

EMPATÍA Y ÉTICA EN MÉDICOS

Empathy and ethics in doctors

Sonia María Esperanza Cáceres Fuentes*
Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima, Perú

Resumen

La empatía y una conducta ética en la atención al ser humano son aspectos importantes que debe tener en cuenta todo profesional que trabaja en salud, y especialmente los médicos que trabajan en el área asistencial y también en el área de investigación clínica. La empatía y una conducta ética permiten llevar a cabo no solo una práctica médica conveniente, sino que también posibilita que el encuentro médico-enfermo sea bueno, productivo, que satisfaga a ambos y que sus resultados produzcan el bien perseguido. Por ello este trabajo tiene como propósito explorar en el análisis del concepto de empatía, de la empatía en la atención al paciente y la ética médica, según la literatura existente, fundamentando la importancia de una conducta empática y ética en la práctica médica.

Palabras clave: *Empatía, empatía médica, ética médica.*

Abstract

Empathy and ethical behavior in the care of the human being are important aspects that must take into account every professional who works in health, and especially the physicians who work in the area of care and also in the area of clinical research. Empathy and ethical conduct allows to carry out not only a convenient medical practice, but also enables the physician-patient encounter to be good, productive, satisfying both and that their results produce the good pursued. Therefore, this paper aims to explore the empirical concept of empathy, empathy in patient care and medical ethics, according to the existing literature, grounding the importance of empathic and ethical behavior in medical practice.

Keywords: *Empathy, medical empathy, medical ethics.*

* Candidata a Doctora en Psicología por la Universidad Femenina del Sagrado Corazón, UNIFE, Lima, Perú. Docente de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. soniamaria_2@yahoo.com

En la actualidad, es una exigencia apremiante que exista una adecuada relación médico-paciente, no solamente eficaz, oportuna, discreta, sino también que sea llevada a cabo dentro de un ambiente cálido, que le permita al profesional atender al paciente de manera tal que pueda conseguir los objetivos de comunicación requeridos para la práctica profesional y por otro lado que contribuya a que el paciente tenga la percepción de que su médico está comprendiendo lo que él le quiere transmitir.

De la misma manera, en la práctica de la investigación biomédica, es importante que el investigador logre comunicar el tema de la investigación de modo tal que el participante pueda entender realmente de qué trata el estudio en el cual existe la posibilidad de formar parte, proceso en el que es fundamental una comunicación fluida, donde la persona perciba que su médico está en sintonía con él, generándose así un clima de confianza, donde pueda percibir y/o sentir que tiene la libertad de preguntar sobre sus dudas o indagar más detalles del estudio al que va ingresar o en el que ya está participando.

La empatía y una conducta ética en el abordaje al ser humano enfermo son aspectos importantes para llevar a cabo no solo una práctica médica conveniente, sino también para que el encuentro médico-enfermo sea bueno, productivo, que satisfaga a ambos seres humanos y que sus resultados produzcan el bien perseguido.

En investigaciones llevadas a cabo en países tales como Italia (Leombruni, Di Lillo, Picardi, Alessandri, Sica, Zizzi, Castelli, y Torta, 2014) y Chile (Urday, Ugalde, Zamorano y Díaz, 2013) entre otras, muestran que los estudiantes en salud obtienen mejores puntajes de empatía al inicio o mitad de sus carreras, obteniendo las mujeres los mejores resultados. Estas investigaciones nos llevan a pensar que la empatía puede ir cambiando con el transcurrir del tiempo y que, al parecer, se debe procurar que los profesionales estén conscientes de su práctica y entrenamiento permanente. La investigación con médicos e internos en Corea (Dae Hun Suh, Jong Soo Hong, Dong Hun Lee, Joseph's, Gonnella & Hojat, 2012) demostraron que los médicos coreanos tenían niveles más bajos de empatía que sus colegas americanos e italianos, que revela el papel que jugaría el factor cultural en

la manera de abordar a los enfermos por parte de los profesionales médicos.

Por ello este trabajo tiene como propósito explorar en el análisis del concepto de empatía, de la empatía en la atención al paciente y la ética médica, según la literatura existente a fin de presentarla como una herramienta importante que provea tanto al médico como al paciente de un recurso para un encuentro bueno, compasivo, humanitario que pueda brindar satisfacción y bienestar a ambos.

LA EMPATÍA

Esta palabra proviene etimológicamente de la raíz griega *παθεῖν*, *epathón*, sentir, y del prefijo *εν*, preposición que significa 'dentro'. En este mismo orden, deriva de la raíz latina *pati* y del prefijo *in*. Se le atribuye a Wilhelm Wundt, padre de la Psicología Experimental haber sido el primero en utilizar la palabra alemana *Einfühlung* en el contexto de las relaciones humanas (Hunsdhal, 1967, citado por Hojat, 2012).

Titchener (1909), discípulo de Wundt, fue el primero en traducir el término *Einfühlung* del alemán al inglés, cuyos componentes *ein* ('dentro', 'en') y *fühlen* ('sentir') vienen a significar "sentir adentrándose en el otro, compenetrarse". La traducción al español es "proyección afectiva", y del francés, el término *intropathie* fue traducido al español como "intropatía".

Luego, con la traducción de *Einfühlung* al inglés como *empathy*, al ser traducida al español tomó el nombre de "empatía" (Repetto, 1992).

Freedberg (2009), desde un análisis a las emociones y sentimientos que suscitaban sus pinturas en las personas, mostró la importancia del poder de las imágenes y su capacidad para provocar emociones intensas y respuestas vehementes. Él describe una variedad de respuestas emocionales que al parecer son recurrentes en el tiempo y espacio y que vienen a ser las evidencias para no poder negarnos más a entender que las mentes de los otros son siempre e inevitablemente diferentes, porque ellos no son nosotros. Ahí estarían las raíces de toda empatía.

De acuerdo a Stueber (2006), Robert Vischer —1873— ha sido el primero en darle a la palabra *Einfühlung* un sentido más técnico del que fuera la contribución original desde un aspecto más estético, y asigna a Theodor Lipps —1851-1914— el mérito de haber transformado la empatía del concepto de estética filosófica a una categoría central de la filosofía de las ciencias sociales y humanas. Stueber (2006 y 2014) afirma que la empatía es el principal método para comprender otras mentes y que se la debe considerar como un método epistemológico central para la comprensión de otros agentes dentro del marco de la psicología popular; también la entiende como la base para reconocerse unos a otros como criaturas dispuestas.

El papel de la empatía ha sido debatido por centurias, tanto por los filósofos como también por los psicólogos (Allport, 1937; Blum, 1980; Hume, 1977/1966; Titchener, 1924, citados por Eisenberg y Strayer, 1990). En la actualidad existen una serie de teorías que proponen la conceptualización de empatía, que han venido atribuyéndole diferentes interpretaciones evidenciando que no hay un acuerdo, y dando la percepción de ser un concepto ambiguo, que ha provocado confusión y considerables especulaciones (Eisenberg y Strayer, 1990; Fernández-Pinto, López-Pérez, y Márquez, 2008; Davis, 1994 y Batson, 2009, como se citó en Stueber, 2014); ello podría explicarse por qué la empatía es parte de un amplio rango de aplicaciones.

Asimismo, este es y ha sido un concepto importante en el desarrollo social, en la personalidad; pero también en las interrelaciones en la psicología clínica contemporánea (Batson & Coke, 1981; Dymond, 1949; Goldstein & Michaels, 1985; Hoffman, 1984; citados por Eisenberg y Strayer, 1990).

Siendo el propósito de esta revisión acercarnos al tema de la relación humana profesional de salud-paciente, se va a revisar la empatía en relación con la atención en salud.

Por la naturaleza de este estudio se ha decidido utilizar el concepto sobre empatía que Carl Rogers enuncia en la entrevista realizada por Sebastián Capó (1982) donde define la empatía o comprensión empática dentro de una relación terapéutica así: “el terapeuta siente con precisión los sentimientos y significados

personales que están siendo experimentados por el cliente y comunica a éste su comprensión de los mismos” (p. 191).

EL CONCEPTO DE EMPATÍA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE

De acuerdo a Hojat (2012), muchos médicos que tienen éxito con sus pacientes saben intuitivamente qué es la empatía, aún sin ser capaces de definirla. Como un ejemplo, enuncia que la empatía es “análoga al amor”, sentimiento que muchos han experimentado, pero que no llegan a definirla.

Velarde y Quiroz (2014) analizan el rendimiento del médico dedicado a atender personas con la finalidad de aliviar curar o prevenir enfermedades y manifiestan que el profesional que está en contacto directo con los pacientes que tienen diferentes creencias, costumbres y valores morales, tiene el reto de realizar su trabajo a pesar de la complejidad que depara esta relación entre personas que pueden ser diferentes. Se podría añadir, que además tienen el deber de protegerlo y cuidar que su dignidad no sea mellada, ofreciéndole su mejor esfuerzo, de tal manera que se materialice en una atención eficiente, eficaz y cálida, para lo cual es primordial desarrollar la competencia de percibir lo que el otro piensa, siente y quiere.

Esta capacidad de percibir los estados emocionales de otros es de singular importancia en la relación médico-paciente, y debe ir acompañada de la capacidad de saber expresarse.

Back, Arnold y Tulskey (2012) han llegado a la conclusión de que el médico tiene que tener en cuenta que la comunicación es esencial en su trabajo y cuando esta es mala, suele ir asociada a la prescripción de tratamientos inadecuados, así como a tasas de conflicto mayores, entre otros. Por otro lado, refieren que una buena comunicación puede hacer que un médico disfrute de su profesión y además que reduce el estrés, con el consiguiente menor desgaste psicológico y disminución de reclamaciones por mala praxis.

Estos autores refieren, que en la experiencia de más de veinte años de trabajo, han podido ver la influencia de las expresiones en la relación médico-paciente, y la importancia de poder manejar, tanto el lenguaje científico, para la historia personal del paciente, como

el lenguaje coloquial que le permite hablar con cada paciente; la comunicación como mensaje bilateral lleva a reflexionar sobre los mensajes que damos y recibimos; esto es, darle un mensaje y recibir los suyos, en un momento de comunicación recíproca que va incidir en las consecuencias de ese diálogo.

Balint (2000) habla sobre la “caja de pandora”, cuando menciona que los médicos se quejan a menudo de su falta de tiempo, de su miedo a abrir esa caja y de lo incómodos que se sienten cuando se despliegan emociones fuertes. Si esta situación sucede con frecuencia en la práctica médica diaria, puede deducirse que también puede presentarse en el proceso del consentimiento informado, tanto con los pacientes que reciben terapia médica, como con los participantes en estudios de investigación.

Refiriéndonos al tema de la relación médico-paciente en el contexto de la terapia, hay un consenso en la importancia de la comunicación y la buena relación que debe existir entre ambos. Carl Rogers (1951, 1957, citado en Corbella y Botella, 2003) nombraba tres características fundamentales que debía desarrollar un terapeuta: ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente, solo en este contexto se podía establecer una relación terapéutica afectiva con el cliente. Corbella y Botella (2003), afirman que Gelso y Carter —1994— refieren que como el interés por el tema aumentó, también el esfuerzo por crear distintos instrumentos para su evaluación, y el incremento de publicaciones sobre el tema ayudaron a crear conciencia sobre su importancia.

Una teoría que está íntimamente ligada a la empatía es la Teoría de la Mente, es por esta razón que se considera conveniente desarrollarla.

LA TEORÍA DE LA MENTE Y LA EMPATÍA

Para nominar esta teoría se utilizan términos, tales como: “cognición social”, “mentalización”, “psicología popular”, “psicología intuitiva” o “conducta intencional” y la nomenclatura más conocida, ToM, proviene del inglés “Theory of Mind”.

Los trabajos de Premack y Woodruff (1978) son considerados como los pioneros en el origen del concepto de la teoría de la mente. Estos investigadores realizaron un estudio con chimpancés en 1978, cuya

finalidad era demostrar que los antropoides podían comprender la mente humana. Su hipótesis fue que los chimpancés tienen una teoría de la mente; es decir, esa habilidad para atribuir estados mentales a otros y a uno mismo.

Su estudio tuvo tal resultado que los investigadores decidieron ponerse a trabajar en la teoría de la mente en humanos y niños para intentar conocer cuando surgía esta habilidad en el ser humano. Premack y Woodruff (1978) concluyeron que los chimpancés y los humanos tienen una teoría de la mente si se atribuye estados mentales a sí mismo y también los atribuye a otros. Estos investigadores refieren que un sistema de referencias de este tipo debe ser visto apropiadamente como una teoría porque esos estados no son directamente observables, y puede ser utilizado para hacer predicciones del comportamiento de otros. Así como se puede inferir ello en los chimpancés, de igual manera podría considerarse en nuestra especie estados mentales como: propósito o intención, conocimiento, creencias, pensamiento, dudas, adivinanzas, simulación, simpatía o gusto y demás.

Tirapu-Ustárrroz, Pérez-Sayes, Erekatxo-Bilbao y Pelegrin-Valero (2007) refieren que la habilidad para comprender y predecir una conducta de otra persona, esto es: lo que el otro conoce, sus intenciones, emociones y creencias, es la teoría de la mente, también conocida como una habilidad “heterometacognitiva”, es decir, “un sistema cognitivo que logra conocer los contenidos de otro sistema cognitivo diferente a aquel con el que se lleva a cabo este conocimiento” (p. 479) proponen, de igual forma, una división de la ToM en diferentes procesos y la manera cómo evaluar cada uno de ellos.

Gallagher y Frith (2003) definen a la teoría de la mente como “nuestra capacidad de predecir y explicar el comportamiento de otras personas atribuyéndoles estados mentales independientes, tales como creencias y deseos” (p. 77), refieren también que están asociadas tres áreas que se activan constantemente, y son la corteza paracingular anterior, los surcos temporal superior y los polos temporales bilaterales, que vienen a conformar una red cognitiva social.

LAS NEURONAS ESPEJO Y LA EMPATÍA

Desde ese encuentro cara a cara que viene a

ser la situación primordial para que las personas se reconozcan como criaturas de mente y atribuir estados mentales a los otros, el sistema de las neuronas espejo se constituiría en la base para establecer relaciones intersubjetivas entre criaturas con mente. Stueber (2014) refiere así a Gallese —2001—, quien habla de estas neuronas como “el colector común de la intersubjetividad” (p. 44).

Al percibir a otras personas utilizamos mecanismos neurobiológicos muy diferentes de los que se activan para percibir objetos físicos, que nos hacen distinguir, entre estos objetos físicos, a los objetos que se parecen más a nosotros (Meltzoff y Brook, 2011, como se citó en Stueber, 2014); sin embargo, siguiendo con Stueber (2014), todavía se está en el terreno de las suposiciones en que estas neuronas espejo nos proporcionen una comprensión cognitiva de las acciones y emociones de otra persona, todo lo cual es objeto de amplio debate.

Rizzolatti y Sinigaglia (2006) refieren que el descubrimiento circunstancial de las neuronas espejo en el mono, pudo abrir la posibilidad de que este sistema también pudiera estar presente en el hombre. Estos investigadores han continuado sus estudios iniciados en 1950, tiempo en el que utilizando la electroencefalografía (EEG) pudieron observar movimientos que los llevaron a deducir que el hombre también poseía el mecanismo conocido ahora como “espejo”. Mencionan que otros autores también han venido investigando sobre el tema, con tecnología más refinada, como Wang, Ramachandran y Pineda —1997—, y el de Cochin y colaboradores —1998, 1999—; estos últimos estudiaron los movimientos de la pierna o el dedo y observaron que van acompañados por la desincronización del ritmo $m\mu$, situación que no ocurre “cuando se presenta un estímulo visual de naturaleza objetual: el ritmo que estaba bloqueado o desincronizado por la ejecución de movimientos por parte del sujeto lo estaba también durante su observación” (Rizzolatti y Sinigaglia, 2006, p. 118)

La magnetoencefalografía (MEG) es una técnica no invasiva que permite analizar la actividad eléctrica del cerebro mediante el registro de campos magnéticos que ella misma genera. Investigaciones con esta técnica han permitido poner de manifiesto que en la corteza precentral existe desincronización de los ritmos Mu (μ) durante la manipulación de un objeto y durante la observación de la misma tarea realizada

por otra persona (Hojat, 2012). Palau-Baduell, Valls-Santasusana y Salvadó-Salvadó (2011) refieren que, por ejemplo, en los trastornos del espectro autista (TEA) se han presentado evidencias de que “el ritmo $m\mu$ muestra una supresión significativa a sus propios movimientos, pero fallan al reaccionar a los movimientos realizados por otras personas” (p. S141). Consideran que la disfunción de las neuronas espejo podría relacionarse con las “alteraciones comunicativas y sociales, los déficits cognitivos y la alteración de las habilidades de imitación” (p. S141), en este caso asociados con los TEA.

Los estudios con la técnica de Estimulación magnética transcraneal (TMS), según Rizzolatti y Sinigaglia (2006), vienen a darnos la prueba más convincente de que el sistema motor del hombre posee propiedades espejo. Esta técnica no invasiva de estímulo nervioso se da a través de estímulos magnéticos con intensidad apropiada, aplicados a la corteza motora, logran registrar potenciales evocados motores MEP en músculos contralaterales. Ellos también refieren que las neuronas espejo fueron descubiertas por primera vez en el área F5 de la corteza premotora del mono, y citan a Di Pellegrino y col., 1992; Gallese y col. 1996; Rizzolatti y col., 1996 como sustento de su afirmación. F5 es básicamente un área motora que controla los movimientos de la mano y la boca. Una característica fundamental de esta área es que gran parte de sus neuronas descargan durante una acción dirigida a objetivos tales como agarrar o lagrimeo. Asimismo, refieren que investigaciones anteriores han evidenciado que muchas de estas neuronas se activan independientemente del efector (la mano derecha, la mano izquierda o la boca) que es utilizado para lograr el objetivo, como por ejemplo agarrar un objeto. A la inversa, estas neuronas no se disparan cuando el mono utiliza los mismos efectores con otros propósitos, por ejemplo, apartando los objetos. Una segunda característica fundamental de la zona F5 es que muchas de sus neuronas especifican cómo se puede lograr una meta. Por ejemplo, la mayoría de las neuronas para agarrar descargan únicamente si el agarre se realiza mediante un tipo particular de prensión, como el agarre de precisión, prensión del dedo y, más raramente, la prensión con la mano entera.

Alrededor del 20% de las neuronas F5 responden a estímulos visuales (Rizzolatti y Gallese, 1988). Una clase de estas neuronas viso-motoras, llamadas neuronas

canónicas, descargan cuando el mono ve un objeto que es congruente con el tipo de agarre codificado por la neurona (Murata y col., 1997). Una segunda clase de neuronas viso-motoras no descarga en respuesta a la presentación de imágenes de objetos en 3-D. Los estímulos visuales eficaces en el desencadenamiento de ellas son acciones en las que el experimentador (o un mono) interactúa con objetos. Las neuronas con estas propiedades han sido llamadas neuronas espejo (Gallese y col., 1996; Rizzolatti y col., 1996a, citados por Murata y col., 1997). Las neuronas espejo F5, para ser activadas, requieren una interacción entre la mano y el objeto. La sola vista del objeto o el agente que está haciendo la mímica no son efectivas. El significado del objeto para los animales no tiene influencia en la respuesta de las neuronas espejo. El agarrar un trozo de comida o un sólido geométrico produce las mismas respuestas de la misma intensidad.

Un aspecto funcional importante de las neuronas espejo es la estrecha relación entre sus seis propiedades visuales y motoras; evidenciándose coherencia entre las acciones visuales y las respuestas motoras, prácticamente, en todas las neuronas espejo (Rizzolatti, y Sinigaglia, 2006). Rizzolatti (2009) explica que estas células tienen la capacidad de transformar información que proviene de acciones del mundo externo, emocional o no, en actos motores en el individuo, es decir, se activan cuando se da un acto motor. Además, de acuerdo al tipo de correlación entre percepción y movimiento que muestran, las neuronas espejo han sido divididas entre las neuronas estrictamente congruentes y las ampliamente congruentes, pero ambas logran un objetivo semejante. (Iacoboni, 2009).

Las neuronas denominadas estrictamente congruentes son aquellas cuyas acciones efectivas observadas y sus acciones efectivas ejecutadas se corresponden ambas en términos de objetivo (por ejemplo, agarrar) y los medios. Es así como se ejecuta la acción (por ejemplo, el agarre de precisión). Marco Iacoboni (2009) refiere “estas neuronas se activan ante movimientos idénticos, ya sea realizados u observados” (p. 32). Estas neuronas representan alrededor del 30% de las neuronas espejo F5.

Las neuronas espejo ampliamente congruentes son las que no requieren la observación de la misma acción exacta del código motor para ser activadas. Algunas de ellas se descargan durante la ejecución de

un tipo particular de acción, por ejemplo, en el agarre de precisión, que es una acción particular. Sin embargo, responden a la observación de la acción de agarrar hecha por otra persona, independientemente del tipo de agarre utilizado. Otras neuronas ampliamente congruentes descargan en asociación con una acción motora sola, por ejemplo, sujetar; pero responden a la observación de dos acciones, por ejemplo, agarrar y sujetar. Generalmente estas neuronas representan un 60%.

Al parecer, las neuronas de la zona F5 vienen a conformar el almacén de las acciones potenciales que son llamadas “vocabulario de las acciones” (Rizzolatti y Gallese, 1988). La activación de las neuronas de F5 no determina necesariamente una acción; evoca su representación. Si se cumplen otras contingencias, este potencial de acción se convierte en una acción motriz real (Rizzolatti y Luppino, 2001). Las acciones potenciales pueden ser activadas endógenamente o exógenamente. La activación exógena —visual— es causada por la observación de objetos (intervienen las neuronas canónicas) o por la observación de las acciones realizadas por otras (neuronas espejo).

Rizzolatti, Fabbri-Destro y Cattaneo (2009) refieren que el descubrimiento del mecanismo que une la percepción de la acción y la ejecución de la acción ha venido a constituirse en uno de los descubrimientos interesantes en las neurociencias. La explicación más simple que dan sobre el mecanismo espejo es que si uno observa en otro individuo lo que está haciendo, una serie de neuronas que codifican para esa acción se activarán en el sistema motor del observador. Como el observador está consciente de los resultados que dan sus actos motores, entenderá lo que el otro individuo está haciendo sin necesidad de una mediación cognitiva intermediativa.

Marco Iacoboni y otros neurocientíficos que trabajan en la Universidad de California en Los Ángeles demostraron que los humanos tenían un sistema similar de neuronas. Sus resultados condujeron a la suposición de que una región del cerebro humano es análoga al área F5 del cerebro del mono y que se activa cuando la persona observa acciones realizadas por otras personas como si las estuviera realizando ella misma. (Iacoboni, 2009).

Hojat (2012) refiere una serie de descubrimientos que fundamentan la presencia y el funcionamiento de

las neuronas espejo; entre sus extensas citas menciona a Buccino et al. —2001— y Gallese —2003—, quienes afirman que los estudios de imágenes en seres humanos han mostrado que las neuronas espejo correspondientes a la acción de la mano disparan en la red cortical: región de Broca, la corteza premotora y la corteza parietal posterior. Asimismo, Hojat, citando a Kohler et al. —2002— y Keysers et al. expresa que dichos autores han concluido que las neuronas espejo audiovisuales se activan cuando el observador desempeña el acto observado, o simplemente cuando observa o escucha acerca del acto. Wicker y colaboradores (2003, citados por Hojat, 2012) descubrieron que no solo observando la acción manual de otra persona se activaba el sistema de neuronas espejo del observador, sino también que la observación de emociones, como el asco producido por olores desagradables, podía activar la representación neural de tal emoción. Wicker y sus colaboradores, utilizando la RMf, obtuvieron información con la cual evidenciaron que la ínsula era la base neuronal común al ver y sentir asco, y llegaron a la conclusión de que esta era una vía de acceso para el entendimiento empático. Asimismo, la ínsula, de acuerdo a Carr y colaboradores (2003, mencionados por Hojat, 2012), podría transmitir información acerca de la representación de una acción al área del sistema límbico, donde es procesado el contenido emocional; las lesiones en esta área podrían conducir al deterioro del entendimiento de las emociones de otras personas, bloqueando, por tanto, la vía para el entendimiento empático. Así también, Umiltà y colaboradores demostraron que cuando una acción era observada parcialmente, el sistema de neuronas espejo infería el acto completo, por ejemplo, una mano alcanzando un objeto para sujetarlo (Kolb y Whishaw, 2009).

Una característica especialmente interesante en el tema de la empatía viene a ser el factor de intuición del que habla Carl Rogers en entrevista con Sebastián Capó (1982). Goubert et al. (2005) explican que el sentido intuitivo se daría en el hecho de que el observador y la persona observada experimentan sensaciones similares que pueden conducirlos a un entendimiento común, pero la experiencia vivida no será idéntica.

Siguiendo con Hojat (2012), Keysers y colaboradores en el año 2004, realizaron una serie de observaciones utilizando imágenes cerebrales, y concluyeron que existía una empatía táctil que tiene

su correlato anatómico en la corteza somato-sensorial secundaria. Un ejemplo dado es el observar una araña trepando por la cara de otra persona y que puede provocar escalofríos en el observador, tal como si a esta persona le estuviera trepando esa araña por el rostro.

Finalmente, Hojat (2012) refiere que el sistema de neuronas espejo desempeña una función importante en el entendimiento de las experiencias de los otros, y señala que este sistema habilita a los seres humanos para desarrollar “ricas y variadas experiencias intersubjetivas” (p.42); él espera que los futuros estudios en el tema den nuevos conocimientos relacionados a la empatía y la estructura neuroanatómica relacionada a ella.

BASE ENDOCRINOLÓGICA DE LA EMPATÍA, LA HORMONA DE LA OXITOCINA

La hormona oxitocina, conocida como la hormona del amor o el estimulante humano de la empatía, se libera en forma natural en nuestro cuerpo durante experiencias como el dar a luz, enamorarse y el sexo. Existen investigaciones que han descubierto que dar oxitocina a la gente puede disminuir su ansiedad y mitigar su timidez. Paul Zak (2011), investigador neuroeconomista, realizó un estudio en el que roció oxitocina en la nariz de los participantes en un experimento que tenía por objetivo probar si dicha sustancia podía producir cambios en la generosidad de las personas. En efecto, los participantes que recibieron una dosis mayor de oxitocina se mostraron más generosos ofreciendo más dinero que los participantes expuestos a dosis menores de la molécula.

Otro de los experimentos realizados por Zak (2011) tuvo como finalidad predecir la empatía observando el nivel de contacto sentimental que pudiesen mostrar los participantes. A estos se les tomó una muestra de sangre antes de ver un video que relataba la historia de un padre y su hijo con cáncer terminal. Al final del video les pidió examinar las emociones que había suscitado en ellos la historia y luego procedió a tomarles una nueva muestra de sangre; observándose un cambio en sus niveles de oxitocina. Según el investigador, la empatía es la que nos hace conectar con las otras personas, la que nos hace ayudar a otros, que compartamos los sentimientos de otros y es también la empatía la que nos hace morales.

Sus estudios han evidenciado que las mujeres presentan un 10% más de oxitocina que los varones; asimismo, que un 5% de personas tiene un nivel bajo de oxitocina y considera que estas podrían estar clasificadas dentro de quienes tienen rasgos psicopáticos. Indica también que cuando la persona es inmune a la sustancia, es más proclive a la inmoralidad o al comportamiento egoísta.

Entre los factores que pueden influir en un menor nivel de oxitocina está la nutrición insuficiente; y el aumento del estrés inhibe la producción de oxitocina. También ha observado que los niveles altos de testosterona hacen que las personas se vuelvan egoístas y tiendan a castigar.

EMPATÍA Y GENÉTICA

Chen, Panksepp y Lahvis (2009) realizaron un estudio en ratones. Se basaron en la premisa de que cuando se detectan molestias o alarma en otro, puede producirse una variedad de respuestas de comportamiento, incluyendo mayores niveles de apoyo, consuelo o una mayor vigilancia hacia las amenazas. Más aún, los cambios en su fisiología sistémica a menudo son acompañados con el reconocimiento de los estados de angustia en otros. Encontraron que los ratones responden a las señales del ambiente que predicen la angustia social, que su frecuencia cardíaca cambia cuando sus congéneres emiten vocalizaciones de angustia y que los antecedentes genéticos influyen sustancialmente en la magnitud de sus respuestas.

Estos investigadores realizaron una serie de sesiones de pre exposición con los ratones. Llevaron a cabo experiencias repetidas de exposición a un tono de shock (CS-UCS) y esta contingencia se tradujo en la desaceleración de la frecuencia cardíaca en los ratones de la cepa gregaria C57BL / 6J (B6), pero no en ratones de la cepa menos social BALB/cJ (BALB). Después de las sesiones de preexposición, los ratones fueron sometidos individualmente a las CS por 5 ensayos consecutivos más, seguidos de 5 exposiciones consecutivas en parejas de la CS con la UCS. La preexposición al factor que producía la angustia aumentó las respuestas de inmovilizar a los ratones B6, pero no a los ratones BALB, tanto cuando el ensayo fue realizado solo CS o en la exposición en pares, es decir, los ensayos CS- UCS.

Estas respuestas fisiológicas y de comportamiento de los ratones B6 a la angustia social son rasgos paralelos a los de la empatía humana. Chen et al. (2009) refieren que su paradigma tiene constructo y presenta validez con las visiones contemporáneas de empatía, y proporciona evidencia inequívoca de una contribución genética a la expresión de un comportamiento empático.

EL ABISMO VISUAL Y LA EMPATÍA

Joseph Campos, de la Universidad de California (Afmaldon, 2011), refiere que las emociones revelan la cognición y el entendimiento de un bebé; y más aún, las emociones son la comunicación no verbal de niños con los padres y viceversa. Este investigador, basándose en el procedimiento realizado por los psicólogos y esposos Eleanor Gibson y Richard Walk en 1950 llamado abismo visual, cuya finalidad era la de comprobar la percepción de la profundidad o habilidad para juzgar, llevó a cabo un experimento en el que participaron niños de 9 a 12 meses a quienes uno a uno se les colocaba sobre una mesa con una base de vidrio a cuadros y que estaba aparentemente dividida en el medio. La segunda mitad tenía un vidrio que traslucía un ambiente similar al que se encontraba el bebé pero que daba la percepción de que tenía profundidad. La tarea era que recorriera de un borde al otro para conseguir un juguete que estaba cerca a la madre. La madre ponía en una de las pruebas cara sonriente y el niño primero con cautela y luego con la confianza de ver el rostro de la madre sonriendo cruzaba la mesa, a pesar de las dificultades que presentaba la percepción. Cuando la madre ponía cara de temor, el bebé se abstenía de cruzar la línea media.

Campos (Afmaldon, 2011) explica que con este estudio los autores querían demostrar la comunicación no-verbal entre la madre y su niño que determinaba la conducta de su bebé.

En el experimento, es interesante observar la mirada permanente del niño dirigida a su madre mientras cruzaba la zona que parecía tener profundidad. Asimismo, indica que los bebés ante una situación ambigua miraban a sus cuidadores (visión significativa), y que les daba la confianza para seguir en la actividad que estaban realizando, o abstenerse.

EL ROSTRO INEXPRESIVO COMO UNA RESPUESTA NO EMPÁTICA

Tronick (2011), en el experimento de la cara inexpresiva, demuestra cómo los niños desde tan pequeños responden a la interacción con sus madres. Cuando la madre juega con él, se relacionan realizando movimientos coordinados, se sonríen y en general al niño se le ve feliz; pero cuando la madre adopta una cara inexpresiva, el niño trata de llamar su atención, realizando movimientos que ambos compartieron momentos antes: le sonrío, estira sus brazos hacia ella, emite sonidos para atraerla, pero al no verse correspondido poco a poco empieza a mostrarse angustiado al punto de llorar y pierde el control de su postura, se producen cambios fisiológicos como el aumento del latido cardiaco, que se evidencia en el color rojo de la piel de su rostro. El doctor Tronick indica que de esta situación se producen tres posibles resultados: lo bueno, lo malo, y lo feo; lo bueno, que es lo normal que se hace con los niños; lo malo, que puede venir algo malo como cuando la madre se muestra inexpresiva; y lo feo, cuando no se vuelve a la situación buena y permanece en la segunda posición sin retorno a lo bueno y no hay una reparación.

Hojat (2012) opina que viene a ser “el primer paso hacia el desarrollo de la capacidad empática” (p. 57) la etapa en que el bebé todavía no ha desarrollado el lenguaje, función que le facilitaría la comunicación y donde se dan con frecuencia las interacciones cara a cara de madre e hijo en un sistema de comunicación recíproco orientado por metas que sirven como reguladores de emociones en las relaciones sociales; y que la habilidad de los bebés para imitar las expresiones faciales, copiar actividades motoras y entender emociones es un indicativo que tienen una capacidad innata de establecer conexiones sociales en los primeros días de vida. Asimismo, Hojat (2012) citando a Stern —1985— refiere que el alentar esta habilidad prepara los cimientos del desarrollo de una capacidad de entender los estados emocionales positivos y negativos de otras personas y que tal entendimiento es el camino principal hacia la empatía, y concluye que en la empatía están involucradas las raíces evolutivas de los comportamientos sociales, la expresión de las emociones a través de la comunicación no verbal, la fisiología psicosocial de las interacciones sociales, el deterioro neurológico y los efectos del sistema nervioso sobre el entendimiento empático, cuyas deficiencias pueden evidenciarse en el autismo, por ejemplo.

La neuroanatomía, es un campo que está en camino a ir descubriendo los correlatos neuroanatómicos de la empatía y en el futuro nos dará mayores conocimientos. Lo que ya está claro es que la empatía es algo con lo que nacemos y su manifestación depende de factores experienciales y ambientales.

El tema de la empatía es de especial importancia para la convivencia de la humanidad. El conocer más sobre su significado y sus implicancias ayudaría sustancialmente a tomar consciencia de nuestro papel preponderante en la meta de crear un mundo mejor, puesto que las personas estaríamos conscientes de la influencia recíproca que tiene nuestro comportamiento con los otros. Una actitud positiva, conciliadora, de cooperación, marcaría sin lugar a dudas un camino valioso hacia la obtención del bienestar y la salud.

Luego de haber revisado el concepto de empatía desde un punto de vista psicológico, interrelacional y su correlato neuroanatómico, paso al segundo tema propuesto en este artículo, que es la ética médica y que se puede considerar como una capacidad importante para que el encuentro médico paciente sea ético, es decir, sea bueno y eficiente.

ÉTICA MÉDICA

Hipócrates (S. V a.C.) otorgó al “pronóstico” una importancia fundamental, porque un médico no debe realizar acto alguno que no sea procurar el bien y no solo no dañar, esfera cuya consecución exige que el médico deba esforzarse para interiorizar una serie de cualidades y virtudes para conseguir ese fin.

La relación entre el médico y el enfermo está fuertemente ligada al valor de la “confianza”, sin la cual esta interacción podría no conseguir los fines que persigue, como son que el enfermo, pueda apoyarse en el conocimiento de su médico para lograr sanar o aliviarse de sus males.

Es ahí donde la empatía tiene un papel clave, cuando el médico trata de comprender la situación del enfermo y así no solo ser capaz para diagnosticar la enfermedad con una mayor precisión sino hacerle un bien psico-emocional al paciente, bien que le servirá de soporte y ayuda para enfrentar a lo que tenga que enfrentar en su realidad de enfermo.

Este acto de una práctica indulgente donde las virtudes médicas a las que se refieren Pellegrino y Thomasma (1993) marcan el camino ético a seguir y que no se refiere solamente a un don, ni solo un deber, sino como reflexiona De Santiago (2014), debería ser una exigencia mayor determinada por el amor al enfermo, donde está presente el sacrificio personal y la renuncia a intereses personales, siguiendo en el pensamiento de Hipócrates quien también refiere que las virtudes a seguir deben llevar el componente del sentimiento de “amor al arte y amor al hombre”.

Pellegrino y Thomasma (1993) manifiestan que el médico debe tener un hábito logrado con tesón en virtudes, que le permitirá intuir sus decisiones y los pasos más justos y prudentes que debe seguir a lo largo de su quehacer profesional y que por ende es el sello de su actuar en todo orden de cosas en su vida, es decir, el médico tenga una conducta virtuosa en su vida profesional como en su vida privada.

Estos médicos cristianos elaboraron una lista de virtudes que todo profesional de la salud debería integrar a su vida, entre ellas destacan la fidelidad a la confianza, la compasión, la benevolencia, la honestidad y el valor a la veracidad, la prudencia, la justicia, la fortaleza y la templanza, la integridad y el desprendimiento altruista, el ser piadoso, sobrio, abnegado, minucioso, discreto. Todas ellas ayudarán al profesional en salud a realizar un trabajo donde la excelencia será el fin máximo, que por lo bueno se acerca al principio de beneficencia, que es hacer el bien, y que conllevará el procurar y llevar a cabo la mejor terapia posible.

Pellegrino, según De Santiago (2014), hace la diferencia entre las virtudes médicas y las habilidades técnicas, es decir un médico puede ser competente en su práctica, pero esto no es suficiente, pues se requiere una relación de ayuda y protección, donde el enfermo percibe que se está haciendo todo lo posible para ayudarlo en su dolor, discapacidad o riesgo de muerte y además que respete su opinión y sus convicciones.

Lugo (2011), en su reflexión sobre la respuesta médica en el encuentro médico paciente, donde el médico al recibir al paciente hace preguntas tales como ¿qué puedo hacer por usted?... ¿cómo se siente o qué le ocurre?, estima que en ese acto el médico está invitándose a sí mismo a entrar en el mundo de las

vivencias del paciente y a su vez compartir su propio mundo vital con el enfermo, desde esta perspectiva se puede aludir el rol de la empatía como una capacidad importante, primordial en el médico, porque está precisado a ingresar a ese mundo de dolencia del enfermo para realizar un buen diagnóstico y además dar respuesta a su subjetividad donde las expectativas y esperanza en ambos sobre el tratamiento puede tener un efecto, se puede decir, crucial.

León Correa (2009), dentro de un marco bioético y de principios, analiza la calidad de la atención, donde se espera un trabajo excelente que cubra las expectativas de los usuarios y además sea más cercana al paciente, es decir, una relación más personal, más humanizada. Él considera que una acogida equilibrada, ser solícito, compasivo y respetuoso y el reconocer al otro, son elementos fundamentales en nuestra construcción moral propia, por tanto, podemos deducir que para que se den estos elementos el médico requiere esa capacidad empática para estar a la altura de las circunstancias del enfermo al qué atender.

Es así que podemos concluir que, de esa práctica virtuosa y humana en bien del enfermo y del mismo médico, el componente empático se hace indispensable. Por ejemplo, en el mundo profesional de la Psicología es inconcebible, salvo excepciones, hacer una labor de calidad sin estar presentes elementos como creencias, sentimientos y vivencias en el encuentro empático compasivo con el otro.

REFERENCIAS

- Afmaldon (1 de noviembre de 2011). *Abismo visual*. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=lcmA--8Ug00>
- Back, A., Arnold, R. y Tulsy, J. (2012). *El arte de la comunicación con pacientes muy graves*. España: Alianza Editorial.
- Balint, M. (2000). *The doctor, his patient and the illness*. New York: Churchill Livingstone.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221. Recuperado de www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.0df

- Chen, Q., Panksepp J. & Lahvis, G. (2009). Empathy is moderated by genetic background in mice. *PLoS ONE* 4(2): e4387. doi:10.1371/journal.pone.0004387
- Dae Hun Suh, Jong Soo Hong, Dong Hun Lee, Joseph S, Gonnella & Hojat, M. (2012). The Jefferson Scale of Physician Empathy: A preliminary psychometric study and group comparisons in Korean physicians. *Medical Teacher Journal*, 34(464-468). Recuperado de <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/0142159X.2012.668632>
- DeSantiago, M. (2014). *Las virtudes en bioética clínica*. Cuadernos de Bioética XX 2014/1ª. Recuperado de aebioetica.org/revistas/2014/25/83/75.pdf
- Eisenberg, N. & Strayer, J. (Eds.). (1990). *Empathy and its development*. UK: Cambridge University Press. Recuperado de <http://books.google.com.pe/books?id=PvQ4AAAAIAAJ&pg=PA3&lpg=PA3&dq=eisenberg+y+strayer&source=bl&ots=K1ZR1relBw&sig=yQMs-cfJI7cc3HyOxhL3csfXqIQ&hl=es&sa=X&ei=Sot3VNCUHMurggSiiINQ&ved=0CCQQ6AEwAQ#v=onepage&q=eisenberg%20y%20strayer&f=false>
- Freedberg, D. (2009). *El poder de las imágenes*. España: Cátedra. Recuperado de file:///C:/Users/Sonia%20C%3%A1ceres/Downloads/dept_freedberg_empathy.pdf
- Gallagher, H. & Frith, C. (2003). Functional imaging of "theory of mind". *Trends in Cognitive Sciences*, 7(2). doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S1364-6613\(02\)00025-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1364-6613(02)00025-6)
- Goubert, L., Craig, K., Vervoort, T., Morley, S., Sullivan, M., Williams, A. ... & Crombez, G. (2005). Facing others in pain: the effects of empathy. *International Association for the Study of Pain*, 118, 285-288. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/7478323_Facing_others_in_pain_the_effects_of_empathy
- Hojat, M. (2012). *Empatía en el cuidado del paciente. Antecedentes, desarrollo, medición y resultados*. México D. F.: Manual Moderno.
- Iacoboni, M. (2009). *Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación, o de cómo entendemos a los otros*. Madrid: Katz Editores. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=C5RHgLTpmlwC&pg=PA32&lpg=PA32&dq=neuronas+espejo+ampliamente+congruentes+iacoboni&source=bl&ots=6-rGisUrjd&sig=22R0yZNFZhyC0Ir1Bk9z-0BKz28&hl=es&sa=X&ved=0CBoQ6AEwAGoVChMIgbbvqZLkyAIVRXgmCh2blA9v#v=onepage&q=neuronas%20espejo%20ampliamente%20congruentes%20iacoboni&f=false>
- Hojat, M. (2012). *Empatía en el cuidado del paciente. Antecedentes, desarrollo, medición y resultados*. México: El Manual Moderno.
- Kolb, B., Wishaw, I. (2009). *Neuropsicología humana*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- León Correa, F. (2009). Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. *Acta Bioethica*, 15(1), 70-78.
- Leombruni, P., Di Lillo, M., Miniotti, M., Picardi, A., Alessandri, G., Sica, C., Zizzi, F., Castelli, L. y Torta, T. (2014). Measurement properties and confirmatory factor analysis of the Jefferson Scale of Empathy in Italian medical students. *Perspectives on Medical Education*, 3(6), 419-430. doi:10.1007/s40037-014-9137-9
- Lugo, E. (2011). *Relación médico-paciente. Encuentro y sus modelos*. Enciclopedia de Bioética. Universidad Católica de Cuyo. Recuperado de URL:<http://enciclopediadebioetica.com/index.php/autores/77-voces/95-relacion-medicopaciente-encuentro-y-sus-modelos>
- Murata, A., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V., Raos, V. & Rizzolatti, G. (1997). Object representation in the ventral premotor cortex (área F5) of the monkey. *Journal of Neurophysiology*, 78(4), 2226-2230.
- Palau-Baduell, M., Valls-Santasusana, A. y Salvadó-Salvadó, B. (2011). Trastorno del espectro autista y ritmo mu. Una nueva perspectiva neurofisiológica. *Revista Neurológica*, 52(Supl. 1), S141-S146. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2010796>
- Pellegrino, E. y Thomasma, D. (1993). *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press.
- Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral*

- and *Brain Sciences*, 1(4), 515-526. doi:10.1017/S0140525X00076512
- Repetto, E. (1992). *Fundamentos de orientación: la empática en el proceso orientador*. Madrid: Morata, S.A.
- Rizzolatti, G. (2009). *I segreti dei neuroni specchio*. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=1G0GY0oQspE&hl=es>
- Rizzolatti, G., Fabbri-Destro, M. & Cattaneo, L. (2009). Mirror neurons and their clinical relevance- *Nature Clinical Practice Neurology*, 5, 24-34. doi:10.1038/ncpneuro0990
- Rizzolatti, G., & Gallese, V. (1988). Mechanisms and theories of spatial neglect. En F. Bollet, y J. Grafmen,(comps.), *Handbook of Neuropsychology* (Vol. 1, pp. 223-246) Amsterdam: Elsevier.
- Rizzolatti, G. & Luppino, G. (2001). The cortical motor system. *Neuron*, 31(6), 889-901.
- Rizzolatti, G. y Sinigaglia, C. (2006). *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Sebastián Capó, J. (1982). *Entrevista con Carl Rogers*. Recuperado de www.raco.cat/index.php/EducacioCultura/article/download/70106/86427
- Stueber, K. (2006). *Rediscovering empathy. Agency, folk psychology and the human science*. Recuperado de http://books.google.com.pe/books?id=FEL-bxiH2_0C&pg=PA6&lpg=PA6&dq=robert+vischer+1873&source=bl&ots=Czzq1y8hK3&sig=tl4JxrMkGCJyGkVL170s-BsV1Nc&hl=es&sa=X&ei=K_F3VMKVLcqfggSHq4OYAw&ved=0CF4Q6AEwCA#v=onepage&q=robert%20vischer%201873&f=false
- Stueber, K. (2014). Empathy. En E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Recuperado de <http://plato.stanford.edu/archives/spr2014/entries/empathy/>
- Titchener, C. B. (1909). *Lectures on the experimental psychology of the thought-processes*. New York: Mac-Millan.
- Tirapu-Ustároz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M. y Pelegrin-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista Neurología*, 44(8), 479-489. Recuperado de https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/cgil/eto%20y%20neuro/Tirapu-Ustarroz_2007.pdf
- Tronick, E. (1 de abril de 2011). *Experimento de la cara inexpresiva* [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Lho2mzPHrRY>
- Urday, S., Ugalde, R., Zamorano A. y Díaz, V. (2013). Evaluación de los niveles de orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad Finis Terrae de Santiago, Chile. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 6(3), 130-133. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072013000300006
- Velarde, M. y Quiroz, L. (2014). *Tópicos de calidad en salud: Dimensión humana de la calidad en salud*. Lima: Gráfica Abicera SAC.
- Zak, P. (julio, 2011). *Paul Zak: confianza, moral... y oxitocina*. [Archivo de video]. Recuperado de http://www.ted.com/talks/paul_zak_trust_morality_and_oxytocin?language=es#t-492923

Fecha de recepción: 14 de diciembre, 2015

Fecha de aceptación: 17 de mayo, 2016