

Manejo de la empatía en la interconsulta

*Salgado, Matías Emilio**

Resumen

La interconsulta representa una modalidad clínica y una herramienta metodológica útil para la mejora de la calidad de atención de los pacientes internados. Sin embargo, aquellos profesionales que no han desarrollado las capacidades de afrontamiento necesarias para abordar las situaciones de gran carga emocional que suelen presentar los pacientes con dolor, están más expuestos a desarrollar síntomas de malestar personal o síndrome de burnout, lo que impacta negativamente en el tratamiento. Diversos Investigadores ubican la importancia del manejo de la empatía como recurso fundamental frente a estos obstáculos (Cano, Leong, Williams, Dana & Jillian, 2012; Rushton et al. 2013). En el presente estudio se realiza una revisión de trabajos sobre la empatía, analizando su relación con el abordaje de pacientes con dolor. Hafilax (2011) señala que la capacidad de empatía, la diferenciación del self y de las experiencias, y la ética son variables asociadas -según su estabilidad- a una diferente toma de perspectivas, y por ende, a distintas respuestas frente al paciente con dolor. Cuando los profesionales logran ubicar el sufrimiento del paciente como separado de ellos mismos, con un claro reconocimiento de que aquel sufrimiento no es el suyo -existiendo una resonancia empática- pueden sentirse capaces de entrar en el mundo del paciente y su enfermedad; con firmeza personal y profesional. Se presenta un caso clínico.

Palabras Clave: Interconsulta - Empatía - Dolor

Empathy management in consultation-liaison psychiatry

Abstract

Consultation-liaison psychiatry represents a clinical modality and a useful methodological tool to improve inpatients' quality of care. However, those professionals who have not gained the necessary coping skills to address the situations of great emotional burden that are often presented by patients with pain, are more likely to develop personal distress symptoms or burnout syndrome, which impacts negatively in the treatment. Different researchers address the importance of empathy management as a key resource against these obstacles (Cano, Leong, Williams, Dana & Jillian, 2012; Rushton et al. 2013). This paper reviews works which study empathy, and analyzes its relationship with the treatment of patients with pain. Hafilax (2011) notes that the ability to empathize, the differentiation of self and experiences, and ethics are variables associated -according to their stability- to a different perspective taking, and thus, to different responses to a patient in pain. When professionals manage to address the patient's suffering as something separate from themselves, with a clear recognition that this suffering is not their own -and there is empathic resonance - they can feel able to enter the patient's world and their disease and remain personally and professionally grounded. A case is presented.

Keywords: Consultation-liaison psychiatry - Empathy - Pain

Introducción

La interconsulta con Salud Mental (en adelante IC) en hospitales generales refiere a las habilidades y conocimientos, utilizados por psicólogos y psiquiatras, en la evaluación y tratamiento de las condiciones emocionales y comportamentales de pacientes internados en contextos médico clínicos y quirúrgicos, en respuesta al pedido de los equipos clínicos correspondientes (Leigh & Streltzer, 2007). Se ha comprobado que la IC representa una modalidad clínica y una herramienta metodológica útil para la mejora de la calidad de atención de los pacientes internados (Santos, Slonczewski & Prebianchi 2011; Pincus, 1987).

Por otro lado sin embargo, autores como

Rushton, Kaszniak & Halifax (2013) y Vidal y Benito (2012) señalan que: aquellos profesionales que no han desarrollado las capacidades de afrontamiento necesarias para abordar las situaciones de gran carga emocional que suelen presentar los pacientes internados con dolor, están más expuestos a desarrollar síntomas de malestar personal, o síndrome de burnout ("síndrome del quemado"). Esto conduce, entre otras cosas, a la disminución y/o pérdida de recursos emocionales, y al desarrollo de actitudes negativas como insensibilidad o cinismo, lo que impacta negativamente en la calidad de atención de los pacientes.

Para vencer estos obstáculos -y entendiendo al mismo terapeuta como propio instrumento de su práctica- diversos investigadores (Cano, Leong,

* Universidad Nacional de Buenos Aires. Argentina. E-mail: salgado_matias@hotmail.com

Williams, Dana & Jillian, 2012; Lamm, Batson & Decety, 2007; Rushton et al. 2013; Vidal y Benito, 2012) ubican la importancia del manejo de la empatía como recurso clínico fundamental, ya que este posibilita: la comprensión circunstancial del momento del paciente; adentrarse en su mundo emocional subjetivo particular y específico; y a su vez, permite operar correctamente en beneficio del mismo, como para mantener una actitud equilibradamente diferenciada, cuya ausencia atentaría contra el proceso terapéutico (Vidal y Benito, 2012).

La empatía ha sido estudiada por cientos de años, recibiendo para su conceptualización aportes de la filosofía, teología, etología, la psicología del desarrollo, psicología social, psicología clínica, psicoanálisis y las neurociencias. Sin embargo, todavía no se ha llegado a un consenso en relación a la naturaleza del fenómeno (Preston & de Waal, 2002). Desde el punto de vista psicoterapéutico, el interés acerca de la empatía se ha diseminado de manera importante desde que este concepto fue presentado por Sigmund Freud (Vyskoilova, Prasko & Slepecky, 2011). En este campo, se entiende a la empatía fundamentalmente como la capacidad de percibir y sentir la emoción del otro. Esto mismo conlleva de por sí el riesgo de una identificación del terapeuta con el paciente; por lo que en psicoterapia, es importante que el terapeuta registre su modo de involucrarse con el paciente, y la propia afectividad en todas sus formas (Vidal y Benito, 2012).

Vidal y Benito (2012) informa acerca de los autores que estudian la empatía. Dentro de los estudios psicológicos, que entienden a la empatía como fenómeno de la condición humana -que se expresa en la relación con los otros, que posibilita la socialización, y que se va desarrollando en los sujetos humanos a medida que crecen- podemos encontrar entre otros los aportes de Ezra Stotland, Norman Epstein, Mark Barnett, Daniel Batson, Martin Hoffman y Nancy Eisenberg. A su vez, dentro del conjunto de modelos que podemos llamar, en sentido amplio, de orientación cognitivo-conductual podemos encontrar aportes de la mano de Aaron Beck; Marsha Lineham; Héctor Fernández-Álvarez; Carl Rogers; Arthur Bohart; Leslie Greenberg; Rodger Elliot; Godfrey Barret-Lennard y Karen Tallman entre otros. Desde el campo de las neurociencias podemos encontrar aportes de Simone Shamay-Tsoori, Giacomo Rizzolatti, Marco Iacoboni, Vittorio Gallese y Jean Decety entre otros.

Según Cano et al. (2012) los pacientes manifiestan su dolor como una forma de buscar contención. Suelen comunicarlo a través de expresiones verbales, faciales, sonoras, o bien por medio de conductas o movimientos que lo reflejen. Estas expresiones incluyen: preocupación (“*Mi cabeza piensa tanto en mi espalda que no puedo pensar en otra cosa*”), miedo, odio (“*Esto me frustra; cada vez que hago un esfuerzo para hacer algo mi cuerpo no me deja*”), tristeza, culpa (“*Siento culpa no solo porque mi vida es la que está cambiando, sino también la de los que me quieren*”), y otras emociones displacenteras. Los modelos de validación y empatía del dolor (Goubert et al. 2005; Laurenceau, Barrett & Pietromonaco, 1998;

Reis & Shaver, 1988) han demostrado que expresar preocupaciones sobre el dolor se relaciona con una mayor percepción de soporte y contención (Kahn & Hessling, 2001; Stephens, Martire, Cremeans-Smiths, Druley & Wojno, 2006). Estas expresiones dependen de la *severidad del dolor*, pero a su vez se relacionan con: la *catastrofización* (García-Campayo & Rodero, 2011) del dolor (rumiación, magnificación, desesperanza, etc.); *síntomas de ansiedad y depresión*; *insatisfacción en las relaciones*; y con la *sensación de no estar siendo ayudado* (Cano et al. 2012). La expresión emocional del dolor suele promover soporte emocional (Cano et al. 2012), permite procesar pensamientos y sentimientos difíciles (Lumley, Sklar & Carty, 2012), y favorece la cercanía e intimidad (Laurenceau et al. 1998; Laurenceau, Barrett & Rovine, 2005).

Sin embargo, por otra parte se ha demostrado que el marcado malestar psicológico y el dolor severo contribuyen a altos niveles de emoción expresada (Finkenauer & Rime, 1998; Kahn & Hessling, 2001; Luminet, Bouts, Delie, Manstead & Rime, 2000; Morley, Doyle, & Beese, 2000; Stiles, Shuster, & Harrigan, 1992). Si bien la comunicación del dolor persigue el soporte y la contención; altos niveles de emoción expresada podrían llevar a resultados opuestos. La exposición repetida a expresiones de malestar, y la percepción de no obtener resultados para reducirlo conduce a la invalidación (Stiles et al. 1992; Cano et al. 2012) al agotamiento, y al burnout (Rushton, Kaszniak, & Halifax, 2013) -todas manifestaciones de emocionalidad negativa-

Resulta muy importante que el terapeuta acepte que las emociones y los pensamientos del paciente son válidos para éste, por lo cual no debería ignorarlos, rechazarlos ni intentar hablarle al paciente como si no existieran. Comprender la experiencia del paciente facilita darle sentido a sus conductas infructuosas evitando emitir juicios (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983). Fernández-Álvarez (2008), señala que algunos terapeutas tienen mucha facilidad para entablar más rápidamente un buen contacto emocional con el paciente, ya que poseen una dotación de empatía natural muy desarrollada; hay otros terapeutas con más limitaciones. Como refieren Beck et al. (1983) y Vyskoilova et al. (2011), los terapeutas pueden mejorar sus respuestas empáticas mediante entrenamiento. Por lo tanto, es necesario un entrenamiento en el manejo del propio malestar y de la empatía para lograr un contacto efectivo con pacientes con dolor (Cano et al. 2012).

Las investigaciones sobre empatía realizadas principalmente con neuroimágenes (Tania, & Claus, 2009; Singer et al. 2004) revelan que ver a otra persona con *dolor* (Singer et al. 2004), *miedo* (Preston et al. 2007) o *asco* (Wicker et al. 2003) provoca las mismas activaciones neuronales asociadas al *dolor*, *miedo* o *asco* en uno mismo (Takeshi et al. 2012; Dimberg & Oehman, 1996). Iacoboni (2009) señala que cuanto más cercanía haya con *otro* que tiene dolor habrá mayor actividad neuronal en las áreas del cerebro que procesan el aspecto emocional del dolor. Esto sucede en situaciones abstractas (“*imaginarse o pensar en*”).

Cuando las situaciones se experimentan en directo surge principalmente un reflejo especular somático.

Hasta ahora, el impacto que generan en los terapeutas las experiencias de dolor de los pacientes, no se han investigado ampliamente. El propósito del presente estudio consiste en realizar una revisión de trabajos sobre la empatía, analizando su relación con el dolor. Se ejemplifica con un caso clínico.

Dos formas de responder ante otro con dolor

Basados en un estudio detallado Batson, Fultz & Schoenrade (1987), señalan que hay dos tipos distintos de respuestas emocionales inducidas por percibir o imaginar a un otro en situación de dolor: A) Sentimientos de *empatía*; la cual refleja una respuesta emocional *con foco en/orientada al otro*, congruente con la situación que experimenta; al adoptar una perspectiva en “tercera persona” (3 P) induce sentimientos por el otro. B) Sentimientos de malestar personal (preocupación, enfado, miedo, angustia, etc.) que reflejan una respuesta emocional *aversiva con foco/orientada a uno mismo*; al adoptar una perspectiva en “primera persona” (1 P) provoca sentimientos directos de displacer despertados por ser testigo de la situación de dolor. Los autores señalan que estas dos respuestas emocionales tienen distintas consecuencias motivacionales y conductuales. La *empatía* estimula a: reducir la *necesidad* del otro, incrementar la validación (Batson, Early, & Salvarani, 1997), y a fomentar la Alianza terapéutica (Rogers, 1951; Vyskoilova et al. 2011). En cambio, el malestar personal del profesional conduce a reducir la propia activación emocional aversiva, promueve la identificación, la proyección de sentimientos, y la invalidación (Batson et al. 1987; Batson et al. 1997; Vyskoilova et al. 2011). Por lo tanto, si el encuentro con el paciente provoca en el profesional una respuesta de malestar personal, ya sea miedo, angustia, preocupación, su tendencia será buscar aliviar su propio malestar más que el del paciente, a diferencia de lo que ocurre con la respuesta empática.

Imaginarse cómo se siente el paciente vs. imaginarse cómo se sentiría uno

La capacidad para tomar la perspectiva del otro involucra la habilidad de entender y apreciar su singular punto de vista. Se trata de un complejo proceso cognitivo involucrado en la cognición social (Ruby & Decety, 2004). En la IC, ante cada caso surgen diferentes perspectivas. Según Batson et al. (1997) por un lado, se puede tomar la *perspectiva del paciente* al imaginar cómo este percibe la situación y en consecuencia: qué piensa y cómo se siente (3 P). Por el otro, el profesional puede imaginarse a él mismo experimentando la situación del paciente, y en consecuencia que pensaría y como se sentiría él (1 P). Por lo general, se asume que los procesos psicológicos y emocionales que surgen al imaginarse cómo se siente el otro, y el imaginarse cómo se sentiría uno son esencialmente lo mismo, equivalentes; intercambiables; incluso como formas

idénticas de pensar perspectivas. Sin embargo Stotland (1969) y Schoerande (1981) han demostrado lo contrario. Estas dos perspectivas tienen diferentes efectos emocionales y comportamentales (Batson et al. 1997; Schoerande, 1981). Imaginar cómo el paciente experimenta una situación (3 P) produce un incremento en la empatía (Preston & de Waal, 2002) (*“Entiendo que se sienta enojado por el dolor, veamos juntos como puedo ayudarlo”*). Mientas que imaginarse a uno mismo viviendo esa misma situación, e imaginarse cuáles serían sus propios pensamientos y emociones (1 P) genera un bajo nivel de empatía y un alto malestar emocional personal (Batson et al. 1997) (*“Si a mí me pasara eso yo tampoco haría el tratamiento; yo me mato”*). Este enfoque induce la identificación con el paciente; ampara la proyección de emociones (miedo, angustia, ira, etc.); y se enfoca en aliviar el malestar propio (Piliavin, Dovidio, Gaertner & Clark, 1981; Cialdini et al. 1987).

Abordar el Malestar Personal

Según Rogers (1951) y Vyskoilova et al. (2011) una adecuada empatía facilita la alianza terapéutica. Según Lamm et al. (2007), lo central para cultivar una modulada capacidad de empatía es justamente, la capacidad de diferenciar el propio self del otro. Beck et al. (1983) y Vyskoilova et al. (2011) señalan que la empatía implica asimismo, la capacidad de mantenerse independiente de los sentimientos del paciente, a fin de preservar la objetividad hacia sus problemas. Cuando los profesionales pueden ubicar el sufrimiento del paciente como separado de ellos mismos, logran regular la activación emocional permaneciendo en una zona de resiliencia, sin transformarse esto en algo abrumador (Leitch, 2007; Miller-Karas, & Leitch, 2013). Cuando los límites entre el self y el otro se disuelven se torna difícil separar el sufrimiento de uno respecto del sufrimiento del otro (Rushton et al. 2013). Si existe un claro reconocimiento de que el sufrimiento del paciente no es el suyo -y se logra una resonancia empática-, los profesionales pueden sentirse capaces de entrar al mundo del paciente y de su enfermedad, con firmeza personal y profesional (Halifax, 2011; Vyskoilova et al. 2011). Como señalan Beck et al. (1983), intentando ingresar al microcosmos del paciente, el terapeuta estará menos inclinado a reaccionar de un modo antiterapéutico. Sin embargo, cuando los profesionales no hallan una “justificación” al sufrimiento del paciente, pueden comenzar a responder con conductas enfocadas en sí mismos, producto de experimentar una activación emocional negativa (caracterizada por ejemplo por una sobreactivación empática o aversión). Enfocándose en sí mismos, intentan aliviar su estado emocional negativo alejándose del foco del paciente y de sus necesidades (Halifax, 2011). Cuando se atiende a una persona con malestar físico, surge una activación emocional que -como se describió anteriormente- puede tomar dos perspectivas distintas. Rushton et al. (2013) señala que ciertos atributos del clínico de la salud tendrán un papel fundamental en cómo se responderá ante el dolor del paciente. Estos son: la capacidad de

empatizar y de pensar la perspectiva del paciente (3 P); el conjunto de experiencias personales (conscientes e inconscientes), y la ética. Cada “evento disparador” (por ejemplo: un paciente con expresiones de dolor) genera una respuesta en cadena donde se ponen en juego todas estas cualidades. La estabilidad entre: la capacidad de tomar una perspectiva en 3 P; la experiencia personal y profesional (Bennett-Levy, Thwaites, Chaddock & Davis, 2009) diferenciada a la del paciente (límites claros del self); y su sensibilidad ética; tiene como resultado una regulada activación emocional. Esto generaría una respuesta empática, conductas y acciones integradas orientadas al paciente, donde el profesional es resiliente. Un desbalance entre alguna de estas cualidades puede causar desestabilización (Rushton et al. 2013). Como señalan Beck et al. (1983) el terapeuta debe tener cuidado de no proyectar sus propias actitudes, emociones y expectativas en el paciente. Un terapeuta con historia de malas experiencias, proyectadas al paciente (baja distinción self/otro), o con una perspectiva en 1 P tendrá una activación emocional aversiva (por ejemplo: sobre-empatizando, o no logrando empatizar) que conduce al malestar emocional (miedo, angustia, etc.) y a la desmoralización. Esta cadena continúa con conductas orientadas al self, como: la evitación, el abandono, la indignación, etc. El ciclo termina en una desregulación de la acción; estrés y burnout (Rushton et al. 2013). Según Rushton et al. (2013) aquellos clínicos que pueden mantenerse en un estado emocional con orientación neutral y/o positiva, se vuelven menos propensos a experimentar una alta intensidad negativa y/o desmoralización, incluso, si perciben un conflicto con sus valores o con el tipo de tratamiento. En cambio, aquellos profesionales que no lo logran, desarrollan patrones de respuestas negativas o inconscientes, que influyen en cómo evalúan y actúan. Un no reconocido/procesado dolor, o una identificación con la situación del paciente pueden impactar en la propia activación emocional, y por lo tanto, sobre la respuesta ante el caso. Eisenberg (2002) sugiere que, si experiencias o recuerdos negativos inconscientes están demasiado activados, las respuestas serán orientadas al self máxime, reflejo de una activación emocional negativa.

Caso Clínico

En función de lo anterior se presenta un caso clínico con el objeto de ilustrar la importancia del manejo de la empatía en la atención de pacientes internados con dolor. En el ámbito de la psicología, el caso clínico se trata de una investigación empírica no sistemática, sustentada en condiciones y observaciones no controladas (Stoppiello, 2009). Utilizamos la ejemplificación a través del caso, ya que resulta afín con la actividad clínica en psicoterapia, siendo que se basa y que sostiene la necesidad de estudiar la singularidad de cada situación terapéutica, y que además permite la comparación entre resultados de diferentes estudios singulares (Maldavsky (2008).

Caso “Daniel”

Daniel tiene 22 años, ingresó al hospital con un diagnóstico de Fractura Diafisaria de fémur derecho. Con antecedentes de hepatitis idiosincrática medicamentosa y alergia a la penicilina. Había sufrido un accidente de tránsito en moto cinco meses atrás por lo que le colocaron un yeso peri pélvico en otro hospital, donde se negaron a operarlo. A lo largo de este período el cuadro no mejoró. El equipo clínico lo evalúa, y lo interna para operarlo. A su vez, solicita la IC con Salud Mental la cual literalmente refiere: “Paciente de 22 años edad en su 2do. día de internación con Dx1 fractura diafisaria fémur derecho evolución 5 meses. Al momento el paciente se encuentra con un cuadro depresivo. Evolución y conducta”. Al evaluarlo encontramos que el paciente tiene un estado de ánimo depresivo: presentando tristeza, sentimientos de frustración, ideas de desesperanza, timia displacentera y quejas somáticas (molestias y dolores físicos). Al no poder caminar, pasa el tiempo en cama. A su vez, presenta síntomas ansiosos que asocia a su estado físico. Nos expresa su angustia, culpa, tristeza y miedo. Se queja: “Me desilusionaron muchas veces, ahora no creo en nadie. En el otro hospital me dijeron que si entraba al quirófano no salía vivo”; “Tengo bronca por que no puedo caminar, no puedo trabajar”; “Además mi papá y mi mamá tienen que faltar al trabajo para venir acá”. Daniel es operado. La cirugía consigue resultados a nivel traumatológico, pero se agrava la ictericia, y contrae dolores aún más fuertes. Su piel, y sus ojos están teñidos de amarillo. Su ansiedad se incrementa. “Estoy re mal; mirá como me dejaron”. Pasan veinticinco días más de internación, sin embargo los clínicos no encuentran ni tratamiento ni causa del cuadro. Daniel, inmobilizado piensa en su muerte. Trabajamos para que no desista del tratamiento que quiere abandonar por no ver resultados. En los “pases” de Salud Mental (en los que se va informando al resto de los profesionales de IC del caso, y donde se piensan estrategias posibles para el mismo) algunos expresan: “Si me pasa eso a mí yo me muero”. Incluso, profesionales con años de experiencia señalan: “Es probable que el accidente se lo haya buscado él inconscientemente”. Otros, se imaginan en el lugar de su familia: “Yo tampoco sabría que decirle si fuera su papá”. Ante este tipo de enfoques sobre el caso, nuestro feedback al equipo de Salud Mental apuntó a que estas perspectivas no tendrían la potencia para ayudar a Daniel, y que -a la inversa- lo que resultaría beneficioso para el paciente sería que podamos trabajar con el equipo tratante, para que no reaccionen de esa misma manera. Por lo tanto, al trabajo de contención, soporte y abordaje de las perturbaciones emocionales de Daniel, se suma el trabajo con las respuestas disfuncionales del equipo tratante, quienes al no encontrar causa o cura comienzan a decirle que es Daniel mismo el que se está provocando el cuadro clínico. Le dicen: “Esto te lo estás haciendo vos”. De esta manera comienzan a invalidarlo, evitarlo, y a proyectar en él sus emociones negativas provocadas por la falta de resultados positivos. Como el cuadro empeora empiezan a aparecer cada vez más desacuerdos en el

equipo de trabajo (cirugía, hematología, enfermería etc.). Basados en una perspectiva empática con foco en el paciente, dialogamos con los diferentes actores del equipo tratante ubicando que, la evolución del cuadro de Daniel no aparecía determinada por su voluntad, actitud, o emociones. Señalamos que, a pesar de que el paciente tenga reacciones emocionales exacerbadas - como por ejemplo intensos sentimientos de miedo o ideas de desesperanza, o de muerte - era necesario que se continué explorando el cuadro clínico para poder encontrar las intervenciones médicas indispensables para tratarlo; ya que por ejemplo, la ictericia no era reversible a través de una intervención psicoterapéutica. Les transmitimos que según nuestra perspectiva, un paciente internado por un cuadro como el de Daniel, el cual también está atravesado por cuestiones emocionales, no se “trata” solo con psicoterapia, sino que el trabajo psicoterapéutico se vuelve complementario al tratamiento clínico. Nuestro accionar que apuntó a la reorientación del foco del tratamiento, al entendimiento del malestar de Daniel y a la importancia de no abandonar la búsqueda de intervenciones médicas, fue facilitando lentamente el cambio de perspectiva en el equipo tratante, nuevamente enfocada en tratar los síntomas clínicos de Daniel. Pocos días después el equipo tratante decide realizar una exploración endoscópica en la que se encuentra una complicación en la vía biliar. Por lo tanto se lo opera de la vesícula. Daniel responde favorablemente, el cuadro se resuelve y a las 48hs se va de alta.

Discusión

Diferentes investigadores (Cano, Leong, Williams, Dana & Jillian, 2012; Lamm, Batson & Decety, 2007; Cynda, Rushton, Kaszniak & Halifax, 2013; Vidal y Benito, 2012) ubican la importancia del manejo de la empatía como recurso clínico fundamental a la hora de tratar pacientes con dolor, ya que este posibilita: la comprensión circunstancial del momento del paciente; adentrarse en su mundo emocional subjetivo particular y específico; y a su vez, permite operar correctamente en beneficio del mismo, como para mantener una actitud equilibradamente diferenciada, cuya ausencia atentaría contra el proceso terapéutico (Vidal y Benito, 2012). Resulta de gran importancia que en el trabajo con el paciente, el terapeuta acepte que las emociones y los pensamientos de este son válidos, por lo cual no debería ignorarlos, rechazarlos ni intentar hablarle al paciente como si no existieran (Beck et al. 1983). En vistas de comprender su experiencia, se ha encontrado que el hecho de que el terapeuta imagine cómo el paciente experimenta su situación (perspectiva en tercera persona) produce un incremento en la empatía (Preston & de Waal, 2002). En cambio, si el terapeuta se imagina a sí mismo experimentando la situación del paciente - representándose cuáles serían sus propios pensamientos y emociones- (perspectiva en primera persona) esto resulta en un bajo nivel de empatía y un alto malestar personal (Batson et al. 1997). A su vez, se ha

demostrado que la capacidad de empatía, la diferenciación del self y las experiencias, junto a la ética son variables asociadas -según su estabilidad- a una diferente toma de perspectivas, y por ende, a distintas respuestas frente al paciente. Estas se podrían resumir en: orientarse a aliviar el dolor del paciente, o por el contrario, orientarse a la búsqueda del alivio personal ante la activación emocional negativa (Rushton, 2013). Como señala Halifax (2011) cuando los profesionales pueden ubicar el sufrimiento del paciente como separado de ellos mismos, con un claro reconocimiento de que aquel sufrimiento no es suyo -existiendo una resonancia empática- pueden sentirse capaces de entrar en el mundo del paciente y su enfermedad; con firmeza personal y profesional. De este modo, intentando ingresar al microcosmos del paciente, el terapeuta estará menos inclinado a reaccionar de un modo antiterapéutico (Beck et al. 1983).

A la hora de tratar pacientes con dolor, conocer las señaladas conceptualizaciones sobre la empatía ofrece la oportunidad de entender las orientaciones de las respuestas de los profesionales, y abre entonces la posibilidad de trabajar con estas. El caso clínico “Daniel” nos permite observar algunos de los postulados mencionados. Daniel expresaba su malestar en búsqueda de soporte y contención emocional. Esto, en un primer momento precipitó conductas de ayuda orientadas hacia el paciente -siendo el mismo pedido de IC una de ellas-. Sin embargo, posteriormente, el equipo tratante se vio frustrado por la falta de justificación acerca de la evolución negativa del cuadro. Esto comenzó a provocar en ellos síntomas de malestar personal. Su perspectiva era que no había explicación médica para tal evolución, y que el paciente mismo era el causante del cuadro. Entonces, el equipo tratante respondió a su propio malestar invalidando y evitando al paciente; desmoralizándose con el tratamiento. Se observó cómo la falta de entendimiento entre las diferentes perspectivas exacerbó el estado emocional negativo, contribuyendo a la incongruencia en las metas, y al desgaste en la relación con el paciente y su familia. Por su parte, el equipo de Salud Mental, tomando como eje al manejo de la empatía mantuvo una perspectiva que estuvo siempre enfocada en los problemas del paciente. Esto fue lo que permitió ubicar y trabajar las respuestas disfuncionales del equipo tratante reorientando las intervenciones. Se podría suponer que si el equipo tratante hubiese podido manejar más empáticamente el malestar del paciente (sin invalidarlo pensando que se trataba de un cuadro auto-provocado), seguramente hubiera podido evaluar la necesidad de una exploración endoscópica con mayor anterioridad, siendo esta una intervención de indicación más que frecuente para cuadros como el de Daniel -y que había sido desestimada-. A su vez, cuando en los “pases” de Salud Mental, el resto de los profesionales tuvieron la tendencia de pensarse a ellos mismos en la situación del paciente, solo aportaron malestar personal e intervenciones que no prestaban beneficio para el tratamiento. Se puede observar entonces que las expresiones de malestar y las respuestas disfuncionales de los profesionales de la salud reflejan

sus propias dificultades para entrar en contacto con el sufrimiento del paciente con dolor. Esto resalta entonces la importancia del manejo de la empatía en la IC.

Las experiencias y observaciones de este caso se pueden comparar con el caso clínico “María” (Rushton et al. 2013), en el que se señala que cuando no se logró continuar viendo el sufrimiento de la paciente como justificado, los clínicos cambiaron su perspectiva para tener respuestas orientadas al self, basadas en una evaluación negativa de la situación, y caracterizada por una sobreactivación empática y aversión. Los autores describen que, de este modo los profesionales se apartaron del paciente como respuesta a su malestar personal, y que no fue hasta que se logró una sintonía empática con “María” y su familia, que el equipo tratante pudo tener respuestas funcionales orientadas al tratamiento.

Como señala Fernández-Álvarez (2008), algunos terapeutas tienen mucha facilidad para entablar más rápidamente un buen contacto emocional con el paciente, ya que poseen una dotación de empatía natural muy desarrollada; hay otros terapeutas con más limitaciones. De todas maneras, los terapeutas pueden mejorar sus respuestas empáticas mediante entrenamiento (Beck et al. 1983; Vyskoilova et al. 2011).

Pensamos que la capacidad de empatía del

profesional de la salud es una habilidad clave para la atención de pacientes con dolor en la interconsulta.

Es posible que los aportes provenientes del estudio de la empatía contribuyan a un mejor “sostenimiento”, por parte de los profesionales, de aquellos casos que no responden de la manera esperada, o en la que el contacto emocional resulte muy dificultoso. Por otra parte, tal vez les permitiría a los profesionales de la salud -que trabajan con pacientes con dolor, o graves, o que no responden al tratamiento de la forma esperada- a estar más “cuidados” ya que tendrían menor tendencia a sufrir síndromes de burnout (Vidal y Benito, 2012), y a no experimentar síntomas de malestar personal. Esto implicaría mayores beneficios en la calidad de atención y trabajo. Por lo tanto, sería importante incluir en la formación de profesionales de la salud, principalmente terapeutas, el estudio y entrenamiento en el manejo de la empatía, de acuerdo a los hallazgos y aportes de la investigación. Se sugiere realizar futuras investigaciones con rigurosidad metodológica que permitan la generalización de las observaciones mencionadas. Finalmente, según los datos encontrados, en el ámbito clínico resulta importante que los profesionales cuenten con un ambiente validante, donde puedan reflexionar sobre las formas de trabajar con sus pacientes recibiendo sostén, asistencia y colaboración.

Referencias

- Batson, C., Early, S. & Salvarani, G. (1997). Perspective taking: Imagining how another feels versus imagining how you would feel. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 751-758.
- Batson, C., Fultz, J. & Schoenrade, P. (1987). Distress and empathy: Two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *Journal of Personality*, 55(1), 19-39.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. New York: The Guilford Press.
- Bennett-Levy, J., Thwaites, R., Chaddock, A. & Davis, M. (2009). Reflective practice in cognitive behavioural therapy: the engine of lifelong learning. En: Stedmon J & Dallos R (Eds.), *Reflective Practice in Psychotherapy and Counselling* (pp. 115-135). Maidenhead: OpenUniversity Press.
- Cano, A., Leong, E., Williams, A., Dana, K. & Jillian R. (2012). Correlates and consequences of the disclosure of pain-related distress to one's spouse. *PAIN*: 153, 2441-2447.
- Cialdini, R., Schaller, M., Houlihan, D., Arps, K., Fultz, J. & Beaman, A. (1987). Empathy-based helping: Is it selflessly or selfishly motivated?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 749-758.
- Dimberg, U. & Oehman, A. (1996). Behold the wrath: Psychophysiological responses to facial stimuli. *Motivation and Emotion*, 20, 149-182.
- Eisenberg, N. (2002). Distinctions among various modes of empathy related reactions: A matter of importance in humans. *Behavioral Brain Sciences*, 25(1), pp33-34.
- Fernández-Álvarez, H. (2008). *Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Finkenauer C. & Rime B. (1998) Socially shared emotional experiences versus emotional experiences kept secret: differential characteristics and consequences. *Journal of Social Clinical Psychology*, 17, 295-318.
- García-Campayo, J. & Rodero, B. (2011). La catastrofización ante el dolor en la fibromialgia. *Jano*, 60, 59-61 Recuperado de: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1772/59/1v00n1772a90021171pdf001.pdf>
- Goubert, L., Craig, K., Vervoort, T., Morley, S., Sullivan, M., Williams, A., (...) & Crombez, G. (2005). Facing others in pain: the effects of empathy. *PAIN*, 118, 285-288.
- Halifax, J. (2011). The precious necessity of compassion. *Journal of Pain Symptom Management*, 41, 146-153.
- Iacoboni, M. (2009). *Las neuronas Espejo*. Madrid, España: Katz Ediciones

- Kahn, J. & Hessling, R. (2001). Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *Journal of Social Clinical Psychology, 20*, 41-65.
- Lamm, C., Batson, C., & Decety, J. (2007). The neural substrate of human empathy: Effects of perspective-taking and cognitive appraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience, 19*, 42-58.
- Laurenceau, J., Barrett, L. & Pietromonaco, P. (1998). Intimacy as an interpersonal process: the importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1238-51.
- Laurenceau, J., Barrett, L. & Rovine, M. (2005). The interpersonal process model of intimacy in marriage: a diary and multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology, 19*, 314-23.
- Leigh, H., Streltzer, J. (2007). *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. New York: Springer.
- Leitch, M. (2007). Somatic experiencing treatment with tsunami survivors in Thailand: Broadening the scope of early intervention. *Traumatology, 13*(3), 11.
- Luminet, O., Bouts, P., Delie, F., Manstead, A. & Rime, B. (2000). Social sharing of emotion following exposure to a negatively valenced situation. *Cognition & Emotion, 14*, 661-88.
- Lumley, M., Sklar, E. & Carty, J. (2012). Emotional disclosure interventions for chronic pain: from the laboratory to the clinic. *Translational Behavioral Medicine, 2*, 73-81.
- Maldavsky, D. (2008). Sobre las investigaciones de caso único y las combinaciones entre ellas, con especial referencia a la perspectiva de la intersubjetividad. Estudios sistemáticos con el algoritmo David Liberman (ADL). *Revista Clínica e Investigación Relacional, 2*(1), 185-219.
- Miller-Karas, E. & Leitch, L. (2013). *Trauma Resource Institute: Trauma Resiliency Model*. Claremont, California: Trauma Resource Institute.
- Morley, S., Doyle, K. & Beese, A. (2000). Talking to others about pain: suffering in silence. En: Devor M, Rowbotham M, Wiesenfeld-Hallin Z. (Eds.), *Proceedings of the ninth world congress on pain: progress in pain research and management* (pp. 1123-1129). Seattle: IASP Press.
- Piliavin, J., Dovidio, J., Gaertner, S., & Clark, R. (1981). *Emergency intervention*. New York: Academic Press.
- Pincus, H. (1987). Marketing consultation-liaison psychiatry. *General Hospital Psychiatry, 9*(5), 347-349.
- Preston, S. & de Waal, F. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral Brain Sciences, 25*, 1-72.
- Preston, S., Bechara, A., Damasio, H., Grabowski, T., Stansfield, R., Mehta, S., Damasio, A. (2007). The neural substrates of cognitive empathy. *Society of Neuroscience, 2*(3-4), 254-275.
- Reis, H. & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. En Duck, S. (Ed.), *Handbook of interpersonal relationships* (pp 367-89). Chichester: Wiley.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Ruby P. & Decety J. (2004). How Would You Feel versus How Do You Think She Would Feel? A Neuroimaging Study of Perspective-Taking with Social Emotions. *Journal of Cognitive Neuroscience, 16*(6), 988-999.
- Rushton, C., Kaszniak, A. & Halifax, J. (2013) A framework for understanding moral distress among the inter-professional team. *Journal of Palliative Medicine, 16*(9), 1074-1079.
- Santos N., Slonczewski T. & Prebianchi H. (2011). Interconsulta psicológica: demanda y asistencia en hospital general. *Psicología em Estudo, 16*(2), 325-334.
- Schoenrade, P. (1981). *Emotional and motivational distinctions between imagining oneself and imagining another in a need situation*. (Tesis de maestría inedita). University of Kansas, Lawrence.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. & Frith, C. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science, 303*(5661), 1157-1162.
- Stephens, M., Martire, L., Cremeans-Smith, J., Druley, J. & Wojno, W. (2006). Older women with osteoarthritis and their caregiving husbands: effects of pain and pain expression on husbands' well-being and support. *Rehabilitation Psychology, 51*, 3-12.
- Stiles, W., Shuster, P. & Harrigan, J. (1992). Disclosure and anxiety—a test of the fever model. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 980-8.
- Stoppiello, L. A. (2009). Estudio de caso único: vicisitudes en la selección de la muestra de una investigación doctoral. *Subjetividad y Procesos Cognitivos, 13*(2), 224-246.
- Stotland, E. (1969). Exploratory investigations of empathy. En Berkowitz L. (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp 271-313). New York: Academic Press
- Takeshi, K., Yuri, M., Hideyo, K., Kengo, N., Mitsuru, K. & Ikuo, H. (2012). Sharing breathlessness: Investigating respiratory change during observation of breath-holding in another. *Respiratory Physiology & Neurobiology, 180*, 218- 222.
- Tania, S. & Claus, L. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1156*, 81-96.
- Vidal y Benito, M. (2012). *La empatía en la consulta*. Buenos Aires, Argentina: Polemos

- Vyskoilova, J., Prasko J., & Slepecky, M. (2011). Empathy in cognitive behavioral therapy and supervision. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 53(2), 72-83.
- Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J., Gallese, V. & Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in my insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*, 40(3), 655-664.

Fecha de recepción: 25-12-13

Fecha de aceptación: 20-10-14