

Fenomenología de la angustia moral: implicancias para la humanización de la educación y la práctica médica

PAMELA JOFRÉ¹, RODRIGO VERGARA^{2,3},
LEONOR IRARRÁZAVAL^{4,5,a,b}

Phenomenology of moral distress: implications for the humanization of medical education and practice

In the healthcare context, moral distress (MD) refers to the negative emotions that arise when a person knows the correct course of action in a given situation but is not able to follow it due to personal, hierarchical or institutional impediments. MD has been related to various professional problems, such as vocational disorientation, low work motivation, depersonalized treatment of patients, abandonment of duties, and changes of specialty or profession. Although this phenomenon has not been sufficiently studied in Chile, it presumably exists and would have even increased during the COVID-19 pandemic, leaving its repercussions unknown. Accordingly, this article has the objectives, firstly, to promote the phenomenological study of MD in our country, considering the importance of preventing its potential adverse impact on the mental health of future professionals, and, secondly, to highlight the need to include narrative approaches in medical education, in order to develop a more holistic approach to understanding patients and their condition of vulnerability. Ultimately, it is expected that addressing the implications of MD in medical education and practice will contribute to its humanization, optimizing the quality of healthcare.

(Rev Med Chile 2023; 151: 934-940)

Key words: Education, Medical; Health; Narrative Medicine.

RESUMEN

En el contexto de la salud, la angustia moral (AM) se refiere a las emociones negativas que surgen cuando una persona conoce el curso de acción correcto en una situación determinada pero no es capaz de seguirlo debido a impedimentos personales, jerárquicos o institucionales. La AM se ha relacionado con diversos problemas profesionales, tales como desorientación vocacional, baja motivación laboral, trato despersonalizado a los pacientes, abandono de funciones y cambios de especialidad o profesión. Si bien este fenómeno no ha sido suficientemente estudiado en Chile, se asume que existe e incluso habría aumentado durante la pandemia de COVID-19, siendo desconocidas sus repercusiones. En consecuencia, este artículo tiene como objetivos, en primer lugar, promover el estudio fenomenológico de la AM en nuestro país, considerando la importancia de prevenir su potencial impacto adverso en la salud mental de futuros profesionales, y, en segundo lugar, destacar la necesidad de incluir enfoques narrativos en la educación médica, a fin de desarrollar una aproximación más holística hacia la comprensión de los pacientes y de su condición de vulnerabilidad. En última instancia, se espera que el abordaje de las implicancias de la AM en la educación y la práctica médica contribuya con su humanización, optimizando la calidad de la atención en salud.

Palabras clave: Educación Médica; Medicina Narrativa; Salud.

¹Laboratorio de Medicina Narrativa, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Viña del Mar, Chile.

²Laboratorio de Medicina Narrativa y Departamento de Preclínicas, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Viña del Mar, Chile.

³Servicio de Pediatría, Hospital Carlos van Buren. Valparaíso, Chile.

⁴Unidad de Filosofía, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

⁵Laboratorio de Medicina Narrativa, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Viña del Mar, Chile.

^aPsicóloga clínica.

^bPhD en Psicología, Universidad de Heidelberg, Alemania (en cooperación con la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Chile).

Fuente de apoyo financiero: Leonor Irarrázaval obtuvo financiamiento de ANID / FONDECYT / Iniciación en Investigación 2020 / Folio 11200138, sin influencias en este trabajo.

Recibido el 22 de mayo de 2023, aceptado el 28 de agosto de 2023.

Correspondencia a:
Pamela Jofré
Angamos 655, Edificio R3, oficina
11. Viña del Mar, Chile.
pamela.jofre@uv.cl

Durante los tres últimos años, se ha difundido el fuerte impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de la población general, situando al personal sanitario entre los más afectados. El “*burnout*”, o desgaste laboral del personal de salud, se ha explicado casi exclusivamente por factores tales como las extensas jornadas laborales, la sobrecarga de trabajo y las exigencias académicas^{1,2,3,4,5}. Al mismo tiempo, han pasado inadvertidos los factores emocionales, existenciales y morales relacionados, por ejemplo, con el aumento significativo del número de muertes y la falta de ventilación mecánica frente a la enorme demanda, entre otras situaciones altamente complejas y sin precedentes. Estos múltiples factores adversos también han provocado un deterioro en la calidad de la atención en salud.

En el contexto sociosanitario, la angustia moral (AM) se refiere a las emociones negativas que surgen cuando una persona conoce el curso de acción correcto en una situación determinada pero no es capaz de seguirlo debido a impedimentos personales, jerárquicos o institucionales^{6,7,8}. La AM aparece con matices emocionales de ansiedad, inseguridad, temor o inquietud, que surgen cuando el personal sanitario, a pesar de conocer el procedimiento óptimo para cuidar la salud y aliviar el sufrimiento del paciente, se enfrenta con dificultades o limitaciones que no le permiten actuar en concordancia. La AM se ha relacionado con diversos problemas profesionales, tales como desorientación vocacional, baja motivación laboral, trato despersonalizado a los pacientes, abandono de funciones y cambios de especialidad o profesión, poniendo en peligro la integridad profesional^{9,10,11}.

La AM no ha sido suficientemente estudiada en Chile, pero se asume que existe e incluso habría aumentado durante la pandemia. Probablemente el burnout que afecta al personal sanitario en nuestro país se deba también a factores relacionados con AM. Así, la investigación de esta problemática serviría para identificar el alcance de sus repercusiones, proporcionando material formativo, especialmente en temas bioéticos. Esta información sería útil para humanizar los entornos de enseñanza y aprendizaje, sean hospitalares, clínicas, CESFAMs u otros. En definitiva, junto con los conocimientos técnicos científicamente actualizados, el abordaje de las implicancias de la AM en la educación médica parece no menos im-

portante de considerar a fin de mejorar el bienestar del personal de salud y la calidad de la atención sanitaria en nuestro país.

Investigaciones sobre las repercusiones de la AM

Varios estudios realizados durante la pandemia de COVID-19 han mostrado que la AM puede impactar negativamente la salud mental del personal de salud^{12,13}. La mayoría de ellos han abordado este fenómeno desde los cuidados paliativos, el fin de la vida y el manejo del dolor^{14,15}, enfocándose en profesiones sanitarias y, en menor medida, en estudiantes y residentes de especialidades médicas. Las investigaciones se han basado primordialmente en mediciones obtenidas a partir de la aplicación de una escala construida originalmente en enfermería, siendo posteriormente modificada para su uso en otras profesiones de la salud^{16,17,18}.

A pesar del aumento de las investigaciones, no se han considerado los aspectos sociales y culturales que podrían influir en que los factores asociados con la AM difieran de un país a otro. Además, son escasos los estudios sobre las deficiencias de los sistemas de salud y su relación con la AM, faltando información respecto a cómo las condiciones sociosanitarias de las personas atendidas podrían desencadenar situaciones moralmente complejas. Tampoco se ha explorado suficientemente la AM asociada a los cuidados post-hospitalarios.

Desde el año 2010, han comenzado a investigarse los factores relacionados con la AM que surgen típicamente en la medicina. Estos estudios fueron desarrollados inicialmente en Estados Unidos, en la Universidad de Vanderbilt¹⁹, y posteriormente se han replicado en otros países, revelando factores tales como las exigencias académicas, asuntos de género, jerarquías e injusticias epistémicas (migración, raza, origen social, etc.)²⁰. Por ejemplo, un estudio en Canadá mostró que la AM de los residentes de medicina se experimentaba cuando las consultas con los pacientes eran muy breves o el comportamiento de otros colegas era poco profesional o inadecuado²¹.

Hasta ahora, la mayoría de las investigaciones han usado metodologías cuantitativas para identificar los factores asociados con la AM. Sin embargo, sería importante también usar metodologías cualitativas para estudiar en mayor profundidad cómo es vivenciada la AM cuando se ponen en

juego cada uno de los factores antes descritos. Por ejemplo, la exploración fenomenológica de la experiencia de un residente de medicina enfrentado a la carencia de insumos necesarios para el cuidado óptimo de sus pacientes podría facilitar una descripción más precisa de la AM, abordando los matices emocionales que aparecen, los recursos personales que se despliegan, la manera de enfrentar la condición de vulnerabilidad del paciente y la situación que genera el problema moral.

Aproximación fenomenológica al estudio de la experiencia humana

La fenomenología es una rama de la filosofía fundada por Edmund Husserl a principios del siglo XX, que ha expandido los dominios de la filosofía pura, aplicándose en otras disciplinas en forma de marco conceptual, análisis crítico y metodología de investigación cualitativa²². Incluye estudios sobre la subjetividad, tales como las estructuras formales de la experiencia (corporeidad, espacialidad y temporalidad) y los modos de intencionalidad (percepción, agencia, fantasía, memoria, emociones y empatía), así como análisis de procesos intersubjetivos en diadas, grupos y comunidades^{23,24}. Las conceptualizaciones fenomenológicas se han aplicado tradicionalmente en el campo de la psicopatología, donde confluyen investigaciones interdisciplinarias que han contribuido a lograr una mayor comprensión de las enfermedades mentales, incorporando el punto de vista de los pacientes^{25,26}.

En un contexto sociosanitario dispuesto a acercar las ciencias médicas y las humanidades, parece interesante considerar la distinción fenomenológica entre el cuerpo físico o corpóreo (Körper) y el cuerpo “vivido” (Leib), o cuerpo-objeto y cuerpo-sujeto. El cuerpo físico corresponde al cuerpo investigado temáticamente “desde afuera” o desde una perspectiva en tercera persona, por ejemplo, por las ciencias médicas como la anatomía y la fisiología. En contraste, el cuerpo vivido se refiere al cuerpo experimentado “desde adentro”, la vivencia de nuestro cuerpo dada en la perspectiva de la primera persona²⁷. Es decir, mientras que se requiere visión sensorial para percibir la anatomía y la fisiología del cuerpo físico, se requiere empatía para “visualizar” la vivencia del cuerpo de otra persona²⁸. Esta doble posibilidad de aproximarse al cuerpo, concebido holísticamente como objeto

y sujeto, resulta útil para ilustrar la importancia de humanizar la educación y la práctica médica.

La educación médica se centra predominantemente en el cuerpo físico como objeto de estudio, en desmedro del aspecto vivencial o subjetivo. No obstante, los médicos en etapas tempranas de su quehacer clínico se encuentran con un cuerpo físico enfermo que no es posible leer como a una enciclopedia médica, sino que el paciente es quien describe sus dolencias físicas mediante una narración subjetiva. Además, se ha señalado que la condición de ser receptor de cuidados de salud hace que la persona con una enfermedad física sea vulnerable de manera “extraordinaria”, puesto que está en una condición de mayor vulnerabilidad en comparación con la vulnerabilidad “ordinaria” que todas las personas comparten en condiciones de salud normales^{29,30}. Por consiguiente, la educación médica no solamente debe centrarse en los conocimientos técnicos del cuerpo físico y de sus patologías, sino también en desarrollar habilidades para la comprensión empática del paciente y de su condición de vulnerabilidad³¹.

En el ámbito de la salud, la vulnerabilidad se ha estudiado predominantemente desde una perspectiva en tercera persona, identificando los posibles factores de riesgo de daño que conducen a enfermedades físicas. En cambio, desde una perspectiva en primera persona la vulnerabilidad se aproxima considerando los aspectos existenciales que constituyen posibles factores de riesgo de daño conducentes a psicopatología³². Evidentemente, es importante considerar ambas dimensiones tanto físicas como existenciales de la vulnerabilidad humana, así como el potencial impacto adverso en la salud mental que conlleva enfrentar cotidianamente situaciones que implican gran sufrimiento, lo cual no suele ser abordado suficientemente dentro de la educación y supervisión de la práctica médica, quizás con la excepción de la enseñanza de la psiquiatría y salud mental, especialmente de orientación humanista y fenomenológica^{33,34}.

Probablemente la medicina sea uno de los quehaceres profesionales más desafiantes en términos personales, debido a la exposición ante “situaciones límite”^{35,36,37}, que son aquellas donde se enfrentan los límites de la existencia humana. Cuando una persona se enfrenta a situaciones límite, se manifiesta la vulnerabilidad de su propia existencia, lo cual puede ser también una oportu-

nidad de autoconocimiento. En el contexto sanitario, experiencias como la enfermedad, el dolor y la muerte, son situaciones límite que ponen de manifiesto la vulnerabilidad no sólo del paciente sino además del profesional de salud. El atestiguar la vulnerabilidad del paciente y al mismo tiempo ser responsable de su cuidado, puede resultar altamente demandante, especialmente cuando no es posible otorgar un servicio óptimo de salud.

Considerando lo anterior, la investigación fenomenológica resulta indispensable, porque está orientada al estudio de la subjetividad mediante las narraciones que hacen las personas de sus vivencias, ya sea cuando el sujeto de estudio sea el paciente vulnerable de manera “extraordinaria” o bien el mismo profesional de salud que experimenta AM. La actitud fenomenológica involucra un compromiso paradigmático acerca de la concepción de una realidad no predeterminada³⁸. Entonces, suspender la “actitud natural” para acercarse al estudio de los fenómenos subjetivamente experimentados es clave para realizar investigaciones fenomenológicas, ya sea conceptuales o empíricas. La actitud fenomenológica podría ser concebida como la base de un paradigma científico trascendental para la investigación cualitativa en salud³⁹.

Medicina narrativa y humanización de la educación médica

La medicina narrativa es un enfoque clínico complementario a la tradicional educación biomédica que reciben los estudiantes de profesiones sanitarias. Este nuevo enfoque de la medicina fue fundado a finales de la década de los años 90 en la Universidad de Columbia, por Rita Charon, médica internista y doctora en literatura, quien lo ha descrito como la capacidad de “reconocer, absorber, interpretar y ser conmovido por la historia de los pacientes”⁴⁰. Mediante el uso de diversos recursos pedagógicos derivados principalmente de la literatura y de las artes, los “movimientos” de la narrativa clínica promueven la reflexión de los estudiantes respecto a su formación clínica y a su aproximación hacia los pacientes, permitiendo explorar sus vivencias en situaciones moralmente desafiantes⁴¹. Los estudiantes exponen sus reflexiones mediante la escritura, haciendo explícito lo implícito, y creando un modo de conocer intersubjetivo, donde lo que vivencian respecto a sí

mismos y a los pacientes se integra para generar un nuevo conocimiento o una nueva narración⁴².

La medicina narrativa se ha implementado en la educación en salud principalmente en el hemisferio norte, en forma de cursos o talleres de prácticas narrativas impartidos por equipos interdisciplinarios. En Chile, desde hace aproximadamente una década se han emprendido iniciativas de prácticas narrativas, existiendo algunas ofertas de cursos o talleres optativos. Una excepción es el Laboratorio de Medicina Narrativa de la Universidad de Valparaíso, cuyo programa está incorporado en la malla curricular de la carrera de medicina desde el año 2017. El concepto de este laboratorio implica el continuo análisis sistemático de las narraciones de los estudiantes, articulando una “metanarrativa”, mediante la cual es posible acceder fenomenológicamente al conjunto de las vivencias del estudiantado. Los cursos y talleres se imparten en un espacio creativo y artístico que promueve la reflexión y la apertura al diálogo, abordando las vivencias de los estudiantes ante las situaciones complejas y multifactoriales propias de la práctica médica. A continuación, se expone la reflexión poética de una estudiante de segundo año de medicina, escrita en el curso electivo “Arte y literatura para pensar la medicina”, a partir de un poema de Emily Dickinson:

Reflexión devenida en reescritura por Camila Jara

Luz sesgada, torcida e injusta, que atraviesa
En tardes que hielan y pesan eternamente
Con heridas que duelen desde arriba, desde el
cielo hasta el infierno porque no caben en la piel,
ni en este mundo

Marcan el alma, y pierde el rumbo, el sentido,
porque nadie sabe decirle, explicarle

¿Cómo se cura el alma cuando la cicatriz nace
de la desesperanza y el sello se da vuelta,
no junta, separa, empuja con dolor, entorpece
y sangra rojo como la cera en la vela?

Duele hasta el aire, inhala y exhala, de adentro
hacia fuera y viceversa

Hasta la sombra, inseparable, se rompe y contiene
la respiración

Mientras la naturaleza se para y mira, escucha
lo que ha hecho porque el dolor resuena en los
páramos con la reverberación de una catedral, de
la que el sonido no escapa

Se va, y la muerte me mira, apenada, arrepentida de lo irreparable, pero se me hace distante, inalcanzable al ojo humano

Pero el corazón siempre ha visto más allá del universo y te guarda entre sus cobijas hasta la otra vida

Cuando la muerte se concilie con la existencia y nos junte de nuevo

Hasta entonces, quédate conmigo.

Conclusiones

En Chile, la mayoría de los programas de formación de pre y post grado en medicina se realizan en instituciones públicas y los profesionales de salud probablemente se vean afectados por AM sin poder identificarla. Teniendo en cuenta la necesidad de especialistas en salud que hay en nuestro país y su esperada fidelización a los sistemas públicos de atención, parece relevante investigar en mayor profundidad la AM, considerando su potencial impacto adverso en la salud mental de los profesionales en formación, y, de acuerdo con estos hallazgos, proponer iniciativas que permitan mitigar los problemas subyacentes de manera oportuna y adecuada.

Las futuras investigaciones sobre AM deberían incluir los factores institucionales propios de la profesión médica, como, por ejemplo, el rol de las jerarquías y de la “cultura médica”. Asimismo, deberían considerarse los factores económicos que limitan la infraestructura y la disponibilidad de insumos médicos, que comúnmente afectan la calidad de las prestaciones de salud del servicio público. Igualmente, sería importante desarrollar investigaciones cualitativas orientadas a la exploración fenomenológica de las vivencias de los médicos en formación, para describir con mayor precisión la AM y desde sus puntos de vista identificar las situaciones donde se manifiesta de manera característica.

Por último, parece evidente la necesidad de aumentar las iniciativas para humanizar la educación y la práctica de la medicina en nuestro país, contribuyendo al desarrollo integral de los futuros profesionales de salud y a mejorar la calidad de la atención sanitaria de los ciudadanos. Los espacios de reflexión y diálogo respecto a las implicancias emocionales, morales y existenciales de la práctica médica constituyen el punto de giro

para transformar su potencial impacto adverso en oportunidades de crecimiento personal. En consecuencia, se pretende destacar ciertos aspectos de la práctica médica que se han normalizado y que se enfrentan “ingenuamente” sin la adecuada preparación, o no se enfrentan. Así, se espera contribuir con la formación de médicos conscientes de su realidad en el contexto sociosanitario y que cuenten con las herramientas necesarias para enfrentarla profesionalmente. En esta dirección, la medicina narrativa se perfila como un horizonte esperanzador que se necesita potenciar.

Referencias

1. Raudenská J, Steinerová V, Javůrková A, Urits I, Kaye AD, Viswanath O, et al. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol.* 2020; 34(3): 553-60. doi: 10.1016/j.bpa.2020.07.008.
2. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences, and solutions. *J Intern Med.* 2018; 283(6): 516529. doi: 10.1111/joim.12752.
3. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, et al. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open.* 2021; 11(1): e045127. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045127.
4. Cabezón M, Agurto M, Estefó M, Oliveros X, Ojeda D, Cisternas P, et al. Burnout en funcionarios de salud en tiempos de pandemia. *Rev. Med. Chile* 2021; 149 (11):1589-93. doi: 10.4067/S0034-98872021001101589.
5. Santibáñez C, Moreno-Leiva G, Sánchez U, Álvarez M. Síndrome de *burnout* en docentes de salud de Universidades en Chile durante la pandemia de COVID-19. *Rev. Asoc. Esp. Med. Trab.* 2021; 30(4): 381-543.
6. Jameton A. *Nursing practice: ethical issues.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984.
7. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs. Ethics.* 2019; 26(3): 646-62. doi: 10.1177/0969733017724354.
8. Thomas TA, McCullough LB. A philosophical taxonomy of ethically significant moral distress. *J. Med. Philos.* 2015; 40(1): 102-20. doi: 10.1093/jmp/jhu048.
9. Campbell SM, Ulrich CM, Grady C. A Broader Understanding of Moral Distress. *Am. J. Bioeth.* 2016; 16(12): 2-9. doi: 10.1080/15265161.2016.1239782.
10. Čartolovni A, Stolt M, Scott PA, Suhonen R. Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion. *Nurs. Ethics.* 2021; 28(5): 590-602. doi:

- 10.1177/0969733020966776.
11. Riedel PL, Kreh A, Kulcar V, Lieber A, Juen B. A Scoping Review of Moral Stressors, Moral Distress and Moral Injury in Healthcare Workers during COVID-19. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022; 19(3): 1666. doi: 10.3390/ijer-ph19031666.
 12. Guttormson JL, Calkins K, McAndrew N, Fitzgerald J, Losurdo H, Loonsfoot D. Critical Care Nurse Burnout, Moral Distress, and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A United States Survey. *Heart Lung*. 2022; 55: 127-33. doi: 10.1016/j.hrtlng.2022.04.015.
 13. Zahirihsini A, Gilbert-Ouimet M, Langlois L, Biron C, Pelletier J, Beaulieu M, et al. Associations between psychosocial stressors at work and moral injury in frontline healthcare workers and leaders facing the COVID-19 pandemic in Quebec, Canada: A cross-sectional study. *J. Psychiatr. Res.* 2022; 155: 269-78. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.09.006.
 14. Dzung E, Colaianni A, Roland M, Levine D, Kelly MP, Barclay S, et al. Moral Distress Amongst American Physician Trainees Regarding Futile Treatments at the End of Life: A Qualitative Study. *J. Gen. Intern. Med.* 2016; 31(1): 93-9. doi: 10.1007/s11606-015-3505-1.
 15. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit. Care Med.* 2007; 35(2): 422-9. doi: 10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D.
 16. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J. Adv. Nurs.* 2001; 33(2): 250-6. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01658.x.
 17. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Res.* 2012; 3(2): 1-9.
 18. Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, Thacker LR, Hamric AB. Enhancing understanding of moral distress: the measure of moral distress for health care professionals. *AJOB Empirical Bioethics*. 2019; 10(2): 113-24.
 19. Wiggleton C, Petrusa E, Loomis K, Tarpley J, Tarpley M, O'Gorman ML, et al. Medical students' experiences of moral distress: development of a web-based survey. *Acad. Med.* 2010; 85(1): 111-7. doi: 10.1097/ACM.0b013e-3181c4782b.
 20. Sajjadi S, Norena M, Wong H, Dodek P. Moral distress and burnout in internal medicine residents. *Can. Med. Educ J.* 2017; 8(1): e36-e43.
 21. Ong RSR, Wong RSM, Chee RCH, Quek CWN, Burla N, Loh CYL, et al. Chin AMC, Krishna LKR. A systematic scoping review moral distress amongst medical students. *BMC. Med. Educ.* 2022; 22(1): 466. doi: 10.1186/s12909-022-03515-3.
 22. Zahavi D. Varieties of Phenomenology. In: Gordon P, Breckman W, Editors, *The Cambridge History of Modern European Thought*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2019. p. 102-27. doi:10.1017/9781316160879.005.
 23. Zahavi D. Intersubjectivity, Sociality, Community: The Contribution of the Early Phenomenologists. In Zahavi D, Editor, *The Oxford Handbook of the History of Phenomenology*, Oxford, UK: Oxford University Press; 2018. p. 734-52. <https://doi.org/10.1093/oxford-hb/9780198755340.013.29>.
 24. Boublil E. Healing the Lifeworld: On personal and collective individuation. *Cont. Philos. Rev.* 2022; 55: 469-85. <https://doi.org/10.1007/s11007-022-09578-9>
 25. Irarrázaval L, Sharim D. Intersubjectivity in schizophrenia: Life story analysis of three cases. *Front. Psychol.* 2014; 5(100). doi: 10.3389/fpsyg.2014.00100.
 26. Doerr-Zegers O, Irarrázaval L, Mundt A, Palette V. Disturbances of Embodiment as Core Phenomena of Depression in Clinical Practice. *Psychopathology* 2017; 50(4): 273-81. doi: 10.1159/000477775.
 27. Husserl E. *Ideen zur einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Buch 2*. Den Haag, Martinus Nijhoff, 1952.
 28. Jaspers K. *Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie*. Z. f. d. g. Neur. u. Psych. 1912; 9: 391-408. <https://doi.org/10.1007/BF02911781>
 29. Sellman D. Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. *Nurs. Philos.* 2005; 6: 2-10. doi: 10.1111/j.1466-769X.2004.00202.x.
 30. Sellman D. Vulnerability and nursing: A reply to Havi Carel. *Nurs. Philos.* 2009; 10: 220-22. doi: 10.1111/j.1466-769X.2009.00409.x.
 31. Irarrázaval L. Empathy for the foreign experience: A convergent phenomenological definition. *J. Theor. Philos. Psychol.* 2020; 40(3): 174-86. <https://doi.org/10.1037/teo0000128>
 32. Irarrázaval L. Human Vulnerability: A Phenomenological Approach to the Manifestation and Treatment of Mental Illness. *JBSP* 2012; 53(4): 384-94. doi: 10.1080/00071773.2022.2048958.
 33. Fuchs T. Existential Vulnerability: Toward a Psychopathology of Limit Situations. *Psychopathology* 2013; 46(5): 1-8. doi: 10.1159/000351838.
 34. Carel H. A reply to 'Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability' by Derek Sellman: Vulnerability and illness. *Nurs. Philos.* 2009; 10(3): 214-9. doi: 10.1111/j.1466-769X.2009.00401.x.
 35. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie (siebte Auflage)*. Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag, 1959.
 36. Jaspers K. *Philosophy of Existence (Translated by R. F. Grabau)*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, 1971.
 37. Jaspers K. *Psychologie der Weltanschauungen (vierte Auflage)*. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer-Verlag, 1954.
 38. Zahavi D. *Phenomenology: The basics*. London: Routledge, 2019.

39. Irrázaval L. A Phenomenological Paradigm for Empirical Research in Psychiatry and Psychology: Open Questions. *Front. Psychol.* 2020; 11:1399. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01399
40. Charon R. *Narrative Medicine, honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press, 2006. (p. 4).
41. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA* 2001; 286(15): 1897-1902.
42. Charon R, DasGupta S, Hermann N, Irvine C, Marcus E, Rivera Colón E, et al. *The principles and practices of narrative medicine*. New York: Oxford University Press, 2017.