



# ESTUDIO MÉDICO DE LA FAMILIA R1 7 JUNIO 2023

## EMPATÍA

Dr. Isaías Hernández Torres.  
Subdivisión de Medicina Familiar. División de  
Estudios de Posgrado. Facultad de Medicina.  
UNAM



*Para que la medicina moderna no choque con las necesidades del paciente debemos dejar de ser “ser soluciones” que sólo tienen conocimiento.*

---



# La empatía en la comunicación médico - paciente - familia

Se ha hecho una división arbitraria entre comunicación y empatía cuando en realidad se encuentran íntimamente relacionadas.



# La empatía en la comunicación médico - paciente - familia

## Empatía y simpatía

- Dos conceptos que se confunden.
- Ambos implican compartir:
- Los médicos simpáticos comparten sus emociones con sus pacientes.
- Los médicos empáticos comparten su comprensión.
- Los dos conceptos coexisten en el mismo médico.



# La empatía en la comunicación médico - paciente - familia

Si es excesiva la simpatía, puede interferir con la objetividad en el diagnóstico y tratamiento.

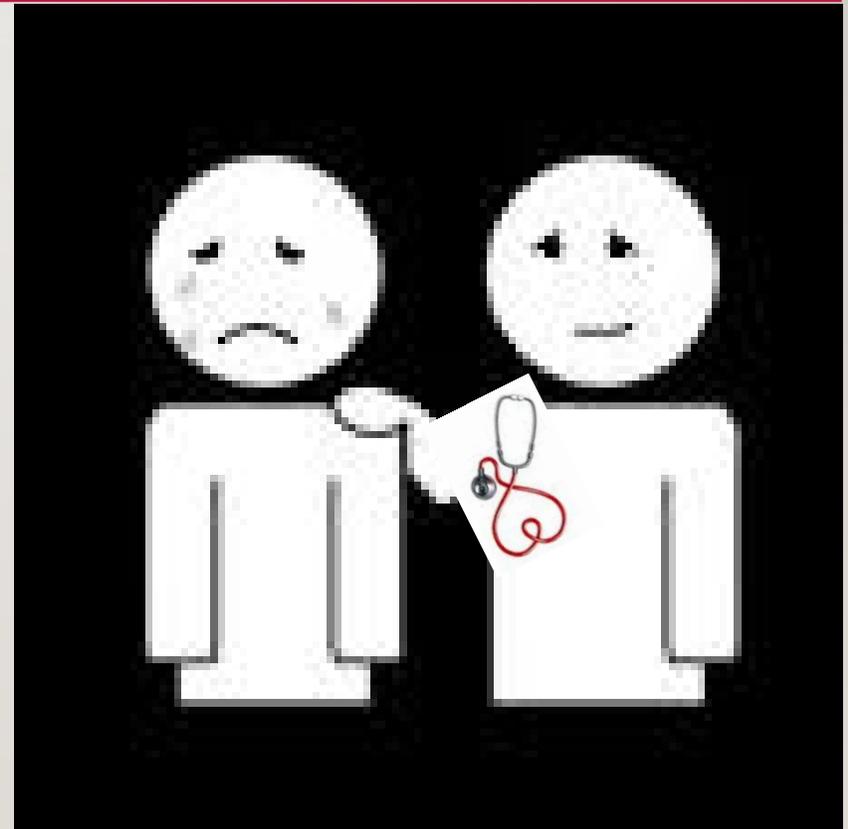
Se debe mantener la simpatía a una distancia razonable para propiciar un equilibrio emocional.



# La empatía en la comunicación médico - paciente - familia

Por el contrario, la empatía no tiene límites porque la comprensión es siempre beneficiosa.

Su abundancia no obstaculiza la atención al paciente.



# La empatía en la comunicación médico - paciente - familia

Ponerse en el lugar del otro es pensar constantemente, “si yo estuviera en esas circunstancias qué haría, qué pensaría, lo comprendería, cómo me sentiría”.



# ACTITUD EMPÁTICA. COMPONENTES

## Tiene dos dominios

---

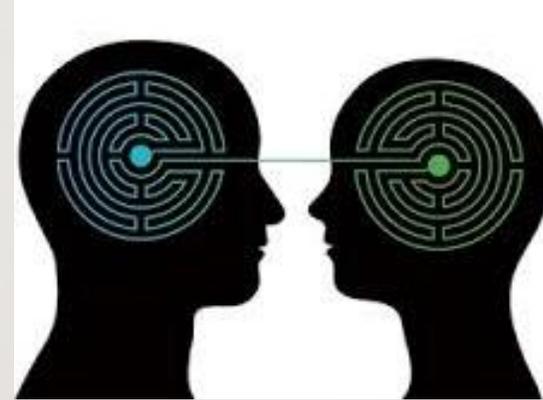
- **El dominio cognitivo.**  
Capacidad de comprender las experiencias, ver el mundo desde la perspectiva del paciente.
- **El dominio afectivo.**  
Es la capacidad de conectarse con los sentimientos internos de la otra persona.



## La empatía cognitiva y afectiva

---

Habrán ocasiones en que el médico sólo logre una empatía cognitiva.



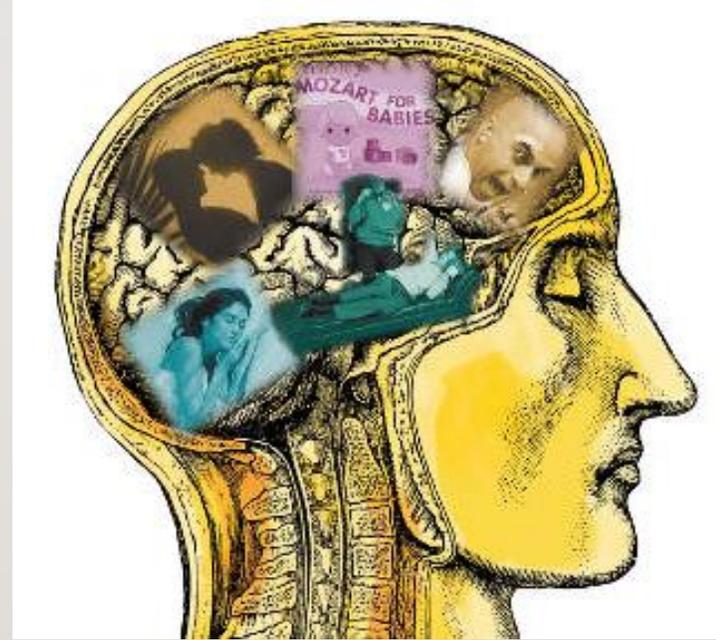
Mientras que en otras sea posible establecer una empatía cognitiva y afectiva.



# La empatía en la comunicación médico - paciente - familia

Compleja forma de inferencia psicológica en la que:

- Observación
- Memoria
- Escucha
- Conocimiento y
- Razonamiento...



Se combinan para poder comprender los pensamientos y sentimientos de los demás.

# EL CAMINO HACIA LA EMPATÍA

Mediante el componente cognitivo, se comprende e intenta ponerse en el lugar del otro...

... la persona se va acercando al estado emocional del otro, y reacciona ...

... Este acercamiento al estado emocional y reacción, son el componente afectivo de la empatía.



# La empatía en la comunicación médico - paciente - familia

## EMPATÍA CONGNITIVA

Logra una representación somática, sensorial y motora poco intensa del estado mental del paciente.

## EMPATÍA AFECTIVA

Logra una mayor representación corporal, sensorial y motora ...

...Por lo tanto, una identificación más fuerte con los estados físico y mental del paciente.

# LA COMPASIÓN

- Para ser buen médico, necesariamente tienes que ser una buena persona:
  - Rasgos o virtudes de una buena persona; bondad, solidaridad, respeto, humildad, sinceridad, confianza, honradez, compasión.
- De estos rasgos, el que más caracteriza a un buen médico es la compasión;
- Mientras la empatía cognitiva de médico es la capacidad de compartir o comprender la enfermedad, la compasión es su capacidad para sentir la obligación de aliviar el sufrimiento.



# LA COMPASIÓN

- Los pacientes, además de un tratamiento efectivo, buscan en los médicos afecto y compasión.
- *“las personas suelen recurrir a la medicina porque se encuentran mal... El médico busca la causa del mal, supone que podrá encontrarla en un órgano o tejido enfermo. Cuando se da ese caso, el médico intenta curar el mal y hacer que el paciente recupere su bienestar ... Sin embargo, el paciente no presenta al médico el órgano enfermo... el paciente busca más que la simple cura, busca comprensión y compasión.”* (Gutiérrez F, 2017)



# LA COMPASIÓN

- La compasión es más intensa que la empatía cognitiva; es compenetración con el sufrimiento del otro; **deseo y acción** de aliviar, reducir o eliminar la situación dolorosa.
- La empatía cognitiva es de la corteza cerebral; la compasión es del sistema límbico; es un sentimiento, no un conocimiento (Gervas J, 2019)
- *“Si se revisara exhaustivamente la literatura científica, podría advertirse que hay algo capaz de disminuir el dolor, aumentar las tasas de supervivencia, reducir el índice de mortalidad ... Como si esto no fuera suficiente, también puede mejorar el sistema inmunitario... Esa misteriosa sustancia es la compasión, o mejor aún los médicos compasivos.”* (Alice S, 2017)



# LA COMPASIÓN

- Existe evidencia sólida (Stefano A, 2017; Doity J; 2014; Lown, 2011) de que los médicos compasivos mejoran los resultados de salud...
- ...Entonces, quienes nos dedicamos a tratar enfermos debemos practicar este sentimiento.
- El paciente detecta inmediatamente cuando tiene a su lado a un médico compasivo, auténtico, que no finge, que no está intentando demostrar nada. Que simplemente tiene a su lado un médico que lo quiere ayudar.



# La empatía en la comunicación médico - paciente - familia

## EMPATÍA CONGNITIVA

Conocimiento médico: La semiología médica permite comprender desde lo clínico cómo se siente el paciente.

## EMPATÍA AFECTIVA

La compasión parece ser el mecanismo mediante el cual podemos hacer efectiva la empatía afectiva y tener una mayor representación de lo que siente el paciente.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belle BJ, Wayne WW, Stewart MA, McCracken E, McWhinney IR, Levenstein J. The Patient-Centred Clinical Method 2. Definition and Application. Family Practice. 1986; 3 (2); pp. 75 . 79
- Belle BJ, Wayne WW, Stewart MA. Patient-Centred Interviewing. Part II: Finding Common Ground. Can Fam Physician. 1989. 35; pp.153-157.
- Cassell EJ (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. New England Journal of Medicine 300-639.
- Croskerry P (2009). A universal model of diagnostic reasoning. Acad Med. 84 (8): 1022-8.
- Eva, K.W. (2005). What every teacher needs to know about clinical reasoning literature: combined reasoning strategies help novice diagnosticians overcome misleading information. Med Educ. 41 (12): 1152-8.
- Evans JSBT. (2008). Dual processing accounts of reasoning, judgment and social cognition. Annu Rev. Psychol. 59: 255-78.
- Fernández PI. Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. Anales de psicología. 2008.V 24 (2): 284-298.
- García CV, Aseguinolaza L, Tazón P. The development of humanistic attitudes in medicine. <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/articulo/el-desarrollo-l...> Consultado el 09/10/2014 03:06 p.m.
- Moya AL, Herrero N, Bernal C. Bases neuronales de la empatía. Rev Neurol. 2010; 50 (2): 89-100 [www.neurologia.com](http://www.neurologia.com)
- Medalie HJ. Dimensiones de la medicina y práctica familiares. En: Medicina familiar; principios y práctica. Ed. Limusa México. 1987
- Stewart MA, Belle BJ, Wayne WW. Patient-Centred Interviewing Part III: Five Provocative Questions. Can Fam Physician. 1989; 35; pp.159-161.
- Wayne WW, Belle BJ, Stewart MA. Patient-Centred Interviewing. Part I: Understanding Patients' Experiences. Can Fam Physician. 1989; 35; pp. 147 – 151



# ESTUDIO MÉDICO DE LA FAMILIA R1

## 7 JUNIO 2023

### APRENDER A ESCUCHAR. Escucha activa

Dr. Isaías Hernández Torres.  
Subdivisión de Medicina Familiar. División de  
Estudios de Posgrado. Facultad de Medicina.  
UNAM



## APRENDER A ESCUCHAR

**EMPATÍA:** Disposición interior del médico familiar para sumergirse y observar las cosas que vive el paciente desde su marco de referencia interno, esto es, desde su mundo subjetivo (del paciente), captando lo que existe en las palabras: sentimientos, ideas, significados y cómo probablemente está experimentando lo que le ocurre.



# COMPONENTES Y OPERACIONALIZACIÓN DE LA EMPATÍA

## Empatía

```
graph LR; Empatía --- Actitud[Actitud empática]; Empatía --- Escucha[Escucha activa]; Empatía --- Respuesta[Respuesta empática];
```

### Actitud empática

**Disposición física y mental** del médico familiar para procurar captar el marco de referencia interior del paciente (sentimientos y significados presentes).

Incluye la postura del cuerpo que refleja la preparación y ánimo para una escucha activa.

### Escucha activa

Disposición física y mental del médico familiar para **escuchar con atención el mensaje que verbal y no verbalmente** emite el paciente.

Interpreta su significado y se prepara para indicar al paciente lo que está comprendiendo (*respuesta empática*).

### Respuesta empática

Habilidad del médico familiar para **proporcionar realimentación** al paciente acerca de lo que está escuchando.

Implica una comunicación verbal y no verbal de lo comprendido, mediante diferentes modos de responder en el plano afectivo.

# ESCUCHA ACTIVA

Escuchar y comunicar la comprensión de la experiencia ajena, es considerada una respuesta centrada en la persona.

Madrid Soriano 2005

La escucha activa trasciende la palabra y el simple oír.

Cuando lo logramos, se encarna en todos nuestros sentidos y nos posibilita comprender realmente al paciente.



# ESCUCHA ACTIVA

No es sólo una técnica; es una virtud ética y un hábito que al cultivarlo forma al médico familiar quien transforma su entorno.

Escuchar activamente se convierte en un arte mediante el cual facilitamos que el paciente narre su mundo.

(Bermejo 2012)



# ESCUCHA ACTIVA

La escucha activa no se trata de un mero oír, sino de la comprensión del mundo más íntimo y personal del paciente...

...Es aceptación del significado y de la experiencia única que ocurre en el paciente, de tal modo que éste experimenta que efectivamente está siendo aceptado.



Costa M 2003

# ESCUCHA ACTIVA

Escuchar activamente se logra solamente si comprometemos todas nuestras dimensiones personales :

- Ver
- Escuchar
- Sentir
- Percibir
- Pensar
- Actuar
- Adaptar el cuerpo

Un médico familiar que ayuda, pero no desarrolla una escucha activa y respuesta empática, termina percibiéndose como un médico con encuentros impersonales.



Costa M. 2003; Curina C 2000

# ESCUCHA ACTIVA

- Debemos hacer silencio interior y centrarnos en la necesidad del paciente de ser escuchado.
- No es nuestra habilidad para comprender el lenguaje verbal del paciente lo que nos convierte en “Buen escucha”, sino nuestra habilidad para comprender los mensaje no verbales y ocultos en el lenguaje.

Baldini 1986

Egan 1976



# ESCUCHA ACTIVA

- La empatía pasa entonces por escuchar activamente, por escudriñar el significado de las palabras para el propio paciente.
- La escucha activa es la forma de transformar en conducta la disposición de “ponerse en el lugar del otro”. Inicia con la audición, pero involucra atención, interés, motivación, preocupación, compromiso, compasión, etcétera.

Becvar 1978



Alemany C. 1995

Medicina Familiar y Complejidad

# ESCUCHA ACTIVA

- *“Cuando te pido que me escuches y tu empiezas a darme consejos, no has hecho lo que te he pedido. Cuando te pido que me escuches y tu empiezas a decirme por qué no tendría que sentirme así, no respetas mis sentimientos. ...*
- *... ¡Escúchame! Todo lo que te pido es que me escuches, no que hables ... Sólo que me escuches. Aconsejar es fácil. Pero yo no soy un incapaz. Quizás esté desanimado o en dificultad, pero no soy un inútil. ...*
- *... Cuando simplemente aceptas que lo que siento me pertenece, aunque sea irracional, entonces no tengo que intentar hacértelo entender, sino empezar a descubrir lo que hay dentro de mí”.*

• O'Donnel" en Pangrazzi 1978



# ESCUCHA ACTIVA



- La comprensión empática se concreta mediante el escuchar activamente y comunicar lo comprendido al reformularlo al paciente.
- Reformular es devolver al paciente su propia situación, sin buscar necesariamente que se sienta bien, sino buscando ir juntos hacia el conocimiento de la realidad y su manejo.

## RESPUESTA EMPÁTICA: REFORMULACIÓN

- Consiste en captar lo que el otro expresa en forma verbal y no verbal y presentárselo con claridad.
- Verbalizar los sentimientos son respuestas muy útiles porque ayudan al paciente a tomar conciencia de que se es comprendido.
- La reformulación no es mera repetición. Es devolver con palabras o lenguaje no verbal, lo que se ha comprendido.



# RESPUESTA EMPÁTICA

## Ejemplos de reformulación

Casos tomados de: Bermejo JCH. Empatía terapéutica. La compasión del sanador. Ed. Desclée De Brouwer/Centro de Humanización de la Salud. Bilbao, España. 2012



# REFORMULACIÓN REITERATIVA

---

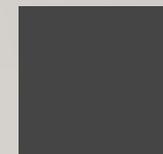


**Es devolver al paciente pocas palabras, palabras clave de lo que él mismo viene diciendo en su conversación.**



**PRIMER EJEMPLO:**

**Madre quien encontró muerto a su hijo Francisco de 29 años, cuando entró a su habitación a despertarle (muerte súbita por malformación cardíaca congénita).**



**Escenario: El consultorio médico.**

- Médico: Buenas tardes, Doña Juana, ¿Cómo ha estado esta semana?
- Sra. Juana: Pues yo creo que cada día estoy peor. Siento más su ausencia y me revelo contra un Dios injusto que se ha llevado a una persona inocente. ¡Esto es un calvario!
- Médico: ¿Un calvario, dice usted?
- Sra. Juana: Si, cada día que me levanto no encuentro el sentido de seguir aquí.
- Médico: El vacío que le ha dejado su hijo es tan grande, que le está costando mucho ver el sentido de su vida.
- Sra. Juana: La verdad es que últimamente pienso muchas cosas y nada buenas, la verdad es que me quitaría de en medio si no fuera por...
- Médico: ¿Si no fuera por...?

REFORMULACIÓN REITERATIVA

- Sra. Juana: Por Enrique. Él está sufriendo mucho, porque se querían mucho, y verme así tan decaída no le hace nada bien.
- Médico: Parece que aún con su gran sufrimiento, existen cosas en su vida por las que hay que seguir luchando, como su hijo Enrique.
- Sra. Juana: Sí, Enrique es lo que me engancha a la vida, pero es demasiado dolor, y lo peor es que no puedo contar con Dios, me ha abandonado, nos ha dejado sin lo que más queríamos.
- Médico: **Siente que Dios la ha abandonado** y lo vive como algo muy injusto. Se siente muy sola y desvalida. ¿Ha pensado en lo que necesita en este momento?
- Sra. Juana: Necesitaría que me devolvieran a mi hijo, eso es lo que me calmaría realmente.
- Médico: Se que ese sería su mayor anhelo... Eso no está ni en sus manos, ni en las mías ¿verdad?

- Sra. Juana: Ya lo sé, sé que no va a volver, que está muerto, pero me siento tan sola.
- Médico: No va a volver...
- Sra. Juana: La verdad es que me estoy aislando de todo y también de él.
- Médico: Entiendo que es muy duro por lo que está pasando usted y la soledad le angustia... ¿Qué significa para usted eso de aislarse de él?
- Sra. Juana: No lo sé. Quizás me abandonó, y eso no me ayuda, pero es que me cuesta salir de este sufrimiento; además ¿Qué le voy a ofrecer a mi hijo, sino dolor y desesperanza?
- Médico: ¡Qué duro! ¿no?
- Sra. Juana: Quizás estoy siendo injusta con él, con Enrique, y además es que le echo mucho de menos.
- Médico: ¿Injusta con Enrique..?
- Sra. Juana: Sí. No sé... Lo tengo que pensar, mi hijo Enrique no se merece esto, no sé...

# REFORMULACION ACLARADORA

- Reformular también es dilucidar, aclarar, poner en orden lo que el paciente expone y devolvérselo con mayor claridad para que pueda afrontarlo con mayor responsabilidad.
- Poco a poco se gana habilidad para acompañar en la toma de decisiones, resolución de conflictos o en el apoyo emocional.
- Clarificar es como “dar nombre a caminos” en los que el paciente se siente perdido. Cuando alguien da nombre al camino, el paciente puede decidir que vías tomar, abandonar, cambiar o reemprender.

## SEGUNDO EJEMPLO:

- Sra. Raquel de 34 años a quien le han quitado a sus dos hijos de 9 y 5 años, por violencia intra familiar de parte del esposo. No tiene diagnóstico concreto para su sintomatología. Contacta frecuentemente con el Centro de Salud. Llama ahora por

teléfono:

Escenario: Conversación telefónica:

## REFORMULACION ACLARADORA

- Sra. Raquel: ¿Soy Raquel, tiene un ratito para hablar?
- Médica: ¡Qué bueno escucharte, Raquel! ¿Cómo estás?
- Sra. Raquel: (silencio) Bueno, como siempre.
- Médica: Dices que como siempre, pero yo te noto preocupada.
- Sra. Raquel: Sí, todavía no sé muy bien lo que ha pasado. Esto no es nada fácil, ¿sabe? (Baja la voz). No sé por dónde empezar (silencio).
- Médica: Te cuesta ¿verdad? ¿lo quieres intentar?
- Sra. Raquel: (llorosa, silencio) No me acuerdo de mucho, ha sido muy rápido, muy rápido...
- Médica: Entiendo Raquel que estas confusa. Ha debido pasar algo... ¿Todo muy rápido dices?
- Sra. Raquel: (llorando) No sé si puedo ... Mi marido llegó a casa muy enfadado, insultándome nada más entrar por la puerta. Me tiró al suelo y no recuerdo lo que pasó después.
- Médica: Siento que estas asustada... Te desconcierta que no puedas recordar lo que ha pasado, ¿verdad? ¿Tienes alguna lesión?

- Sra. Raquel: Sólo sé que me duele todo. Me desperté desnuda y él no estaba. Ha cerrado la puerta con llave, como siempre. Esto es muy fuerte, muy fuerte ... (con coraje y llanto)
- Médica: Raquel me preocupa lo que estás contando. También yo siento mucho coraje.
- Sra. Raquel: ¿Cómo quiere que me sienta? Mi marido me pega lo normal, pero esta vez ha hecho lo que ha querido conmigo ... y eso no. Todo esto no tiene sentido, no veo una salida.
- Médica: ¿Qué difícil! ¿verdad? Me llama la atención que digas que te pega lo normal. Creo que te has ido acostumbrando a cómo te trata, pero dices que esto no tiene sentido y además no ves una salida y te sientes muy cansada y adolorida.
- Sra. Raquel: Bueno ... (titubeando) Si, la única salida es quitarme de en medio. Me han quitado a mis hijos, no tengo a nadie.
- Médica: Dices que no tienes a nadie, pero estamos hablando tú y yo. Y además has llamado tú. A alguien si tienes.
- Sra. Raquel: Sí.
- Médica: Estás harta y muy cansada, ¿no? Has intentado quitarte la vida?
- Sra. Raquel: (Silencio tenso) Sí. (Suspiro) Hace unos años. Me intenté cortar las venas, pero él me llevó al hospital... Creo que alguien viene...
- Médica: Siento que tienes miedo, Raquel. Me preocupa que puedas tener lesiones internas, ¿quieres que te mande una patrulla y te saquen de casa?
- Sra. Raquel: (Aterrada) No sé si voy a poder. No, no mande a nadie. Estoy muy asustada.
- Médica: No es la primera vez que hablamos de esto; por un lado sientes el deseo de salir de ahí, dejándolo todo y sin embargo te tiene paralizada el miedo.

## ... REFORMULACION ACLARADORA

Sra. Raquel: (Pendiente del ruido al fondo) Espere ... (se aleja y vuelve) Ya estoy aquí.

Médica: Raquel, llevas sufriendo las palizas de tu marido desde hace mucho tiempo, cada vez que hablamos me dices que te han ingresado al hospital o que te encuentras peor. Hoy has perdido el conocimiento, sientes que te han violado y quieres suicidarte porque no ves la salida. ¿Qué te parece si hacemos un plan para sacarte de ahí?

Sra. Raquel: (Empieza a hablar muy nerviosa). No sé, no sé qué hacer, a dónde ir ... Estoy completamente desconectada de mi familia. Me siento muy avergonzada de lo que dirán. Me da vergüenza mirar a la cara. No se qué pensarán de mí. Quizás piensen como mi marido, que estoy loca o que lo he provocado.

Médica: **No estás loca, pero estás sufriendo una tensión muy fuerte.** Has luchado mucho, Raquel, y la situación es límite ahora mismo.

Sra. Raquel: Doctora (Aterrada). Llame a alguien y que me saquen de aquí.

*Cuelga, la Dra. Da inmediatamente parte al 911.*

# REFORMULACION NOMBRANDO SENTIMIENTOS

Dar nombre al fondo emotivo del paciente, reformulándoselo con palabras propias, es útil para que se sienta comprendido.

A veces confirma que son esos los sentimientos que siente, o los desmiente, dándonos la oportunidad de corregir y ajustar la comprensión.

Cuando somos novatos, nos da miedo poner nombre a los sentimientos del paciente con palabras propias. Sentimos que “ponemos el dedo en la llaga” y que lo hundimos más en el pozo.

En realidad, las heridas sólo se curan tocándolas, ayudando a limpiarlas. Sólo que estas heridas no están en la superficie.

**TERCER EJEMPLO:** Laura de 71 años, muy consciente de su situación. Recién ha egresado de cuidados intensivos por ca-cu terminal.

– Escenario: el médico la visita en su domicilio y habla con ella a solas, en su habitación:

# REFORMULACION NOMBRANDO SENTIMIENTOS

- Médico: Buenos días. ¿Cómo está, Laura?
- Sra. Laura: Mal. Yo ya me quiero morir.
- Médico: ¡Ahh! ¡Mmm! ¿Por qué dice eso, doña Laura?
- Sra. Laura: ¿No lo ve? Estoy en cama, no me puedo mover y tengo muchos dolores.
- Médico: (Pausa) Imagino que para usted debe ser muy difícil esta situación.
- Sra. Laura: Ya no tengo ganas de nada más que de morirme. ¿Por qué no me moriré, Dios mío?
- Médico: (Silencio) ¿Quiere que todo se acabe ya? Siente rabia, quizás (Silencio).
- Sra. Laura: no sé... Me encuentro sola. Tengo miedo.
- Médico: Tiene miedo.
- Sra. Laura: (Silencio) Sí, tengo miedo a que mi familia no llegue a tiempo para despedirme de ellos, a que se olviden de mí...
- Médico: (Asiento con la cabeza) ¿Laura, le ha contado esto a ellos?
- Sra. Laura: No, pienso que dirán que es una tontería, que no diga bobadas.

## REFORMULACION NOMBRANDO SENTIMIENTOS

- Médico: Teme que no la tomen en serio y no la escuchen. Es cierto que pueden rechazar la idea. Si lo hicieran, ¿Qué pasaría? Todavía tendría la oportunidad de insistir y decirles que quiere hablar con ellos. ¿Cómo lo ve?
- Sra. Laura: No lo sé, es todo tan difícil. ¿Por dónde empezar?
- Médico: Complicado ¿verdad? ¿Por dónde se podría empezar? ¿Podría decirles cómo lo está sobrellevando, cómo se siente ... así con naturalidad?
- Sra. Laura: Es que casi nunca hablamos de estas cosas. Hacemos como si nada pasara. (Lo dice con tristeza).
- Médico: Pues tal vez ahora es buen momento para intentarlo ... Quizás ellos también necesitan expresarle cómo se sienten, ¿Qué opina?



## REFORMULACION NOMBRANDO SENTIMIENTOS

- Sra. Laura: Tal vez. Creo que voy a intentarlo, porque yo así no estoy bien. Estoy como sola, aunque ellos estén conmigo.
- Médico: Se siente sola y a mismo tiempo con ganas de hablar.
- Sra. Laura: Sí, tengo que hablar con ellos esta tarde, les diré cómo estoy, que me siento al final y les tengo que agradecer muchas cosas. ...
- Médico: Me alegro, Lura. Estoy seguro de que aunque le resulte difícil, puede ser un momento importante en su relación. Laura, ¡ánimo!
- Sra. Laura: ¡Hasta luego doctor! Y gracias.



# FALTA DE REFORMULACIÓN A PESAR DE BUENA INTENCIÓN

No siempre existe empatía en la relación entre el profesional de la salud y el paciente, a pesar de que se declare un interés en el paciente.

## CUARTO EJEMPLO:

– Paciente de 30 años, en fase terminal por proceso oncológico.

Escenario: Sala hospitalaria.



## FALTA DE REFORMULACIÓN A PESAR DE BUENA INTENCIÓN

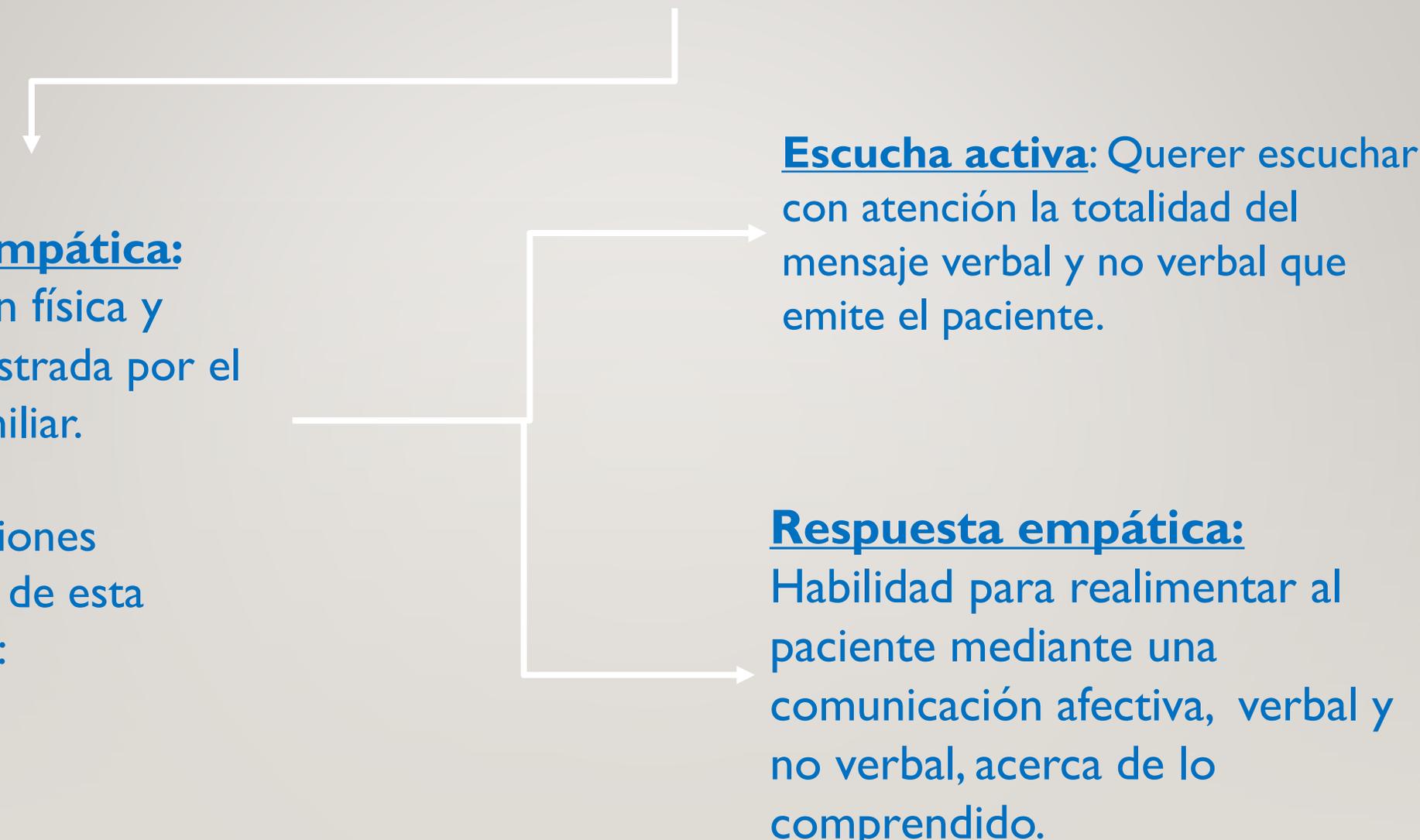
- Médica: ¡Hola, buenos días! ¿qué tal estás?
- Sr. José: Mal. ¡Cómo quieres que esté! ¡Qué vas a hacerme!
- Médica :Tengo que darte un piquetito. No dolerá mucho.
- Sr. José: Estoy harto de tantos piquetes.
- Médica : Lo entiendo, pero piensa que todo esto es para que te recuperes y te puedas ir a casa.
- Sr. José: Me da igual... La vida ya no tiene ningún sentido.
- Médica : Bueno, José, siempre hay algo por lo que merece la pena luchar y seguir viviendo: la familia, los amigos
- Sr. José: ¡Nadie hace nada por mí! Cada quien hace lo suyo. No les importo nada. No quieren saber nada de mí desde hace mucho tiempo (Su rostro afligido muestra mucha tristeza y sus palabras están cargadas de resentimiento).
- Médica : Entiendo. Voy a ponerte esta inyección en el brazo.
- Sr. José: Están todo el día poniéndome cosas. Me he estado fijando en la aguja que tengo en el brazo. Por ahí me ponen la medicina. Si la abro, me desangraré ¿verdad?
- Médica : (Horrorizada) ¡No, No puedes hacer eso!
- Sr. José: Aquí no me dejan ni ser yo.
- Médica :Tengo que irme. Luego hablamos

## OTRAS FORMAS DE REFORMULAR

- Se pueden añadir repeticiones, asentimientos con monosílabos, reflejo con la mirada y la mímica facial, actitud dubitativa ... etcétera.
- Hay que recordar el valor del silencio en la comunicación: tiene una misteriosa solemnidad.
- El silencio concede a lo dicho un reposo para buscar su significado y a los interlocutores la posibilidad de escuchar en silencio.



# RESUMEN: LOS TRES COMPONENTES DE LA EMPATÍA



## **Actitud empática:**

Disposición física y mental mostrada por el médico familiar.

Las dimensiones conductual de esta actitud son:

**Escucha activa:** Querer escuchar con atención la totalidad del mensaje verbal y no verbal que emite el paciente.

**Respuesta empática:** Habilidad para realimentar al paciente mediante una comunicación afectiva, verbal y no verbal, acerca de lo comprendido.

## CONCLUSIONES. ESCUCHA ACTIVA

- Médico que no se permite este tipo de vivencias con el paciente, puede resultarle inútil, inadecuado o hasta perjudicial realizar un diálogo en términos empáticos.



Pero el médico familiar constantemente enfrentará situaciones en las que requerirá:



Concentración intensa en lo que dice y en lo que no dice su paciente, para poder ver las cosas desde su punto de vista.

# CONCLUSIONES:

A) Tanto profesores como alumnos **NO DEBEN CREER:**

- Que se trata sólo de desarrollar una técnica.
- Que con la pura técnica se capta lo que el paciente desea decir: Nada más lejos de la verdad.

B) Tanto profesores como alumnos **SI DEBEN CREER:**

- Que es algo que ocurre por voluntad y decisión propia del médico familiar y en la que comprometerá toda su concentración.
- Que no puede otorgar una respuesta llena de técnica, pero sin verdadero interés por su paciente.

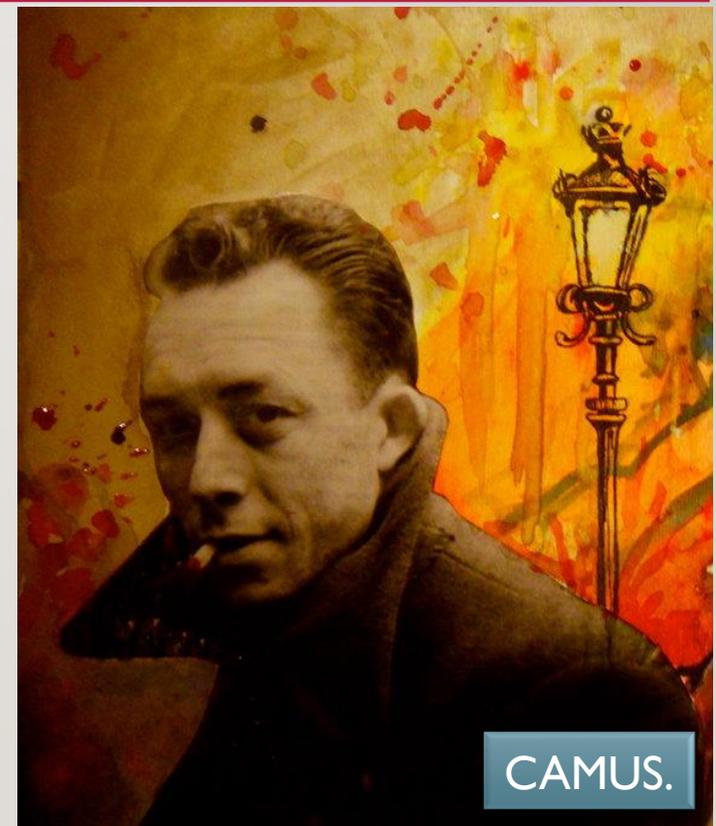
# ¿CÓMO APRENDER LA EMPATÍA?

«¿Quién le enseñó todo esto, doctor?»

*La respuesta surgió rápidamente:*

«Lo aprendí sufriendo.»

*Albert Camus*



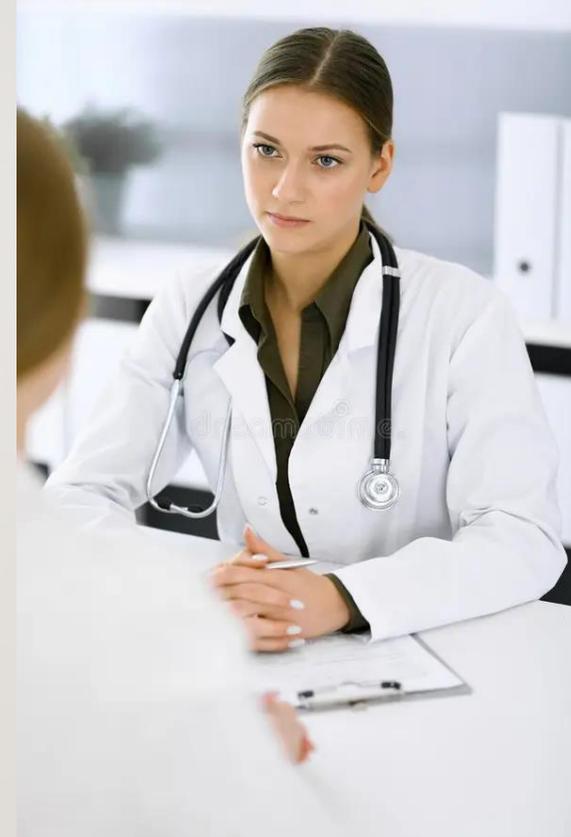
# ¿CÓMO APRENDER LA EMPATÍA?

- 1º. El médico debe **escuchar atentamente** los detalles que le manifiesta el paciente; debe interpretar el tono de sus palabras, el silencio, los mensajes implícitos.
- Debe comprender profunda e intuitivamente las necesidades del paciente.
- Esta escucha intuitiva exige ser un catalizador y la ausencia del afán de protagonismo.



# ¿CÓMO APRENDER LA EMPATÍA?

- 2°. Se tiene que **mirar con afecto**. La mirada del médico que quiere sanar debe ser una mirada pletórica de auténtico interés. Es una mirada que busca la esencia de su persona y que supone aceptación incondicional. Tenemos que mirar lo que no se ve.
- Es una mirada que dice: entiendo lo que siente y padece, no me cansa oírle, soy solidario con su vulnerabilidad, además de médico soy persona, cuente conmigo (Gérvas, 2019)



# ¿CÓMO APRENDER LA EMPATÍA?

- 3°. Junto con escuchar y mirar, está la **capacidad de intervenir** en la conversación: hablar con el paciente en el momento oportuno, tratando de no herir susceptibilidades.
- Cuando las palabras son necesarias para el cuidado del enfermo, lo fundamental es decir poco y con sensatez.

(Centeno, 2017).



# ¿CÓMO APRENDER LA EMPATÍA?

- 4°. El médico debe cultivar la capacidad de **acercarse físicamente** al paciente.
- Contacto empático: saludar con afecto, sostener la mano de un niño asustado, tomar delicadamente la mano en momentos de emoción, tocar el hombro o una presión suave en el brazo para acompañar una mala noticia.
- Debemos dar importancia a la capacidad terapéutica de acciones físicas; el modo de presentarnos, el arreglo personal del médico que examinará al paciente, palpación suave etc. Son extraordinaria ayuda en el proceso interior del enfermo (Centeno, 2017).



## ¿CÓMO APRENDER LA EMPATÍA?

- La atención médica empática es el mejor “medicamento” del enfermo, por haber sido tratado con cariño, solidaridad, respeto, humildad, sinceridad, honradez, comprensión y compasión; es decir, ser tratado con espíritu humanitario.
- El médico debe cultivar la actitud empática, tanto en su formación médica inicial de pregrado, como en su formación permanente de posgrado.



# ¿CÓMO APRENDER LA EMPATÍA?

---

Una de las críticas más frecuentes en la actualidad es que hemos dejado de ser humanistas, para convertirnos en meros técnicos de la medicina.

La alarma mueve a la necesidad de promover la formación humanista en la relación con el enfermo.



# La empatía en la comunicación médico - paciente - familia

---

Los estudios son inconsistentes y algunos reportan que la empatía es un rasgo de personalidad que no se puede inculcar.



# La empatía en la comunicación médico - paciente - familia

---

En nuestra práctica observamos que sí es posible modificarla.

Pero una gran limitación es que los médicos asuman que la empatía no tiene que ver con la competencia clínica.



# PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR

La práctica del médico familiar consiste en aplicar los principios de esta disciplina a la atención de individuos y familias en la práctica diaria.

Medalie HJ. Dimensiones de la medicina y práctica familiares. En: Medicina familiar; principios y práctica. Ed. Limusa México. 1987

## ALGUNOS DE LOS PRINCIPIOS SEÑALAN QUE:

- El médico de familia está más comprometido con la persona que con la enfermedad, conocimientos o técnicas.
- En la practica de la medicina familiar, no se puede comprender a fondo las enfermedades si no son consideradas en el contexto personal, familiar y social.
- El médico familiar concede igual importancia a los aspectos objetivos y subjetivos de la medicina (valores, actitudes y sentimientos)

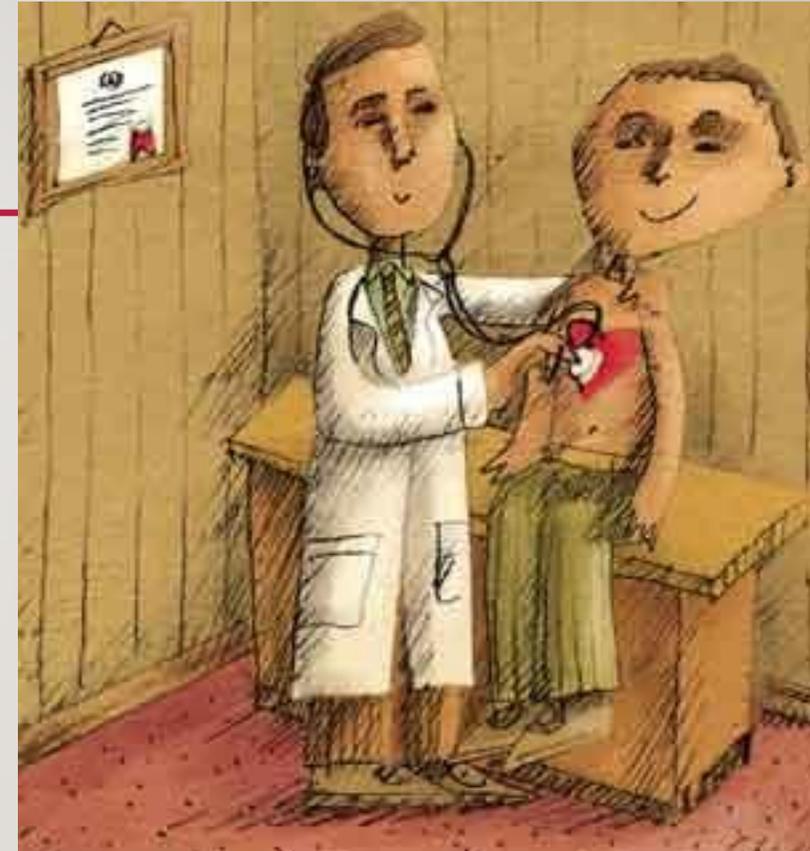
McWhinney RI. Principios de la Medicina Familiar, en: Medicina de Familia. Ed Mosby/Doyma. México 1995.

## TAREAS CENTRALES DEL MÉDICO

1. Comprender la dolencia y comprender a las personas.
2. No es posible comprender totalmente una dolencia sin comprender también a la persona enferma

“Comprendió que debía conocer al hombre para poder curarlo”

*Nathaniel Hawthorne. La letra escarlata*



**PIENSA: SIN EMPATÍA  
NO HAY CURA**

## EMPATÍA

Una forma de comprender el dolor es mediante el método clínico que utilizamos diariamente (aplicar nuestro conocimiento objetivo de la ciencia y la tecnología).

Eso nos permite comprender hasta cierto nivel...

Pero debemos ir más allá: comprender al paciente como persona, su historia, sus sentimientos, valores y relaciones, el significado de la dolencia para él.

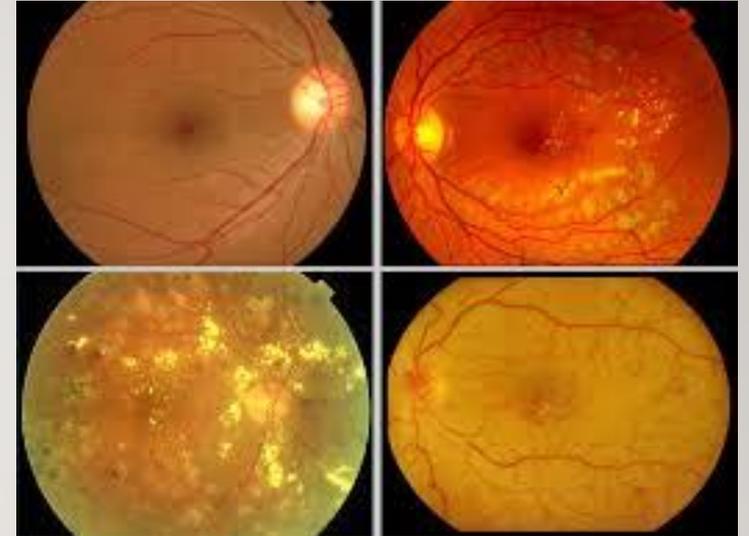


## EMPATÍA

Nuestra formación es un mundo de abstracciones en el cual la patología forma parte del conocimiento médico, pero no tiene que ver con la experiencia de padecer la enfermedad.

*Ej. La retinopatía diabética forma parte de nuestro conocimiento de que una persona pierde la vista gradualmente...*

... Pero no ocurre lo mismo con la experiencia de quedar ciego, no pasa a formar parte nuestra: esa experiencia es del paciente y no la conocemos.



## COMO ENSEÑAR A NUESTROS ALUMNOS Y A NOSOTROS MISMOS LA COMPRESIÓN AL PACIENTE:

---

Prestar atención a la experiencia de los pacientes: practicar el arte de escuchar; leer literatura apropiada al tema y realizar una **práctica reflexiva** sobre nuestra actuación profesional.



## CONCLUSIONES: EL FÁRMACO MAS VALORADO

El médico se utiliza a él mismo y a sus propios sentimientos para explorar el interior desconocido de su paciente.

**Por eso M. Balint señaló:**

***“La droga que se utiliza con más frecuencia es el propio médico”.***

Balint M. The Doctor, His Patient, and the Illness. New York: International Press Inc; 1972.

No existe en ningún texto la dosis en la que el médico debe prescribirse a sí mismo.

Y DE ESTE FÁRMACO EL  
PRINCIPIO ACTIVO MÁS  
EFECTIVO ES SU CAPACIDAD  
DE COMUNICACIÓN

# CONCLUSIONES. A FIN DE CUENTAS:

Las cosas que hacen diferente al médico familiar son sus valores, actitudes y métodos.

**Realidad digna de destacar:**

**Representa para el médico familiar una metodología diagnóstica y terapéutica no tan disponible para otros médicos.**



McWhinney 1981 Teaching the principles of family medicine.

# Referencia bibliográficas

- Leal-Costa C, Tirado-González S, Van-der Hofstadt CJR, Rodríguez-Marín J. Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS. Anales de psicología, 2016, 32: 1
- Bermejo JCH. Empatía terapéutica. La compasión del sanador. Ed. Desclee De Brouwer/Centro de Humanización de la Salud. Bilbao, España. 2012
- Egan G. El orientador experto: un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal. Universidad Iberoamericana. México 1975.
- Truax B., Carkhuff RR. Toward effective Counselling And Psychotherapy. Aldine, Chicago. 1967
- Borrel i CF. Manual de Entrevista Clínica. Harcourt Brace, Madrid. 1998
- Madrid Soriano J. Los procesos de la relación de ayuda. Desclee De Brouwer, Bilbao 2005.
- Innerarity D. Ética de la hospitalidad. Península, Barcelona 2001.
- Bermejo JC. La escucha que sana. Diálogo en el sufrimiento. San Pablo, Madrid 2002.
- Cosota M. López E. Consejo Psicológico. Síntesis, Madrid 2003.
- Curina C. Grassi M. Escucha con el Corazón. Editorial de Vecchi, Barcelona 2000
- Baldini M. Le parole del silenzio. Paoline, Milano 1986.
- Egan G. el laboratorio de las relaciones interpersonales. Teoría y práctica "Sensitivity Training". Paidós, buenos aires 1976
- Becvar RJ. Métodos para la comunicación efectiva. Guía para la creación de relaciones.. Limusa, México 1978
- O'Donnel R. La escucha. En: Pangrazzi A (Ed). El mosaico de la misericordia. Sal Terrae. Santander 1989.
- Rogers CR. Orientación psicológica y psicoterapia. Fundamentos de un enfoque centrado en el persona. Narcea, Madrid 1978.
- Gutiérrez Fernández, Rodrigo. La Humanización de (en) la Atención Primaria. Rev Clin Med Fam. 2107;1(1). URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2017000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005)
- Paico-Vilchez E. El médico compasivo es el mejor "medicamento" para el enfermo. Rev Soc Peru Med Interna. 2020;33(4): 187-191. <https://doi.org/10.36393/spmi.v33i4.570>
- Gervás Juan. Mostrar compasión con los pacientes no es una opción sino una exigencia ética. Acta Sanitaria, Madrid. 29 junio, 2019. URL disponible en: <https://www.actasanitaria.com/mostrar-compasioncon-los-pacientes-no-es-una-opcion-sino-una-exigencia-etica/>
- Alice Stefano, Fiorese Mara. Compasión: Qué es y por qué es importante en medicina. El Foro Económico Mundial, 26 abril 2017. URL disponible en: <https://es.weforum.org/agenda/2017/04/compasion-que-es-y-por-que-es-importante-en-medicina/>
- Doty Juan. La amabilidad y la compasión son la receta para una mejor atención de salud. Intra Med. 02 diciembre, 2014. URL disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=85821>
- Lown, BA, Rosen J and Marttila J. (2011). An agenda for improving compassionate care: a survey shows about half of patients say such care is missing. Health Affairs. 30(9):1772-78.
- Centeno Cortés, Carlos. Compasión: Corazón del ejercicio de la medicina. An Real Acad Med Cir Vall. 2017; 54: 289-294.

