

EDITORIAL

Empatía en el encuentro clínico con el paciente

Empathy in the clinical encounter with the patient

DOI:10.19136/hs.a23n2.5798

Luis Vivanco*, 

Existe un amplio consenso sobre la importancia que tiene la empatía en la relación médico-paciente. Sin embargo, al momento de adentrarse más en el estudio de este atributo es frecuente encontrar definiciones hasta cierto punto contradictorias. Algunas veces la empatía aparece descrita como un atributo cognitivo, otras como uno emocional, e incluso es posible encontrar referencias a la empatía como una combinación de ambos. Esta aparente ambigüedad plantea importantes dificultades tanto en el estudio del papel que la empatía tiene en el trabajo clínico con los pacientes, como en el desarrollo de acciones orientadas a su incorporación en los planes de estudio de medicina. Razón por la que puede resultar adecuado abordar algunos conceptos asociados a su definición en el contexto específico de la atención sanitaria, así como del papel que esta tiene en el cuidado de la salud de médico y paciente.

Cognición y emoción, empatía y simpatía.

Una de las fuentes más frecuentes de confusión entorno a la definición de la empatía se asocia al papel que en ella cumplen la cognición y la emoción. Se trata de un debate aún abierto y en el que los aportes vienen desde diferentes áreas de conocimiento con elementos comunes y distintivos entre sí. En algunos casos se le atribuye a la empatía un carácter meramente cognitivo. Este enfoque se puede encontrar, por ejemplo, en los trabajos de Rosalind Dymond, Heinz Kohut, o Michael Basch^{1,2,3}. Desde esta perspectiva la empatía se entiende como un proceso mental orientado a la adquisición y procesamiento de la información necesaria para mejorar nuestro entendimiento de los demás. En consecuencia, el elemento característico de una respuesta empática está puesto en la comprensión y el entendimiento antes que en aspectos asociados a la sensación o la emoción. En otros trabajos es posible encontrar como el elemento más representativo de la empatía la capacidad de respuesta emocional frente a un estímulo afectivo y sensorial que percibimos en el trato con los demás. Este enfoque se puede encontrar, por ejemplo, en los trabajos de Charles Batson, Nancy Eisenberg, Jodi Halpern, o Martin Hoffman^{4,5,6,7}. Un tercer grupo de investigaciones, entre las que destacan los trabajos de Simon Baron-Cohen y Mark Davis^{8,9}, apuntan a una visión de la empatía como el resultado de un complejo proceso que integra elementos tanto cognitivos como emocionales. Finalmente, hay quienes

ponen el acento en el tipo de proceso (cognitivo o emocional) encargado de disparar una respuesta empática. Así, un proceso complejo y principalmente intelectual en el que la percepción social y el análisis de la información situacional conduce a una respuesta basada en el “entendimiento” de la otra persona y su realidad haría referencia a una empatía más cognitiva, o simplemente empatía. En cambio, un proceso más simple y principalmente sensorial que consiste en la percepción de un estímulo que es captado por nuestros sentidos y desencadena una respuesta refleja asociada a un “sentimiento” haría referencia a una empatía más emocional, o simpatía. Dependiendo del proceso que se articule se estaría ante dos cualidades humanas con distintos papeles en el desarrollo de las relaciones interpersonales. Así, mientras que el proceso que desencadena una respuesta empática permite mejorar nuestro conocimiento de la otra persona; el proceso detrás de la simpatía nos permite sentir las emociones del otro a través de mecanismos cerebrales responsables de crear un cierto paralelismo emocional. Salvando las diferencias existentes en cada caso, los trabajos de Jean Decety, Philip Jackson, o Mohammadreza Hojat comparten elementos comunes con relación a este tipo de planteamiento^{10,11,12}.

Empatía en el encuentro clínico

La distinción entre empatía y simpatía adquiere especial relevancia en el ámbito del encuentro clínico entre médico y paciente. A simple vista, la habilidad de identificar y compartir los sentimientos del paciente puede resultar de utilidad para el médico en la medida que facilita un estado de mayor atención e interés hacia el estado emocional del paciente. Sin embargo, la experimentación excesiva o prolongada de este tipo de experiencias puede conducir a un deterioro progresivo en el juicio clínico (pérdida de objetividad), en la conducta profesional, y en la salud y bienestar del médico^{13,14,15}. En consonancia con lo anterior, Hojat describe de forma muy gráfica la relación entre simpatía y efectividad clínica como curvilínea, semejante a la de una U invertida¹⁶. Así, mientras que en un cierto grado de simpatía puede resultar beneficioso en la relación médico-paciente, un uso excesivo de ella termina interfiriendo en dicha relación. Por el contrario, y siguiendo el modelo propuesto por Hojat, la relación entre empatía y eficacia clínica sería de tipo lineal. Esto es que, a diferencia de la simpatía, la empatía siempre aporta un



efecto beneficioso en el trabajo clínico con el paciente. En su modelo, Hojat describe esta relación partiendo de la definición de empatía en el encuentro clínico como “un atributo predominantemente *cognitivo* (antes que afectivo o emocional) que involucra un *entendimiento* (antes que sentimiento) de las experiencias, inquietudes y perspectivas del paciente, combinado con una capacidad de *comunicar* dicho entendimiento, y una *intención de ayuda*”¹⁷. En la definición anterior aparecen cuatro elementos como representativos de la empatía clínica: *cognición*, *entendimiento*, *comunicación* (del entendimiento), e *intención de ayuda*. La razón de que la *cognición* adquiera un valor de mayor relevancia en comparación con la emoción se explica en el tipo de contexto social en el que se da la empatía clínica. A diferencia de otras relaciones interpersonales, el objetivo principal de la relación que se establece entre médico y paciente es el tratamiento de este último. En consecuencia, es de esperar que sentir las emociones vividas por el paciente adquiere sentido solo en la medida que hacerlo ayude al médico a mejorar el entendimiento del estado de salud del paciente. Por el contrario, un involucramiento emocional excesivo puede, como hemos visto, distorsionar la objetividad profesional y poner en riesgo el principio de neutralidad clínica. En la definición anterior, el *entendimiento* aparece como un segundo ingrediente de la empatía clínica. Si el entendimiento (del otro) es el fin último de una respuesta empática, en el caso específico del encuentro clínico este entendimiento adquiere un sentido terapéutico en tanto que ayuda a reforzar el vínculo entre médico y paciente, necesario para el tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, este entendimiento resulta insuficiente si no va acompañado de la *comunicación* como tercer ingrediente de la empatía clínica. De hecho, una relación empática entre médico y paciente es incompleta si el médico, creyendo entender el problema del paciente, no comunica dicho entendimiento al paciente. La relación empática es completa cuando: por una parte, el médico es capaz de contrastar su entendimiento de la realidad del paciente con la realidad percibida por el propio paciente; y por otra, el paciente percibe el grado de entendimiento alcanzado por el médico respecto de la vivencia de su enfermedad. Finalmente, en la definición anterior la *intención de ayuda* aparece como un cuarto ingrediente de la empatía clínica. Varios autores coinciden en identificar en la intención de ayuda el elemento directriz de la empatía clínica. De hecho, ninguno de los tres elementos anteriores resulta suficiente para establecer una relación empática si no están acompañados de una motivación altruista de servicio al que sufre. La intención de ayuda da una impronta de sentido moral a la respuesta empática en el contexto más amplio del encuentro clínico. En palabras de Louise Arnold¹⁸ este último aspecto, intrínseco a la empatía clínica, es el que hace de esta habilidad un elemento representativo de la profesionalidad médica y el humanismo en salud.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de interés

Referencias

1. Dymond RF. A scale for the measurement of empathic ability. *J Consult Psychol.* 1949;13(2):127–33. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/h0061728>
2. Kohut H. Introspection, Empathy, and Psychoanalysis An Examination of the Relationship between Mode of Observation and Theory. *J Am Psychoanal Assoc.* 1959;7(3):459–83. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/000306515900700304>
3. Basch MF. Empathic Understanding: A Review Of The Concept And Some Theoretical Considerations. *J Am Psychoanal Assoc.* 1983;31(1):101–26. Available from: Disponible en: <https://doi.org/10.1177/000306518303100104>
4. Batson CD, Batson JG, Slingsby JK, Harrell KL, Peekna HM, Todd RM. Empathic joy and the empathy-altruism hypothesis. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61(3):413–26. Disponible en: <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.3.413>
5. Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med.* 2003;18(8):670–4. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x>
6. Eisenberg N, Fabes RA, Murphy B, Karbon M, Maszk P, Smith M, et al. The relations of emotionality and regulation to dispositional and situational empathy-related responding. *J Pers Soc Psychol.* 1994;66(4):776–97. Disponible en: <https://doi.org/10.1037//0022-3514.66.4.776>
7. Hoffman ML. Empathy and Moral Development. Empathy and Moral Development. Cambridge University Press; 2000
8. Chakrabarti B, Baron-Cohen S. Empathizing: neurocognitive developmental mechanisms and individual differences. *Prog Brain Res.* 2006;156:403–17. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0079-6123\(06\)56022-4](https://doi.org/10.1016/s0079-6123(06)56022-4)
9. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol.* 1983;44(1):113–26. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
10. Decety J, Jackson PL. A Social-Neuroscience Perspective on Empathy. *Curr Dir Psychol Sci.* 2006;15(2):54–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00406.x>

11. Decety J, Jackson PL. The Functional Architecture of Human Empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev.* 2004;3(2):71–100. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
12. Hojat M, Spandorfer J, Louis DZ, Gonnella JS. Empathic and sympathetic orientations toward patient care: conceptualization, measurement, and psychometrics. *Acad Med.* 2011;86(8):989–95. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e31822203d8>
13. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Front Psychol.* 2016;7. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00763>
14. Matiz-Moya E, Delgado Bolton RC, García-Gómez E, Vivanco L. Empathy and Occupational Health and Well-Being in Ecuadorian Physicians Working with COVID-19 Patients: A Mixed-Method Study. *Healthcare (Basel).* 2023;11(8):1177. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare11081177>
15. Delgado Bolton RC, San-Martín M, Vivanco L. Role of Empathy and Lifelong Learning Abilities in Physicians and Nurses Who Work in Direct Contact with Patients in Adverse Working Conditions. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(5):3012. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph19053012>
16. Hojat M, Maio V, Pohl CA, Gonnella JS. Clinical empathy: definition, measurement, correlates, group differences, erosion, enhancement, and healthcare outcomes. *Discov Heal Syst.* 2023;2(1):8. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s44250-023-00020-2>
17. Hojat M. *Empathy in Health Professions Education and Patient Care.* Cham: Springer International Publishing; 2016. 1–450 p. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27625-0>
18. Arnold L. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Acad Med.* 2002;77(6):502–15. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00001888-200206000-00006>

* Investigador responsable de la Plataforma de Bioética y Educación Médica del Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR); y Director del Centro Regional UNESCO de Documentación e Información en Bioética / Centro Nacional de Documentación en Bioética (CNB), España. Director Académico del Máster Internacional en Bioética que coordina la Fundación Universitaria Iberoamericana (FUNIBER) en colaboración con la Universidad Europea del Atlántico (UNEATLANTICO), España, y la Universidad Internacional Iberoamericana (UNINI), México y Puerto Rico. Director Académico del Máster Universitario en Bioética de la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR), España.
Correo electrónico: lvivanco@riojasalud.es

