

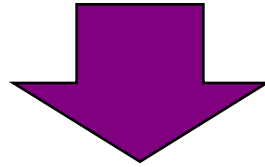
La empatía en el contexto clínico **¿necesaria para el alivio del dolor?**

Gustavo De Simone

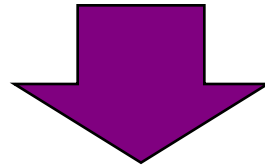
El Dolor

«El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con un daño tisular real o potencial»

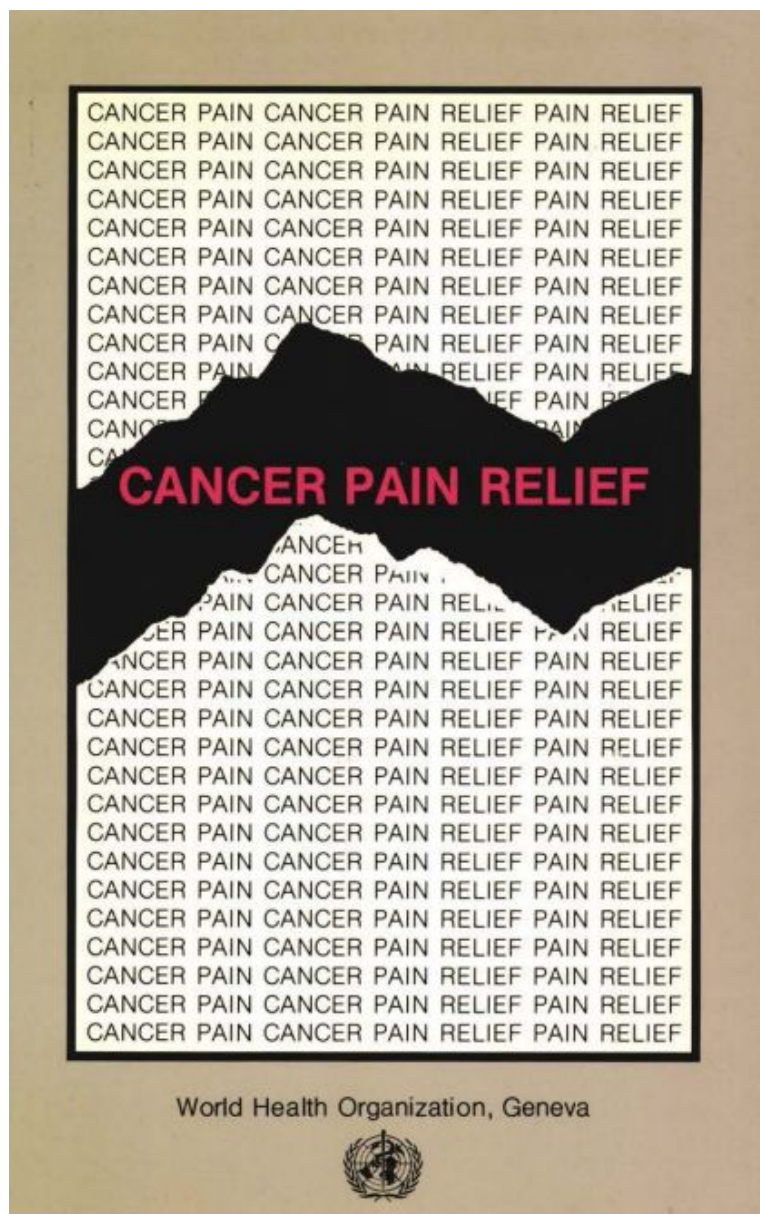
(IASP, revisión 2020)



FENOMENO SOMATOPSIQUICO

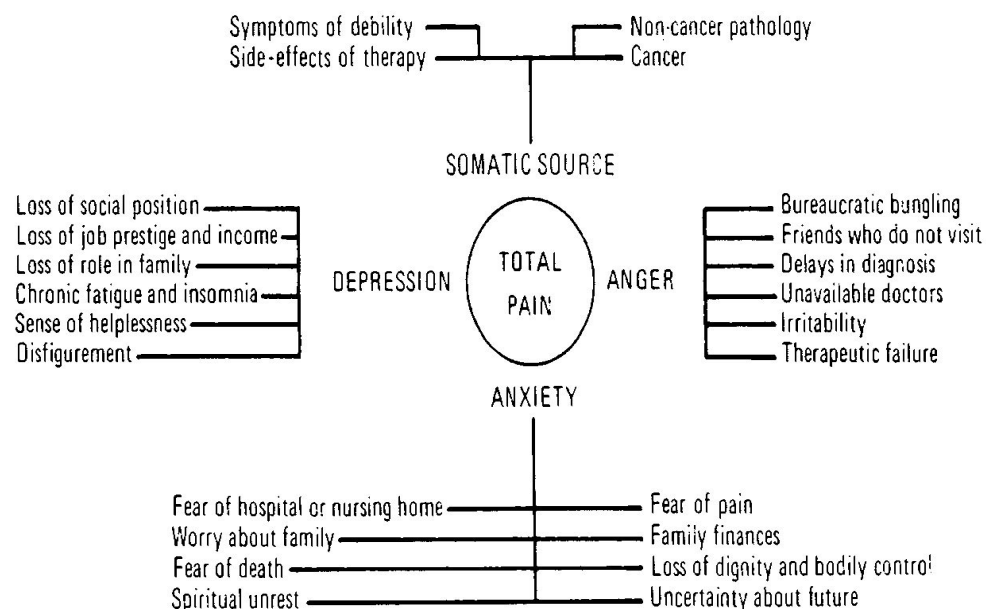


...El dolor es lo que el paciente dice que le duele



1986

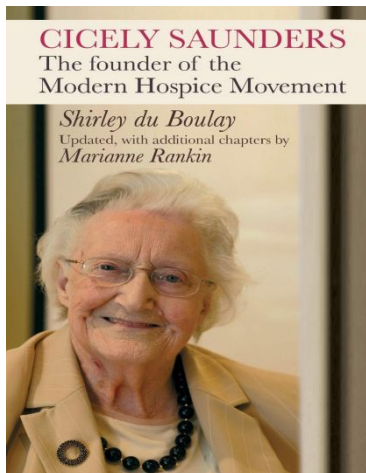
Fig. 1. Influences modifying a patient's perception of pain



^a Reproduced from Twycross & Lack 131

WHO 86.746

El dolor es un fenómeno somatopsíquico



- “... no sólo la morfina cada 4 horas transformó las salas;
se necesitó combinarlos con
*tener el tiempo para sentarse y escuchar
la historia del paciente*”

*Saunders 1996. BMJ 313: 1599-1601.
[reflexionando sobre su experiencia en 1960s]*

Premisas básicas

- ***Todo dolor es real*** (aunque se desconozca su causa).
- Es dolor todo padecimiento corporal que la persona diga sufrir.

«El dolor es lo que el paciente dice que es».

Robert Twycross

- La *presencia* como persona es tan importante como la *competencia* como profesional



(M Kearny – B Mount– E Benito)

Dame Cicely Saunders

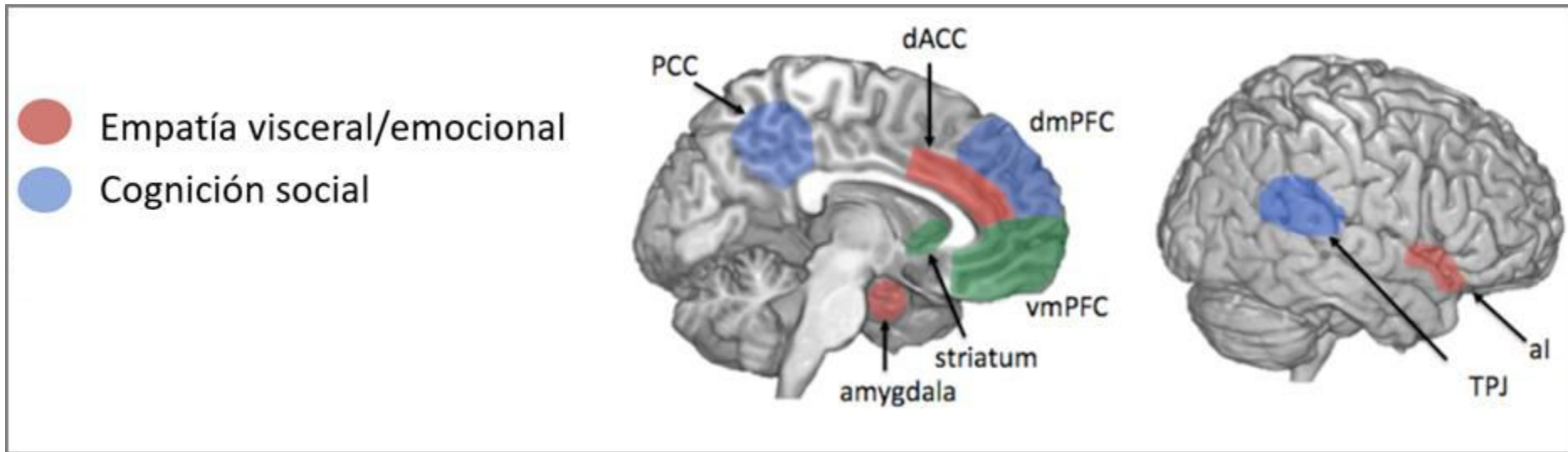
La empatía

- *“Comprender a una persona desde su propio marco de referencia en lugar del de uno mismo, y/o experimentar vicariamente los sentimientos, percepciones y pensamientos de dicha persona”*

Diccionario de la *American Psychological Association*

Redes neuronales que soportan la empatía.

Figura modificada de Ashar et. al., 2015



dACC Corteza cingulada anterior dorsal

Amígdala

Ínsula anterior

dmPFC Corteza prefrontal dorso medial

PCC Corteza cingulada posterior

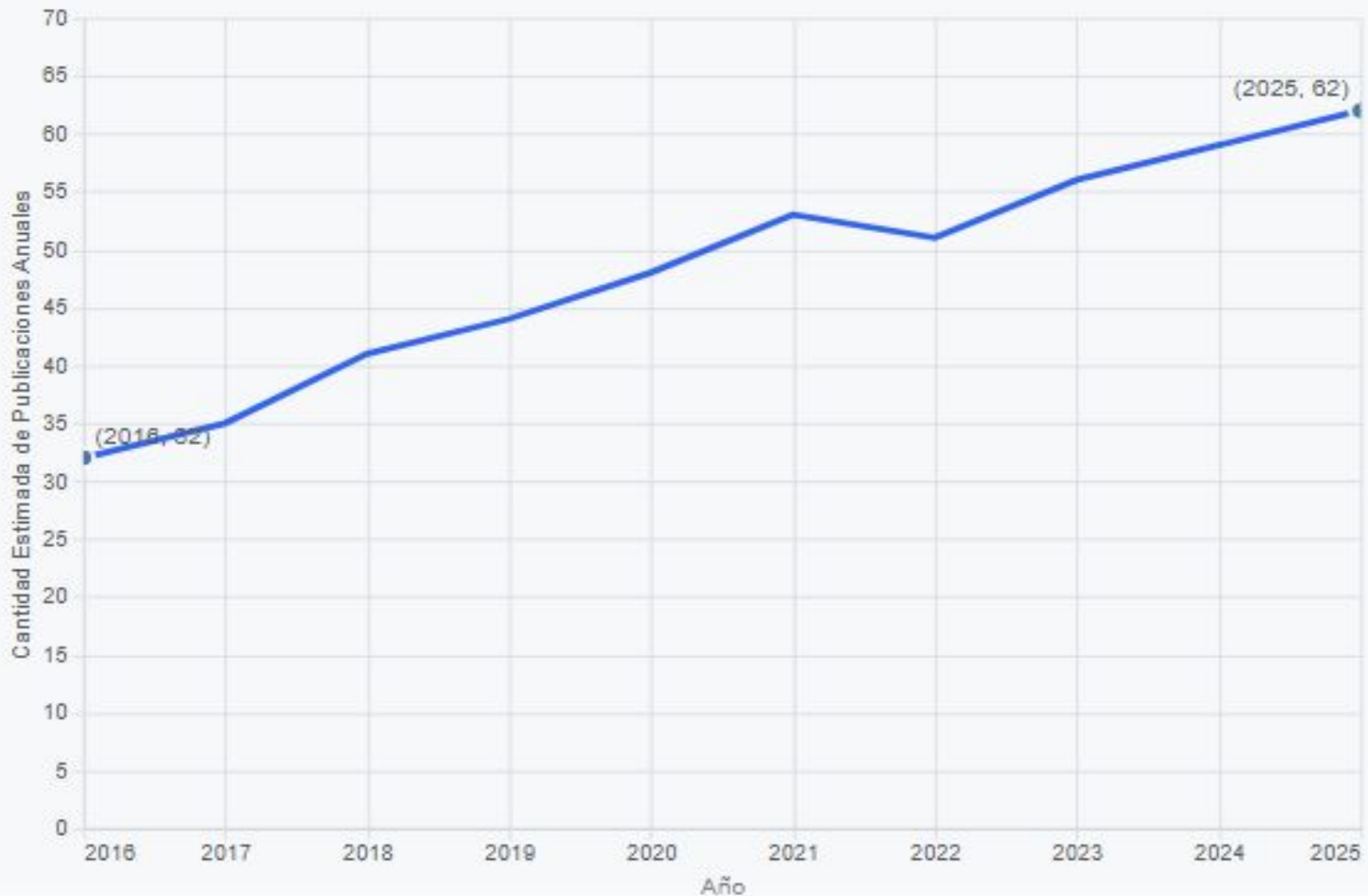
TPJ Unión temporo parietal

vmPFC Corteza prefrontal ventro medial

Cuerpo estriado

Tendencia estimada de publicaciones científicas sobre empatía y dolor en los últimos 10 años (PubMed)

Evolución de Publicaciones sobre Empatía y Dolor (2016-2025)



Empatía y dolor

- *El sustrato neuronal de la experiencia empática no abarca la totalidad de la «matriz del dolor».*
- *Los estudios demuestran que sólo aquella parte de la red del dolor asociada a sus cualidades afectivas, y no a sus cualidades sensoriales, media en la empatía.*

Empathy for Pain Involves the Affective but not Sensory Components of Pain

Singer T et al. Science 2004 [DOI: 10.1126/science.1093535](https://doi.org/10.1126/science.1093535)

Areas estimuladas *

DOLOR PROPIO

ínsula anterior (IA),
corteza cingulada anterior (CCA) rostral,
tronco encefálico
cerebelo

ínsula posterior
corteza somatosensorial secundaria
corteza sensoriomotora (SI/MI)
CCA caudal

PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN SER QUERIDO

ínsula anterior (IA),
corteza cingulada anterior (CCA) rostral,
tronco encefálico
cerebelo

—

* Técnicas de neuroimagen funcional

Puntos clave del crecimiento en la investigación entre **EMPATIA** y **DOLOR**:

- **Mecanismos neuronales:** mapeo de la "matriz del dolor" (como la corteza cingulada anterior y la ínsula), descubriendo cómo el cerebro procesa tanto el dolor propio como la percepción del dolor en otros.
- **Contexto clínico:** empatía en las interacciones médico-paciente y en el entorno de parejas que lidian con dolores crónicos, demostrando que niveles altos de validación y empatía correlacionan con una reducción en la intensidad percibida del dolor.

Empatía del médico y su impacto en el dolor crónico

n = 1478 pacientes 1 año seguimiento

Pacientes tratados por médicos con alta empatía:

- ✓ menor intensidad media del **dolor** $P < 0,001$,
- ✓ menor **discapacidad** media relacionada con la espalda $P < 0,001$
- ✓ menos déficits en la **calidad de vida** $P < 0,001$.
- ✓ la empatía del médico se asoció con resultados más favorables que los tratamientos no farmacológicos, la terapia con opioides y la cirugía de columna lumbar.

Functional MRI Shows That Empathetic Remarks Reduce Pain

Anke Brodmerkel

July 19, 2023

La Resonancia Magnética Funcional muestra que la comunicación empática reduce el dolor



Brain-to-brain mechanisms underlying pain empathy and social modulation of pain in the patient-clinician interaction

Dan-Mikael Ellingsen^{a,b,c,1} , Kylie Isenburg^c, Changjin Jung^{c,d}, Jeungchan Lee^{c,e} , Jessica Gerber^c , Ishtiaq Mawla^c, Roberta Sclocco^{c,e,f} , Arvina Grah^{c,e}, Alessandra Anzolin^{c,e} , Robert R. Edwards^g, John M. Kelley^{h,i} , Irving Kirsch^j, Ted J. Kaptchuk^k , and Vitaly Napadow^{c,e,f} 

Edited by Samuel A. Nastase, Princeton University, Princeton, NJ; received August 25, 2022; accepted April 25, 2023 by Editorial Board Member Michael S. Gazzaniga



Pacientes con dolor crónico

Paciente solo

Díada P+M

ESTIMULO DOLOROSO y ESTIMULO
NO DOLOROSO

ESTIMULO DOLOROSO y ESTIMULO
NO DOLOROSO

sin diálogo previo

con diálogo
previo

INTENSIDAD DEL DOLOR

Mayor

Menor

Reporte de empatía del médico:

Menor

Mayor

*Precisión del médico para evaluar
intensidad del dolor:*

Menor

Mayor

Hallazgos en RNMf

- Paciente en díada:

mayor activación de corteza prefrontal y área cerebral somatosensorial
(dorso lateral y centrolateral)

- Médico:

activación de corteza prefrontal dorso lateral en el momento de dolor del paciente

(Mayor activación en quienes reportaron mayor alianza terapéutica)



Brain-to-brain mechanisms underlying pain empathy and social modulation of pain in the patient-clinician interaction

Dan-Mikael Ellingsen^{a,b,c,1} , Kylie Isenburg^c, Changjin Jung^{c,d}, Jeungchan Lee^{c,e} , Jessica Gerber^c , Ishtiaq Mawla^c, Roberta Sclocco^{c,e,f} , Arvina Grahl^{c,e}, Alessandra Anzolin^{c,e} , Robert R. Edwards^g, John M. Kelley^{h,i} , Irving Kirschⁱ, Ted J. Kaptchukⁱ , and Vitaly Napadow^{c,e,f} 

Edited by Samuel A. Nastase, Princeton University, Princeton, NJ; received August 25, 2022; accepted April 25, 2023 by Editorial Board Member Michael S. Gazzaniga

Estos hallazgos respaldan que la empatía y el cuidado pueden reducir la intensidad del dolor y arrojar luz sobre los procesos cerebrales que sustentan la modulación social del dolor en las interacciones entre el paciente y el médico

1986 - 2026

Sinopsis de avances relevantes

- *FISIOLOGIA*: Neurociencia social y afectiva (mapeo de la empatía y de la matriz del dolor)
- *CLINICA*: Evidencia del impacto clínico favorable de la empatía en el contexto de la salud y los cuidados paliativos
- *EDUCACIÓN*: Evidencia sobre la posibilidad de cultivar la empatía y la compasión

Conclusiones desde las neurociencias:

- Los estudios demuestran que la empatía y la compasión son a la vez capacidades innatas y habilidades que **se puede entrenar y fortalecer**



Al **cultivar nuestra empatía y compasión,**
podemos responder con
mayor respeto y eficiencia
al alivio del dolor.

Areas claves para desarrollar

- **Co-presencia (Presencia física y emocional)**

Implica la disponibilidad, el altruismo, la comunicación moral y honesta, la preocupación empática, el apoyo espiritual, la apertura en la comunicación, la confianza y el afecto compasivo

- **Metacognición (Autoconciencia de los procesos mentales)**

Se refiere al autocontrol, la autoconciencia, el reconocimiento de la situación, la flexibilidad, la reflexión emocional y el sentido estético (como el uso de poesía para dar energía positiva).

- **Percepción (Conocimiento de la consciencia ajena)**

Consiste en la capacidad de ver desde la perspectiva tanto del paciente como de su familia, estableciendo una conexión emocional profunda.

Dos modos de pensamiento necesarios para ayudar a pacientes en CP

representación inspirada en Bruner¹ del interjuego entre ambas

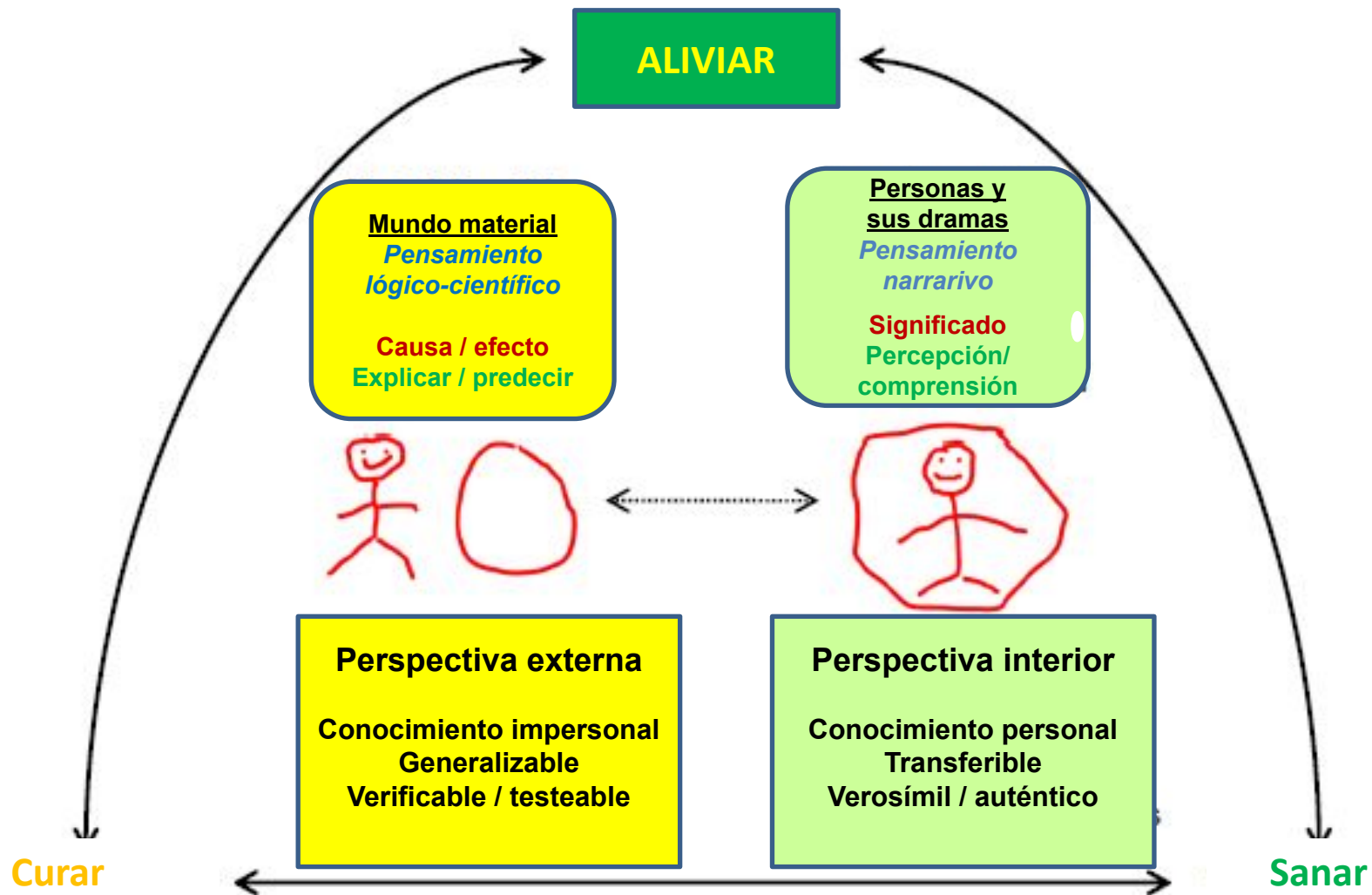
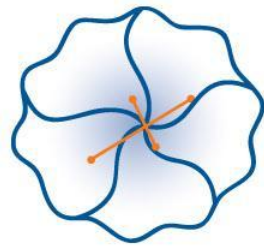


Figure 1 A graphic representation, inspired by Bruner[7], of the interplay between the two ways of thinking necessary for researching and supporting patients in palliative care living with a deteriorating body

(1) La cultura de la Educación. Bruner J. Cambridge Harvard Univ Press 1996

Rasmussen BH, Tishelman C, Lindqvist O.

Current Opinion in Supportive & Palliative Care 2010



**INSTITUTO
PALLIUM**
LATINOAMÉRICA
MEDICINA PALIATIVA

www.pallium.org.ar