

Artículo especial

Empatía, un valor troncal en la práctica clínica

Empathy, core value in clinical practice

Francesc Borrell Carrió ^{a,b}^a Equip d'Atenció Primària La Gavarra, Cornellà de Llobregat, Barcelona, España^b Departament de Ciències clíniques, Facultat de Medicina, Campus Bellvitge, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de mayo de 2009

Aceptado el 16 de junio de 2009

On-line el 4 de septiembre de 2009

El concepto de empatía se acuña a finales del siglo XIX¹ y consigue un lento pero tenaz consenso de la mano de psicólogos, filósofos y educadores en la segunda mitad del siglo XX (tabla 1). En esta primera década del siglo XXI se formaliza su uso técnico²⁻⁷ para permitir múltiples trabajos de tipo naturalístico⁸⁻¹³ y se investigan sus bases neurobiológicas¹⁴⁻²¹. Una idea de la relevancia del término nos la da el hecho de que en los últimos 24 meses se han publicado en revistas internacionales unos 400 artículos. El presente trabajo ofrece una definición del concepto y expone, a la luz de estas aportaciones, algunas claves para su uso en la clínica (tabla 2).

La empatía como concepto

La empatía suele definirse como la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona y hacerlo evidente en la relación, ya sea a nivel verbal (“ya veo que te sientes mal”) o no verbal (p. ej., una expresión facial acorde a la situación)²²⁻²⁴. La empatía, sin embargo, evita realizar un juicio de valor (p. ej., “ya verás como te pones bien muy pronto”). A diferencia de la simpatía, no se produce un contagio emocional, y el clínico sabe en todo momento *cuáles son las emociones suyas y cuáles las del paciente*. También se distingue de la cordialidad. Un médico cordial da a entender al paciente que celebra haber hablado con él o ella, sin necesariamente reconocer las emociones del otro. Si la cordialidad es un hábito, *la empatía nunca debiera ser automática*. El paciente sabe reconocer cuando un entrevistador adopta el latiguillo de “veo cómo se siente” y, por supuesto, lo desvaloriza, porque la empatía verdadera nace de una reflexión y un esfuerzo: *el esfuerzo de reconocer al otro como portador de emociones*. No olvidemos que las emociones del paciente pueden ser de alegría o pena, felicidad o

sufrimiento, por lo que la empatía puede tener ambas polaridades. *La congratulación es también empatía*.

Esta definición encierra varios niveles de complejidad. En primer lugar, ¿es posible comprender los sentimientos del otro? Imaginemos a un obstetra que atiende a una mujer que acaba de tener a su primer hijo y llora desconsoladamente. El médico piensa: “llora emocionada por ser madre”, pero la mujer piensa: “este hijo es el fin de mi carrera como modelo profesional”. ¿Podemos afirmar que el obstetra ha sido empático?

En segundo lugar, ¿podemos ser empáticos con sentimientos que no entiende el propio paciente? En el caso anterior pongamos que la madre primeriza llora desconsoladamente sin encontrar explicación a su llanto. El médico que la atiende sí sabe por experiencia que su llanto obedece a un estado biológico que ha venido a denominarse *blue days* y actúa de manera compasiva y amable explicándole a la paciente el origen de su reacción. En este caso, ¿el obstetra ha sido empático o visionario?

En tercer lugar, ¿basta la empatía o a veces debemos sentirnos contagiados por la emoción del paciente? Pensemos en un médico de urgencias que atiende a una paciente que acaba de perder a sus seres queridos en un accidente de tráfico. Su actitud es cordial y hasta cierto punto empática, pero el paciente aprecia más su seriedad y su distancia. Las frases amables se le antojan falsas, “de manual”. Cuando por fin una enfermera la abraza, la paciente puede llorar — ¡como también la enfermera! — con cierto alivio. Entonces, ¿es que la simpatía puede a veces ser imprescindible para una relación asistencial? Responder a estas cuestiones nos conduce a entender la empatía como proceso y como actitud.

La empatía como proceso

La empatía radica en un esfuerzo por hacer nuestra la realidad de alguien que hasta el momento no considerábamos ni familiar ni

Correo electrónico: fborrell.cp.ics@gencat.cat

Tabla 1

Cronología básica en el desarrollo del concepto de empatía en el siglo xx

- Distinción entre “lo que yo siento” y “lo que tú sientes” (Lipps, 1997)
- Contagio emocional-comprensión empática (Scheller, 1913)
- Límites a la comprensión de lo que le ocurre o siente “el otro” (Stein, 1917)
- Entender lo que tú sientes “como si” me pasara a mí, pero este “como si” muy presente (Rogers, 1960)
- Distancia “terapéutica” (Salzberg-Wittenberg, 1970)
- Superación del egocentrismo infantil (Piaget, 1932)
- *Role taking*: adelantarse a la conducta del otro comprendiendo sus intenciones (Mead, 1934)
- Empatía = neutral; compasión = empatía bienintencionada (Kohut, 1980)
- Empatía como comprensión de la situación, puede coger distintas valencias: ternura, compasión, simpatía, etc. (Batson, 1991)
- La empatía se entiende como una capacidad cognitiva que sólo se alcanza cuando tenemos una teoría del otro:
 - El “Otro generalizado” (Mead, 1998, interaccionismo simbólico)
 - Competencia social (Wallbott) e inteligencia emocional (Goleman, 1998)

Tabla 2

Nuevos conceptos en torno a la empatía

Favorecedores y precursores de la empatía
Equivalentes empáticos
Asimetrías de sonrisa
Conclusión empática
Antagonismo confrontativo
Antagonismo dispático
Empatía exculpatoria
Empatía catártica
Empatía de cambio en la tonalidad emocional de la entrevista
Contraindicaciones e iatrogenia de la empatía
Empatías disonantes

amigo. La empatía sería algo así como una simpatía profesional, una simpatía que nos dispensa de traspasar el sufrimiento del paciente a nuestra vida privada, pero también un deber que nos obliga a desembarazarnos de prejuicios y ofrece al paciente lo mejor de nuestro arte, aunque este paciente sea un delincuente que nos trae la policía. El hecho de que muchas veces nos confundamos en la interpretación de una emoción del paciente o de su realidad personal no obsta para que hayamos sido empáticos. El asiente final del concepto de empatía es, por consiguiente, un juicio relativo al *esfuerzo* por entender la posición del paciente *durante una relación asistencial*, no sobre un encuentro o un instante preciso, ni sobre la exactitud en la interpretación de un momento emocional del paciente.

Observe el lector que no vale confundir empatía con las palabras amables con las que solemos recibir a los pacientes ni las frases de apoyo mecánicamente recitadas (“no se preocupe, ya verá cómo en unos días se siente mejor”). Todo ello puede considerarse en el mejor de los casos *cordialidad*, pero no empatía. La empatía empieza cuando escuchamos a alguien, sin presuponer nada y con ánimo de ayudarlo. Este esfuerzo se efectúa no sólo emocionalmente, sino, muy importante, también *semiológicamente*. Porque la empatía se ha reducido hasta la fecha a la comprensión del sufrimiento psicológico, cuando en realidad es mucho más. Un médico interesado por lo que le ocurre a un paciente en el plano biológico es igualmente empático. Por desgracia, hay médicos que son empáticos con el sufrimiento derivado de enfermedades somáticas, pero rechazan el sufrimiento psicológico e incluso el derivado de enfermedades que no son “de su campo”; pero cuidado, ello no obsta para que debamos reconocerlos “focalmente empáticos”. De la misma manera, cabría evaluar al psicólogo que sólo empatiza con el sufrimiento estrictamente mental y rechaza el que deriva del plano corporal.

El paciente desearía verse reconocido como persona y no estrictamente como cuerpo, pero sabe entender algunas

Tabla 3

Aspectos del paciente que actúan como repelentes de comunicación y que el profesional de la salud debe conocer y compensar

Apariencia muy distinta a la nuestra
El paciente huele mal o viste de manera descuidada o sucia.
Se expresa con mucha dificultad o mucha lentitud.
No entiende lo que le decimos.
Se expresa de manera exagerada.
Añade motivos de consulta a medida que avanza la entrevista.
Duda de la información que le proporcionamos.
No se muestra satisfecho con ninguna de las propuestas que le ofrecemos.
No se muestra agradecido a pesar del enorme esfuerzo que hemos realizado.
Nos amenaza o nos culpa de algo.

limitaciones: *a*) la primera es que el médico está por lo general completamente centrado en hacer bien su trabajo, y la tensión por llegar a un buen diagnóstico puede eclipsar aspectos de cordialidad o de empatía, y *b*) el médico puede entender que su ayuda se circunscribe a los límites de su especialidad y, por consiguiente, se cree legitimado para ignorar emociones que surgen durante la entrevista y que si los atendiera, lo desviarían de su complicada tarea semiológica. Por todo esto, médicos y pacientes se conforman con momentos privilegiados en la entrevista clínica (el saludo y los momentos previos a despedirse), donde se produce un reconocimiento del otro como persona.

¿Cuáles son los factores que favorecen y propician la empatía? La posición interna del entrevistador resulta crucial: se requiere un punto de paciencia y coraje. Paciencia porque ante una persona que nos irrita (ya sea por su lentitud, su mala expresión oral, su estilo hiperdemandante o culposo o simplemente su olor corporal), es muy difícil que podamos empatizar. Todo profesional de la salud maduro en algún sentido es un profesional que conoce sus zonas irritables y las trabaja para insensibilizarlas (tabla 3). Pero además se precisa un punto de coraje. La empatía puede dar lugar a reacciones emocionales imprevisibles y algunos entrevistadores puede que la eviten sencillamente por miedo a perder el control. En consecuencia, se asume menos riesgo al ser *cordial en el trato, pero no empático*. Para ser empático el profesional tiene que estar motivado para compartir emociones con su paciente, una motivación que sólo tendrá si en su período formativo se le explica que forma parte de su tarea profesional y se le enseña a gestionarlas. ¿Nos ayuda en este sentido la experiencia clínica, el “buen envejecer” del profesional? No parece que sea así. En la medida que envejecemos somos menos empáticos²⁵. La empatía parece tener un componente caracterial y suele manifestarse cuando gozamos de buena salud o de una determinada fortaleza corporal y psicológica²⁶. Por fortuna, también puede aprenderse, pero un médico enfermo o que acaba de tener una desgracia suele pensar ante determinadas demandas: “¿y este paciente se queja por esta nimiedad?, lo que a mí me ocurre es mucho peor”.

Actitud empática

Llegamos por consiguiente a una conclusión relevante: la actitud empática es el motor de la conducta empática. La quinta esencia de la empatía radica en tener una predisposición abierta a la queja y a la demanda que efectúa el paciente, sea quien sea el paciente y sea cual sea la demanda, y tratar de entenderla desde el paciente, no sólo desde mi propia experiencia (aun a sabiendas de que eso va a ser muchas veces una mala aproximación a la realidad de este paciente). Entender esta limitación intelectual forma parte indisoluble de la empatía, porque nos obliga a estar permanentemente abiertos al paciente, entenderlo como una realidad que nunca acabamos de comprender. Consideremos el caso de un paciente que nos aporta quejas incomprensibles. La actitud empática nos llevará a analizarlas para encontrar en ellas un

patrón de gravedad y evitar rechazarlas como meramente psicológicas o propias de una paciente hiperdemandante o "histérica". ¿Cuántos errores clínicos se producen porque nos entregamos al prejuicio de "paciente aprensivo o hipocondríaco" y ni siquiera prestamos una escucha atenta a las quejas que nos repite una y otra vez el paciente!

La empatía *no es por consiguiente un sentimiento, sino una actitud de la que se derivan diversos sentimientos*. Esta confusión se observa en muchos textos que hacen a la empatía sinónimo de compasión. Por supuesto, la compasión es la más frecuente en el acto de compartir el sufrimiento de otro, pero también experimentamos a veces alegría, perplejidad, desazón y otros muchos sentimientos.

La empatía como actitud —como predisposición— debe programarse para que surja en cada uno de los actos asistenciales que realiza el profesional. La gran tentación de un médico con importante carga asistencial es la de *banalizar las quejas y las demandas del paciente*²⁷. Banaliza el que en los primeros instantes del encuentro clínico piensa "este paciente no tiene nada importante, puedo bajar mi grado de atención y pasar a un modo semiautomático". Este pensamiento podemos entenderlo una vez que hemos completado las tareas semiológicas, *pero nunca antes*. Por esto, será un entrevistador proclive a la banalización aquel que atiende a la manera de hablar del paciente, a su apariencia o a su manera de presentar las demandas como indicadores fiables de que "no tiene nada".

La mejor semiología es aquella que aplicamos de manera habitual y no la que aplicamos a los casos especiales o interesantes. No podemos conceder demasiado mérito al profesor que rodeado por sus alumnos visita de manera esmerada a pacientes previamente seleccionados. En cambio, ¿cuánto mérito debemos darle al médico que visita de la misma manera a altas horas de la madrugada en un mal dotado centro de urgencias de un barrio periférico! Ello sólo es posible cuando este médico ha hecho de la actitud empática un compromiso profesional y vital, lo que Julián Marías llamaba una *instalación vital*²⁸. La atención que presta a todos y a cada uno de sus pacientes va a ser un marcador de primer orden de esta actitud. Repitamos que ante una desviación psicologista de la empatía, entendida sólo en su fase de acompañamiento en el sufrir, *debemos reivindicarla como motor de la mejor semiología. Como apunta Tizón, la empatía es otro fonendo*.

Sería un error juzgar a la empatía por sus resultados. Puede que el obstetra no atine a comprender el origen del llanto de una madre primeriza, pero *lo que cuenta es el esfuerzo para comprender*. El mérito está en que se permite reproducir el malestar de la paciente en su escenario emocional interno y se pregunta ¿cuáles pueden ser las causas de este llanto? y ¿cómo la puedo ayudar? Las respuestas pueden ser las siguientes: a) averiguar más sobre ello; b) respetar el llanto y observar su evolución, y c) dar un consejo, entre otras. La decisión será diferente en cada contexto y en función de su formación y su experiencia, pero el motor de su conducta y de su progresiva maduración como clínico será la actitud empática. Porque la empatía favorece la creatividad. Ser visionarios es parte de los beneficios de la empatía. Muchos descubrimientos en la clínica práctica se producen a causa del esfuerzo por entender la enfermedad desde la perspectiva del paciente.

Empatía en la clínica práctica

Vamos a sistematizar algo más los conceptos anteriores:

Favorecedores y precursores de la empatía. Un ambiente cordial ("bienvenido sea usted") favorece manifestaciones empáticas, pero la empatía moviliza contenidos profundos en ambos interlocutores. Hay personas muy cordiales sin apenas empatía (pues la empatía es "incómoda" y exige coraje), en tanto que hay personas

frías que pueden ser cordiales cuando perciben en el otro un problema importante ("este doctor es antipático, pero está dispuesto a ayudar cuando lo necesitas", suelen decir en tales casos los pacientes).

El profesional que se muestra atento e interesado en la narración del paciente suele ser también un profesional empático. *Prestar interés es el primer acto del compartir*. De la misma manera, una reactividad verbal baja, evitar interrumpir al paciente y facilitar su narrativa ("lo escucho, siga") preparan el terreno a la empatía.

Marcadores de empatía. La comunicación humana funciona por unidades de significación, de aquí la importancia del concepto de marcador. Un marcador empático puede ser brevísimo en el tiempo, pero siempre da a entender que nos hemos percatado de la emoción del paciente y que compartimos esta emoción. La empatía puede manifestarse mediante marcadores gestuales (una expresión facial de pena, tocar el brazo del paciente en señal de apoyo emocional, etc.) o marcadores verbales ("veo lo mal que lo está pasando", "comprendo cómo te sientes", etc.). La forma y el momento escogidos para proferir estos mensajes darán el valor funcional de estos marcadores (ver más adelante).

Equivalentes empáticos. Existen algunas frases que tienen valor empático, aunque su estructura no se adapta estrictamente a la antedicha. Las 5 más importantes son:

- Confirmación de respeto. Por ejemplo: "tómese su tiempo".
- Apoyo. Por ejemplo: —a nivel no verbal— ofrecer un pañuelo cuando el paciente arranca a llorar.
- Confirmación de valía. Por ejemplo: "usted es capaz de esto y mucho más".
- Juicio de legitimación. Por ejemplo: "tiene derecho a sentirse así", "es lógico", etc.
- Juicio de normalización. Por ejemplo: "la mayor parte de las personas se sienten así".

Estas frases, aunque conllevan un juicio (y por esto no son estrictamente empáticas), tienen a menudo una función equivalente.

Dinámica de la interacción empática

Como decíamos más arriba, los precursores y los favorecedores de la empatía dan a la entrevista un clima que propicia peticiones de empatía por parte del paciente. Una ausencia de precursores da a entender al paciente que está frente a un profesional frío y cortante. Algunos médicos hacen un esfuerzo deliberado para que los pacientes sepan que "aquí se viene para resolver problemas concretos de la especialidad y nada más que eso", lo demás, sobre todo lo psicológico, debe consultarse al especialista que corresponda. Huelga decir que por más especializada que pueda ser nuestra práctica clínica, incluso cuando nuestra tarea es realizar una prueba médica concreta, la hacemos sobre personas, y la realidad de la persona es biológica y psicosocial²⁹⁻³¹. Olvidarnos de la empatía, es olvidarnos de la persona.

Los entrevistadores cordiales, atentos y que favorecen la narrativa del paciente suelen encontrarse con 3 tipos de "peticiones de empatía"^{32,33}:

- Frases emocionales: "esta intervención me da mucho miedo", "estoy cansada de luchar", "vaya agobio", etc. Incluimos aquí gestos o expresiones faciales de similar valor, por ejemplo, cuando el paciente nos sonrío para indicarnos: "¿entiende usted todo lo que estoy pasando?".
- Frases de progreso: "no veo que avance", "me gustaría tomar una medicina que viera ya resultados", "hace una semana me encontraba animado, pero ahora ya no sé qué pensar", etc.

- Frases de reto: “¿cree usted que eso tiene solución?”, “otros con lo mismo que yo los veo mejor de lo que estoy”, “¿de veras no se puede hacer nada más?”, etc.

En la entrevista el paciente suele lanzar varias peticiones de empatía, muchas veces a nivel no verbal. Por ejemplo, el paciente nos dice comentando una propuesta de intervención quirúrgica que encierra cierto riesgo de que no funcione bien:

Ejemplo 1a. Paciente: “usted comprenderá que yo no podía aceptarlo... (sonrisa de petición de connivencia)”.

Profesional: (mientras también sonrío) “claro”.

En este caso el profesional con su sonrisa le dice al paciente: “me doy cuenta de lo que este tema representa para usted” y, por consiguiente, hemos de hablar de una sonrisa empática. El profesional ha efectuado un *reconocimiento* de la emoción del paciente. En segundo lugar, con el “claro” efectúa un juicio que legitima la decisión del paciente.

Ahora imaginemos que el profesional discrepa del paciente y cree que sí debiera operarse. Muchos profesionales creen erróneamente que en este punto no deben ser empáticos, y sin devolver la sonrisa dirían por ejemplo: “creo que se equivoca, si no se opera la situación poco a poco se complicará”. Hablaremos en tal caso de un antagonismo. Por supuesto, es posible reconocer la emoción del paciente, en este caso su preocupación, y a la vez antagonizar su decisión de no operarse:

Ejemplo 1b. Profesional: primero devuelve la sonrisa, pero añade: “me gustaría que reconsiderara esta decisión”.

Las *asimetrías de sonrisa* tienen mucho valor en la entrevista clínica, y el paciente suele “apuntarse” estas asimetrías. Si el paciente efectúa varios intentos durante la entrevista en un asunto que considera importante (por ejemplo, su temor a morir durante una quimioterapia) y no obtiene respuesta (asimetría de sonrisa), conceptuará a este profesional como “frío” o “antipático”. Observe el lector que más que la presencia de un marcador empático, lo que aquí valora el paciente es la ausencia de respuestas a sus peticiones de empatía.

Algunos pacientes solicitan de manera repetida y para cualquier tipo de demanda marcadores de empatía. El profesional suele ignorar estas peticiones y avanza en sus tareas semiológicas, por ejemplo preguntando sobre los síntomas. Existe acuerdo en que ello es correcto, siempre que al final el profesional trate de devolver alguna de estas peticiones de empatía, algo así como: “antes no le respondía a sus peticiones de empatía porque estaba centrado en una tarea que requería toda mi atención, pero me percaté de su ansiedad”. Sería algo así como una *conclusión empática*. Lo que importa es que al final de la entrevista el paciente perciba que sí ha existido comprensión emocional y reconocimiento de su dignidad. En la *figura 1* se muestra el esquema básico de la dinámica de la empatía.

Antagonismo de confrontación y antagonismo dispático. Muchas veces el profesional de la salud percibe que el paciente se hace daño a sí mismo y que debe introducir un revulsivo que le haga reaccionar. Se entiende por antagonismo aquella conducta verbal o no verbal que opone, crítica, culpabiliza o impugna la conducta o las emociones del paciente²⁷. Este tipo de intervenciones suelen tener un gran valor cuando se introducen en la entrevista de manera confrontativa. La llamada “entrevista motivacional” tiene entre sus recursos la confrontación³⁴. He aquí un ejemplo de antagonismo confrontativo. El psiquiatra se percató de que el paciente ha superado un episodio depresivo e intenta movilizar los recursos del paciente:

Ejemplo 2a. Paciente: “no me veo para trabajar”.

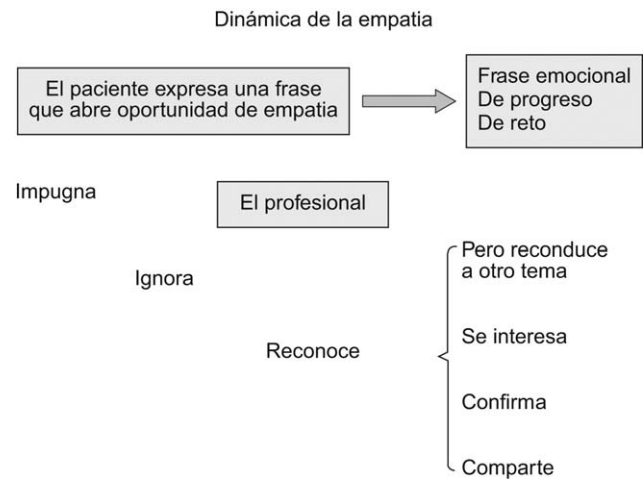


Figura 1. Dinámica de la empatía.

Profesional: “¡claro que no te ves para trabajar! Ni ahora ni nunca te verás para trabajar, porque en el fondo te das tanta pena de ti mismo que no eres capaz de mirar todo el futuro que tienes por delante”.

En este caso una respuesta empática, “entiendo cómo te sientes”, tendría más bien efectos confirmatorios para el paciente de que su conducta actual es la mejor para su salud. En cambio, un antagonismo confrontativo puede movilizar unos recursos que el psiquiatra *sabe con fundamento que ya existen*. Sin embargo, obsérvese que una confrontación asume casi siempre cierto riesgo. Si el paciente no está preparado para responder a este reto, puede que se hunda más. ¡Las capacidades de comunicación no están exentas de iatrogenia!

El siguiente antagonismo lo consideraríamos dispático. Regresamos a la escena anterior, pero en este caso el psiquiatra dice:

Ejemplo 2b. Profesional: “¿no te ves para trabajar?, ¡anda!, ni yo tampoco, nos quedamos todos en casa y que el país funcione sólo”.

Esta ironía está completamente fuera de lugar. Además, al involucrarse como sujeto de comparación (“yo tampoco”) favorece una reacción de distanciamiento (“yo no soy usted, doctor”). El paciente no sólo se ve criticado en su conducta, sino *impugnado en su dignidad de persona*.

Funciones de la empatía

Diversas situaciones clínicas confieren a la interacción empática una función que suele ser de acomodación, apoyo, conexión y, menos frecuentemente, catártica, de cambio y exculpatoria (*tabla 4*).

Acomodación, apoyo y conexión: la mayor parte de respuestas empáticas suelen entenderse por parte del paciente como señales de apoyo, como en el *ejemplo 1a*, donde analizábamos el caso de un paciente que rechazaba una intervención quirúrgica. Sin embargo, en el *ejemplo 1b* el entrevistador deja bien claro que discrepa de la decisión tomada por el paciente, sin por esto dejar de ser empático. Equivale a decirle “aunque no comparto su conducta o decisión, podemos continuar tratándonos como amigos”, lo que propicia que se mantenga la conexión afectiva, y por esto la llamamos empatía de conexión.

En el siguiente ejemplo podemos observar otra importante función de la empatía, en este caso la función acomodadora. El profesional tratará de que el paciente acepte su sufrimiento:

Tabla 4
Algunas funciones de la empatía

Acomodación: la empatía se dirige a que el paciente acepte su situación o sus emociones
Apoyo: la empatía se dirige a que el paciente perciba que estamos de su lado y procuramos su mejor bien
Conexión: la empatía se dirige a que el paciente no deje de confiar en nosotros y continúe percibiéndonos como agentes de salud que procuran su mejor bien
Catártica: la empatía se dirige a subrayar una conducta o una emoción para que el paciente se sienta capaz de expresarla en toda su intensidad
De cambio: el paciente no se espera nuestra conducta empática y al recibirla se produce un cambio notable en la relación
Exculpatoria: al manifestar nuestra empatía demostramos que no sentimos ningún tipo de vergüenza por las inculpaciones que el paciente o el familiar nos han hecho

Ejemplo 3. Paciente: “desde que falleció mi esposa voy todos los días al cementerio, pero mis hijos me dicen que eso me hace daño, que debiera darme usted unas pastillas para que no sufra tanto”.

Profesional: —apoya, empatiza y muestra respeto— “por lo que voy conociéndolo, usted estaba muy unido a su esposa y el sufrimiento que tiene lo ennoblece como persona”; —invita a aceptar el sufrimiento y lo normaliza— “debe permitirselo, es algo normal en su situación”; —legitima a los hijos— “eso no quiere decir que también deba distraerse, quizás es eso lo que los preocupa más a sus hijos, que usted sea capaz de distraerse, además de visitar el cementerio”.

Empatía catártica: la empatía de acomodación está muy próxima a la empatía catártica, que suele efectuarse mediante el binomio “señalamiento-empatía”. Se entiende por señalamiento *aquel mensaje del entrevistador que tiene por objetivo poner de manifiesto al paciente una conducta o una emoción suya*. Los señalamientos suelen tener efectos cataclísmicos sobre la relación asistencial. Por ejemplo:

Ejemplo 4. Profesional: (señalamiento) “últimamente te veo más triste”.

Paciente: —arranca a llorar— “lo estoy pasando muy mal”.

Profesional: (empatía) “me doy cuenta” —amplifica la emoción— “llorar te hará bien, no te preocupes”. Apoyo: le ofrece un pañuelo.

Evitaremos este tipo de empatía si consideramos que no tenemos tiempo o suficientes capacidades para realizar una posterior acomodación del paciente.

Empatía de cambio: tiene un enorme interés práctico. Consiste en obligarnos a emitir frases o gestos empáticos con la finalidad de cambiar el tono emocional de la relación. Por lo general, este cambio sucede en 2 direcciones: por un lado, la empatía reconoce la dignidad del paciente y la legítima en sus demandas y, por otro lado, nos hace sentir a nosotros mismos —en tanto que profesionales— más involucrados en la relación asistencial.

Ejemplo 5. La Dra. Y, médico de familia, atiende a una paciente hiperfrecuentadora que suele irritarla por sus demandas exigentes y poco realistas. Su estrategia habitual es “pasar de puntillas” por los numerosos temas que aporta en cada consulta la paciente y mostrarse fría con ella “para que vea que no me gusta su estilo exigente”. Sin embargo, en esta ocasión un experto le ha aconsejado a la Dra. Y que pruebe ser empática y llegue a “querer” aunque sea un poco a esta paciente, porque bastantes de estos pacientes esconden debajo de sus exigencias poco realistas la petición de recibir algo de cariño. La Dra. Y no se lo acaba de creer, pero esta vez responde simétricamente a las sonrisas de la paciente e incluso lanza varios marcadores de empatía y equivalentes empáticos de legitimación y normalización. Para su sorpresa, luego de varias

entrevistas la relación asistencial mejora y la paciente disminuye su frecuentación, a la par que la doctora acepta a su paciente tal como es.

Otro ejemplo de empatía de cambio: en esta ocasión acude una paciente anciana muy airada porque no se le ha concedido una ayuda del plan de dependencia:

Ejemplo 6. Paciente: “¡no hay derecho en cómo ustedes nos tratan, nos tratan como perros!”.

Profesional: —en tono risueño— “Doña V. hay que ver lo guapa que viene usted hoy. ¿Este broche lo hizo usted?”.

Paciente: —bruscamente cambiando el tono emocional— “pues claro hija, ¿te piensas que ya no sé bordar?”.

Junto al equivalente empático el profesional traslada el campo de atención del paciente al broche, algo importante para la paciente. El tono emocional de la entrevista experimenta un giro copernicano. Este giro puede en ocasiones ocurrir en sentido inverso. En el siguiente ejemplo, tras una entrevista satisfactoria el paciente se muestra repentinamente irritado:

Ejemplo 7. Paciente: “por cierto doctor ahora recuerdo que me llamaron del hospital y no hay derecho cómo me trataron”.

Si el médico se muestra empático y facilita la expansión de esta emoción, el equilibrio global de esta entrevista que iba a concluir satisfactoriamente cambiará radicalmente y en sentido negativo. Por esto, el profesional opta por interrumpir al paciente y concluir de esta guisa:

Profesional: “me doy cuenta, algo me llegó de ese asunto, pero como es importante que lo hablemos con detalle, si le parece lo dejamos para la visita que tenemos el próximo mes. Hoy me gustaría que se quedara con el buen sabor de boca de haber avanzado en el problema de su menisco”.

Empatía exculpatoria: es un tipo de empatía que usamos con pacientes que nos hacen una atribución de error clínico. Se trata de una frase empática que tiene por efecto afirmar la conducta bienintencionada del profesional. Es una empatía completamente sorpresiva para el paciente o el familiar que acusan al clínico de un error.

Ejemplo 8. Un paciente entra abruptamente en la consulta de un pediatra y de manera airada lanza sobre la mesa un informe de alta hospitalaria: “Mire usted su famoso resfriado de mi hija. En realidad era una pulmonía. Menos mal que la llevamos a urgencias”.

El pediatra acota la conducta agresiva (“síntese usted, haga el favor”), tras lo cual lee el informe y se toma su tiempo antes de proseguir. Consulta su historial y en un ambiente más sosegado explica al padre de la niña que en ocasiones un resfriado puede convertirse en pulmonía. En un momento determinado de la entrevista encadena 2 técnicas muy potentes para culminar la interacción con éxito: reconducción por objetivos y empatía exculpatoria:

—¿Cómo se encuentra ahora la niña?

—Bien, ahora está bien.

—Me alegro. Ahora lo que hemos de tratar es que haga bien el tratamiento y la evolución sea la mejor posible —reconducción por objetivos—.

—Claro.

—Le da muchos recuerdos y mis deseos de que se restablezca pronto —empatía exculpatoria—.

En un diálogo en el que el paciente realiza una atribución de culpa, lo que menos se espera es una respuesta empática. La atribución de culpa conlleva un guión en el que la parte culpada —

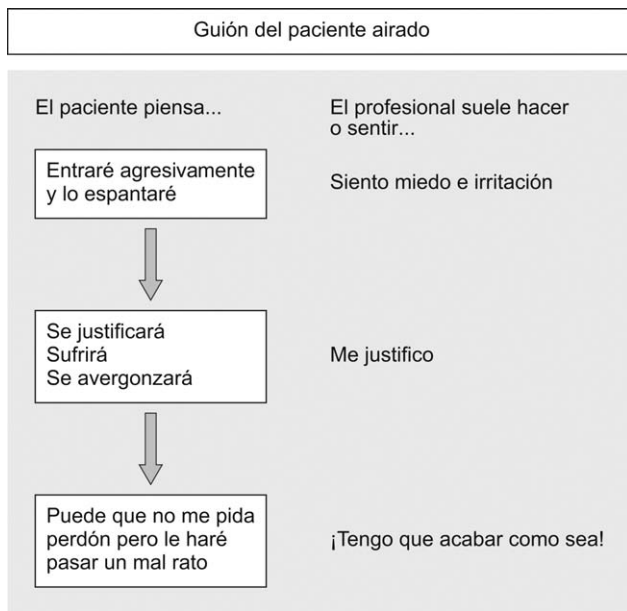


Figura 2. Guión del paciente airado.

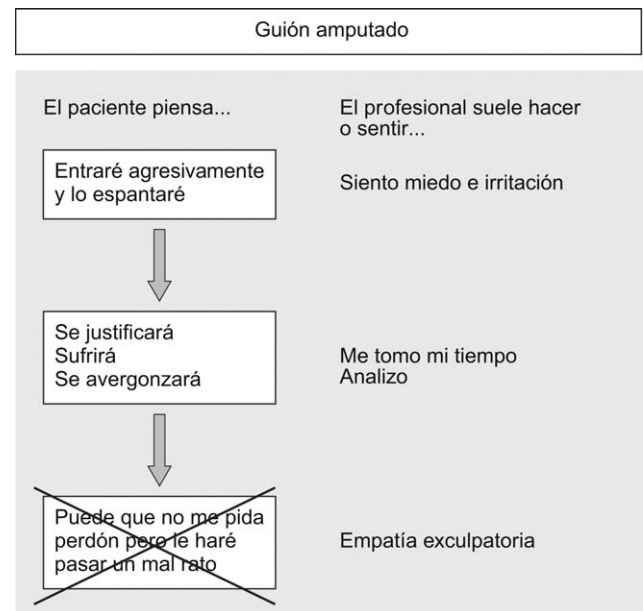


Figura 3. Guión amputado.

el médico— se justificará y pedirá (o debería pedir) perdón desde una posición avergonzada. Una persona avergonzada no puede ser en ningún caso empática (fig. 2). Al efectuar una empatía, el médico rechaza de plano este guión y afirma no sentirse avergonzado. Por consiguiente, al mostrarse empático equivale a decir: “observe que me siento íntimamente tan seguro de mi buen hacer que no experimento vergüenza por mis actos ni debo pedir perdón por algo que no hice mal, y desde esta fortaleza de ánimo puedo desearle lo mejor a la niña” (fig. 3).

Gestión emocional y empatía

El lector puede columbrar que todas estas funciones y capacidades confieren a la comunicación asistencial rango de disciplina académica. La comunicación es algo más que “ser bien educado” con el paciente. Un residente que acaba cualquiera de las especialidades clínicas sin un bagaje mínimo de comunicación probablemente desempeñará sus tareas en *un estilo que llamamos natural*³⁵. En lo que respecta a la gestión emocional, el estilo natural lleva al profesional a ser simpático con el paciente simpático y antipático con el paciente antipático (*estilo emocional reactivo*). A la larga, este estilo reactivo lo llevará a discusiones, a malentendidos y a cierta creencia de que existen “buenos y malos” pacientes. Por supuesto, estos últimos no se merecen un esfuerzo de empatía. Todo ello, favorece la aparición del *burn out*.

Además del estilo natural, distinguimos un estilo emocional básico. En este estilo el médico aprende cuáles son las situaciones en que “se siente incómodo” y los pacientes que “le caen mal”, y aprende también a responder de manera empática (o al menos neutral) a estas situaciones y pacientes. Para lograrlo, el profesional debe admitir que a veces la interacción con un paciente concreto puede quedar en números rojos, al menos por el momento, para a la larga redundar en una mejor relación asistencial o en unos mejores resultados clínicos, como mostrábamos en el ejemplo 5. Otro ejemplo sería:

Ejemplo 9. Paciente: “¿y usted tan jovencita ya es doctora?”.

Respuesta reactiva: “oiga, pues, ¿qué se cree?”.

Respuesta proactiva: “me alegra que me vea usted joven. . . ¿En qué puedo ayudarla?”.

Hemos distinguido un estilo natural, otro “básico” (en el que el profesional se muestra proactivo) y nos falta el estilo avanzado³⁵. Mientras que el estilo básico marca la diferencia entre la conducta de un profesional y la conducta de cualquier persona sin preparación, en el estilo avanzado podemos observar “reflexión en la acción”^{36,37}. Un estilo avanzado permite una gestión más amplia de los sentimientos que aparecen en el encuentro, ya sea confrontándolos, amplificándolos, minimizándolos, etc. Las funciones catárticas, de cambio y exculpatorias de la empatía aparecen en entrevistas de profesionales en “modo avanzado”.

Contraindicaciones e iatrogenia de la empatía

No hay técnica de entrevista exenta de iatrogenia. En este sentido, lo peor que puede ocurrir con la empatía es que dificulte la maduración del paciente o nos excuse de criticarle una conducta antisocial. Otras veces el peligro estriba en la manera o el momento de ser empático, como en el ejemplo 7. Si permitimos que el paciente nos coja como cabeza de turco de una situación, devenimos “profesionales desagüe”²⁷. Pero la empatía no sólo estaría contraindicada cuando favorece el enrarecimiento del tono emocional de la entrevista (ejemplo 7), sino también cuando cortocircuita las tareas semiológicas, da a entender que aceptamos una conducta reprochable del paciente o un juicio que nos lanza de cariz culpabilizador, o incrementa en el paciente cierta percepción de debilidad, lo que puede dar lugar a una mayor sensibilidad al dolor³⁸. Sin agotar un tema tan importante, he aquí varias situaciones donde la empatía puede resultar no pertinente e incluso iatrogénica:

- El paciente agresivo y exigente. En esta tesitura una empatía mal administrada puede interpretarse por parte del paciente como falta de asertividad. En algunos casos hemos podido constatar una clara relación abusiva del paciente, sobre todo con profesionales del sexo femenino poco asertivas. La empatía debe acompañarse siempre de asertividad, máxime en pacientes de este perfil. Hemos de saber decir “no” y marcar límites.
- El paciente culpabilizador. Peligro de que la empatía se interprete como “darle la razón” al paciente. Ya hemos hablado de la empatía exculpatoria.
- El paciente manipulador. La empatía puede reforzar un patrón de quejas con finalidades de tipo social o familiar. Como resultado

más visible, el paciente suele exclamar a sus conocidos: “¿veis? Me ha dicho que estaba muy mal y que me tenéis que cuidar más”.

- El paciente que debe profundizar en su realidad personal. La empatía tiene por virtud satisfacer al profesional y al paciente, por lo que a veces cortocircuita el interés del clínico para profundizar en la realidad del paciente. “Si la relación va bien” piensa, “¿por qué meterme en un berenjenal?”. Como regla de oro, además de empatizar, deberíamos preguntarnos “¿debo profundizar más en este caso en lugar de empatizar?”.
- Cuando la empatía debilita defensas psíquicas o impide la maduración. En ocasiones, el paciente elabora ciertas defensas vulnerables a una empatía catártica. Pensemos en un paciente terminal o un paciente joven con graves lesiones en la cara. Abrir la caja de Pandora de su autoestima sólo debería hacerse en un contexto adecuado y por un profesional experimentado.
- Cuando la empatía aparece como un juicio aprobatorio de conductas antisociales. Los efectos, como en el caso anterior, pueden ser francamente iatrogénicos. Pensemos en un pederasta o un paciente deprimido por una sentencia por violencia doméstica. En estos casos la empatía debe acompañarse de juicios de valor que dejen clara nuestra posición.

También podemos considerar un uso incorrecto de la empatía, la que llamamos *empatía disonante*. Consiste en una formulación verbal o no verbal de frases empáticas que por una u otra razón no alcanzan su propósito o lo alcanzan de manera parcial. Destaquemos: a) la empatía “latiguillo” consiste en ir repitiendo “comprendo cómo se siente” o frases similares de manera muy frecuente; b) la empatía formulada desde la posición de un entrevistador con muy baja autoestima y asertividad, en este caso, el paciente la puede entender como una coartada de su baja preparación técnica, y c) la empatía formulada por un profesional con un lenguaje no verbal que tenga características irónicas puede interpretarse en clave de burla.

Barreras y límites a la empatía

Un médico que se siente maltratado difícilmente será empático. Las instituciones deben favorecer mediante agendas verosímiles, programación realista del trabajo, formación y clima institucional donde la empatía sea la norma y no la excepción en el Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, sabemos que un pequeño porcentaje de profesionales produce una gran variabilidad en los resultados³⁹. Traducido a nuestro caso: un pequeño porcentaje de profesionales muy dispáticos deteriorará la imagen institucional y, a la larga, la cultura grupal. Estos profesionales deberían abordarse de manera prioritaria por parte de las instituciones antes de actuar sobre el resto de los profesionales.

Sabemos también que la competencia demostrada en un examen no predice la *performance* de verdad ejecutada frente al paciente real⁴⁰. Traducido a nuestro caso: podemos tener profesionales perfectamente capacitados y entrenados en empatía y que no la pongan en práctica. Ello puede deberse a aspectos contingentes al profesional, de hábitos y estructurales. Contingentes: el profesional que acaba de salir de guardia, que está deprimido o que acaba de presentar un estrés sociofamiliar difícilmente será empático. Más preocupantes son las derivadas del carácter y la personalidad del profesional.

El tema del carácter y su relación con la empatía resulta inabarcable en la brevedad del presente artículo, pero mencionemos el “síndrome de Hurtado”, el protagonista del libro de Pío Baroja *El árbol de la Ciencia*. Hurtado es un estudiante empático con el sufrimiento ajeno, pero tan sensible a éste que levanta una coraza defensiva. Lo más llamativo de la narración es que no

encuentra en todo su desarrollo profesional de pregrado y posgrado a nadie que lo oriente en —o le sea ejemplo de— valores profesionales. Por supuesto que la casposa sociedad española de aquellos años albergaba facultades de Medicina igualmente enfermas. Muy diferente es la situación actual, aunque los valores profesionales y la comunicación han entrado —o tienen previsto hacerlo— en las facultades españolas por la puerta pequeña, *sin llegar en ningún caso a la categoría de asignatura*. También resulta llamativo que haya tenido que ser el Plan Bolonia el que esté obligando a nuestras facultades a abrir sus planes docentes a la docencia de valores tan fundamentales de nuestra profesión. La profesión de médico nunca será la de un bioingeniero⁴¹.

El equipo es otro referente importante para todo médico, para bien y para mal. Un equipo liderado por profesionales empáticos y respetuosos con el resto de los compañeros tiene un efecto cascada hacia los pacientes. Los prejuicios grupales hacia “pacientes pesados” también se difundirán como gotas de aceite, por no decir juicios de valor en torno a lo que es un paciente “con una enfermedad interesante” y otros “que no tienen nada y vienen a molestar”. Un liderazgo positivo y responsable de un equipo pasa por detectar y contrarrestar estos prejuicios.

Agradecimientos

El presente artículo se ha beneficiado de las aportaciones de los Dres. Marc-Antoni Broggi, José Ramón Loayssa, Ramón Pujol Farriols y Jorge Tizón García, a los que expresamos nuestro agradecimiento.

Bibliografía

1. Lipps T. Raumästhetik und geometrisch-optische Täuschungen. Leipzig: Barth; 1897.
2. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns*. 2009;74:339-46.
3. Eisenberg N, Morris AS. The origins and social significance of empathy-related responding. A review of empathy and moral development: implications for caring and justice by M.L. Hoffman. *Soc Justice Res*. 2001;14:95-120.
4. Preston SD, De Wall FBM. Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behav Brain Sci*. 2002;25:1-72.
5. Jolliffe D, Farrington DP. Development and validation of the Basic Empathy Scale. *J Adolesc*. 2006;29:589-611.
6. Leibetseder M, Laireiter AR, Koller T. Structural analysis of the E-scale. *Personality and Individual Differences*. 2007;42:547-61.
7. Muncer SJ, Ling J. Psychometric analysis of the empathy quotient (EQ) scale. *Personality and Individual Differences*. 2006;40:1111-9.
8. Findlay LC, Girardi A, Coplan RJ. Links between empathy, social behavior, and social understanding in early childhood. *Early Child Res Q*. 2006;21:347-59.
9. Verhofstadt LL, Buysse A, Ickes W, Davis M, Devoldre I. Support provision in marriage: The role of emotional similarity and empathic accuracy. *Emotion*. 2008;8:792-802.
10. Knafo A, Zahn-Waxler C, Van Hulle C, Robinson JL, Rhee SH. The developmental origins of a disposition toward empathy: Genetic and environmental contributions. *Emotion*. 2008;8:737-52.
11. Hoffman ML. Empathy and moral development: Implications for caring and justice. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
12. Hoffman ML. How automatic and representational is empathy, and why. *Behav Brain Sci*. 2002;25:38-9.
13. Batson CD. Similarity and nurturance: Two possible sources of empathy for strangers. *Basic Appl Soc Psych*. 2005;27:15-25.
14. Decety J, Michalska KJ, Akitsukia Y. Who caused the pain? An fMRI investigation of empathy and intentionality in children. *Neuropsychologia*. 2008;46:2607-14.
15. Gallese V, Fadiga L, Fogassi L, Rizzolatti G. Action recognition in the premotor cortex. *Brain*. 1996;119:509-93.
16. Iacoboni M, Woods RP, Brass M, Bekkering H, Mazziotta JC, Rizzolatti G. Cortical mechanisms of human imitation. *Science*. 1999;286:2526-8.
17. Lamm C, Nusbaum HC, Meltzoff AN, Decety J. What are you feeling? Using functional magnetic resonance imaging to assess the modulation of sensory and affective responses during empathy for pain. *PLoS ONE*. 2007;12:e1292.
18. Cheng Y, Yang CY, Lin CP, Lee PR, Decety J. The perception of pain in others suppresses somatosensory oscillations: A magnetoencephalography study. *Neuroimage*. 2008;40:1833-40.
19. Chakrabarti B, Bullmore E, Baron-Cohen S. Empathizing with basic emotions: Common and discrete neural substrates. *Social Neuroscience*. 2006;1:364-84.

20. De Vignemont F, Singer T. The empathic brain: How, when and why? *Trends Cogn Sci*. 2006;10:435-41.
21. Ogino Y, Nemoto H, Inui K, Saito S, Kakigi R, Goto F. Inner experience of pain: Imagination of pain while viewing images showing painful events forms subjective pain representation in human brain. *Cereb Cortex*. 2007;17:1139-46.
22. Eisenberg N, Fabes RA. Empathy: Conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior. *Motiv Emot*. 1990;14:131-49.
23. Wispe L. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *J Pers Soc Psychol*. 1986;50:314-21.
24. Lipkin M, Putnam SM, Lazare A. *The medical interview*. Nueva York: Springer-Verlag; 1995.
25. Grün D, Rebuca K, Diehl M, Lumley M. Empathy across the adult lifespan: Longitudinal and experience-sampling findings. *Emotion*. 2008;8:753-65.
26. Knafo A, Zahjn-Waxler C, Van Hulle C, Robinson JL. The developmental origins of a dispositional toward empathy: Genetic and environmental contributions. *Emotion*. 2008;8:737-52.
27. Borrell F. *Entrevista clínica*. Barna: SEMFYC; 2004.
28. Marías J. *Antropología filosófica*. En: Julián Marías. *Obras Completas X*. Madrid: Revista de Occidente; 1982.
29. Engel G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
30. Tizón J. *Componentes psicológicos de la práctica clínica*. Barcelona: Doyma; 1989.
31. Epstein RM, Morse DS, Williams GC, LeRoux P, Litte PD, Suchmann AL. Clinical practice and the biopsychosocial model. En: Quill TE, Frankel RM, McDaniel SH, editors. *The Biopsychosocial Model*. Nueva York: University of Rochester; 2002.
32. Suchmann AL, Markakis K, Beckmann HB, Frankl R. A model of empathic communication in medical interview. *JAMA*. 1997;277:678-82.
33. Bylund CL, Makoul G. Examining empathy in medical encounters: An observational study using the empathic communication coding system. *Health Commun*. 2005;18:123-40.
34. Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*, 2nd ed. Nueva York: Guildford Press; 2002.
35. Borrell F. *Competencia emocional del médico*. FMC. 2007;14:133-41.
36. Epstein RM. *Mindful practice*. *JAMA*. 1999;282:833-9.
37. Schon DA. *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
38. Lang EV, Berbaum KS, Pauker SG, Faintuch S, Salazar GM, Lutgendorf S, et al. Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: When being nice does not suffice. *J Vasc Interv Radiol*. 2008;19:897-905.
39. McLeod PJ, Tamblyn RM, Gayton D, Grad R, Snell L, Berkson L, et al. Use of standardized patients to assess between-physician variations in resource utilization. *JAMA*. 1997;278:1164-8.
40. Rethans JJ, Sturmans F, Drop R, Van der Vleuten C, Hobus P. Does competence of general practitioners predict their performance? Comparison between examination setting and actual practices. *BMJ*. 1991;303:1377-80.
41. Tizón JL. ¿Bioingeniería o Medicina? El futuro de la formación integral del médico [consultado 1/6/2009]. *Jano*. 2008;1678:52-4. Disponible en: http://www.jano.es/jano/humanidades/medicas/jorge/tizon/cuanto/bioingenieria/cuanto/relacion/asistencial/_f-303+iditem-2953+idtabla-4