



CARTA CIENTÍFICA

Empatía en el contexto de la relación médico-paciente

Empathy in the context of the physician-patient relationship

Luis Vivanco ^{a,b,*}^a Fundación Rioja Salud (FRS), Logroño, La Rioja, España^b Universidad Internacional de La Rioja (UNIR), Logroño, La Rioja, España

Recibido el 31 de mayo de 2024; aceptado el 4 de junio de 2024

Disponible en Internet el 15 julio 2024

Aunque hay consenso sobre la importancia de la empatía en la relación médico-paciente, no lo hay tanto en cuanto a definirla y menos en cuanto a cómo incorporarla en la práctica clínica y en la educación médica.

Cognición y emoción, empatía y simpatía

Un punto de controversia se asocia al papel que juegan cognición y emoción. Autores como Rosalind Dymond, Heinz Kohut o Michael Basch –poniendo el acento en la cognición– definen la empatía como un proceso mental que nos permite procesar la información necesaria para comprender a los demás. Otros, como Charles Batson, Nancy Eisenberg, Jodi Halpern o Martin Hoffman, la definen como una respuesta emocional ante la exposición a los estímulos afectivos y sensoriales que acompañan el trato con los demás. Finalmente, Simon Baron-Cohen y Mark Davis plantean un modelo más conciliador, según el cual la empatía estaría compuesta por elementos tanto cognitivos como emocionales.

Jean Decety, Philip Jackson y Mohammadreza Hojat proponen un modelo alternativo a los anteriores, según el cual el acento no estaría tanto en los «ingredientes» como en el papel que cumplen en un contexto situacional determinado. Así, en circunstancias que requieren un proceso intelectual complejo orientado a comprender el contexto social y

situacional de los demás, se estaría ante una respuesta más cognitiva (empatía). En cambio, en circunstancias donde la exposición a estímulos sensoriales dispara un proceso simple y reflejo, se estaría ante una respuesta más emocional (simpatía). Por tanto, estaríamos ante procesos distintos: uno orientado a la comprensión de los demás, y otro a la conexión con los demás mediante un paralelismo emocional.

De la empatía a la empatía clínica

De lo anterior se deduce que empatía y simpatía han de cumplir distintos papeles en el encuentro clínico. Mientras que la simpatía permitiría identificar y compartir los sentimientos del paciente (favoreciendo la creación de un estado emocional de conexión entre médico y paciente), la empatía permitiría comprender la realidad del paciente (brindando información útil de cara a su tratamiento). Esta diferencia plantea importantes consecuencias. Así, un exceso de simpatía (o un uso prolongado de ella) puede conducir a un mayor agotamiento emocional o al deterioro del juicio y la neutralidad clínica¹⁻³, algo que no ocurre en el caso de la empatía⁴. Este fenómeno ha sido descrito gráficamente como el de una «U» invertida⁵ (fig. 1). Tomando como referencia la distinción anterior, Hojat define la empatía clínica 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»⁵.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lvivanco@riojasalud.es

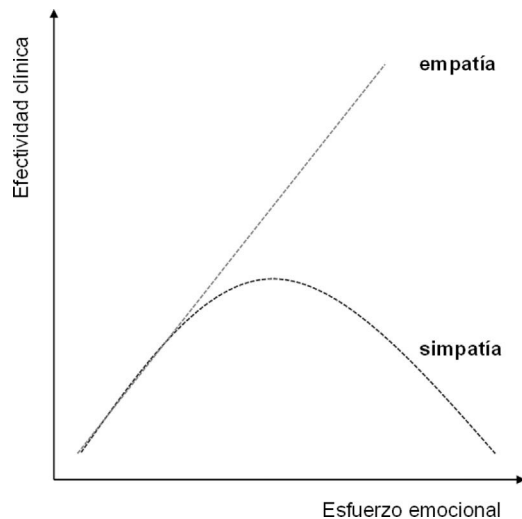


Figura 1 Relación entre esfuerzo emocional y resultado clínico, según la empatía y la simpatía.

Cuatro elementos destacan en la definición anterior: *cognición*, *entendimiento*, *comunicación* e *intención de ayuda*. La *cognición* adquiere una mayor relevancia frente a la emoción por el contexto social de ayuda en el que se enmarca la relación médico-paciente. Sentir las emociones vividas por el paciente tiene sentido solo si ayuda al médico a comprender las necesidades del paciente con respecto a su enfermedad. Por su parte, un mayor *entendimiento* del paciente permite al médico la creación de una relación de confianza muy necesaria en la gestión de la enfermedad. Gracias a la *comunicación*, el médico puede contrastar su entendimiento con la realidad percibida por el paciente, dándole a este la evidencia de saberse comprendido por el médico. Por último, la *intención de ayuda* aparece como el elemento directriz de la empatía clínica. Sin ella, todos los anteriores resultan insuficientes. En palabras de Louise Arnold⁶, la intención de ayuda da sentido moral a la empatía clínica transformán-

dola en una competencia representativa del profesionalismo médico.

Consideraciones éticas

No aplica

Financiación

Sin financiación

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. 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;7:763.
2. 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.* 2023;11:1177.
3. 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;19:3012.
4. San-Martín M, Delgado-Bolton R, Vivanco L. Professionalism and occupational well-being: Similarities and differences among Latin American health professionals. *Front Psychol.* 2017;8:63.
5. Hojat M, Maio V, Pohl CA, Gonnella JS. Clinical empathy: definition, measurement, correlates, group differences, erosion, enhancement, and healthcare outcomes. *Discov Health Systems.* 2023;2:8.
6. Arnold L. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Acad Med.* 2002;77:502–15.