

---

## Lo real y el duelo corporal en el trasplante de órganos

---

---

### *The real and the bodily grief in organ transplantation*

---

DOI: 10.12957/ek.2025.92450

**Leandro Martin Catoggio<sup>1</sup>**

Universidad Nacional de Mar del Plata/CONICET

*leandrocatoggio@gmail.com*

#### **RESUMEN**

El presente trabajo investiga el proceso del trasplante de órganos desde el punto de vista del sujeto trasplantado, es decir, desde el discurso en primera persona. Bajo esta mirada se propone un análisis fenomenológico-hermenéutico de la experiencia subjetiva del trasplantado y la crisis que atraviesa por el cambio de su forma de vida. En este sentido, el análisis se centra en la figura del duelo de sí mismo, el duelo del cuerpo habituado que queda al margen para dar lugar a un nuevo cuerpo. Este acto transformativo implica, a su vez, la incorporación del injerto por parte de un donante vivo o cadavérico, lo que conlleva que en el proceso del trasplante debe tenerse en cuenta que el cuerpo propio está atravesado por un cuerpo ajeno. A partir de esto, el trabajo se cuestiona de qué manera el sujeto trasplantado deviene otro de sí desde un otro injertado. La respuesta, para el caso, ya no será una afirmación ontológica sino ética.

#### **Palabras clave**

Trasplante de órganos. Fenomenología. Duelo. Cuerpo. Ética.

#### **ABSTRACT**

This paper investigates the organ transplant process from the perspective of the transplant recipient, that is, from a first-person perspective. From this perspective, a phenomenological-hermeneutic analysis of the transplant recipient's subjective experience and the crisis they experience due to the change in their lifestyle is proposed. In this sense, the analysis focuses on the figure of self-grief, the mourning of the accustomed body that is left aside to give way to a new body. This transformative act implies, in turn, the incorporation of the graft by a living or cadaveric donor, which means that the transplant process must take into account that one's own body is traversed by a foreign body. From this perspective, the work questions how the transplanted subject becomes another of itself from a grafted other. The answer, in this case, will no longer be an ontological affirmation but an ethical one.

#### **Keywords**

Organ transplant. Phenomenology. Grief. Body. Ethics.

---

<sup>1</sup> Profesor de Filosofía Moderna en la Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina) e investigador del CONICET (Argentina).

## 1 INTRODUÇÃO

El proceso del trasplante se ha convertido en el presente en una práctica habitual por el cual puede reemplazarse, suplantarse, un órgano determinante que tiene una falla crónica. Órganos como el hígado, el riñón, el corazón, por ejemplo, pueden suplantarse con el fin de que el cuerpo vivo puede conseguir seguir viviendo con ciertas restricciones. Puede decirse que, desde los últimos treinta años del siglo XX hasta entrado el siglo XXI, el proceso ha ido mejorando en su técnica y tecnología consiguiendo que la farmacología logre mantener las funciones orgánicas durante años (Mainetti, 1993; Kuhse–Singer, 2002; Tilney, 2003; Tilney, 2011; Sveneaus, 2012). El organismo, débil debido a los inmunosupresores, sin embargo, es capaz de interiorizar el órgano nuevo haciéndolo suyo y converger en una unidad corporal que interactúa con el mundo de modo activo. ¿Es esta actividad una forma de volver a ser lo que se era? No, sin duda. Por más que el trasplante sea cierta solución, el paciente nunca deja de ser un enfermo crónico. En el proceso del trasplante el tiempo es irreversible; y esto quiere decir que la crisis que pasa el sujeto implica un cambio, una transformación, cierta adaptación a las nuevas condiciones. La crisis, que comienza previamente al diagnóstico, opera desestructurando, desestabilizando, los fundamentos mismos de la vida, el fundamento mundanal; pero no se trata de fundamentos trascendentales sino fácticos. Es la historicidad, el horizonte de significatividad en la que está envuelto el sujeto, la que aparece cuestionada por la exigencia de un nuevo mundo.

La filósofa inglesa Havi Carel indica uno de los fenómenos típicos de la crisis cuando menciona que en las enfermedades crónicas se pierde la transparencia del cuerpo. El cuerpo se vuelve visible, se fenomeniza, como una carga, una pesadez, pero no en cuanto medida de una *res extensa*, sino una carga existencial, darse cuenta que el cuerpo ya no puede, que se presenta como un obstáculo de la vida diaria. Por eso, Carel contrapone un sentimiento de certeza (*feeling of certainty*) a lo que denomina duda corporal (*bodily doubt*) (2016, pp. 86-105). Un cuerpo transparente no es dudable, no aparece por sí mismo, sino que está implicado en el movimiento de la vida, mientras que el cuerpo dudoso es opaco, llega a ser incluso una amenaza a los intereses existenciales. Hans-Georg Gadamer, por su lado, dice que la enfermedad hace presente, manifiesta (*Darstellen*) la corporalidad, esa corporalidad que casi pasa inadvertida cuando no se experimenta una perturbación (*Störung*). (1993, p. 98). De hecho, la salud “es el milagro

del olvido de uno mismo” (*dem Wunder der Selbstvergessenheit*) (Gadamer, 1993, p. 126). Sintéticamente hablando, el cuerpo, en la enfermedad crónica, se tematiza, se vuelve una cosa. Esta experiencia crucial no es la del objeto de la medicina, el cuerpo-objeto (*Körper*) anatómico-fisiológico, sino la del cuerpo-vivo (*Leib*), subjetivo. En ella aparece la idea de pérdida, la ansiedad, la identidad quebrada, la imposibilidad de llevar a cabo tareas cotidianas, la desconfianza en el cuerpo, la necesidad de apoyo, el intento de aceptar lo que se es, y la sensación de la cercanía de la muerte, una costumbre que se aprehende en cada infección, en cada re-internación o en la misma vejez del órgano obtenido (Goetzsmann, 2004; Pérez-San Gregorio et. alt., 2007, Zare et alt, 2015). Hay una experiencia de sí-mismo en el trasplante que no puede obviarse y que es necesario mostrar; es más, todo tratamiento resulta insuficiente y parcial sin el relato en primera persona del enfermo (Gallagher, 1997; Zahavi-Gallagher, 2008; Carel, 2016).

La crisis reside en la tematización del cuerpo, en la experiencia de la irreversibilidad del tiempo y la imposibilidad de rehuir de ella; tener conciencia de la crisis de la enfermedad no significa que se haga presente según una idealidad objetiva, datable, medible, ella es lo que le va al sujeto en su ser enfermo. Así, de esta manera, se diferencia entre un discurso en tercera persona y un discurso en primera persona, complementario de aquel. Es decir, lo que el sujeto experimenta en su ser mismo más acá, o más allá, del discurso médico. La relevancia del discurso en primera persona puede distinguirse por las invariantes pre-intencionales sentidas en la experiencia de las crisis; aquellos factores subjetivos irreducibles a una medida clínica y quirúrgica. La crisis es vivida por el sujeto, su cuerpo subjetivo, y esa experiencia es intransferible en la suma de posibilidades técnicas y tecnológicas de la biomedicina. Querer darle lugar al discurso en primera persona implica dar un espacio discursivo al acontecimiento de las crisis, a las diversas transformaciones corporales y los sucesivos duelos que atraviesa el sujeto. El paciente está ante una pérdida; ante el crudo duelo de una vida plagada de sentido que se desmorona y no reviste posibilidad alguna de afirmarse en su horizonte de posibilidades. Por eso nos preguntamos: ¿se puede atravesar la crisis?, ¿termina alguna vez la crisis?, ¿cuál es la realidad del yo en el proceso del trasplante?

## 2 CUERPO HABITUAL Y CUERPO ACTUAL

La imposibilidad de rehusar la crisis es igual a decir que se debe aceptar un diagnóstico irremediable al mismo tiempo que un cuerpo que ya no responde como antes. Es verdad, cuando se sabe el diagnóstico el paciente ya comprende que algo anda mal: vómitos, flojera, dolor de estómago, incremento de las veces que se va al baño, alimentos que antes caían bien ahora son como venenos estomacales, dolores de cabeza fuerte, más sueño, etc. Estas situaciones son indicadores de que algo va mal; que algo ya no es lo que era y que la visita al médico se hace obligatoria. El acontecimiento ya está sucediendo, aunque en ese momento no se sepa bien; algo sucede y ya no se es el mismo; y la medicina lo ratifica. En el proceso del trasplante el conocimiento de la enfermedad se intuye como se intuye que algo va de peor en peor, no hace falta el diagnóstico para saberlo. El diagnóstico opera, más bien, como una ratificación y una especificación, además de la entrada en el discurso médico. A partir de esto, surge algo importante: los dolores y malestares diversos comienzan a tener nombre. Frases como “soy un enfermo crónico renal” o “soy un enfermo crónico del corazón” aparecen y con ellas sucesivas quejas, ansiedades, y angustias. Se adhieren otras frases: “¿por qué me toca esto a mí?”, “¿cuándo me van a poder trasplantar?”, o, “¿ya no voy a poder hacer las cosas que antes hacía?”.

Esta queja muchas veces aparece en forma de pregunta o reproches al propio yo o al médico. El comienzo de la crisis es un cuestionamiento de la existencia. La duda de lo que se puede y lo que no atraviesa toda el existir junto a la queja sobre el destino. El mundo ya no se refleja en la mirada del sujeto; éste ya no se encuentra a sí mismo en su facticidad, sino que ahora debe actuar de otra manera, ser de otro modo. Sabemos por Heidegger que el ahí del ser es el mundo, que sólo hay reconocimiento del ahí en la significatividad del mundo; una significatividad que no es propia sino el espacio de juego donde se es lanzado. En eso, el paciente se descubre críticamente en el desmoronamiento de su mundo, en la pérdida de la significatividad de su fondo mundanal. Por eso, es un *ahí* desnudo, un puro *ahí* que es tomado por sorpresa y desgajado de su fondo hermenéutico. No se trata de una crisis esperable, de algo que puede venir precedido por un anuncio, el acontecimiento de la enfermedad diagnosticada no remite a una posibilidad, a un rastro previo que pueda localizarse o percibirse de alguna manera. Alguien podría decir que el paciente sufre esta enfermedad debido a una herencia genética; sin embargo, eso sólo sería una relación causal, cierta causa médica que indica

la transferencia de un defecto corporal objetivo. El problema desde el discurso de la primera persona es el *cómo*, de qué manera se experiencia lo sucedido. El acontecimiento siempre es singular. Se vive de esa forma, con la transformación del fondo y sin referencia más que a la pasividad del sujeto particular.

El *ahí* no debe entenderse como un espacio medible o como un lugar cubierto; su desnudez debe comprenderse en tanto “locativo absoluto ilocalizable” (*locatif absolu illocalisable*) (Maldiney, 2007, p. 224). El *ahí* es la apertura del mundo, un encuentro existencial; es el encuentro de sí mismo en el mundo, es el saberse integrado al mundo y que éste es indistinguible de mi corporalidad subjetiva. En el encuentro lo encontrado es el *ahí* mismo, lo irrepresentable que sólo se sabe apertura, es decir, el rasgo por el cual puede hablarse del yo y el mundo aprehendido. El *ahí* es la condición absoluta de toda articulación, y, al mismo tiempo, lo que no puede desarticularse, lo que no puede deconstruirse. No hay allí contenido alguno sino el interludio de un mundo que estalla en sus diferentes modos. Una ontología modal es una ontología múltiple, generosa en su ser, que sólo puede ser anudada y restringida por sus representaciones. La crisis profunda lleva al paciente hasta su *ahí* ilocalizable, no es otra cosa lo que aparece sino lo irrebasable de su ser *ahí*, el que padece, el que sufre su acontecimiento y se abre a la nada. Este padecimiento es del “yo soy”, del querer contestar esta pregunta y mantenerla en una cierta *epojé* hasta advertir qué queda de la significatividad perdida y que es lo que adviene. Pero esto no es un asunto mecánico, es un proceso; y en éste sentido el *ahí* se sumerge, al comienzo, en la angustia y la ansiedad, surgidos en la inmediatez del acontecimiento. Saberse en esta condición es como la impresión perceptiva en un puente. La estabilidad en un puente que da a un arroyo es lo que quiere mantenerse, sin embargo, en un momento se cambia la percepción y se siente que el puente se mueve con el arroyo, que sigue su flujo, y yo con él, ahora, el punto fijo no es el puente sino el arroyo.

El cambio de punto de apoyo es la transformación que exige el acontecimiento. En la crisis la pérdida del mundo exige un nuevo mundo. No es algo intencional, en realidad, esto puede vislumbrarse a un nivel pre-intencional, en la pasibilidad del sujeto. En la medida en que el paciente crónico es pasible del acontecimiento de la enfermedad se abre a su cambio, el cuerpo se revela en una nueva estructura, en un nuevo modo de ser que es ya otro mundo, otro modo de significar las cosas. El cuerpo, en esencia, es explorador, explora el ambiente en uno u otro sentido; y en el proceso del trasplante se

explora a sí mismo de igual manera que explora su medio, es más, el cuerpo se sabe en la exploración misma de lo que lo circunda. La pasividad que abre mundo es el propio cuerpo transformado, un cuerpo signado por la técnica y la tecnología que lo habitan tanto como lo habitaban antes, pero en otro sentido. Una vez que el trasplante se vuelve exitoso, el portador del nuevo órgano se abre a nuevos límites, a nuevas enfermedades, a nuevas formas. La dieta, el supuesto ejercicio en algunos, y los diversos fármacos demarcan límites. Podría decirse que sólo hay posibilidades restringidas, pero esa es la mirada del que habita un mundo que se está dejando atrás. La vulnerabilidad del cuerpo trasplantado es, particularmente, su sistema inmunológico; la cantidad de inmunosupresores provocan bajas defensas y el requerimiento de cuidados aumenta. De esta manera, no es raro que aparezcan la diabetes, la miopía o diversos virus y bacterias que se “pescan” en la vida cotidiana y terminan por re-hospitalizar al enfermo.

¿Pueden las cosas representarse como intimidantes?, ¿puede ser el mundo una amenaza? Claramente. Personas, animales y cosas, todo lo circundante, puede resultar una amenaza a la vulnerabilidad inmunológica. Directamente, salir del propio hogar resulta intimidante. La persecución psicológica es un efecto de la vulnerabilidad, así como el hecho de llevar consigo desinfectantes o lavarse las manos compulsivamente. ¿Hay cuidados que puedan ser excesivos? Quizás, pero la presión de querer el mayor tiempo posible el órgano nuevo exige que el sujeto tenga esos comportamientos. Por eso la ansiedad no es extraña en los trasplantados, tampoco la obsesión. Hay una presión continua. Esto no implica una causalidad mecánica entre la vulnerabilidad inmunológica y los diversos sucesos psicológicos; más bien, hay una relación de motivación donde el trasplantado es puesto en una mundaneidad de la cual tiene que hacerse cargo. Es al revés, porque debe tener que ser de alguna manera la vulnerabilidad se expone de cierta forma. No es extraño que algunos trasplantados pierdan sus órganos debido a “factores psicológicos”. La cuestión es la realidad del trasplantado, el acontecimiento de la enfermedad que lo pone ante sí ante la reanudación del mundo. Y en ese ponerse delante de sí, su presencia, su presente, debe poder hacer de ese presente un asunto suyo y nada más que suyo; es decir, reconocer la imposibilidad de todos los posibles de su horizonte y habitar la emergencia de una transformación de su estar-ahí.

La tematización del cuerpo para el enfermo puede devenir en angustia debido a que es la estructura del fondo mundanal lo que está desmoronándose. La congruencia y

la cohesión de la estructura del horizonte de sentido, de su historicidad, entran en crisis, tambalea como vacila el paciente en salir de su hogar. Si debemos hablar del rechazo del órgano recibido, cabe mencionar que se muestra en la inadaptación del órgano es el carácter mundanal del cuerpo. De hecho, Merleau Ponty afirma: “el rechazo de la deficiencia no es más que el reverso de nuestra inherencia a un mundo”.<sup>2</sup> El desacople es ya la tematización médica del cuerpo objetivo, es la cosa órgano que no logra adaptarse al organismo del receptor, no logra “arrancar” su función orgánica. Si vamos al caso de la función renal, ésta debe poder ponerse en funcionamiento en equilibrio con los restantes órganos y así resultar satisfactoria para la facticidad. Comenzar a orinar con frecuencia es la manifestación del poder-ser, la deficiencia del funcionamiento orgánico es la ausencia de ese acto. No se trata solamente de los aspectos fisiológicos sino también de poder ejercer el *ahí* en una u otra dirección. La deficiencia no pertenece solamente al órgano recibido sino a la totalidad del organismo, por eso, son los requerimientos del mundo los que terminan por ser rechazados.

La experiencia es indicativa de un cambio estructural por el cual su atravesamiento es por entero difícil y fenomeniza el conflicto entre el cuerpo habitual (*corps habituel*) y el cuerpo actual (*corps actuel*). “En el primero figuran los gestos de manejo que han desaparecido del segundo”<sup>3</sup>, dice Merleau-Ponty (1945, p. 97). La pregunta que sigue es fundamental: “¿Cómo puedo percibir unos objetos como manejables (*comme maniables*) cuando no puedo ya manejarlos?” (Merleau-Ponty, 1945, p. 98). El presente es un momento de quiebre, el acontecimiento de la enfermedad rompe en su impetuosidad con las posibilidades de ser del horizonte de pertenencia y el *ahí* sin el fondo mundanal que lo sostenía queda totalmente abierto, sin fundamento. De esta manera, siguiendo con Merleau-Ponty, lo manejable se convierte en un manejable en sí (*maniable en soi*) (1945, p. 98). La cosa deja de ser un útil para mí, se des-familiariza y se mantiene inaccesible, el suceso del duelo de un cuerpo que ya no tiene su mundo y tiene que poder articular uno. El punto fenomenológico a pensar es el pasaje de un tipo de cuerpo al otro, ¿estamos hablando de una transparencia del cambio?, ¿de algo que se da sin resistencia?, ¿una estructura es suplantada directamente por otra? No se parte del desconocimiento como en las teorías modernas del conocimiento sino del reconocimiento, del saberse situado y

---

<sup>2</sup> "Le refus de la déficience n'est que l'envers de notre inhérence à un monde..." (Merleau-Ponty, 1945, p. 97).

<sup>3</sup> "Dans la première figurent les gestes de maniement qui ont disparu de la seconde"

eyectado en un horizonte de comprensibilidad; y es en esto donde la cosa en sí es efectuada por un desasimiento, por la pérdida del fondo mundanal. El problema, en este sentido, radica en el proceso transformativo del cuerpo habitual en el cuerpo actual.

### 3 FENOMENOLOGIA DE LA INDETERMINACIÓN

Merleau-Ponty, puede decirse, es tajante; establece un corte directo entre ambos modos corporales y establece una diferencia radical entre uno y otro. Desde una mirada psicoanalítica menciona la posibilidad del bloqueo ante un suceso traumático, donde dicho bloqueo divide en dos la temporalidad; por un lado, el tiempo cuantificado, impersonal, que sigue fluyendo en su normalidad, y, por otro lado, el tiempo personal (Merleau-Ponty, 1945, p. 98-99). El enfermo manifiesta la ambigüedad del cuerpo, la de su cuerpo habituado y su cuerpo eventual, la de su cuerpo pasado y fijado y la de su cuerpo presente que se ofrece por las exigencias de su ser del mundo. Es en este último donde se da concretamente el bloqueo, el tiempo queda atascado en el pasado y no es susceptible a la transformación del acontecimiento. Este es el caso, en el dominio de la trasplantología, del rechazo, de la pérdida del órgano trasplantado por cierta incidencia existencial. No hay apropiación de nuevo órgano, del nuevo cuerpo, y el sujeto queda encallado en el cuerpo habitual, se reduce el cuerpo actual al habitual y el tiempo vivido queda retenido en la trascendencia de un tiempo pasado que nunca termina por ser pasado. La imposibilidad del cuerpo actual es la de un presente deficiente, la presencia fallida de un tiempo petrificado. De aquí, que Merleau-Ponty nos hable de un “casi-presente” (*quasi-présent*) (1945, p. 101). El duelo del cuerpo propio implica este “casi”, un presente que nunca llega a serlo verdaderamente y está acompañado de una angustia que se sostiene en la pérdida. Ahora bien, la angustia del duelo, en realidad, no parte directamente de lo que ya no está sino del recuerdo generado por la solicitud del presente, es desde la situación vivida ahora, desde su exigencia, que la significatividad se haya revocada por el recuerdo de la ausencia.

La sintomática es efecto del presente, de la presencia del paciente, que reclama para sí un mundo ya ido y no puede aceptar lo real. Es aquí donde aparece la queja, se vuelve un trastorno la aceptación o la transparencia del cuerpo actual y el reflejo del conflicto se encarna en la profundidad de la duda corporal. La trascendencia queda anulada, y con eso, la transformación que opera el acontecimiento del proceso del

trasplante también queda anulada. Sin embargo, más allá del rechazo, en el caso de un trasplante exitoso, el duelo del cuerpo habitual sigue haciéndose sentir. El recuerdo de lo ausente permanece debido a ciertas cosas, lugares, caminos, espacios, que antes concurría y ahora no puede. Tener un corazón nuevo, por ejemplo, implica dejar de frecuentar espacios gastronómicos donde hacen la comida muy salada; o, cuidarse de lugares muy concurridos y cerrados donde puede haber virus y bacterias circulando. Al principio del trasplante hay que llevar barbijo cada vez que se sale de casa. En estos casos es donde aparece lo que denominamos *intencionalidad compartida frustrada*. Vivir en la esfera pública es vivir en la significatividad, en ciertos modos de comportarse, en aceptar reglas, encontrarse con otras personas, trabajar, etc. Hay siempre en la vida fáctica una intencionalidad compartida que forma el fondo mundanal de sujeto, la estructura anticipativa por la cual el sujeto tiene determinadas habilidades que le permiten reconocer y actuar en el mundo. En el trasplante exitoso la anticipación puede fallar (no totalmente como en el rechazo) en la habilidad para desempeñarse en tal o cual situación.

El fallo de la anticipación es por el trastorno que sufre el flujo de la vida, más precisamente, el flujo de su tiempo personal. El tiempo impersonal es el que continúa inadvertidamente, el mundo sigue su marcha más allá de los problemas particulares del enfermo, y en esta circunstancia, se a una incongruencia. La filosofía de Husserl, tempranamente, ha establecido la diferencia temporal en la experiencia subjetiva: ante la percepción inmediata de una cosa en el presente, en su flujo temporal continuo, opera la retención de lo percibido formando el pasado (Husserl, 2021, p. 4-5; Fuchs, 2022). De aquí, que el futuro se anticipa por lo retenido perceptualmente en la inmediatez, es el conjunto de retenciones el que termina por formas las anticipaciones posibles de la cosa percibida. Las posibilidades de ser, de la cosa sea significada, dependen de los diferentes ángulos de experiencia que son retenidos por la conciencia. Nunca habrá una percepción completa porque siempre estamos situados, para una comprensión completa de la cosa deberíamos tener el “ojo de Dios”. De esta manera, la anticipación está formada por la completitud de retenciones que sedimentan el fondo mundanal mediante el cual esperamos que la cosa se presente de tal modo. Cuando la anticipación está trastornada, entonces, se encuentra perturbado el fondo mundanal, la sedimentación de las retenciones a lo largo de los sucesos que transcurrieron en la vida y demarcan las posibilidades de la agencia.

El trasplantado busca hacer cosas o relacionarse de una manera que se expone a la pérdida del órgano, tales como jugar al fútbol, levantar un peso excesivo, o incluso olvidar de tomar los medicamentos a horario. En estos casos, el “yo puedo” está restringido al fondo mundanal, a la historicidad del sujeto que repite sus habilidades, pero, ese “yo puedo” ya no remite al mundo mismo del presente sino a un pasado que retrotrae la posibilidad de acción. Jugar al fútbol es arriesgarse al roce corporal, a las caídas, al aumento del ritmo cardíaco; ese mundo ya no es accesible al trasplantado. Falla la anticipación como falla la intencionalidad compartida. Matthew Ratcliffe dice que “[...] no existe una línea clara entre la contribución de las capacidades corporales a la formación de la experiencia y la contribución de las relaciones potenciales, anticipadas y reales con otras personas”<sup>4</sup>. Ratcliffe retoma de Fuchs y De Jaegher la idea de “mutua incorporación” (*mutual incorporation*). Fuchs y De Jaegher, de hecho, definen de esta manera la idea: “[...] es una interacción recíproca de dos agentes en la que cada cuerpo vivo se extiende para encarnar al otro”<sup>5</sup>. Thomas Fuchs, por otro lado, habla de igual manera bajo el término “intencionalidad colectiva” (*collective intentionality*) (2025, p. 3) Jugar al fútbol es una intencionalidad compartida, comprendemos el juego jugando, ocupamos una porción de la cancha como un puesto que no deja de estar en relación a otros, los pases y las jugadas propias son siempre en relación al rival y a los propios compañeros, uno, por ejemplo, puede oficiar de falso pase para desmarcar al jugador que lleva la pelota. Saber jugar es una habilidad adquirida por intermedio de otros jugadores.

Las habilidades que terminan formando los modos experienciales, el fondo mundanal, son en gran parte configuraciones intersubjetivas. De aquí que, en un mundo renovado, como el del trasplantado, las imposibilidades que experiencia muchas veces tengan que ver con el aspecto intersubjetivo. La intencionalidad compartida frustrada remite a la formación de habilidades intersubjetivas y la imposibilidad de ejercerlas en situaciones que lo requieran. Es realmente un problema querer distinguir la formación de intencionalidades compartidas y las subjetivas, y esto se debe a que el sujeto es un ser en el mundo, un ser en relación con otros y con las cosas. La anticipación, en este sentido, es una construcción intersubjetiva que orienta el campo práctico en uno u otro sentido.

---

<sup>4</sup> “[...] is no clear boundary between the experience-shaping contribution of bodily capacities and the contribution made by potential, anticipated, and actual relations with other people [...]” (2022, p. 72).

<sup>5</sup> “[...] is a reciprocal interaction of two agents in which each lives body reaches out to embody the other [...]” (2009, p. 474).

Esto no contradice la experiencia personal de la crisis de la enfermedad crónica, ésta es la inevitabilidad del acontecimiento; soportarlo, cargarlo, es una presión insistente en el proceso de la enfermedad que el *ahí* experiencia mediante su pasibilidad irreductible. Lo real no es posibilidad de ser, el poder-ser, propio en un proyecto, sino, en primer lugar, el sentir de la subjetividad, el sentir de la carga del acontecimiento que instala una crisis transformativa. “Acoger el acontecimiento supone una apertura al aparecer que no tiene la estructura de proyecto”<sup>6</sup>, dice Maldiney (2007, p. 234).

¿Por qué? Porque toda posibilidad de ser de alguna manera se apoya en el sentimiento de lo que le sucede al sujeto. Es el sujeto sufriente el que se dibuja bajo las diversas proyecciones, y es en esta medida que el paciente se abre al mundo en su *ahí* sintiente en un yo que experiencia la partida del cuerpo habitual y la renovación de su cuerpo actual. Este transcurso del duelo es lo real que se inmiscuye en cualquier dirección que pueda tomarse, el presente de la presencia vuelta a sí misma, la exploración de un cuerpo renovado que busca afirmarse en un suelo comprensivo. La duda corporal siempre está (característica de todo enfermo crónico) y el fondo mundanal de las habilidades familiarizadas intenta tomar sentido, pero el trasplantado muchas veces observa que no puede, que ya no es lo mismo. Debe hacer el duelo de cuerpo habitual y asegurarse su cuerpo actual. Sin embargo, el duelo no es instantáneo, lleva un tiempo, va y viene, y no hay una dirección única; el pasaje del cuerpo habitual al actual no es un corte abrupto, la insistencia del cuerpo habitual es constante y no es posible que se descarte a la primera de cambio. Este, como vimos, es uno de los grandes rasgos que puede llevar al rechazo del órgano trasplantado, la insistencia, la permanencia, de los patrones corporales instituidos. Por eso, ante la pérdida se trata de eludir ciertas situaciones que exigen afrontarla, se busca requerimientos sencillos de llevar a cabo o que no exijan un sacrificio corporal. No es raro que el trasplantado no quiera tener la misma vida social que antes del trasplante como ir a eventos públicos o volver a jugar al fútbol, se siente incómodo, siente que no puede hacer la actividad o, incluso, siente vergüenza de tomar la medicación en esos momentos.

Como dice Ratcliffe, siguiendo a Stroebe y Schut (2010), hay en el duelo una “oscilación” entre afrontar y evitar las implicaciones de la pérdida.<sup>7</sup> De aquí que no haya

---

<sup>6</sup> “L'accueil de l'événement suppose une ouverture à l'apparaître qui n'a pas la structure du projet”

<sup>7</sup> “[...] we ‘oscillate’ between confronting and avoiding the implications of loss [...]” (2022, p. 66).

un pasaje directo entre la habitualidad y la actualidad del cuerpo, el rompimiento no es absoluto ni de una vez, sino que oscila entre un pasado que no quiere irse y un presente que solicita determinados comportamientos. Para Ratcliffe la aproximación al duelo no debe pensarse tan radicalmente como lo hace Merleau-Ponty, éste último “[...] simplifica demasiado las cosas o, al menos, no cuenta toda la historia.”<sup>8</sup> (2022, p. 66). La oscilación no deja de ser el momento de desorientación, el punto en el cual el fondo mundanal se encuentra con el estallido del acontecimiento. Este sentimiento es la apertura a la exploración corporal que oscila entre el pasado y el presente, el grado cero del cuerpo en el que es pura pasibilidad y soporta el peso del acontecimiento. En ese momento, sin tiempo, del sentirse del sujeto se muestra la incertidumbre, la perplejidad, la inseguridad, la impaciencia de afrontar las nuevas interpelaciones con los viejos patrones. De la habitualidad a la actualidad corporal el trasplantado oscila como si estuviera con un pie en cada lado. Él mismo es un umbral. Debido a esto Ratcliffe afirma que llama “indeterminación” (*indeterminacy*) a una sensación de que falta algo que generalmente moldea y guía las experiencias, pensamientos y actividades (2022, p. 79). La indeterminación es lo contrario a la determinación, es decir, al cuerpo transparente atemático que dirige sus acciones según la coherencia y congruencia semántica de su fondo mundanal.

De hecho, Ratcliffe habla de una fenomenología de la indeterminación (*phenomenology of indeterminacy*) que pretende describir los trastornos de los patrones habituales de anticipación (2022, p. 79). La indeterminación, puede decirse, es el aspecto fenomenológico de los trastornos en tanto es lo que se muestra en la duda corporal. La pretensión del mundo es la solicitud de un cuerpo transparente, pero no en el sentido adaptativo sino en el carácter indubitable de las habilidades singulares y compartidas que se forman formando mundo. El hecho de que pueda reconocerse la indeterminación en la duda corporal se debe a la oscilación del acontecimiento, a los patrones de la habituación que pierden su validez, y al presente tensivo. En la oscilación el yo pierde consistencia y sus condiciones dejan de significar en su conjunto de manera congruente. Un patrón es “[...] un sistema de factores o procesos que carece de condiciones necesarias, pero consiste en varias condiciones conjuntas”<sup>9</sup> (Gallagher, 2024, p. 16). El yo desorientado

---

<sup>8</sup> “[...] oversimplifies matters or, at least, does not tell the whole story.”

<sup>9</sup> “[...] is a system of factors or processes that lacks any strictly necessary conditions, but rather consists of several jointly sufficient conditions”

está tensionado y las condiciones sedimentadas pueden fallar, los patrones pueden perder validez y su centralidad básica se torna dudosa. Para Gallagher esa centralidad está constituida por dos patrones: el sentido de propiedad (*sens of ownership*) y el sentido de agencia (*sens of agency*) (2024, p. 19). En el *ahí* de la apertura, en la oscilación que se siente en la desorientación claramente aparecen ambos patrones. El sentido de propiedad es la sensación que tiene el sujeto de que las acciones que realiza corporalmente son solamente suyas, que él está en el cuerpo moviente y actuante y no se distingue de él; en cuanto a la agencia, radica en el reconocimiento de que las acciones realizadas le pertenecen, se es responsable de la acción en el sentido de reconocerse autor del acto.

Puede decirse que, en el caso de los trasplantados, el problema se sitúa en el sentido de propiedad, si se quiere, en la cuestión de la propiocepción. Sabemos que no tenemos consciencia del movimiento de todos los músculos o cómo se mueven nuestros ojos cuando vemos, y también sabemos que los órganos no dejan de ser “invisibles”. Es verdad, a los trasplantados a veces le duele el costado donde lo trasplantaron, pero allí ya estamos ante un problema. Si suponemos un trasplante exitoso, entonces, no hay visibilidad alguna del funcionamiento del órgano; sin embargo, en esta situación no necesariamente se da una integridad corporal satisfactoria. Esto se debe a que el trasplantado es un *portador*, es aquel que lleva en sí mismo algo extraño, algo alógeno que lo marca y lo demarca en su desorientación. ¿A qué se debe la extrañeza?, ¿cuál es la carga que el acontecimiento le hace soportar?

#### 4 EL INJERTO

El otro. La transformación es por, y a través, del otro. Quizás no haya mejor ejemplaridad que la del trasplante para ver de qué manera la otredad es constitutiva y declarativa del yo. Es el otro el que permite la sobrevida y, al mismo tiempo, el que exige soportar una carga. Dos en uno. El que salva genera la responsabilidad, la culpa, en el receptor, y en esto no tiene nada que ver la intencionalidad; estamos hablando de una situación pre-intencional, incluso para donantes vivos. No se necesita detenerse en los casos de donantes cadavéricos para observar los dos aspectos, tanto la posibilidad de sobrevida como los sentimientos de carga y culpa se generan de manera igual. Cargar, soportar, el acontecimiento, es el acto de llevar a otro en mí. El anonimato del donante cadavérico pareciera generar más fantasmas, no hay referentes con rostro, pero eso en

lugar de disminuir genera mayor culpa. Es la muerte del otro la que da sobrevida. ¿No hay aquí un aprovechamiento de una muerte extraña al trasplantado? Drew Leder titula “paradigma de la desconexión” (*paradigm of disconnection*) al caso liberal de la pretensión de un libre mercado para la venta de órganos (2016, p. 135). Supuestamente, el fundamento esencial del mecanicismo corporal se toma del ejercicio de la libertad del uso del cuerpo propio, es decir, el cuerpo es una cosa que puede ofrecerse en el mercado porque el sujeto es libre de hacer lo que quiera con él. Aquí ya no hay integridad corporal entendida como ser en el mundo. Leder muestra que, en realidad, el fundamento de todo trasplante de donantes vivos o cadavéricos implica una interconexión, la estructura fenomenológica de los cuerpos conectados desde el principio.

Rápidamente, en menos de veinticuatro horas, los órganos del difunto deben ser trasplantados, de lo contrario se pierden. El cuerpo del otro parece una masa de órganos a disposición. Mientras los familiares del muerto lo lloran se produce el trasplante, o varios, en otros lugares. ¿No es esto desconsiderado, al menos? En cierto punto, sí. El uso y abuso de los cuerpos, incluso muertos, se comprende por una tradición individualista de la corporalidad, es la tradición que entiende al cuerpo como mero *organon* (instrumento) o *res extensa*, es la idea de la representación de la corporalidad como puro cuerpo objetivado (*Körper*). Esto cambia cuando se tiene una noción de cuerpo en el sentido de cuerpo vivo anclado, integrado, al mundo; es decir, un cuerpo que está ya imbuido de otros cuerpos. Como dice Spinoza, “El cuerpo humano precisa, para conservarse, de muchísimos otros cuerpos (*plurimis aliis corporibus*)” (2020, lib. IV, parág. 38). Por eso, el cuerpo es solicitante y solicitado. Cada uno no “tiene” un cuerpo, sino que “es” un cuerpo, entre otros cuerpos. La intencionalidad compartida está fundada en una pre-intencionalidad compartida. “¿De dónde viene ese cuerpo del otro?, ¿por qué ese extraño recayó en mí?”, “¿por qué él y yo?”, “¿por qué ahora me siento responsable de llevar a otro en mí, a qué se debe que nuestros destinos se encuentren unidos?”. ¿Es la oscilación un producto del acontecimiento de la llegada del otro?

Sí, incluso desde la lejanía de su muerte. “El cuerpo de cada persona fue un regalo desde el principio”<sup>10</sup> (Leder, 2016, p. 144). ¿De quién? El otro ya estaba ahí desde antes que nació, la gestación nos dice esto. Y lo dice en “cuerpo y alma”, el acontecimiento del nacimiento debe entenderse como el encuentro primario, el punto de

---

<sup>10</sup> “Each person’s body was a gift from the start.”

convergencia en el que el aparecer subjetivo se desliza encarnándose en el mundo. “Encontrar es hallarse en presencia de otro...que nos resulta imposible reducir a lo mismo, a la identidad del proyecto de mundo que nosotros abrimos”.<sup>11</sup> Bajo el eco de Levinas y su ética pre-ontológica Maldiney comprende la experiencia de la imposibilidad de mis posibles según la presencia corporal del otro. En este sentido, el *ahí* se comprende desde el duelo de las posibilidades inmanentes al fondo mundanal del trasplantado. El encuentro nunca es datado, no es datable, el suceso no se sabe cuándo comenzó, pero ya estaba ahí; es el carácter reflexivo posterior al acontecimiento el que interpreta el suceso. “Lo real, dice Maldiney, es siempre lo que no esperábamos y que, en cuanto aparece, desde siempre está ya ahí”.<sup>12</sup> ¿Por qué nunca esperamos el acontecimiento, al otro? Porque él no es parte del horizonte de posibilidades que me constituyen, el otro es una apertura en tanto sobrepasa los posibles propios y los anula. Pensar que el otro es una posibilidad de nuestro horizonte de posibilidades es un reduccionismo que no lo comprende en su ser sino en la mismidad de mi ser.

Y tampoco se reduce el acontecimiento a la vida, él puede advenir más allá o más acá de lo vivo. El acontecimiento desconoce la distinción entre vida y muerte. La lejanía de la muerte termina siendo lo más cercana, inserta en la vida como el injerto que se inserta en el trasplantado. Es por esto que muchos trasplantes fallan, el fantasma del otro puede aparecer en sueños y en lo diurno de diferentes maneras. Preguntas como, “¿Quién fue el donante?”, “¿cuáles fueron sus intenciones?”, “¿cuál es su historia?”, pueden invadir al receptor. El duelo del cuerpo propio no deja de estar acompañado por cierto duelo del otro, incluso del otro absolutamente desconocido. La muerte inscrita en la vida implica siempre una deuda, se debe hacer el duelo del otro, incluso ya muerto; no hacerlo puede llevar al rechazo, a la vuelta del otro en sueños, a imaginarlo reclamando lo suyo, abriendo la herida, obstaculizando la apropiación del órgano. Doble duelo, se cruzan y se remiten mutuamente, lo propio y lo ajeno son por partes iguales inmanentes al proceso crítico de transformación del enfermo crónico. La vida, la sobrevida, viene de afuera, incluso de lo más afuera como es la muerte, pero también la gestación viene de afuera, del otro que nos reserva un mundo en nuestro aparecer. Debe aclararse que la oscilación

---

<sup>11</sup> “Rencontrer c’est se trouver en présence d’un autre...qu’il nous est impossible de ramener au même, à l’identité du projet de monde dont nous sommes l’ouvreur” (Maldiney, 2007, p. 229).

<sup>12</sup> “Le réel est toujours ce qu’on n’attendait pas et qui, sitôt paru, est depuis toujours déjà là” (2007, p. 230).

entre lo propio y lo extraño no se soluciona en una síntesis ni es el reflejo de una dialéctica primordial. Por otro lado, en la experiencia del trasplante se deja ver que la propia muerte, la auténtica muerte, de la que hablan tanto el heideggerianismo como el freudismo, queda anulada.

La muerte de uno mismo puede retardarse, dilatarse en el tiempo, por la muerte del otro. Si nuestra perspectiva es el regreso a lo inorgánico, entonces, debe complejizarse el trayecto y hablar de un retardo junto a la superposición de lo inorgánico en lo inorgánico en que la muerte del otro, su inorganicidad, queda atada en lo orgánico y es proyectada en otro inorgánico. Al mismo tiempo, la autenticidad de la propia muerte nunca es tal ya que nunca hay un puro sí mismo, éste es el desconocimiento de una facticidad atravesada siempre por otros cuerpos. La muerte no es una limitación de nada, ella circula inscripta en la vida como la vida no deja de ser una posibilidad particular de la muerte. Desde una visión holística e integrada de la vida fáctica en el mundo nunca transferimos solamente un mero órgano y su estatus fisiológico de un cuerpo objetivo a otro, sino que arrastramos historicidades, intencionalidades compartidas, objetivos de vida, y así, diversos registros semánticos de la vida y la muerte. El factor de la muerte auténtica queda invertido en el fenómeno del trasplante, de hecho, podría pensarse que la muerte auténtica siempre es la del otro, la que se ofrece en pos de una vida que ya nunca jamás podrá vivir una auténtica muerte.

En el trasplante se muestra que la vida es tan impropia como la muerte. Lo propio, lo particular intransferible es el *cómo* de la experiencia del injerto, el modo en que el *ahí* queda atrapado entre la muerte y la vida. Aquí en dos (*Ici en deux*), como señala Maldiney (2007, p. 296). Éste es el presente, la presencia de sí ante sí, el encontrarse a sí mismo en el vacío de la indeterminación, de la oscilación, del duelo. Estamos ante una separación tensa, una tensión crítica, en la cual hay una disgregación que se engloba indicando un lugar, un espacio de recurrencia que parte del vacío proyectivo. Existimos determinados a nada, por eso el cuerpo debe explorar, debe tantear lo que puede y no puede. Y sólo hay transformación y sujeto, porque hay un fondo mundanal que está ya abierto al otro; un cuerpo habitual o cierta mundaneidad constitutiva que puede ser injertado, que en su apertura misma se constituye mediante el otro e incluso en la muerte del otro. Este proceso, es la crisis misma, y “si hay tensión en la crisis, es entre dos mundos y entre dos

maneras de existir<sup>13</sup> (Maldiney, 2007, p. 307). Aquí en dos, aquí, el espacio operativo pre-geométrico en el que se vive la crisis y se transforman nuestros pre-juicios (*Vorurteile*) y el sujeto deviene otro desde un otro injertado. No hay medidas ni juicios posibles, tan sólo existe el ex-sistente que interpreta la forma de modular su vida fáctica, de hacerla capaz, capacitada para lo que viene. ¿Cómo se modula la existencia en dos, de a dos?

## 5 CONCLUSIÓN

Para el trasplantado el futuro siempre es de a dos. Para el muerto también lo es. El donante cadavérico, a partir de esta nominación, no deja de tener futuro: su cuerpo en otro cuerpo, aquí en dos, tienen un final compartido. ¿No puede ser que el otro se muera por segunda vez antes del receptor? Sí, claro. Eso es un nuevo duelo. El órgano puede perderse, generalmente, antes de que se familiarice, pero, es verdad, siempre está la amenaza que lo familiarizado puede perderse. Y es, entonces, cuando puede venir otro; puede venir otro injerto, y eso se debe a que lo abierto, el *ahí*, es invariablemente pasible de otro. En el trasplante el injerto es el injerto de otro, vivo o muerto, y por eso, el requerimiento de la transparencia corporal es que se debe llevar al otro hasta el final. Pero el final no es meramente la anulación fisiológica del órgano, la trasposición implica un mundo, el del otro; y la familiarización con él se encauza por un deber. Nunca hay algo fortuito en el proceso del trasplante, como tampoco actúa autoridad alguna más que el deber personal de reconocer al otro, y que ese otro es el injerto de sobrevida, lo que abre mundo. Derrida dice algo que nos permite describir el fenómeno del trasplante: “el “yo debo” –“yo debo llevarte”- prevalece para siempre (*l'emporte à jamais*) sobre el “yo soy”, sobre el *sum* y sobre el *cogito*”. Y a continuación agrega: “Antes de ser, yo llevo; antes de ser yo, yo llevo al otro”<sup>14</sup> (2003, p. 77). Es ese acto de llevar, de portar, que el trasplantado/a experiencia en su *cómo* particular, el duelo siempre es debido a otro, aquí en dos no hay yo sin otro ni otro sin yo, un yo que debe, pero no ya como deuda respecto a algo sino como deber ante la vida y la muerte. Pero, éstas no son entes, ni generalidades, sino aprehensiones desde la singularidad del otro, es éste al que se agradece en primera y última instancia. De hecho, hay trasplantes, hay tecnología, por el otro, por la singularidad

<sup>13</sup> “Si donc il y a tension dans la crise, c’est entre deux mondes et entre deux facons d’exister”

<sup>14</sup> “Avant d’être, je porte, avant d’être moi, je porte l’autre “

del encuentro que permite el fenómeno. Es el encuentro, aquí en dos, el que no oscila, sino que se afirma en la existencia, en el mismo acontecimiento que hace crisis una transformación se debe modular.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAREL, H. *Phenomenology of Illness*. Oxford. Oxford University Press, 2016.
- DERRIDA, J. *Béliers*. Paris. Galilée, 2003.
- FUCHS, T – DE JAEGHER, H. “Enactive Intersubjectivity”. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, vol. 8, nº 4, pp. 465-486, 2009.
- FUCHS, T. “Protentional consciousness and the emergence of the new”. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, nº 23, pp. 717–742, 2022.
- FUCHS, T. *Being we*. Phenomenological Contributions to Social Ontology. New York. Oxford University Press, 2025.
- GALLAGHER, S. “Mutual Enlightenment. Recent phenomenology in cognitive science”. *Journal of Consciousness Studies*, 4 (3), pp. 195-214, 1997.
- GALLAGHER, S; ZAHAVI, D. *The Phenomenological Mind*. New York: Routledge, 2008.
- GALLAGHER, S. *The Self and its Disorders*. Oxford. Oxford University Press, 2024.
- GADAMER, H.-G. *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt am Main. Suhrkamp, 1993.
- GOETZMANN, L. “‘Is it me, or isn’t it?’ Transplanted organs and their donors as transitional objects”. *The American Journal of Psychoanalysis*, Vol. 64, No. 3, pp. 279-289, 2004.
- HEIDEGGER, M. *Sein und Zeit*. Tübinga. Niemeyer, 1963.
- HUSSERL, E. *Die Bernauer Manuskripte über das Zeitbewusstsein* (1917-1918). Husserliana XXXIII, 2001.
- KUHSE, H; SINGER, P. “What is Bioethics? A Historical Introduction”. KUHSE, H – SINGER, P. *A Companion to Bioethics*. Oxford. Blackwell, pp. 11-18, 2002.
- LEDER, D. *The Distressed Body*. Rethinking Illness, Imprisonment, and Healing. Chicago-London. University of Chicago Press, 2016.
- MAINETTI, J.-A. “La revolución trasplantológica”. *Estudios bioéticos III*. La Plata. Quirón, pp. 157-167, 1993.
- MALDINEY, H. *Penser l’homme et la folie*. Paris. Millon, 2007.
- MERLEAU-PONTY, M. *Phénoménologie de la perception*. Paris. Gallimard, 1945.
- PÉRÉZ-SAN GREGORIO, et. al. “Symptoms of anxiety and depression in different stages of organ transplant”. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 7, nº 3, pp. 633-639, 2007.
- RATCLIFFE, M. *Grief Worlds*. Cambridge-London. MIT, 2022.

SPINOZA, B. *Ética demostrada según el orden geométrico*. Bilingüe. Madrid. Trotta, 2020.

STROEBE, M; Schut, H. “The dual process model of coping with bereavement: A decade on”, *OMEGA*, vol. 61, nº 4, pp. 273-289, 2010.

SVENAEUS, F. “The Body as Gift, Resource or Commodity? Heidegger and the Ethics”. *Journal of Bioethical Inquiry*, 7 (2), pp. 163-172, 2010.

SVENAEUS, F. “The Phenomenology of Organ Transplantation”. GUNNARSON, M; SVENAEUS, F. *The Body as Gift, Resource, and Commodity*. Stockholm: Södertörn Studies, pp. 58-79, 2012.

SVENAEUS, F. *Phenomenological Bioethics*. London-New-York: Routledge, 2018.

TILNEY, N. *Transplant: From Myth to Reality*. New Haven. Yale University Press, 2003.

TILNEY, N. *Invasion of the Body: Revolutions in Surgery*. Cambridge. Harvard University Press, 2011.

ZARE, N. et al “The Realities of Living With a Transplanted Kidney: A Qualitative Study”. *Chronic Dis Care*. 2015 July; nº 4(3), pp.25-30, 2015.

---

Recebido em: 23/06/2025 | Aprovado em: 22/12/2025