay algo más que hacer en la agenda. Encima de esto, los tratamientos médicos llevan un costo y el médico tiene que tomar eso en cuenta a la hora de prescribir los medicamentos o de proponer alguna cirugía o terapia. Con todo esto, pareciera que el médico moderno tiene tres roles distintos, el de curandero y amigo con saberes milenarios, el profesional con la ciencia aplicada y el médico administrador y burocrático.

Entonces podemos preguntarnos si en la praxis la interacción médico paciente alguna vez consistió en una relación simple de carácter instrumental, es decir, en la que el médico y el paciente hayan encontrado un pacto terapéutico en el que ambos se encuentren en el mismo nivel y sin ningún intermediario ajeno a este espacio de interacción y de entendimiento (Canguilhem, 2004). Esta relación es sumamente compleja, ha cambiado con la historia y sigue siendo influenciada por factores sociales, económicos, tecnológicos y políticos. Pero tenemos que tomar en cuenta otra variable

muy importante, el poder. No podemos dejar desapercibido que el personal de salud cuenta con la necesidad de ejercer una autoridad para emitir juicios clínicos. La dinámica jerárquica está basada en la tradición y en la propia experiencia de los médicos y es muy difícil desprender a la práctica clínica del reconocimiento de autoridad.

En nuestro apartado anterior ya habíamos apuntado al paternalismo como un tipo de modelo médico en el que prepondera el poderío y el saber médico, y que, de una manera silente durante su ejecución, rechaza la autonomía de los pacientes. El grado en que se ejerce el paternalismo en la medicina se da de manera autónoma y tiene que ver con un fenómeno mucho más amplio que es, la distribución del poder de la sociedad (Aguilar, 2017). Fue el mismo Foucault (2012) quien describió el poder concentrado en las figuras de autoridad, pero distribuido como una red en toda la sociedad y esto no excluye a los escenarios clínicos. Este poder se fue creando a través de los siglos cuando los médicos fueron sembrando y cosechando los saberes de la medicina, y la vez, fueron ellos mismos quienes fueron legitimándolo y aplicando como normatividad en salud. A pesar de que en el siglo pasado la distribución de poderes fue cambiando hacia el lado de los pacientes, todavía persiste un paternalismo médico en el que los doctores se encuentran por encima de los pacientes. Nosotros apuntamos a que en los escenarios clínicos existe un exceso de paternalismo en el que sólo hay lugar para los saberes médicos puramente científicos, sin tomar en cuenta los aspectos emocionales y relacionales de los pacientes. Es por esto por lo que surgen las tensiones de carácter ético; pareciera que la pareja médico paciente rara vez ha sido una pareja armoniosa en la que cada uno de los participantes se declarase satisfecho con la conducta del otro (Canguilhem, 2004). Necesitamos encontrar una manera de diluir el poder del

paternalismo en la clínica y lo que es puramente científico para aprender a ver y tratar a los pacientes de una manera distinta en la que no sólo sean entendidos como una enfermedad, sino también como seres pensantes y sintientes; creemos que esto se puede lograr a través de nuestra empatía clínica. Y por otro lado, no podemos negar que con el conocimiento se establecen relaciones de poder, entonces, a mayor poder o posible poder, debe haber más empatía, responsabilidad y responsabilidad.

Ahora bien, no estamos diciendo que la praxis médica es perversa o errónea, en el paternalismo no se excluye la ambición de procurar y atender al enfermo a través de intervenciones eficaces. Sin embargo, esta ambición puede llegar a ocultar la idea de que, frente al médico y para este, un organismo enfermo es sólo un objeto pasivo dócilmente sometido a manipulaciones e incitaciones externas (Canguilhem, 2004). Igualmente, la concepción del paciente como un organismo en partes (resultado de la especialización médica), produce una impersonalidad que priva al paciente de las dimensiones morales y sociales (Pastura y Land 2019). Esta forma de ejercer medicina hace que el paciente se piense no como una persona completa, sino como una colección de partes del cuerpo o subsistemas. Despojar al paciente de su *ethos* es violentarlo y atenta directamente en la dimensión relacional. Desde este orden de ideas, la medicina moderna (al menos en occidente) no ha logrado nombrarse como verdaderamente es; la seguimos entendiendo desde una noción cartesiana como una máquina dividida en partes. Hasta ahora nos estamos dando cuenta que, así como las partes fisiológicas son interdependientes, también somos interdependientes a nivel sujeto. Desde esta postura tipo levinasiana tendrían que rediseñarse la praxis y la educación médica; aprender a

encontrar las interdependencias que existen entre los diferentes sujetos o agentes de los espacios clínicos.

Pensar en la interdependencia con los demás, nos da la oportunidad de hablar en términos de relaciones y de reciprocidad. Foucault (2012) describe a la experiencia clínica como una apertura del individuo al lenguaje concreto de la racionalidad. Para este autor en la clínica hay un acontecimiento en el que hay una relación del hombre consigo mismo y con el lenguaje de las cosas (o de los demás), y esto a la vez, genera un emparejamiento de una mirada y de un rostro. En la medicina moderna, esta apertura evoca un pacto tácito entre dos personas; más adelante hablaremos cómo éticamente y a través de la empatía clínica se puede reforzar este pacto, pero primero es necesario prestar atención a ambas partes de la relación médico y paciente. Para que se logre el acuerdo terapéutico, es indispensable de una participación activa por parte de ambos protagonistas; se debe contar con una disposición para dialogar y negociar este plan (Aguilar, 2017). Pero para que se dé esto, los médicos primeramente deben ser capaces de manejar adecuadamente la comunicación con el paciente y tratar de entender sus emociones. En nuestro próximo apartado analizaremos por qué hay tanta resistencia en la comunidad médica a identificar las emociones de los espacios clínicos. Creemos que es importante indagar en el espectro emocional ya que el *pathos* está directamente relacionado con esto.

El manejo de las emociones en los profesionales de la salud

Ya hemos visto que la medicina ha cambiado su operatividad en los últimos siglos debido a que ha tenido un importante crecimiento técnico y científico. Además, esta

medicina constantemente se moldea y se transforma por variables sociales, económicas, tecnológicas y políticas. Al mismo tiempo, todo esto condiciona la relación médico paciente y es aquí donde surgen los conflictos éticos del tipo relacional. En este apartado exploraremos cómo es que el personal de salud afronta las emociones que se presentan en los espacios clínicos; esto con la intención de hacer una reflexión ética ya que nuestra empatía clínica tiene que ver con los aspectos del *ethos* y del *pathos* de la clínica.

La manera en la que los médicos reaccionan y manejan las emociones en los espacios clínicos se ve reflejado directamente en la relación médico paciente de una manera fundamental. Los médicos trabajan a diario con pacientes y familiares que están pasando por situaciones devastadoras en donde se afrontan a las enfermedades, y en algunas ocasiones, a la pérdida o a la muerte. Estas situaciones clínicas tienen un impacto en los profesionales de la salud en donde las emociones directamente influyen en su comportamiento y en sus decisiones (Meier, Back y Morrison, 2001). Sin embargo, el tema de las emociones en los escenarios clínicos todavía resulta un tabú; es negativamente visto e incluso puede llegar a ser considerado como una conducta poco profesional (Vilela da Silva y Carvalho, 2016). Esto se contrasta con lo que previamente expusimos, ya que el modelo biomédico basado en competencias clínicas anuncia que el personal de salud debe ser capaz de contar con destrezas tanto técnicas como humanas entre las que destacan la comunicación y el manejo adecuado de las emociones. Entonces, la empatía clínica permitiría fusionar el mundo emocional y cognitivo para crear un modelo, puente y referencia en el vínculo entre médico y paciente.

Por otra parte, trabajar el uso de las emociones como competencias desde la educación médica, implica de un proceso serio en donde en primera instancia se deben

identificar estas emociones para poder hacerlas explícitas ya que el no reconocerlas acaba privando a los médicos (tanto los ya formados como los que aún están en entrenamiento) de un instrumento necesario para mejorar su actuar en la praxis clínica (Moreto, González y Piñeiro, 2017). Como respuesta a esto, se ha estudiado de diversas maneras el manejo de las emociones dentro del gremio médico. La especialidad de la psiquiatría, por ejemplo, reconoce la importancia de la transferencia (emociones de los pacientes respecto a los médicos) y la contratransferencia (emociones de los médicos respecto a los pacientes). No obstante, el personal de salud que no tiene un entrenamiento en psiquiatría, o en el manejo de las emociones, no está capacitado para identificar en el éter de los escenarios clínicos a las emociones. Esto afecta de manera negativa en el trato a pacientes y, por otra parte, genera desgaste profesional (Meier, Back y Morrison, 2001). Esta ambigüedad sobre el manejo de las emociones en los profesionales de la salud deja una puerta abierta a nuestra reflexión ética ya que apuntamos a que la identificación de las emociones en los espacios clínicos es un aspecto fundamental para la racionalidad y el ejercicio moral. En nuestro primer capítulo vimos cómo la empatía tiene una dimensión moral, y a pesar de que no es el único componente para el desarrollo moral, si nos sirve como una especie de brújula para orientarnos en las decisiones de carácter ético.

Con todo esto, en el extenso análisis que hace Martha Nussbaum (2009) en *Upheavals of thought: the intelligence of emotions*, ella revive el recorrido que la filosofía hace sobre la teoría de las emociones y las complementa con las teorías de la psicología moderna. En las últimas décadas, desde la psicología se han realizado investigaciones extensas sobre el efecto de las emociones en varios procesos cognitivos como el

aprendizaje, el recuerdo, el procesamiento de la información, la adhesión a los riesgos y la evaluación de la información compleja que se requiere para tomar una decisión. Lo que estas teorías reflejan es la concepción de un ser humano tanto racional como emocional, en el que las motivaciones, las emociones y el resguardo de sí mismo son fundamentales a la hora de decidir (Bedregal, 2010). Entonces, es factible hablar de un tipo de ética más naturalista en la que se comprenden a las emociones y a la empatía, y no sólo a la razón, como componentes fundamentales del ser humano y de su capacidad para resolver conflictos. Las emociones no sólo son el sustrato psicológico de un ser racional, también son partes complejas del razonamiento humano, es por esto por lo que la cognición de las emociones tiene implicaciones importantes en el desarrollo de la ética.

Entonces, Nussbaum (2009) abre la posibilidad a pensar que algunas ideas de la antigüedad (emociones vistas como virtudes) pueden permanecer vigentes en la actualidad y que otras se deben modificar con ayuda de la ciencia. Esta autora señala que las emociones no se deben excluir de nuestra vida diaria ya que forman el paisaje de nuestras vidas mentales y sociales de la misma manera en la que un pincel va formando una obra de arte sobre un lienzo. Las emociones tienen un rol importante sobre el juicio ético, y como ya habíamos apuntado en las *otras éticas*, en lugar de concebir a la moralidad como un derivado puramente del intelecto, se deben contemplar a las emociones como fuente de motivación y de guía en nuestro sistema de razonamiento ético. Para Nussbaum (2009) el tumulto de emociones como el dolor, el amor, la ira y el miedo; juegan un rol importante en el pensamiento moral sobre lo bueno y lo justo. Es por esto por lo que no se deberían invisibilizar las emociones (ni buenas, ni malas) de los espacios clínicos ya que merma el ejercicio ético de la praxis médica.

Para poder aterrizar esto, recurriremos a otro caso del espacio clínico. Se trata de Don Oscar quien es un paciente de 87 años. Él ha tenido varias afectaciones pulmonares que le han condicionado a padecer de infecciones respiratorias severas, y por este motivo, ha permanecido intubado alrededor de un mes en terapia intensiva de un hospital con soporte médico especial. El caso de Don Oscar es complejo, ya que, como secuela de sus infecciones también ha desarrollado una insuficiencia renal. Entonces, además de un ventilador, necesita de una máquina que supla la tarea de sus riñones. Los familiares de Don Oscar (hijas y nietos) se han dividido su tiempo para que por lo menos una persona esté ahí con él todo el tiempo. Ellos procuran ayudar en lo que se puede y se encuentran con la esperanza de que el tratamiento médico contribuya a mejorar la situación global de su familiar. Por otra parte, los doctores de Don Oscar conforman un equipo médico completo. Un neumólogo liderea el caso ya que la afectación principal es de los pulmones, sin embargo, hay varios médicos intensivistas que están día y noche controlando los medicamentos y los líquidos que Don Oscar necesita para el buen funcionamiento del corazón y de su tensión arterial. Un infectólogo día a día revisa cómo va la infección y se asegura que Don Oscar esté recibiendo los antibióticos adecuados. Por otro lado, el nefrólogo controla una máquina de prisma para filtrar la sangre y eliminar las toxinas que se van produciendo y que los riñones no pueden eliminar.

Con el paso de las semanas la situación de Don Oscar no mejora, tantas toxinas acumuladas han generado un daño cerebral y una neuróloga se acerca al caso para evaluar el estado mental. A pesar de que los medicamentos de sedación ya se han suspendido, Don Oscar no despierta y no puede respirar sin el ventilador. Un estudio de

electroencefalograma muestra una actividad isoeléctrica (sugestivo de daño cerebral severo), pero todavía tiene los reflejos del tallo conservados. Los médicos saben que la situación de Don Oscar no mejorará y no encuentran la manera de explicarlo a los familiares que todavía se encuentran esperanzados con un mejor pronóstico. A pesar de que los familiares ven muchas máquinas complejas y médicos alrededor de Don Oscar, ellos no comprenden del todo la gravedad del asunto y desean que se le siga ofreciendo el mejor tratamiento con la intención de que algún día reaccione. Los médicos, por otra parte, no comprenden por qué los familiares desean perpetuar la enfermedad y sienten que su acción terapéutica sólo perpetúa el sufrimiento de Don Oscar.

Ahora bien, si exploramos con mayor detenimiento este caso, nos encontramos con que en ese espacio clínico (la terapia intensiva) se encuentran muchas emociones de por medio. Por un lado, las de los familiares que se encuentran procesando día a día los cambios de la enfermedad de Don Oscar, y por el otro, las emociones del personal médico que sabe que por más que hagan tratamientos, la ciencia ya no puede ofrecer un buen resultado. El principal dilema radica en que estas emociones se encuentran en el éter de la terapia intensiva, pero a la vez, no pueden ser vistas. Los médicos cumplen con su misión de atender cada uno de los aparatos y sistemas de Don Oscar, pero no se dan a la tarea de descifrar el *ethos* y el *pathos* de este ambiente clínico. No saben explorar emociones como el miedo, la angustia o el enojo; ni cómo dar lugar a la transferencia y contratransferencia emocional. Por otra parte, es difícil explorar en este contexto qué es lo que Don Oscar estaría sintiendo y cómo es que le hubiese gustado lidiar con la severidad de su enfermedad.

Entonces, si regresamos a nuestra autora, nos encontramos con que no se deben priorizar a las emociones en el desarrollo del juicio moral. Y en contraparte, tampoco se debe enaltecer el criticismo racional, sin embargo, a las emociones se les debe comprender y conocer su historicidad. No es conveniente que sean ignoradas como comúnmente se ha hecho en las teorías sobre el desarrollo de la filosofía moral. Lo que Nussbaum (2009) propone para el desarrollo de una teoría ética es un desenvolvimiento del entendimiento de las emociones. Las emociones tienen una estructura cognitiva complicada que en parte se forma a través de una narrativa haciendo una historia de nuestra relación con los agentes implicados. Es por esto, que esta misma autora propone a la literatura y otros trabajos de arte narrativa, como herramientas de autoconocimiento y entendimiento de los demás y del mundo. Partiendo de estas ideas, y en el intento de encontrar una alternativa a la problemática que enfrenta la comunidad médica en el tema de la ética y de las emociones, existen otros autores que proponen a la literatura y el arte como vehículos hacia la reflexión moral en los escenarios clínicos (Leget, 2016). Además, se han propuesto varias estrategias para lograr el manejo de las emociones en los ámbitos clínicos. Los principales ejercicios para lograr esto son: ponerles nombre a las emociones, aceptar la normalidad de las emociones, reflexionar sobre las emociones y sus consecuencias y recurrir a la escucha de colegas (Meier, Back y Morrison, 2001). Estas propuestas tienen el mismo sustrato que las teorías de Nussbaum ya que ponen a las emociones en el mismo nivel que los pensamientos y reconocen la interdependencia que tenemos con los demás. En la clínica, permiten pensar en la vulnerabilidad que tienen todos los personajes (personal de salud, pacientes y familiares) frente a eventos que no pueden controlar.

Por otra parte, en este mismo intento de encontrar alternativas en el dilema de las emociones de la clínica, la medicina narrativa propone generar un puente entre el modelo biomédico y la experiencia vivida por el paciente y por sus familiares a través de una forma lingüística y con una dimensión fenomenológica. Es hacer un tipo de medicina que se encuentre basada en la persona (Urday y Cuba, 2019) y que reconozca la singularidad de cada paciente. Esta propuesta favorece a las narrativas en todos los procesos de operatividad de los médicos (diagnóstico, tratamiento, educación, investigación) y los invita a reconocer que cada paciente tiene su propia historia; da pie a la construcción de un paciente desde muchas miradas y desde la escucha de los relatos. Esta concepción conjuga nuestra empatía de la mente, de la estética y de la moral para dar lugar a la empatía clínica como a un proceso de interpretación en la que se entiende al paciente como un texto; poner énfasis a los pacientes ayuda a leer sus emociones y a tratar de entender cómo se sienten.

La medicina narrativa y la empatía clínica en el caso de Don Oscar, nos permitiría escuchar de manera abierta y con detenimiento los relatos de sus familiares con la intención de que los médicos descifren sus emociones y comprendan de una mejor manera el significado particular que le otorgan a la enfermedad de su familiar. De esta forma, se podría mejorar la capacidad de proponer soluciones o de trazar distintos caminos de tratamiento (con base en un pacto de cuidado) para atender las necesidades individuales de cada paciente, así como para llevar, de la mejor manera el trato y proceso con los familiares mismos.

El pacto del cuidado médico, una aproximación a la ética hermenéutica de Paul Ricoeur

Ahora sabemos que la medicina moderna, con base en su última transformación, tiende a desplazar la dimensión emocional en su operatividad. Además, postulamos que el mal manejo de las emociones genera conflictos y atenta directamente a la relación médico paciente. Al mismo tiempo, le es muy difícil al personal de salud identificar, nombrar y lidiar con las emociones que se encuentran en el éter de los espacios clínicos. Como alternativa a esto, propusimos el pensamiento de Nussbaum para decir que las emociones deben ser ponderadas en el mismo nivel que el razonamiento humano y que son fundamentales para el ejercicio moral y por eso tienen una implicación ética. Entonces, a las emociones no se les debe ignorar. Nuestra empatía clínica permite identificar e interpretar las emociones de los espacios clínicos con el fin de prevenir o resolver los dilemas que surgen en la práctica médica. Por otra parte, brevemente nombramos algunas estrategias que ya se han propuesto desde la medicina para resolver el problema emocional de la clínica, algunas de estas son: la literatura, el arte, la normalización emocional, la reflexión y la medicina narrativa. Ésta última particularmente apunta a reconocer que cada paciente es un mundo y que se puede reconocer a través de la escucha de sus narrativas. Para nosotros esto implica de un proceso interpretativo que contempla en sí el ejercicio empático. De aquí que proponemos ahora hacer una aproximación a la ética de Ricoeur para que con su ética hermenéutica logremos concretar a la empatía clínica en la que se fundamente un pacto de cuidado entre el personal médico y los pacientes.

Paul Ricoeur (2002) nos dice que todo puede ser interpretado y que todo se puede leer de la misma manera en la que leemos un texto. En este sentido, en la interacción médico paciente, el paciente se convierte en un texto en términos ricoeurianos, y a la vez, el paciente también interpreta al médico que le está observando, analizando y tratando. Tradicionalmente esta lectura daría pauta a que el médico vea los signos y síntomas de una enfermedad para guiar su diagnóstico y definir un tratamiento, pero si vamos más allá de esto; nos daremos cuenta de que el paciente también podría ser entendido como un libro abierto del que médico tiene mucho que aprender para lograr una comprensión real de la situación completa de su paciente. El hecho de que un paciente sea visto como un texto significa que este paciente, en su función de enfermo, pueda tener algunas palabras que deben ser extraídas por el médico desde el silencio, palabras que están a la espera de interpretaciones que decidan su significación y que estarán abiertas a los muchos que puedan leerlas (Rosas, 2017). Por consiguiente, para comprender mejor al paciente y para poder leerlo con profundidad, se requiere de una actitud empática. Es de aquí en donde encontramos un vínculo con la filosofía hermenéutica de Ricoeur.

Recordemos que en nuestro recorrido histórico a la empatía ya la habíamos vinculado con las ciencias del espíritu al teorizar sobre los problemas de la experiencia del otro y mediante la comprensión de estas experiencias y la interpretación de las narrativas. Esto implica que la capacidad empática nos permitiría desarrollar una habilidad para reconocer, interpretar y actuar en las historias y condiciones de los demás. Para nuestro autor la experiencia humana tiene una narrativa y esta narración es una forma de producir sentido en el mundo, pero es precisamente aquí, en donde pueden

surgir las ambigüedades y por eso se requiere de un verdadero ejercicio hermenéutico; de una interpretación de la narración que sea responsable.

Desde esta perspectiva, podríamos decir que cada paciente tiene su propia experiencia de la enfermedad y es a través de los relatos o narrativas como se podrían leer estas experiencias. Las enfermedades producen emociones como angustia, miedo, confusión e incertidumbre y la relación médico paciente amerita de un método, como el hermenéutico, con el cual se puedan hacer visibles estas emociones para así poder profundizar en las particularidades de cada paciente y generar un plan terapéutico más humano. Con respecto a esto, es necesario asumir que este proceso interpretativo es complejo y por ende requiere vincularse directamente a una ética de la responsabilidad.

Entonces, la realidad clínica abordada en términos ricoeurianos, entenderá a la relación médico paciente como un pacto de cuidados en conjunto de un desarrollo de una preocupación ética (Domingo, 2007). Este pacto va más allá de lo que ofrece la perspectiva científicista e implica un quehacer ético en el que se tome en cuenta la singularidad de cada paciente, y como ya habíamos apuntado antes, que presuponga una indivisibilidad de cada persona, es decir, que se trate a la persona como un todo (factores biológicos, psicológicos y socioculturales) y no en partes como lo suele hacer la tradición médica basada en el modelo de especialidades; he aquí la importancia de la hermenéutica. Por otra parte, en este pacto de cuidado también se amerita de una participación por parte de los pacientes; la transformación de la medicina ya les ha abierto camino para tener un rol más diligente en las decisiones de sus enfermedades. No obstante, desde la visión de Ricoeur (2000) esta autonomía tiene que partir de la necesidad de que cada persona debe saberse reconocida y aceptada por los otros; nace

desde la dignidad y del amor propio. Entonces, en este pacto de cuidado ambos participantes de la relación médico paciente tienen un rol activo y simétrico. Pero al mismo tiempo, en la dinámica del cuidado hay una pluralidad de ideas de todos los agentes involucrados y es por esto por lo que la ética hermenéutica encuentra un lugar en el conflicto de las interpretaciones. Creemos que en este pacto, además de una ética del cuidado, también debe existir un reconocimiento de este otro (paciente) que se fundamente en la empatía para generar confianza entre la persona que sufre, que pide y la persona que sabe y que domina.

El *sí mismo como otro*, es un filtro que propone Ricoeur con el cual se entiende el papel de las emociones en conjunto con el de la razón a la hora de reconocer y comprender al otro (García, 2018). Este filtro permite alejarnos del ego cartesiano (*yo pienso, yo soy*) fundamentado únicamente en la razón para reconocer a ese otro, pero no enteramente distinto a mí ya que está integrado por la *mismidad* (que no cambia) y por la *ipseidad* (que incorpora al otro) (Santamaría, 2012). El *sí* del *sí mismo* equivale al *self* en inglés (y nuestro autor lo utiliza para todas las posibles personas gramaticales). Entonces, el otro no es otro, es un *sí mismo*; con esto Ricoeur lleva la ética de Lévinas a un nivel más avanzado y con una dimensión emocional ya que comprender al otro implica hacerlo con emociones y con racionalidad. Al otro lo hemos interpretado así porque el cuerpo lo divide, pero en realidad es un desdoblamiento de nuestro *sí mismo* en dos identidades, una identidad que nos da una permanencia en el tiempo y otra que nos da un título o un reconocimiento. Entonces, el *sí mismo* ricoeuriano explica la identidad y la manera en la que tenemos una función de relacionalidad y de dialéctica con el otro.

Desde otro orden de ideas, la reflexión del juego de pronombres que Ricoeur utiliza para explicar el *sí*, permite presentar el concepto de *estima de sí*. A la *estima de sí*, se le puede pensar como una forma de estimación por el otro y habla del valor y del reconocimiento de todo ser humano (Patiño, 2007). Entonces, en la relación yo-tú (médico-paciente) también se podrá explicar en términos de estima y de respeto. Esta estimación abre una vía para observar el cuidado de sí y el cuidado del otro lo cual es particularmente revelador ya que esta concepción del cuidado sí (*self*) desde la visión de Ricoeur se ve reflejada en las nuevas tendencias del profesionalismo médico en el que al personal de salud se le exige autocuidarse bajo la premisa de que cuando se cuida a sí mismo éste tiene una mejor praxis y así cuida mejor a los pacientes (Oltra, 2013) Tal vez en futuras investigaciones y reflexiones también se podrá explorar la responsabilidad y responsividad de los pacientes en algunas facetas de su cuidado.

En conclusión, el pensamiento de Paul Ricoeur en nuestra tesis nos permite imaginar al paciente como el texto de un libro abierto del acto clínico. La lectura demanda de una profunda interpretación que va más allá de los signos y síntomas de una enfermedad ya que la experiencia humana que deriva de las enfermedades de los pacientes, genera conflictos que impactan directamente en el ámbito emocional. Es por esto por lo que se requiere de un ejercicio hermenéutico responsable. Ahora bien, esta responsabilidad nos orilla a formular un pacto de cuidado que sea equilibrado y en el que el médico reconozca al paciente como un ser único e indivisible en el sentido de que no lo podrá despojar de su *ethos*. Al mismo tiempo en este pacto el paciente tendrá que exigir un buen trato y ejercer una autonomía que nazca desde la dignidad y del amor propio. Pero para que haya un pacto de cuidado se deberá prestar atención a ambas

partes de la relación médico paciente ya que según el pensamiento ricoeuriano, deberá existir un reconocimiento y responsabilidad del otro (paciente) desde *sí mismo* (*self médico*). El *sí mismo como otro* permite una identidad y una alteridad a tal grado que no se puede pensar en uno sin el otro; esta forma de entendimiento ya la habíamos abordado en Lévinas.

Complejidades de la empatía en la práctica clínica

En este apartado nuevamente nos transportaremos de la reflexión ética a lo mundano de los espacios clínicos, para que, con un toque de realismo, no ignoremos las complejidades que la capacidad empática tiene en la praxis médica. Ya hemos usado a la empatía clínica como una justificación ética en el quehacer médico, en nuestro apartado anterior, por ejemplo, exploramos la ética hermenéutica ricoeuriana para fundamentar el acto clínico bajo un proceso interpretativo y mediante un pacto del cuidado en el que al paciente no se le despoje de su singularidad, su indivisibilidad y de su estima de sí. Sin embargo, como bien mencionamos en el primer apartado de este capítulo, la medicina moderna se encuentra fuertemente moldeada por múltiples variables de carácter sociocultural, económico y político, así que también creemos que es importante nombrar los aspectos operativos y las barreras a las que se enfrenta nuestra empatía clínica.

Aludiendo al modelo de medicina basada en evidencia, en primera instancia, podríamos preguntarnos si la empatía verdaderamente hace una diferencia en la praxis médica. Con base en estudios empíricos, sabemos que una buena relación médico paciente produce resultados positivos a nivel terapéutico (Kelly, et al., 2014). Además,

la empatía en el cuidado incrementa los índices de satisfacción en los pacientes y mejora su apego al tratamiento (Howick, et al., 2017). Por otra parte, también sabemos que mejora el bienestar en el personal de salud (Thomas et al., 2007) y que estos mismos profesionales tienen la capacidad de potenciar sus niveles de empatía (Hojat, 2016). Entonces, ¿por qué es tan difícil que la capacidad empática se vea en el día a día de los espacios clínicos? Ya habíamos mencionado algunas razones, pero ahora que estamos por terminar es importante enumerarlas. En primera instancia sabemos que la medicina moderna se basa en un modelo biomédico que deja al margen la dimensión psicosocial. En segundo lugar, el rol de los médicos ha cambiado desde el siglo pasado, ahora el personal de salud tiene que ejercer una medicina rápida, burocrática y muy demandante. Tercero, a pesar de que los pacientes han tenido un rol más activo en su salud, el modelo paternalista sigue vigente y no deja de violentar a los pacientes. Cuarto, al gremio médico le cuesta mucho trabajo identificar, nombrar y procesar las emociones que se presentan en los espacios clínicos. Y, en quinto lugar, el pacto de cuidado que debería formarse entre médicos y pacientes suele carecer de un ejercicio interpretativo y empático en el que los médicos contemplan las particularidades de sus pacientes.

A todo esto, las *otras éticas* suman a la reflexión de estos problemas relacionales que la medicina enfrenta, pero desde esta cavilación ¿cómo puede nuestra empatía clínica verdaderamente hacer una diferencia? A continuación, nombraremos algunos aspectos que hemos identificado en nuestro hilo de ideas para tratar de responder a esta interrogante, lo haremos de manera numérica, pero el orden no es un factor determinante. Primero, las narrativas, las emociones y las experiencias de los pacientes deberían ser parte de la semiología médica. Así como se interrogan los signos y síntomas

de su enfermedad, el personal de salud debería aprender a leer estas variables para tomarlas en cuenta. Segundo, las decisiones médicas deberían ser conciliadas con los pacientes tomando en cuenta la medicina empírica (basada en evidencia) y las particularidades de cada paciente, por ejemplo, emociones, valores, creencias, deseos y circunstancias. Tercero, la identidad profesional de los médicos que se construye desde la subjetividad, también se moldea desde la otredad, un médico no podría ser un profesional de salud sin su contraparte, el paciente enfermo. En este sentido, el paciente y el médico son igualmente importantes e interdependientes. Cuarto, el personal de salud se puede redescubrir y cambiar desde la interpretación del otro paciente, el médico podrá experimentar la posibilidad de la alteridad cada día durante su práctica clínica y es desde el otro en donde se conserva su permanencia. Quinto, las interacciones que tenemos con los demás son parte de una interconexión y dependencia global e impactan directamente en nuestro bienestar. Sexto, a las emociones se les debe nombrar y normalizar son parte de nuestro quehacer diario y constituyen un elemento muy importante en nuestro actuar moral y en la toma de decisiones. Séptimo, muchas veces por las prisas, por la carga de trabajo o por cumplir una cuota de ver cierto número de pacientes (medicina pública) el personal de salud deja de mirar a la persona y la violenta, será necesario que el personal médico se esté constantemente recordando esto para así poder evaluar su actuar. Octavo, cuando se ejerce el cuidado, el médico también tiene que cuidar de sí mismo ya que cuando se es demasiado empático se puede sentir demasiado al otro y esto puede caer en la despersonalización y en el desgaste profesional. Noveno, en el ejercicio médico se le tendrá que dar una prioridad a la empatía cognitiva sobre la efectiva, ya que la angustia y la sobrecarga empática podrían

generar una anti-empatía, cinismo o un síndrome de desgaste profesional. Y décimo, los campos clínicos no están exentos de dinámicas de poder, es importante procurar el reconocimiento del otro (paciente) desde una perspectiva ética y responsable.

Los aspectos que acabamos de nombrar representan puntos de reflexión abordados desde nuestro recorrido por la empatía para buscar una respuesta a los problemas del tipo relacional que acontecen en la práctica clínica. Estas situaciones involucran un diverso número de variables que constantemente alimentan la problemática. Por ejemplo, el cuerpo médico sigue siendo escéptico al valor de la empatía, y por otra parte, la expresión empática es muy variada ya que la atraviesan variables como el género, el tipo de asistencia sanitaria, la carga de trabajo, la burocracia y la educación médica (Howick y Rees, 2017). Además, sabemos que la empatía se puede diluir y mermar conforme pasan los años en los que los médicos ejercen su práctica clínica. Ante tanta complejidad para promover nuestra empatía clínica, sugerimos que es necesario un nuevo cambio de paradigma en la medicina.

Conclusiones

Este capítulo expone la problemática de la medicina actual desde su transformación. La institucionalización de la medicina y el descubrimiento de los nuevos saberes moldearon la normalidad de la medicina actual que pondera el modelo biomédico por encima del psicosocial. En este sentido, la medicina actual, a pesar de enunciarse como una medicina científica y humana, deja al margen el componente *ethos* en su operatividad. Por otra parte, el *pathos* también se ve afectado en la práctica médica ya que el sistema paternalista sigue atentando directamente a la relación médico

paciente. Además, las emociones de los escenarios clínicos no suelen identificarse y esto produce tensiones entre los diferentes agentes de estos sitios.

Como respuesta a esto, el pensamiento de las emociones de Martha Nussbaum nos permitió reflexionar sobre el sentido de interdependencia que tenemos con los demás para legitimar el uso de las emociones en la práctica clínica y ponerlas al mismo nivel que el aparato racional al momento de actuar o de tomar decisiones morales. En un intento de encontrar alternativas al dilema emocional de la clínica, nos dimos cuenta de que la medicina narrativa es una forma de pensar al paciente como un texto que puede ser interpretado para crear un mejor ejercicio terapéutico. Es aquí como vinculamos a la empatía clínica con la filosofía de Ricoeur y pensamos en una ética de la hermenéutica capaz de reconocer responsablemente al otro desde un *sí mismo*. Pensar de manera responsable con una perspectiva ricoeuriana, nos inspiró para crear un pacto de cuidado entre médicos y pacientes para fundamentar mediante la empatía clínica, la singularidad, la indivisibilidad y la estima de cada paciente.

Ahora bien, después de este análisis nos dimos a la tarea de buscar en nuestra reflexión ética cuáles son las complejidades de la empatía en la práctica clínica y nombramos los retos que nosotros consideramos que la medicina moderna enfrenta: el cientificismo, el médico visto como un empleado y el paciente clientelar, el paternalismo vigente, el pobre manejo de las emociones y el pacto frágil del cuidado. Fue mediante las *otras éticas* y la empatía clínica como enumeramos algunos puntos que creemos, podrían ayudar a resolver estas tensiones. Sin embargo, también identificamos que la empatía todavía es un tema tabú dentro del gremio médico y por esto es por lo que

necesitamos de un cambio de paradigma para poder abordar las tensiones entre médicos y pacientes desde una capacidad empática más difundida, aceptada y normalizada.

Bibliografía

- Aguilar Fleitas, B. (2017). Las edades de la medicina. La medicina burocrática. *Revista Uruguaya De Cardiología*, 32(2).
- Bedregal, P. (2010). Reflexiones en torno a las emociones en la toma de decisiones éticas en medicina. *Revista Chilena De Neuropsicología*, 5(1), 21-30.
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la Medicina* (1st ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Domingo Moratalla, T (2007). Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas. Revista de Filosofía y Teología*, II(17),281-312.[fecha de Consulta 4 de Junio de 2021]. ISSN: 0717-4675. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=291122924005>
- Epstein, R. M. (2007). Assessment in Medical Education. *New England Journal of Medicine*, 356(4), 387-396. doi:10.1056/nejmra054784
- Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica* (1083384257 822637125 F. Perujo, Trans.). Mexico, D.F.: Siglo Veintiuno Editores
- García Caballero, L. (2018). Tesis de doctorado en filosofía. Empatía y Moralidad: El problema de la justificación ética de la cooperación. *UNAM Facultad De Filosofía y Letras. Instituto De Investigaciones Filosóficas. Neuroética*.
- González-Amarante, M. del P. (2021). Entendiendo la crisis de la profesión médica: una perspectiva sociológica. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 58(3). <https://doi.org/10.24875/rmimss.m21000038>
- Hojat, M. (2016). *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. Cham: Springer
- Howick, J., & Rees, S. (2017). Overthrowing barriers to empathy in healthcare: Empathy in the age of the internet. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(9), 352-357. doi:10.1177/0141076817714443
- Koehn, D. (1998). *Rethinking feminist ethics: Care, trust and empathy*. London: Routledge.
- Howick, J., Steinkopf, L., Ulyte, A., Roberts, N., & Meissner, K. (2017). How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. *BMC Medical Education*, 17(1). doi:10.1186/s12909-017-0967-3
- Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. (2014). The influence of the Patient-Clinician relationship on Healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 9(4). doi:10.1371/journal.pone.0094207

- Laín Entralgo, P. (1969). *El médico y el enfermo*. Madrid: Ediciones Guadarrama.
- Leget, C. (2004). Avoiding evasion: medical ethics education and emotion theory. *Journal of Medical Ethics*, 30(5), 490–493. doi: 10.1136/jme.2003.004697
- López Corredoira, M. (2019). Del Hombre-Máquina a la Máquina-Hombre: Materialismo, mecanicismo y transhumanismo. *Naturaleza y Libertad*, 12, 179–190.
- MacIntyre, A. (1978). *What Has Ethics To Learn From Medical Ethics?* Obtenido el May 26, 2021, en: https://digitalcommons.brockport.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1206&coconte=phil_ex
- Meier, D. E., Back, A. L., & Morrison, R. S. (2001). The Inner Life of Physicians and Care of the Seriously Ill. *Jama*, 286(23), 3007. doi: 10.1001/jama.286.23.3007
- Moreto, G., González, P., & Piñero, A. (2017). Reflexiones sobre la Deshumanización de LA EDUCACIÓN médica: Empatía, emociones Y posibles Recursos Pedagógicos para LA educación afectiva Del estudiante de medicina. *Educación Médica*, 19(3), 172-177. doi:10.1016/j.edumed.2016.12.013
- Oltra, S. (2013). El autocuidado una responsabilidad ética. *Psiquiatría Universitaria*, 9(1), 85-90.
- Pastura, P. S., & Land, M. G. (2019). Alasdair MacIntyre's writings on medicine and medical ethics. *Revista Bioética*, 27(4), 621-629. doi:10.1590/1983-8042201927434
- Patiño González, S. M., (2007). *La noción de responsividad. Punto de encuentro para tres aproximaciones de la ética* (Unpublished master's thesis). Tecnológico de Monterrey.
- Ricoeur, P. (2000). *The just*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Ricoeur, P. (2002). *Del texto a la acción, ensayos de hermenéutica* (2nd ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Rosas Jiménez, C. A. (2017). Medicina narrativa: El paciente como "texto", objeto y sujeto de la compasión. *Acta Bioethica*, 23(2), 351-359. doi:10.4067/s1726-569x2017000200351
- Santamaría Plascencia, A. L. (2012). La responsividad ética. *EN-CLAVE Del Pensamiento*, 12, 193-198
- Siegler, M. (2011). *Las Tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas.
- Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2007). How do distress and well-being relate to medical student

empathy? A multicenter study. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 177-183.
doi:10.1007/s11606-006-0039-6

Urday-Fernández, D., & Cuba-Fuentes, M. S. (2019). Medicina narrativa. *Anales De La Facultad De Medicina*, 80(1), 109-113. doi:10.15381/anales.v80i1.15880

Vilela da Silva, J & Carvalho, I. (2016). Physicians experiencing intense emotions while seeing their patients: What happens? *The Permanente Journal*. doi:10.7812/tpp/15-229

CONCLUSION FINAL

Empatía es un término complejo que puede explicarse desde diferentes enfoques y disciplinas. En esta investigación nos basamos en el pensamiento occidental para postular que hay fundamentalmente tres formas de entender la empatía. Primero, la *empatía de la estética*; aquí nace el concepto más actual de empatía para explicar las emociones que surgen con la contemplación de las obras artísticas, pero también, en este proceso de interpretación, la hermenéutica tiene un papel crucial para explicar la capacidad que tenemos para comprender a los demás. Segundo, la *empatía de la mente* explica cómo se manifiestan las emociones de las otras personas directamente en nuestra consciencia ya sea desde la fenomenología, desde las neurociencias o a través de la psicología. Tercero, la *empatía de la moral* permite relacionar a la empatía con el desarrollo moral y con el quehacer ético. Es así que para nosotros, la empatía es ese vehículo, método, capacidad y herramienta que nos permite relacionarnos. Hay muchas formas de relacionarnos, pero la que para nosotros es más idónea, es en la que se dé la empatía. En este sentido, conjugamos las tres empatías (*estética, mente y moral*) para postular la *empatía clínica* en el ejercicio médico y mejorar la relación médico paciente.

Los espacios clínicos son lugares hospitalarios en donde se dan las relaciones interpersonales entre médicos, pacientes y familiares. Debido a la complejidad de la medicina, al tipo de operatividad rígida y a la pluralidad de ideas es que surgen conflictos del tipo relacional principalmente entre los médicos y los pacientes. Estas tensiones producen dilemas éticos que las éticas tradicionales como la bioética y la ética médica no han sido del todo capaz de abordar.

Cuando hablamos de *otros tipos de ética*, estamos planteando que no estamos peleados con las éticas formales o de principios como los de justicia y derechos. Mas bien, estamos diciendo que podemos poner en diálogo a las diferentes éticas para que esta justicia y derechos se vean, por así decirlo, con rostro (el rostro del paciente). Bajándolo de lo abstracto a lo personal, proponemos *otros tipos ética*, pero sin quitar las reglas generales de las éticas formales para poder hablar de una ética de la alteridad. Al ponerle rostro, ya no hablamos de la injusticia médica que pasa en un hospital, hablamos de la injusticia médica que pasa en tal hospital particularmente con tal paciente, con una persona que tiene un rostro. Alguien a quien se le aplica esta justicia o derecho, pero de manera personal, natural y directa. Proponemos una ética que sea más laxa y que nos permita otras formas de conocimiento (como la empatía) además de la razón, para reconocer, tomar decisiones y actuar de manera responsable.

La medicina ha perdido la capacidad de ver al otro (paciente) en su rostro y todavía prevalece el sistema paternalista que pone a los médicos por encima de los pacientes desde una relación de poder. Entonces como un giro a esto, desde la ética de Levinas, decimos que el otro es el que otorga identidad ya que hay un reconocimiento. El médico no es nada sin ese reconocimiento del otro y por eso existe una responsabilidad. El otro no es un objeto, es un ente sintiente, y que además, es el que otorga identidad. El médico se construye, reconstruye y conserva su permanencia desde el otro; sin el otro no hay una parte identitaria.

Por otra parte, muchas veces por las prisas, por la carga de trabajo o simplemente por la forma rígida y puramente científica de ejercer medicina, el médico deja de mirar al paciente como una persona y no ve que, además de una afectación orgánica, el paciente

también tiene una reacción emocional a sus enfermedades. En este sentido, la *empatía clínica* permite acceder a esas emociones para reconstruir el ejercicio del cuidado. La ética en el cuidado da pauta para decir que el cuidado es una prioridad y también nos da una noción de reciprocidad e interdependencia. Destacamos que cuando se ejerce la ética del cuidado con la empatía, el médico también tiene que cuidar de sí mismo (autocuidado) para poder cuidar al paciente, ya que cuando se es muy empático, se puede sentir demasiado al otro y esto puede caer en la despersonalización y en el desgaste profesional. En el ejercicio del cuidado debe haber una *empatía clínica* que permita un *sentir para* (compasión) y una preocupación empática por el paciente, pero sin llegar a la anti-empatía (sobrecarga/angustia empática). Esta podría ser una de las razones por las que hay tanta resistencia en el mundo médico al tema de las emociones y por eso se tiende a caer en una racionalidad absoluta. Pero por otra parte, otra razón fundamental a este rechazo emocional es que el modelo biomédico no permite utilizar a las emociones como parte de su operatividad.

Es precisamente en esta operatividad en donde proponemos que, así como a los médicos se les enseña a leer los signos y síntomas de la enfermedad, también se piense al paciente como un texto que puede ser leído e interpretado (empatía y hermenéutica). En la relación médico paciente siempre hay un ejercicio de interpretación y dependiendo de cómo se hace esta lectura es como se puede llegar a un pacto de cuidado, o bien, violentar al otro (paciente).

Finalmente, esta tesis allana el camino para buscar un cambio de paradigma y una pedagogía de la *empatía clínica* y del reconocimiento del otro como constituyente de la identidad propia del médico en la currícula médica. La *empatía clínica* puede

construir una mejor relación médico paciente y una praxis médica más humana y completa.

