

11241

15
29

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

EL PACIENTE EN PSICOTERAPIA Y
SU PERCEPCION DE LA EMPATIA

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE UN GRUPO
DE RESIDENTES EN PSIQUIATRIA Y
UN GRUPO DE PSIQUIATRAS CON EXPERIENCIA

T E S I S QUE PRESENTA ANDRES GUEVARA BRIZ PARA OBTENER
EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA



TUTOR DE LA TESIS: DR. JOSE G. MERCADO VERDIN

ASESOR DE LA TESIS: DR. CARLOS TORNER



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Introducción.....	1
Funciones de la Empatía.....	6
Antecedentes.....	7
Planteamiento del problema.....	19
Hipótesis de Trabajo.....	21
Objetivos de la Investigación.....	22
Diseño de la Investigación.....	23
Método.....	24
Resultados.....	27
Análisis Estadístico.....	29
Discusión.....	30
Conclusiones.....	33
Cuadro I.....	35
Cuadro II.....	36

Cuadro III.....	37
Cuadro IV.....	38
Cuadro V.....	39
Cuadro VI.....	40
Anexo I.....	41
Gráfica I.....	43
Gráfica II.....	44
Gráfica III.....	45
Gráfica IV.....	46
Gráfica V.....	47
Referencias.....	48

INTRODUCCION

En 1905 Freud en su libro *El Chiste y su Relación con el Inconsciente* señaló: "Tomamos el estado psíquico en consideración, nos ponemos a nosotros mismos en él y tratamos de entenderlo comparándolo con el nuestro". En 1977 Kohut en *La Restauración del Self* la llama "Introspección vicariante". Schafer definió empatía como "la experiencia de entender y comprender el estado psicológico momentáneo de otra persona".

Otros psicoanalistas han ayudado a aclarar el significado de empatía distinguiéndolo de otros procesos con los que se puede confundir. Stone y Whitman describieron la intuición como la percepción inmediata de ideas, por tanto empatía es un proceso que involucra sentimientos en combinación con pensamientos.

También hacen la diferencia entre empatía e identificación, esta última es inconsciente y relativamente esperable en una relación (este es un aspecto de la contratransferencia). Por lo tanto empatía es consciente o preconsciente y se da en respuesta de la interacción más inmediata.

Greenson señaló las diferencias entre empatía y simpatía, ésta última tiene elementos de condolencia y agradecimiento, estas

diferencias son importantes, ya que muchos clínicos sienten que la empatía y la intuición del terapeuta facilitan la terapia, mientras que la identificación y simpatía pueden obstaculizarla.

Los terapeutas centrados hacia el paciente expandieron el concepto de "empatía precisa" al incluir la comunicación de este entendimiento al paciente (1).

La palabra alemana *Einfühlung* fue usada primero para referirse al conocimiento interpersonal en los primeros años de este siglo por el psicólogo Theodor Lipps.

Como ya se mencionó el término fué utilizado por Freud en sus escritos, pero quizá el no escribió sobre empatía, ya que Lipps, a quien Freud admiraba, había escrito sobre la materia extensamente y poco quedaba por decir sobre el tema (2).

Nuestra palabra empatía de acuerdo a Lee es un neologismo atribuido a E. G. Titchener quien acuñó el término del griego de la traducción de *Einfühlung*.

Empatía es un concepto de importancia teórica para el psicoanálisis emergido con las contribuciones de Kohut. En las dos décadas pasadas el concepto ha llegado a tomar gran relevancia coincidiendo con la teoría psicológica del self de Kohut. La discusión de Freud sobre empatía se ha traducido de la siguiente forma: "Un camino que guía de la identificación por

la vía de la imitación a la empatía que es a la comprensión del mecanismo por medio del cual estamos capacitados para entender cualquier actitud hacia otra vida mental".

Es de primordial importancia la clásica explicación psicoanalítica de Fenichel: "empatía consiste en dos actos: a) Una identificación con otra persona y b) el entendimiento de los propios sentimientos después de la identificación y por este camino un entendimiento de los sentimientos del objeto".

Fenichel refiere: " El estado donde no existen objetos es el estado narcisístico primario, cuyos fines sexuales son íntegramente autoeróticos. Lo que allí recibió el nombre de identificación primaria es idéntico a lo que podría llamarse incorporación oral desde el punto de vista de los instintos. El primer comportamiento instintivo positivo hacia un objeto deseado es acortar la distancia entre uno mismo y el objeto y finalmente en tragarlo". Desde el proceso de incorporación Fenichel explica cómo se va dando la capacidad de relacionarse con los otros por parte del niño.

Noy considera que son tres sus componentes, pero incluye también un elemento de identificación dentro de la empatía de la misma forma en que lo hace Fenichel. Reik describe de manera más clara los aspectos del proceso de empatía dentro de la psicoterapia: la identificación, la incorporación (hacer propias las experiencias del otro), la reverberancia (experimentar la

experiencia del otro mientras asocia cognitiva y afectivamente esa experiencia) y la separación (retorno a una identidad separada para dar una respuesta que refleje la comprensión de las emociones del paciente y al mismo tiempo, la independencia de las del terapeuta (3).

Hoffman definió la respuesta empática como una respuesta afectiva vicariante en la eu el observador responde como si estuviera experimentando afecto que el modelo. Separadamente Hoffman consideró varios mecanismos que pueden influir en la respuesta empática, incluyendo el condicionamiento clásico y la mímica motora, combinadas con varios grados de relajación y aproximaciones cognitivas.

Basch quien ha escrito extensamente sobre empatía rechazando la noción de identificación como base de la empatía, prefiriendo la instancia de la mímica somática (2).

Estas definiciones incluyen el resultado y el proceso a través del cual el primero es archivado y registrado por la mente (2).

Free y colaboradores decidieron utilizar la siguiente definición de empatía para su trabajo: "Empatía es el proceso en el que intermitentemente el terapeuta se pone en los zapatos del paciente, tratando de experimentar los sentimientos y pensamientos del paciente en esos momentos (1).

Kohut escribió: "Empatía es un modo de cognición que está específicamente asociada a la percepción de configuraciones psicológicas complejas". Para el propósito de la investigación interdisciplinaria Kohut da una definición satisfactoria de un proceso misterioso que depende de otros conceptos de alto nivel.

A partir de definiciones como la de Kohut se pueden construir hipótesis que involucren un nivel somático de descripción que sean medibles utilizando estímulos apropiados (2).

Las percepciones se asocian con experiencias subjetivas ocurridas en el pasado del observador conduciendo finalmente a activación límbica y coincidentemente a patrones autónomos y motores (2).

FUNCIONES DE LA EMPATIA EN LA PSICOTERAPIA.

La función de la empatía dentro de la psicoterapia es ayudar al paciente en el desarrollo de estructuras conceptuales nuevas, más adaptativas y satisfactorias, y encontrar caminos para integrar sus necesidades con las circunstancias de la vida.

Fundamentalmente esto involucra la ayuda hacia el paciente para clarificar o modificar actitudes y autopercepciones.

Es a partir de la empatía que el terapeuta logra entender las ironías, tragedias, comedias, romances, valores, victorias y decepciones de las experiencias de sus pacientes. Esta comprensión guía al terapeuta en sus intervenciones en término del contenido de su comunicación y su timing, en su discurso y sentir, incluyendo también la posibilidad de mantener el silencio. Es por esa razón que las comunicaciones guiadas por la empatía son experimentadas como significativas y relevantes por el paciente y conducen a un sentimiento de convicción. Muchos aspectos de la conducta del terapeuta, estudiada cuantitativamente como destreza, calidez, seguridad, experiencia y reflexión acertada depende la empatía (4).

ANTECEDENTES.

El papel de la empatía en la terapia ecléctica y orientada al inconsciente ha sido estudiado sistemáticamente por varios grupos y parece estar relacionada con el resultado de la misma. Hay múltiple bibliografía sobre la importancia de la empatía en la terapia psicoanalítica, pero hay pocos estudios que la evalúen objetivamente. La gran mayoría de los estudios sistemáticos en empatía caen en juicios independientes revisando segmentos de terapia grabados, externando un punto de vista subjetivo. Muchos supervisores clínicos de terapia psicodinámica continúan cayendo en presentaciones tradicionales y haciendo inferencias en relación a empatía, ya que es difícil traducir los hallazgos con ésta forma común de supervisión (1).

En la década pasada ha resurgido el interés en la empatía como una fuerza exploradora y terapéutica en psicoterapia. En parte eso refleja el impacto de la psicología del delf desde su perspectiva, esta corriente toma a la empatía como fundamental en la congruencia de ciertas transferencias esenciales, la evolución de éstas es necesaria para la fuerza curativa de ésta modalidad terapéutica.

Empatía es un ingrediente esencial en la psicoterapia de los grandes grupos de pacientes: los que tienen un buen

funcionamiento y los que funcionan intrapsíquicamente de manera más primitiva. Con los pacientes más saludables el conocimiento de su mundo interior y la capacidad de comunicarlo al terapeuta, la empatía desarrolla la alianza terapéutica.

En los pacientes más disfuncionales como los limítrofes o los que presentan reacciones esquizofrénicas la empatía es importante para tener acceso al mundo interior del mismo, un mundo del que el paciente puede o no tener conocimiento, pero que es incapaz de verbalizar (5).

Natale realizó un estudio en el que examinaba la relación entre las características del discurso del terapeuta y su empatía, calidez y legitimidad y el estado de la relación terapéutica cuantificada por el entrevistado, encontrando relación directa entre el moldeamiento del discurso del entrevistado y todas las variables estudiadas, con excepción de la legitimidad, en este estudio se concluyó que deberían estudiarse en un futuro la relación entre el discurso terapeuta-paciente y las mediciones de los silencios y las variables mencionadas (6).

Abramowitz se pregunta si las mujeres son más empáticas en la relación terapéutica que los hombres, concluyendo que sus resultados son consistentes en relación con la noción de prescripciones dependientes del papel sexual en la sensibilidad

interpersonal, ya que quienes obtuvieron mayores puntajes en la cuantificación de la empatía fueron las mujeres (7).

Langs estudió la relación entre empatía e intuición por un lado y proyección e identificación proyectiva por el otro, también estudió la necesidad de aplicar un proceso de validación para confirmar todas las respuestas empáticas e intuitivas por parte del terapeuta. La influencia de la contratransferencia en la experiencia y uso de la empatía y de la intuición también se investigaron. El desarrollo de alianzas terapéuticas erróneas y curas estructurales, la diferencia entre transferencia y ausencia de la misma, las dificultades de la contratransferencia y las características del insight, tienen relación con el tipo de vínculo realizado con el paciente y por tanto con el tipo e intensidad de la empatía (8).

Richman realizó un trabajo en el que estudió la simbiosis, la conducta suicida, la familia y la empatía, el autor discute en su trabajo el concepto de simbiosis como lo describe Mahler y sus colaboradores, y sus aplicaciones clínicas en situaciones suicidas. Define simbiosis como una etapa del desarrollo en la que caracterizada por la dificultad en la diferenciación entre el self y los otros y una relación que es contingente sobre la familia y el desempeño social. Las alteraciones en la simbiosis son un componente mayor en los intentos suicidas, los aspectos destructivos de la simbiosis van de la mano en su relación con la empatía y los esfuerzos para restaurar y resolver un conflicto

simbiótico a través de la conducta suicida. En este trabajo se pone de manifiesto la importancia de la relación empática en la familia para entender los fenómenos que se dan dentro de ella (9).

En su trabajo Post trata de seguir las raíces de la empatía haciendo una descripción estética y psicológica comenzando con el origen en la relación madre-niño, refiriendo que la ontogénesis y empleo de una empatía madura requiere de un acceso flexible y repetido a sus niveles más primitivos, niveles especialmente importantes para el analista en el entendimiento de pacientes severamente enfermos. El trastorno narcisista en el analista, que frecuentemente va acompañado de una hipertrofia benéfica de las capacidades empáticas primitivas, tiende a ser particularmente dañina en el ejercicio de una empatía madura. La contratransferencia se evalúa desde este punto de vista y en relación a la empatía terapéutica recordada o impedida por las fantasías inconscientes del terapeuta, esto último es infrecuente pero a veces necesariamente, un elemento central de la empatía terapéutica, misma que frecuentemente puede funcionar a un nivel preconsciente. En la situación analítica se sugiere que la empatía debe dirigirse de manera más útil a conflictos focales vía la identificación parcial del analista con el self profundo del paciente, una entidad que no puede ser medida y que es inmensurable y necesariamente misteriosa. En su trabajo examina aspectos del uso terapéutico de la empatía, incluyendo errores en la empatía atribuibles al analista, al paciente o a ambos. El

papel de la empatía y de las fallas empáticas en el establecimiento de transferencias negativas arcaicas y la valoración de la abstinencia como variable inherente a la exploración empática, con la inferencia de que el empleo disciplinado de la empatía, mejor que la frustración per se, es positivo para lograr una regresión terapéutica y promover un enriquecimiento unificado de la personalidad (10).

Gavin refiere que hay tres tipos de pensamiento en relación al mundo y que fueron propuestos por James en Pragmatismo: El sentido común, la ciencia y la filosofía. Los mundos de la ciencia y la filosofía materializaron e idealizaron aspectos del vago e intersubjetivo mundo del sentido común. La empatía surge como un problema a través de las visiones conceptuales del mundo de la ciencia y la filosofía, haciendo notar que la vaguedad no es aceptable. Usando el lenguaje de James y su metafísica, el autor argumenta que la empatía aparece ontológicamente como una consecuencia que complementa la acción. En medicina la empatía existe como un problema porque la conciencia por sí misma es incapaz de explicarla. El médico trabaja no solo con el mundo del sentido común, sino con un mundo pre-reflexivo (11).

El trabajo de Hogenson desarrolla un entendimiento de la empatía considerando el papel del tiempo en las diferentes situaciones empáticas. Inicia con una breve descripción de la historia del concepto de empatía, refiriendo que empatía involucra la universalización de las experiencias de un

individuo. Esto resulta en el dominio de la experiencia de los otros apelando a lo que es llamado "el siempre". La psicología profunda, en especial la Junguiana, nos muestra que la empatía puede de hecho tomar una forma altamente negativa por el camino de la proyección. La asociación de empatía y proyección nos trae la pregunta de como confrontar la muerte de los otros de una manera empática. Aquí el problema de la temporalidad de los individuos llega a ser crucial. La única manera de retener la la experiencia única y personal de la propia muerte como un prospecto en el futuro es la de tener una relación empática con la persona que ha muerto. Esta necesidad da lugar a una hermenéutica de la empatía que busca vencer la experiencia de "el siempre" (12).

En un trabajo de revisión clásico y probablemente de los más importantes en el enfoque psicodinámico de la empatía Buie refiere que la empatía es una capacidad innata irreductible, operativa desde el nacimiento, para conocer la experiencia interna de la otra persona sin percibir necesariamente señales de la otra persona en relación a sus sentimientos o pensamientos. La fusión tipo característico de simbiosis temprana madre-hijo que tradicionalmente ha sido considerado el origen y el componente básico de la empatía. La fusión o unificación es una experiencia ilusoria que no puede funcionar como un mecanismo activo en el proceso perceptual, y las estructuras psicológicas necesarias para ciertos tipos de empatía no inician su desarrollo sino hasta los dieciocho meses de edad. El mecanismo de la

empatía se ha adscrito a variantes vagamente definidas de la identificación, pero actualmente esto no es compatible con los esfuerzos recientes para definir identificación. El autor ofrece una nueva teoría de la empatía refiriendo que esta es una capacidad que involucra la madurez neuropsicológica y las interacciones interpersonales en el curso de un desarrollo individual. La empatía depende de la percepción sensorial de señales de conducta procedentes del objeto sobre su estado interior. El empatizador compara estas señales conductuales con uno o más tipos de referencias en su propia mente, que pueden ser expresadas por conductas similares. El entonces infiere que la experiencia interna del objeto cualitativamente coincide con lo que está asociado a su referencia. El autor menciona las limitaciones en la precisión y evaluación de la empatía refiriendo que los pacientes pueden limitar o distorsionar la expresión de señales conductuales sobre su estado o su mente, las referencias en la mente del empatizador pueden ser inadecuadas, el proceso necesario para inferir es por sí mismo incierto. Como conclusiones el autor refiere que el conocimiento de los pensamientos y sentimientos de los otros a través de la empatía es limitado y que el conocimiento teórico brindado en su trabajo brinda opciones para tener mayor precisión en la empatía, especialmente por medio de aplicar dos o más tipos de referencias al mismo grupo de señales percibidas (13).

Ellis comparó hasta qué punto se había desarrollado la capacidad de relacionarse empáticamente en un grupo de

delinquentes y en otro de sujetos que no habían delinquido, concluyendo que la empatía en los primeros había sufrido un estancamiento en lo referente a su desarrollo. Lo anterior correlaciona con lo vertido por otros autores cuando se refieren a la relación simbiótica madre-hijo como factor central en la génesis de la empatía, dicha relación se encuentra alterada en los delinquentes. Dentro del grupo de delinquentes los neuróticos fueron los menos empáticos, después los siguieron sociópatas y por último los subculturales. Los agresivos resultaron menos empáticos que los no agresivos (14,20).

Elizur comparó la empatía entre estudiantes de medicina y los de otras carreras, así como el papel del entrenamiento psiquiátrico dentro del grupo de estudiantes de medicina también en relación con la empatía en sus resultados encuentra que los estudiantes de medicina tienen un mayor nivel de empatía que los de otras carreras y que la enseñanza de la psiquiatría de alguna manera incrementa la capacidad de relacionarse empáticamente (15).

Levy hace una revisión completa del concepto de empatía y refiere que la empatía en su sentido popular es la capacidad de una persona para tomar partido comunicativamente, en un camino limitado, en la experiencia de los otros. Esta descripción de empatía indica su relevancia en la técnica psicoanalítica.

Empatía es un término general para muchos aspectos específicos de las interacciones sensitivas en la intimidad de la relación psicoanalítica. Empatía es un término que toma lugar en la descripción de la relación emocional entre el paciente y su terapeuta. No se refiere a una técnica psicoanalítica específica o a algún postulado teórico, describe de una forma general el camino experiencial, sensitivo y táctil a través del cual el analista se aproxima a la vida interior de sus pacientes (16).

Bramwell aplicó la prueba de Barrett-Lennard a las esposas de pacientes con Infarto al Miocardio, demostrando que la ansiedad de estas intervenía directamente en la relación empática hacia sus esposos disminuyendo los niveles de empatía (17).

Abend refiere que existe una relación crucial entre contratransferencia y empatía ilustrándolas con ejemplos. Dice que hay eventos importantes en la vida de los analistas que influyen en su formación de compromisos y afectan su funcionamiento analítico, concluyendo que las dificultades menores en la capacidad analítica son comunes pero no afectan directamente la eficacia del trabajo analítico (18).

Stevens estudia la posibilidad del uso de algunas técnicas para revertir la falta de empatía del equipo de salud hacia los pacientes con SIDA, en su trabajo refiere que la información sobre la enfermedad no es suficiente para disminuir los miedos y ansiedades del personal médico y paramédico en el manejo de

pacientes con dicha enfermedad, haciendo un estudio psicodinámico de las causas de esos temores. Se sugiere un programa de entrenamiento donde a través de grupos operativos y técnicas de video se disminuyan los prejuicios en relación a los pacientes con SIDA (19).

Diamond hace referencia en su trabajo a los pacientes de hospital general que rechazan el tratamiento médico, haciendo énfasis en que además de ser éste un dilema ético, los pacientes pueden ser portadores de algún conflicto psicológico que determine ese rechazo. El autor concluye que se hace necesario el uso de la empatía por parte del psiquiatra para entender las necesidades psicológicas del paciente en situaciones donde la cronicidad de un padecimiento y la posibilidad de suspender o continuar un tratamiento estén presentes (21).

Seville menciona a la empatía como una instancia de gran valor en la evaluación del estrés en pacientes portadores de enfermedades antes llamadas psicosomáticas como la psoriasis (22).

Brothers en un artículo donde hace énfasis en los aspectos biológicos que intervienen en la comunicación y en la empatía dice que la idea de conflicto se sostiene en la teoría contemporánea y se basa en las vicisitudes históricas de los afectos en la esfera interpersonal. Propuso que respuestas no empáticas sistematizadas por parte de uno de los padres hacia

estado afectivos críticos del niño, da lugar a evitar los afectos como amenaza a la necesidad de relacionarse con el padre, así el conflicto intrapsíquico aflora alterando el estado afectivo.

¿QUE ES INNATO? Según este modelo es el requerimiento en el desarrollo para respuestas empáticas apropiadas del medio ambiente.

Según Brothers existen síndromes clínicos estrechamente relacionados con la empatía, mencionando como trastorno más característico al autismo infantil, en el que establece un defecto primario y congénito en la capacidad de relacionarse empáticamente. Refiere que se desconoce la localización central de la empatía, pero supone que puede existir un subsistema neural o neurotransmisor para ella (2).

Desde el punto de vista de la ontogenia identifica a la empatía como una capacidad que está presente desde el nacimiento y que es fomentada e incrementada por maduración cognitiva y por las experiencias subsecuentes en el medio social (2).

Filogenéticamente la empatía surge en los primates como parte de la comunicación en el desenvolvimiento social, llegando a extremos de sofisticación extrema en el hombre y motivando múltiples estudios como se expresa aquí. La maquinaria neural en los primates se ha dedicado al análisis de señales sociales desde sus inicios (2).

Brothers sitúa a la amígdala como sustrato supuesto de la empatía, la amígdala recibe estímulos de la corteza sensorial misma que maneja estímulos con un mayor nivel de procesamiento, excepto el olfatorio que llega ahí directamente. La gran cantidad de conexiones aferentes y eferentes de la amígdala implican que está localizada estratégicamente para generar patrones autonómicos rápidos y específicos, así como endocrinos en respuesta a señales sociales complejas.

El uso de técnicas neurofisiológicas de análisis de la comunicación social-emocional harán posible aprobar o desaprobar la idea de que la mímica somática es la base de la empatía.

Chávez en México aplica la escala de Barrett-Lennard a 19 pacientes en psicoterapia, concluyendo que los factores que influyeron en la percepción de la empatía fueron la escolaridad y la menor frecuencia de citas, sin ser de importancia el trastorno de la personalidad, el tiempo de evolución y de tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Al profundizar sobre lo teorizado en relación al concepto de empatía surgen infinidad de dudas, la primera de ellas guarda relación con su origen y los factores que determinan su nivel. El proceso de la comunicación empática, como ya se ha visto, es esencial en los resultados obtenidos en cualquier relación terapéutica; desde la relación con un paciente enfermo de SIDA hasta la relación analítica más ortodoxa.

Todos los estudios coinciden en aseverar que la empatía es un proceso innato que el sujeto porta desde el nacimiento y que se fortalece, modifica o estaciona a través de la relación simbiótica con la madre. Poco se sabe sobre los eventos que pueden modificar la capacidad empática de manera directa, solamente en una de las referencias revisadas se hace énfasis en el entrenamiento como factor de importancia en la capacidad de establecer una mejor relación terapéutica (15).

Según lo expuesto en el marco teórico la capacidad de empatizar tiene sus bases en la relación madre-hijo, situando este punto como esencial, pudiendo ser modificada por lo eventos de la vida, siendo estos de poca relevancia. Por tanto se plantea la posibilidad de que las diferencias entre médicos en formación psiquiátrica y especialistas de la psiquiatría con

experiencia, en relación a su capacidad empática, pudieran ser cuantificadas. De la misma manera sería interesante evaluar la magnitud de estas diferencias en caso de encontrarse.

HIPOTESIS DE TRABAJO.

Tomando en consideración el marco teórico expuesto y teniendo como postulado esencial del mismo la premisa de que el proceso empático tiene bases innatas que se funden con la relación simbiótica madre-hijo y que se ven afectadas de manera superficial por los eventos de la vida y por la experiencia, se espera que al comparar los resultados de la evaluación del proceso empático entre dos grupos de médicos, unos en formación psiquiátrica y otros con la especialidad concluida se encontrarán diferencias mínimas en caso de que éstas se presenten.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

En esta investigación se realizó una revisión completa de las diferentes acepciones de término empatía, sus orígenes y métodos de evaluación, así como las aplicaciones del mismo concepto a cualquier tipo de relación terapéutica, revisando la evolución histórica del mismo y su importancia actual en el enfoque biológico de la psiquiatría.

El objetivo de este estudio es determinar si existen diferencias en el grado de empatía entre médicos en formación psiquiátrica (residentes en psiquiatría) y especialistas de la misma rama con experiencia.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Se trata de un estudio:

*** DESCRIPTIVO**

*** OBSERVACIONAL**

*** PROSPECTIVO**

*** TRANSVERSAL**

METODO.

Se evaluaron veinticuatro pacientes de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez que han estado en tratamiento psicoterapéutico individual por cursar con diversos padecimientos.

Doce de ellos tratados en psicoterapia por médicos residentes del tercer año de psiquiatría y doce tratados por los médicos especialistas en psiquiatría adscritos al mismo servicio.

En el estudio participaron ocho médicos residentes y cinco médicos adscritos (cuadros I, II, III, IV, V y VI).

El diagnóstico se realizó de acuerdo a los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), establecidos en el DSMIII-R. El diagnóstico principal expresado en el estudio es el que tomó cada uno de los terapeutas como indicación para incluir a los pacientes en psicoterapia.

A los pacientes se les aplicó el Inventario de Relación de Barrett-Lennard, para determinar su percepción del grado de empatía de cada uno de los terapeutas, este inventario consta de 6 apartados, cada uno de los cuales puede ser calificado con 1 a

6 puntos, con una puntuación mínima de 16 y una máxima de 96. Algunos de los apartados están presentados de manera negativa por lo que al momento de calificarlos se invierte el puntaje. En el presente estudio un mayor puntaje representa un mayor grado de empatía. (anexo 1).

EL INVENTARIO DE RELACION DE BARRET-LENNARD.

Barret y Lennard desarrollaron el inventario de relación de Barret y Lennard (BLRI) para medir empatía. Dentro del marco Rogeriano original usado para desarrollar el instrumento se tomaron variables que representan parámetros fundamentales de relación y altos niveles de ellos, se piensa que estos parámetros indican relaciones más saludables y adaptativas.

Barret y Lennard aplicaron el BLRI a muchos y muy variados tipos de relación terapéutica, Ganley lo utilizó para evaluar las relaciones entre los miembros de una familia (23), Bramwell para valorar la actitud empática de las esposas de pacientes infartados hacia ellos (17), pero el mayor uso del BLRI ha sido el dado en la evaluación de pacientes en psicoterapia (1,3).

Se tomaron precauciones para minimizar las desviaciones de los datos obtenidos informando a los terapeutas y pacientes sobre las características del estudio y sobre la relación terapéutica, así como también se aseguró a los pacientes que la información

obtenida sería confidencial y que su terapeuta no sería enterado del resultado.

Como criterios de inclusión se tomaron los siguientes puntos:

- * Asistencia mínima a 10 sesiones de psicoterapia antes de aplicar la escala.

- * Frecuencia mínima de sesiones: una por semana.

- * Aceptación voluntaria por parte del paciente después de explicados los objetivos del estudio.

- * Nivel intelectual promedio valorado clínicamente.

Como criterio de exclusión se tomó el siguiente:

- * Haber padecido o padecer en el momento del estudio algún tipo de psicosis.

Se consideraron además el sexo y la edad.

RESULTADOS.

En total se estudiaron veinticuatro pacientes, dieciocho de ellos del sexo femenino y seis del masculino, con edades entre 20 y 48 años. Nueve de ellos estaban siendo atendidos en psicoterapia por un trastorno de la personalidad, cinco por trastorno límite y el resto por trastorno por dependencia, histriónico, obsesivo y por evitación respectivamente. Los otros quince pacientes estaban siendo atendidos por diagnósticos del eje I, distribuidos de la siguiente forma: cinco de ellos por episodio depresivo mayor, tres por cada uno de los siguientes diagnósticos; trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por angustia y trastorno distímico y uno de ellos por trastorno de ansiedad generalizada.

El puntaje más bajo en el BLRI fué de 62, puntaje brindado por dos pacientes, uno de cada grupo, uno de ellos con diagnóstico de depresión mayor y otro con diagnóstico de trastorno por angustia.

El puntaje más alto fué de 94, en dos pacientes del grupo de residentes con diagnóstico de trastorno obsesivo de la personalidad y trastorno límite respectivamente.

Es interesante observar que en el grupo de médicos residentes se encontró el puntaje más alto y dos puntajes por debajo de setenta (62 y 67).

La media obtenida en el grupo de residentes fué de 78.91 con una desviación estándar de 9.9, la media en el grupo de adscritos fué de 76.83 y una desviación estándar de 6.03.

ANALISIS ESTADISTICO.

Se analizaron las diferencias entre ambos grupos utilizando las pruebas de Kendall, Spearman y Kolmogorov-Smirnov, obteniéndose los siguientes resultados:

Kendall: $p < 0.167$

Spearman: $p < 0.142$

Kolmogorov-Smirnov: $p < 0.9999$

Aplicando las tres pruebas se obtienen valores de p que no muestran diferencias significativas entre los grupos.

El coeficiente de correlación entre ambos grupos es de 0.565 por lo tanto no se encontró correlación lineal entre ellos.

DISCUSION.

El tratar de cuantificar a través de una escala numérica un proceso subjetivo como la empatía será siempre arriesgado. El uso de escalas en la evaluación de pacientes en psiquiatría ha dado a esta especialidad la posibilidad de teorizar a partir de investigaciones con un soporte científico sólido, dichas escalas pasan por un proceso de validación estricto que las hace útiles para cumplir con el objetivo para el que fueron diseñadas.

En el caso del BLRI, quizá la escala más utilizada y confiable para la evaluación de la empatía, tenemos una muestra de una prueba de fácil aplicación y calificación que puede ser utilizada en la valoración de ese proceso en cualquier tipo de relación.

El estudio presentado aquí se enfrentó a múltiples dificultades en su realización, entre ellas tenemos el bajo número de pacientes vistos en psicoterapia individual por los médicos adscritos del hospital y que además éstos cubrieran los criterios de inclusión señalados, con el grupo de residentes la dificultad fué otra, seleccionar pacientes que cubrieran el criterio de 10 sesiones de terapia como mínimo y que además no hubieran tenido síntomas psicóticos previos, denotando con ello cierta dificultad en la selección de buenos candidatos para psicoterapia.

La población estudiada es baja ($n=24$), los pacientes son portadores de múltiples diagnósticos y fueron tratados por un total de 13 médicos resultando un promedio de 1.8 pacientes por médico.

Los resultados mostrados por ambos grupos de médicos, unos en formación y otros con experiencia en la especialidad, no tuvieron diferencias significativas con lo que a simple vista se podría concluir que no existen diferencias determinadas por la experiencia y que la premisa que en la hipótesis se tomó como central sigue siendo válida.

Otra posibilidad es la de que la sensibilidad de la escala aplicada no sea lo suficientemente alta como para detectar diferencias finas en la relación terapéutica.

Un punto que debe ser tomado en cuenta es que todos los pacientes fueron vistos en la consulta externa de una institución pública, como ya es sabido la psicoterapia institucional tiene variables que hay que sopesar en este tipo de estudios. Es ampliamente comentado en la supervisión de casos clínicos la transferencia que la institución por sí misma realiza con el paciente, transferencia que se entremezcla con la del terapeuta y que puede unificar de alguna manera el nivel de la relación empática hacia todos los terapeutas. Aunque se ha revisado que la empatía es consciente o preconscious y la transferencia es

inconsciente, también se refiere en el marco teórico revisado que una y otra van de la mano.

Ambos grupos tienen mucho en común; el promedio de edades de los pacientes estudiados es igual (30.58 años), todos ellos son pacientes de la consulta externa del mismo hospital y fueron seleccionados por sus médicos tomando en cuenta los criterios de inclusión ya señalados, pero es importante hacer notar, que el coeficiente de correlación nos indica que ambos grupos son diferentes en relación a los resultados obtenidos en la escala de empatía.

El hecho de que los médicos tuvieran la libertad de escoger a los pacientes que se iban a estudiar podría determinar ciertas desviaciones en el trabajo; ya se ha señalado que existieron dificultades aún permitiendo esta libertad para reunir el número de pacientes reportados.

La revisión de los diagnósticos y las características demográficas de la muestra no se analizaron debido a la multiplicidad de los mismos y al número de pacientes evaluados.

CONCLUSIONES.

A través del presente estudio se puede concluir que no existen diferencias significativas en la percepción de la empatía en pacientes manejados en psicoterapia individual entre los grupos de médicos residentes en psiquiatría y médicos especialistas en la misma rama en el grupo estudiado.

El estudio de la comunicación humana en sus diferentes modalidades siempre ha sido objeto de controversia; la relación empática sería una forma de comunicación no verbal influenciada y determinada por múltiples factores. Como en toda transmisión de información, en la comunicación empática se pueden distinguir diferentes puntos que obstaculizan su llegada a buen término: podemos identificar causas inherentes al emisor, al receptor o al medio a través del cual se está transmitiendo el mensaje. En la relación que se establece entre el terapeuta y su paciente es de suma importancia cuidar cualquier defecto en esa comunicación.

La justificación para la existencia de la psicoterapia está dada por el mismo paciente y los problemas de su existir, y el fin del psicoterapeuta está encaminado a entender y acercarse a dichos problemas. Está probado que la relación empática influye directamente en la consecución de resultados exitosos en

psicoterapia, el sensibilizar a los terapeutas en este aspecto conseguirá acercarlos más al mundo interior de sus pacientes y acercar a estos un poco a la felicidad.

CUADRO I

**CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO**

GRUPO DE RESIDENTES

MUJERES HOMBRES

10 2

EDAD PROMEDIO

30.58 AÑOS

GRUPO DE ADSCRITOS

MUJERES HOMBRES

8 4

EDAD PROMEDIO

30.58 AÑOS

CUADRO II

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

PUNTUACION Y DIAGNOSTICO

GRUPO DE RESIDENTES

EMPATIA

TRASTORNOS DEL EJE I:

TRASTORNO DISTIMICO: 76, 67, 81.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: 74.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR: 90,78.

TRASTORNO POR ANGUSTIA: 62.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD:

TRASTORNO LIMITE: 94, 74.

TRASTORNO HISTRIONICO: 81.

TRASTORNO POR EVITACION: 76.

TRASTORNO OBSESIVO: 94.

CUADRO III

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

PUNTUACION Y DIAGNOSTICO

GRUPO DE ADSCRITOS

EMPATIA

TRASTORNOS DEL EJE I:

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: 80, 77.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: 80.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR: 82, 62, 84.

TRASTORNO POR ANGUSTIA: 79, 96.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD:

TRASTORNO POR DEPENDENCIA: 71.

TRASTORNO LIMITE: 72, 81, 78.

CUADRO IV

EMPATIA
PUNTUACION OBTENIDA POR MEDICO
GRUPO DE RESIDENTES

MEDICO	PUNTUACION
1	81, 76.
2	76, 67.
3	94.
4	74.
5	94.
6	81, 74.
7	90.
8	62, 78.

CUADRO V

EMPATIA
PUNTUACION OBTENIDA POR MEDICO
GRUPO DE ADSCRITOS

MEDICO	PUNTUACION
1	71, 62, 84.
2	80, 72, 79.
3	81, 78.
4	80, 76.
5	82, 77.

CUADRO VI

**ENPATIA
PUNTUACIONES POR GRUPO**

RESIDENTES	ADSCRITOS
94	84
94	82
90	81
81	80
81	80
78	79
76	78
76	77
74	76
74	72
67	71
62	62
x= 78.9	x=76.8
SD= 9.9	SD=6.03

PRUEBA DE KENDALL $p < 0.167$

PRUEBA DE SPEARMAN $p < 0.142$

PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV $p < 0.999$

ANEXO I

ESCALA DE EMPATIA DE INVENTARIO DE RELACION DE BARRET-LENNARD

1. Mi médico trata de ver las cosas desde mi punto de vista.
2. Mi médico entiende lo que digo pero no lo que siento.
3. Mi médico está interesado en conocer lo que mis experiencias significan para mí.
4. Mi médico sabe casi siempre exactamente lo que quiero decir.
5. Mi médico piensa que las cosas me preocupan más de lo que a mí me parece.
6. Mi médico piensa que yo debería sentirme de cierta manera, porque él se siente así.
7. Mi médico me entiende.
8. Las ideas de mi médico hacia algunas de las cosas que digo o hago, impiden que me entienda.

9. Mi médico entiende lo que yo digo, pero con un punto de vista objetivo, friamente.

10. Mi médico aprecia lo que siento acerca de mis vivencias.

11. Mi médico no se da cuenta de los sentimientos tan fuertes que tengo sobre ciertas cosas de las que hablamos.

12. Mi médico me responde mecánicamente.

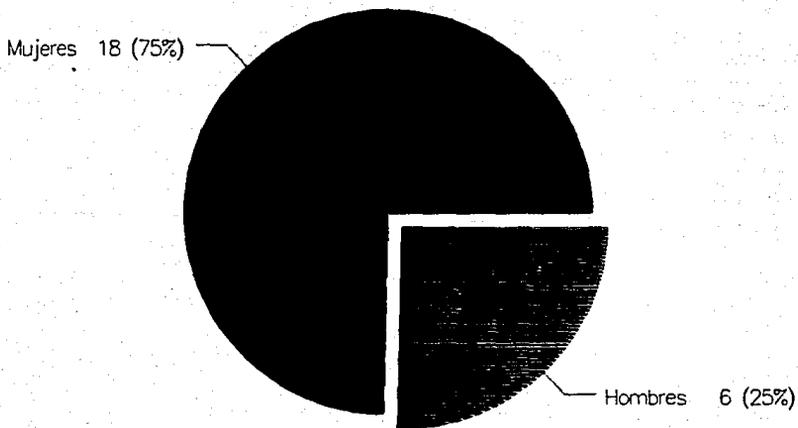
13. Mi médico generalmente entiende todo lo que digo.

14. Aún cuando no puedo decir claramente lo que quiero, mi médico me entiende.

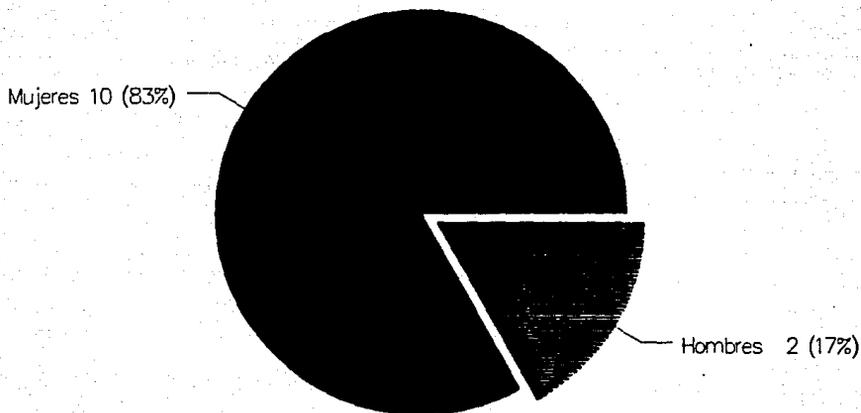
15. Mi médico trata de entenderme desde su propio punto de vista.

16. Mi médico puede estar profunda y completamente consciente de mis sentimientos más dolorosos sin alterarse ni involucrarse.

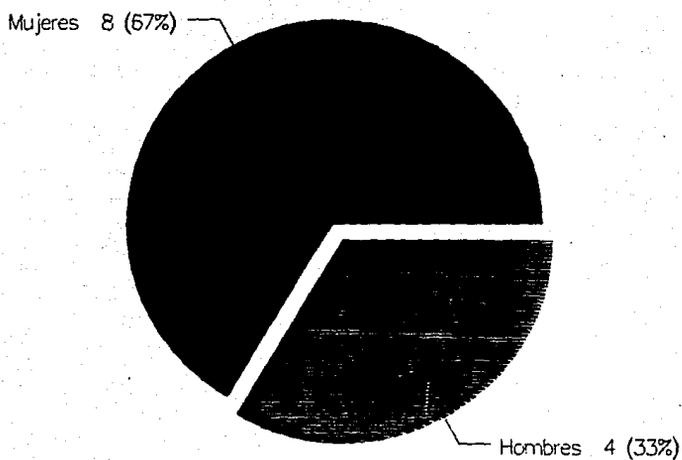
EVALUACION DE EMPATIA DATOS DE LA MUESTRA



GRUPO DE RESIDENTES DATOS DE LA MUESTRA

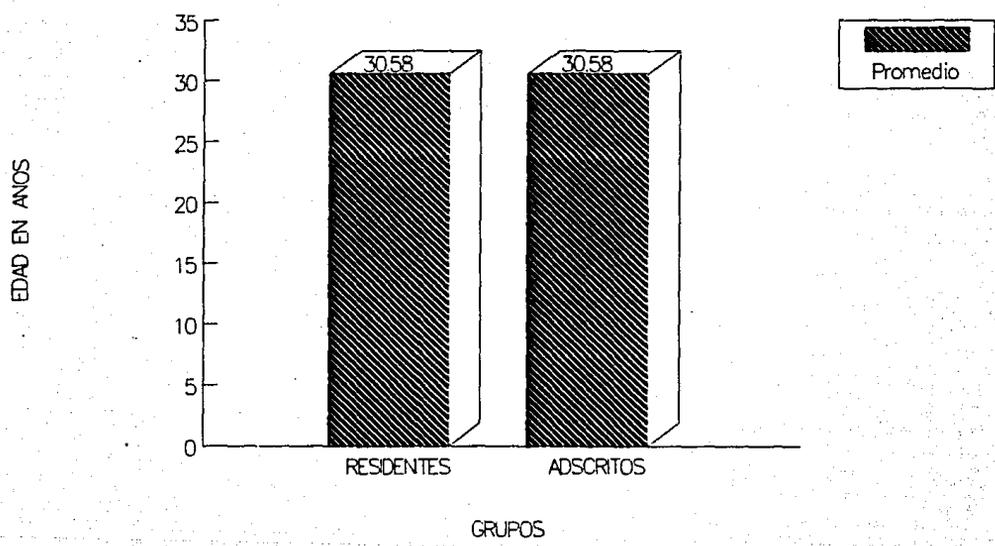


GRUPO DE ADSCRITOS DATOS DE LA MUESTRA



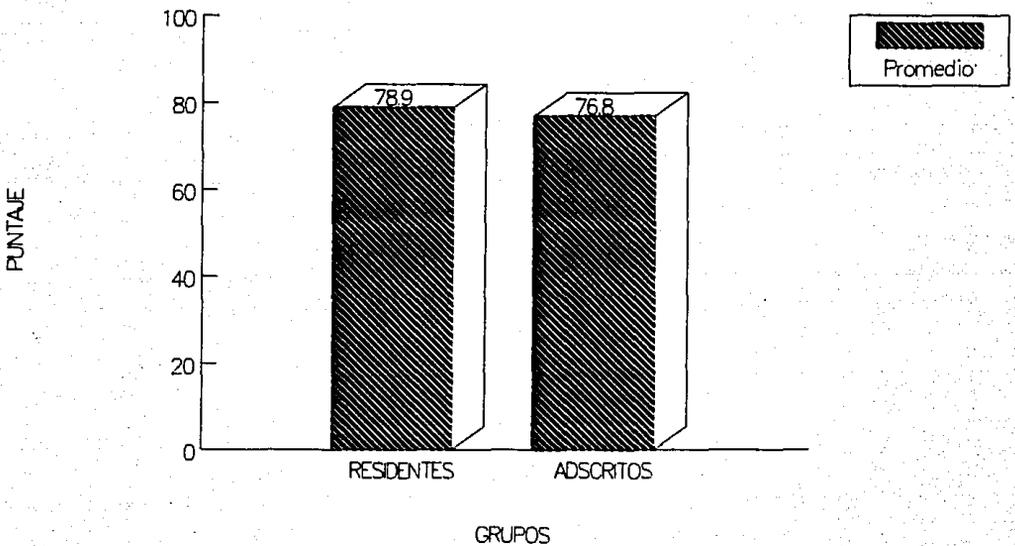
EVALUACION DE EMPATIA

COMPARACION ENTRE LOS GRUPOS



EVALUACION DE EMPATIA

COMPARACION ENTRE LOS GRUPOS



REFERENCIAS

1. FREE NK, GREEN BL, GRACE MC, CHERNUS LA, WHITMAN RM.: Empathy and outcome in brief focal dynamic therapy. Am J PSYCHIATRY 142: 917-921, 1985.
2. BROTHERS L.: A Biological perspective on empathy. Am J PSYCHIATRY 146: 10-19, 1989.
3. CHAVEZ-LEON E.: Investigación acerca de los posibles factores que influyen en la percepción de la empatía por el paciente en psicoterapia. Anales IMP, Reseña de la V reunión de investigación 1: 206-210, 1990.
4. BACHARACH HM.: Empathy, we know what we mean, but what do we measure?. Arch Gen PSYCHIATRY 33: 35-38, 1976.
5. BOOK HE.: Empathy: Misconceptions and misuses in psychotherapy. Am J PSYCHIATRY 145: 420-424, 1988.
6. NATALE M.: Interviewee matching of interviewer temporal speech behaviors as related to perceived empathy, warmth, and genuineness. J Clin Psychol 32: 407-412, 1976.
7. ABRAMOWITZ CV, ABRAMOWITZ SI, WEITZ LJ.: Are men therapists soft on empathy? Two studies in feminine understanding. J Clin Psychol 32: 434-437, 1976.
8. LANGS R.: On becoming a psychiatrist: discussion of "Empathy and intuition in becoming a psychiatrist" by Ronald J. Blank. Int J Psychoanal Psychother 5: 255-282, 1976.
9. RICHMAN J.: Symbiosis, empathy, suicidal behavior, and the family. Suicide Life Threat Behav 8: 139-149, 1978.

10. POST SL.: Origins, elements, and functions of therapeutic empathy. *Int J Psychoanal* 61: 277-293, 1980.
11. GAVIN WJ.: Vagueness and empathy: a Jamesian view. *J Med Philosophy* 6: 45-65, 1981.
12. HOGENSON GB.: Depth psychology, death and the hermeneutic of empathy. *J Med Philosophy* 6: 67-89, 1981.
13. BUIE DH.: Empathy: its nature and limitations. *J Am Psychoanal Assoc* 29: 281-307, 1981.
14. ELLIS PL.: Empathy: a factor in antisocial behavior. *J Abnorm Child Psychol* 10: 123-134, 1982.
15. ELIZUR A.: Empathy and attitudes among medical students: the effects of group experience. *J Med Educ* 57: 675-683, 1982.
16. LEVY ST.: Empathy and psychoanalytic technique. *J Am Psychoanal Assoc* 33: 353-378, 1985.
17. BRAMWELL L, WHALL AL.: Effect of role clarity and empathy on support performance and anxiety. *Nurs Res* 35: 282-287, 1986.
18. ABEND SM.: Countertransference, empathy, and the analytic ideal: the impact of life stresses on analytic capability. *Psychoanal Q* 55: 563-575, 1986.
19. STEVENS LA, MUSKIN PR.: Techniques for reversing the failure of empathy towards AIDS patients. *J Am Acad Psychoanal* 15: 539-551, 1987.
20. LEE M, PRENTICE NM.: Interrelations of empathy, cognition, and moral reasoning with dimensions of juvenile delinquency. *J Abnorm Child Psychol* 16: 127-139, 1988.
21. DIAMOND DB.: Psychologic conflict underlying bioethical dilemmas in a chronic disease hospital. Empathy, treatment

- refusal, and the role of the consulting psychiatrist. *Gen Hosp Psychiatry* 10: 250-254, 1988.
22. SEVILLE RH.: Stress and psoriasis: the importance of insight and empathy in prognosis. *J Am Acad Dermatol* 20: 97-100, 1989.
23. GANLEY RM.: The Barret-Lennard Relationship Inventory (BLRI): Current and Potential Uses with Family Systems. *Fam Proc* 28: 107-115, 1989.
24. MILLER I.: The therapeutic empathic communication process. *Am J Psychotherapy* 43: 531-545, 1989.
25. APA: DSM III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Masson S.A., Barcelona, 1989.
26. FENICHEL O.: Teoría psicoanalítica de las neurosis. Editorial Paidós Mexicana. México, 1986.
27. KOHUT H.: La Restauración del Sí-mismo. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1977.