



CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
SEMINARIO DE ATENCIÓN MÉDICA
UNIDAD DIDACTICA: ESTUDIO MÉDICO DE LA FAMILIA I

TEMA: 1ª parte: empatía

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de Docencia

Subdivisión de Medicina Familiar.

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina. UNAM

FACULTAD DE MEDICINA



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



La empatía en la comunicación médico - paciente - familia

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

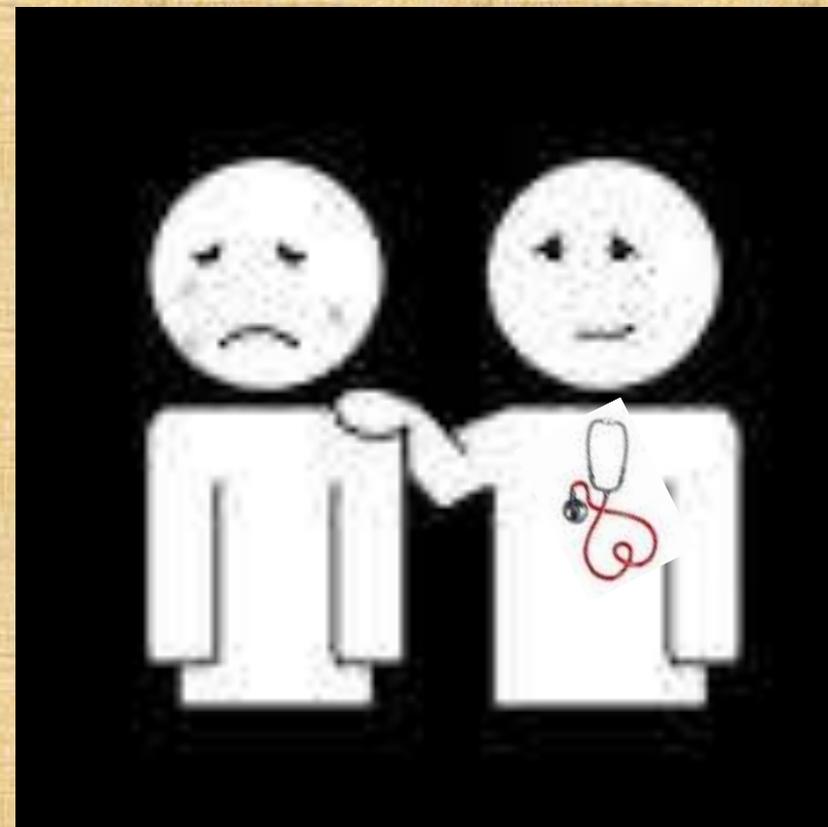
Se debe mantener la simpatía a una distancia razonable para propiciar un equilibrio emocional.



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”.

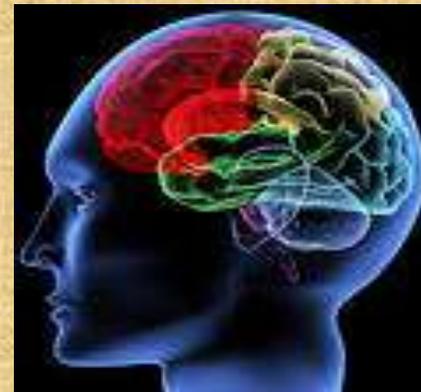


Actitud empática. Componentes

Tiene dos dominios:

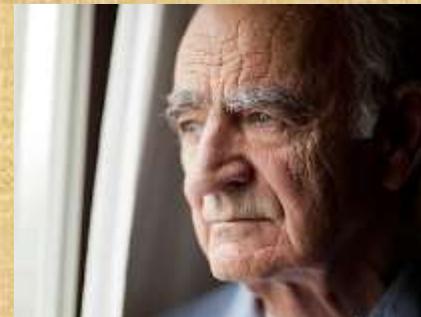
El dominio cognitivo.

Capacidad de comprender las experiencias, ver el mundo desde la perspectiva del paciente.



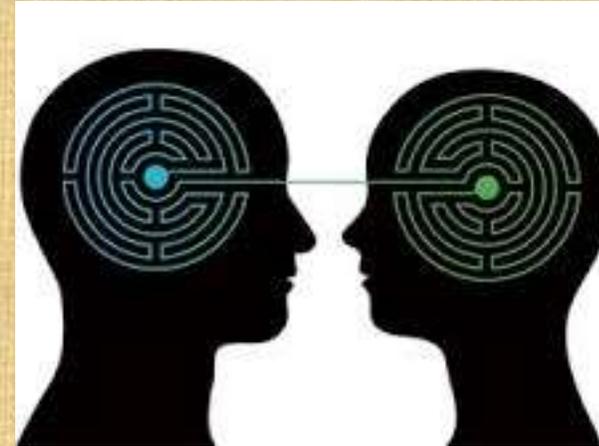
El dominio afectivo.

Es la capacidad de conectarse con los sentimientos internos de la otra persona.



La empatía en la comunicación médico - paciente - familia

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



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

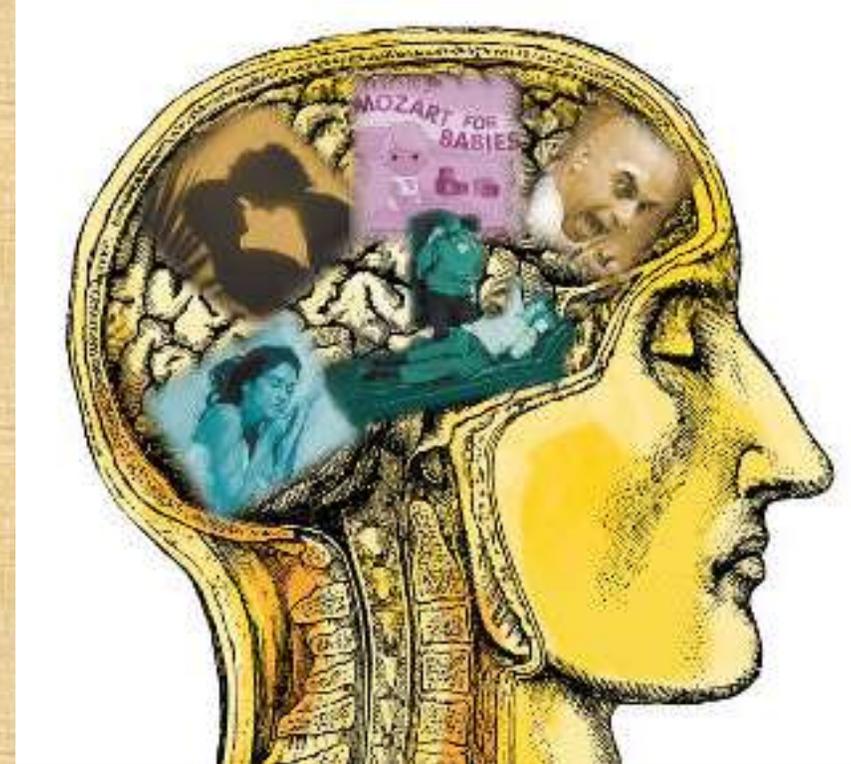


La empatía en la comunicación médico - paciente - familia

Compleja forma de inferencia psicológica en la que:

- Observación
- Memoria
- 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 ...

... Esta reacción del médico familiar es el componente emocional de la empatía.



La empatía en la comunicación médico - paciente - familia

EMPATÍA CONGNITIVA

Logra una representación corporal, sensorial y motora poco intensa del estado mental observado en el paciente.

EMPATÍA EMOCIONAL

Logra una representación corporal, sensorial y motora más intensa ...

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

La empatía en la comunicación médico - paciente - familia

Las mujeres muestran mayores puntuaciones en los cuestionarios de empatía, que los hombres.

Se ha demostrado que las mujeres son más sensibles que los hombres ante estímulos dolorosos y por tanto más empáticas



¿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 la enseñanza de la formación humanista en la relación con el enfermo.



¿Qué es un médico humanista?

HACE CASI DOS MIL AÑOS AULUS GELLIUS DEFINÍA AL MEDICO «HUMANISTA» :

Educado.

Hombre culto. Aparte de los conocimientos propios de su rama, debe poseer ideas, valores y modos de expresión provenientes del mundo del arte y de las letras.

Técnico. Competencia técnica en el arte de la medicina.

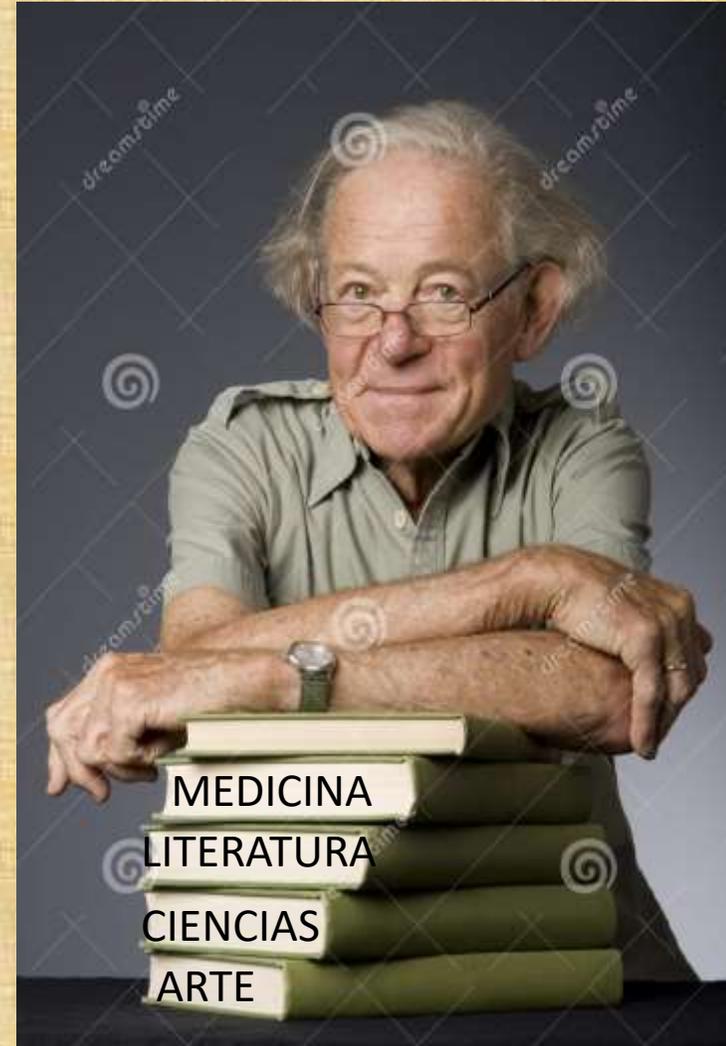
La incompetencia resultaría inhumana porque traicionaría la confianza que el paciente deposita en el médico para que le ayude y no le dañe.

Empatía (Valores emocionales)

Sentimientos del médico hacia el paciente. Capacidad del médico para identificarse con los valores humanos de aquellos a los que sirve.

¿Cómo aprender la empatía?

Lo realista es que podemos alcanzar niveles de competencia razonables, en cada uno de estos aspectos.



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 propios médicos asuman que la empatía no tiene que ver con la competencia clínica.

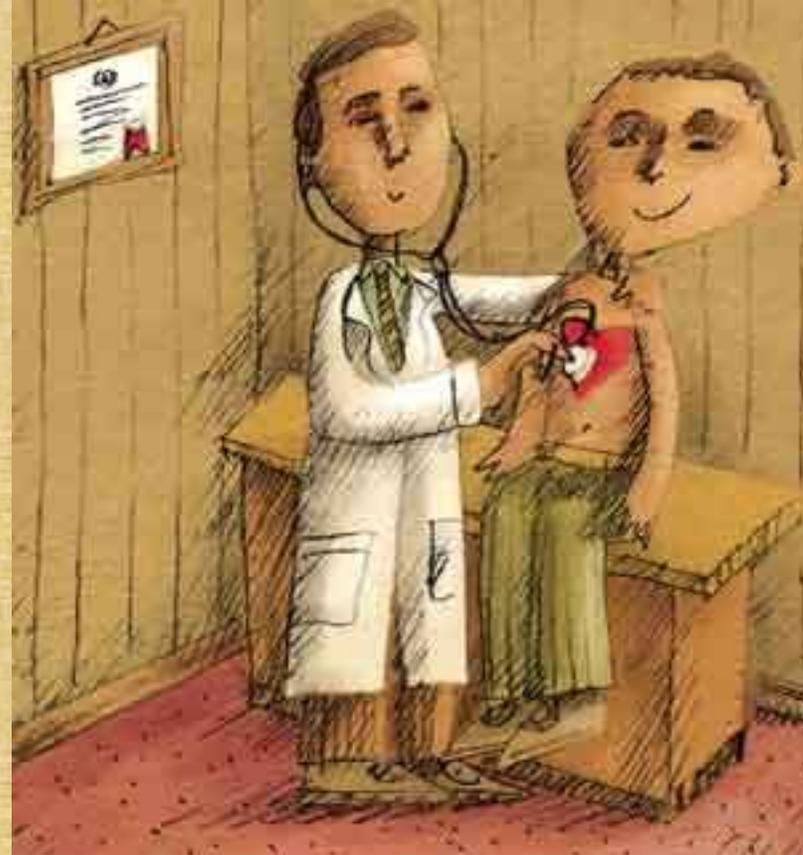


La empatía en la comunicación médico - paciente - familia

Hay dificultad para acordar las actitudes mínimas que debe poseer el médico y no se han podido crear métodos efectivos para el desarrollo de las conductas humanitarias.

P E R O ...

Podemos empezar por desarrollar un espacio de **práctica reflexiva** en nuestras sedes académicas.



PIENSA: SIN EMPATÍA NO
HAY CURA

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

EL PAPEL DE LAS EMOCIONES

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 conocer al paciente hasta cierto nivel...

Pero no nos permite comprenderlo como persona, su historia, sus sentimientos, valores y relaciones, el significado de la dolencia para él.

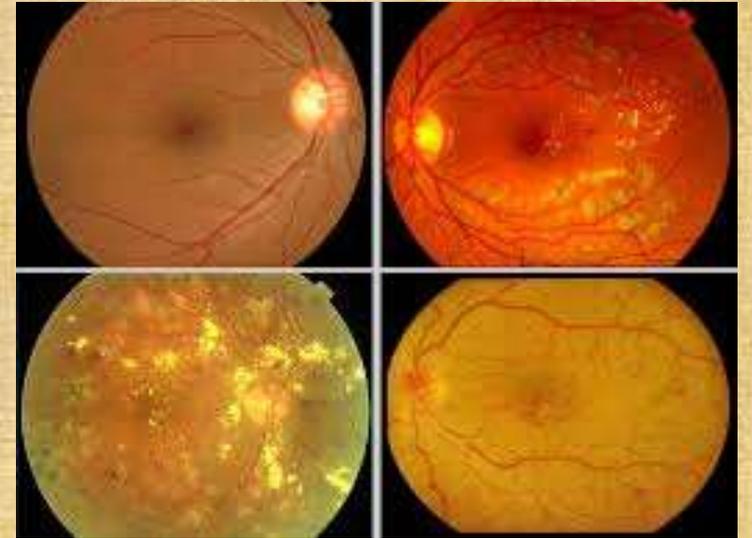


EL PAPEL DE LAS EMOCIONES

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 COMPRENSIÓN 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.





ESTUDIO MÉDICO DE LA FAMILIA R1

2DA Parte: 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

PASO 1: DECIDIR SI
DESEAS SER EMPÁTICO

Actitud
empática

Disposición física y mental del médico familiar para 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.

PASO 2: REALMENTE
ESCUCHAR

Escucha
activa

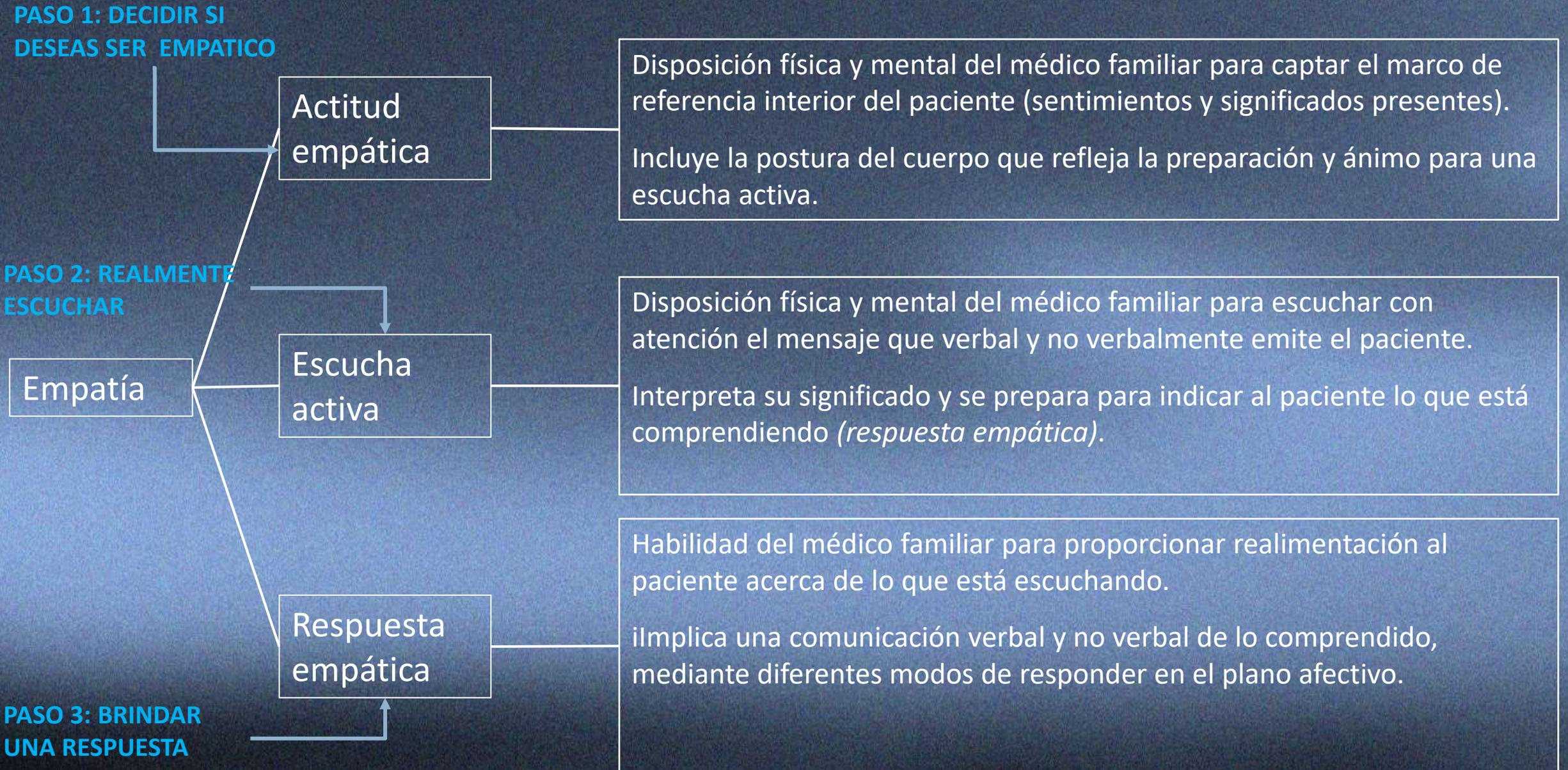
Disposición física y mental del médico familiar para escuchar con atención el mensaje que verbal y no verbalmente emite el paciente.
Interpreta su significado y se prepara para indicar al paciente lo que está comprendiendo (*respuesta empática*).

Empatía

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.

PASO 3: BRINDAR
UNA RESPUESTA



ESCUCHA ACTIVA

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

Madrid Soriano 2005

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 la aceptación del significado y de la experiencia que ocurre en el paciente.

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

- No es exactamente la habilidad del médico para comprender el lenguaje Verbal del paciente, lo que lo convierte en “Buen escucha”, sino su habilidad para **comprender los mensaje No Verbales,** ocultos en el lenguaje.

Egan 1976

ESCUCHA ACTIVA

- La empatía pasa entonces por escuchar activamente, por escudriñar el significado de las palabras para el propio paciente.

Becvar 1978

- 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, etcétera.

Alemany C. 1995
Medicina Familiar y Complejidad

ESCUCHA ACTIVA

- La comprensión empática se concreta mediante:
 1. Decidir si deseas escuchar
 2. Escuchar activamente
 3. Respuesta empática (Comunicar lo comprendido.)
- La respuesta empática es reformular o 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 con autoridad.

ESCUCHA ACTIVA

- 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 y hacer eco tanto al dolor como a la alegría.

RESUMEN: LOS TRES COMPONENTES DE LA EMPATÍA

1. DECIDIR SI
DESEAS ESCUCHAR

Actitud empática:
Disposición física y
mental mostrada por el
médico familiar.

2. ESCUCHAR
REALMENTE

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
verbal, no verbal y afectiva,
acerca de lo comprendido.

3. DAR UNA RESPUESTA
EMPÁTICA

CONCLUSIONES. ESCUCHA ACTIVA

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



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



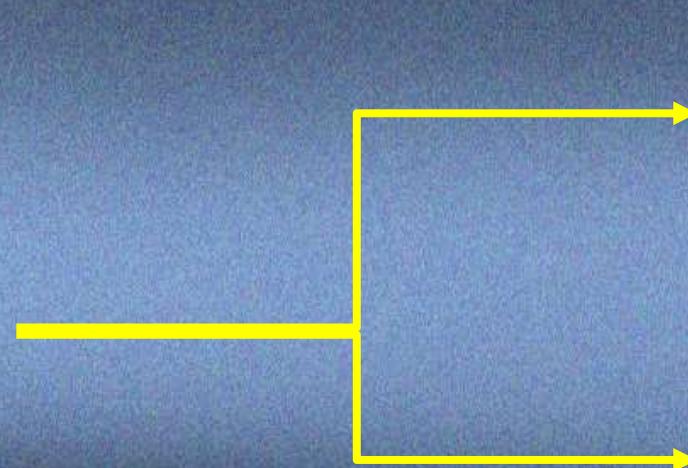
Concentración intensa en lo que dice y en lo que no dice su paciente, para poder ver las cosas desde su punto de vista.

CONCLUSIONES:

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

- 
- CREER QUE**
- Se trata sólo de desarrollar una técnica.
 - 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.
 - No puede otorgar una respuesta llena de técnica, pero sin verdadero interés por su paciente.

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 = EMPATÍA**

CONCLUSIÓN ADELANTADA

Para que el médico pueda lograr la admiración y el cariño de sus pacientes, ha de ser, ante todo, un ente empático

Si nos pusiéramos a investigar qué tan empáticos somos...

... Sorpresas encontraríamos



A FIN DE CUENTAS:

- **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.



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.
- Fernandez 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
- Medalie HJ. Dimensiones de la medicina y práctica familiares. En: Medicina familiar; principios y práctica. Ed. Limusa México. 1987
- Norman, G., Young, M. y Brooks (2007). Non-analytic models of clinical reasoning: the role of experience. Med Educ, 41 (12): 1140-5.
- Norman, G. (2009). Dual processing and diagnostic errors. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 14 (suppl 1): 37-49.
- 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



GRACIAS POR SU ATENCIÓN!

**A SUS ÓRDENES PARA
PREGUNTAS O COMENTARIOS**

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. Desclée 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 Psychoterapy. Aldine, Chicago. 1967
- Borrel i CF. Manual de Entrevista Clínica. Harcout Brace, Madrid. 1998
- Madrid SorianoJ. Los procesos de la relación de ayuda. Descée 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 silence. 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.