

Actualización:

Empatía, habilidades emocionales y actuación

Resumen

Entendiendo a la empatía como un proceso y haciendo un paralelo con los modelos que explican el manejo de las emociones y el desarrollo de habilidades emocionales en el área de gestión y organización de servicios, se discute sobre el valor de aprenderlas con el objetivo de crear una relación empática y se proponen métodos de actuación para el entrenamiento de profesionales de la salud.

Introducción

Se concibe a la empatía como un proceso que abarca actividades cognitivas, afectivas y conductuales del profesional de la salud y que se va desarrollando en la medida que transcurre el encuentro con el paciente, siendo sensible a los cambios que se producen en la relación.

La literatura publicada sugiere que el desarrollo de la empatía aumenta el potencial terapéutico de la relación médico-paciente. Un profesional cálido, que brinda un clima de confianza y reaseguro permite que el paciente pueda expresar mejor sus síntomas y preocupaciones, y facilita el reestablecimiento de la autonomía y participación del paciente. Estas consecuencias en el comportamiento del paciente facilitan el arribo a un diagnóstico más preciso y a un tratamiento más acorde a sus necesidades y posibilidades.

Establecida la necesidad de la empatía como parte de la relación médico-paciente, es que los médicos deben aprender a empatizar. Sin embargo, hay demasiados obstáculos que dificultan dicho aprendizaje: un entorno muy demandante con mucha carga laboral, la poca importancia que se le da a la empatía y el propio cinismo o excesivo idealismo. Además, las investigaciones indican que

el entrenamiento y la educación en los aspectos emocionales del cuidado de la salud son insuficientes.

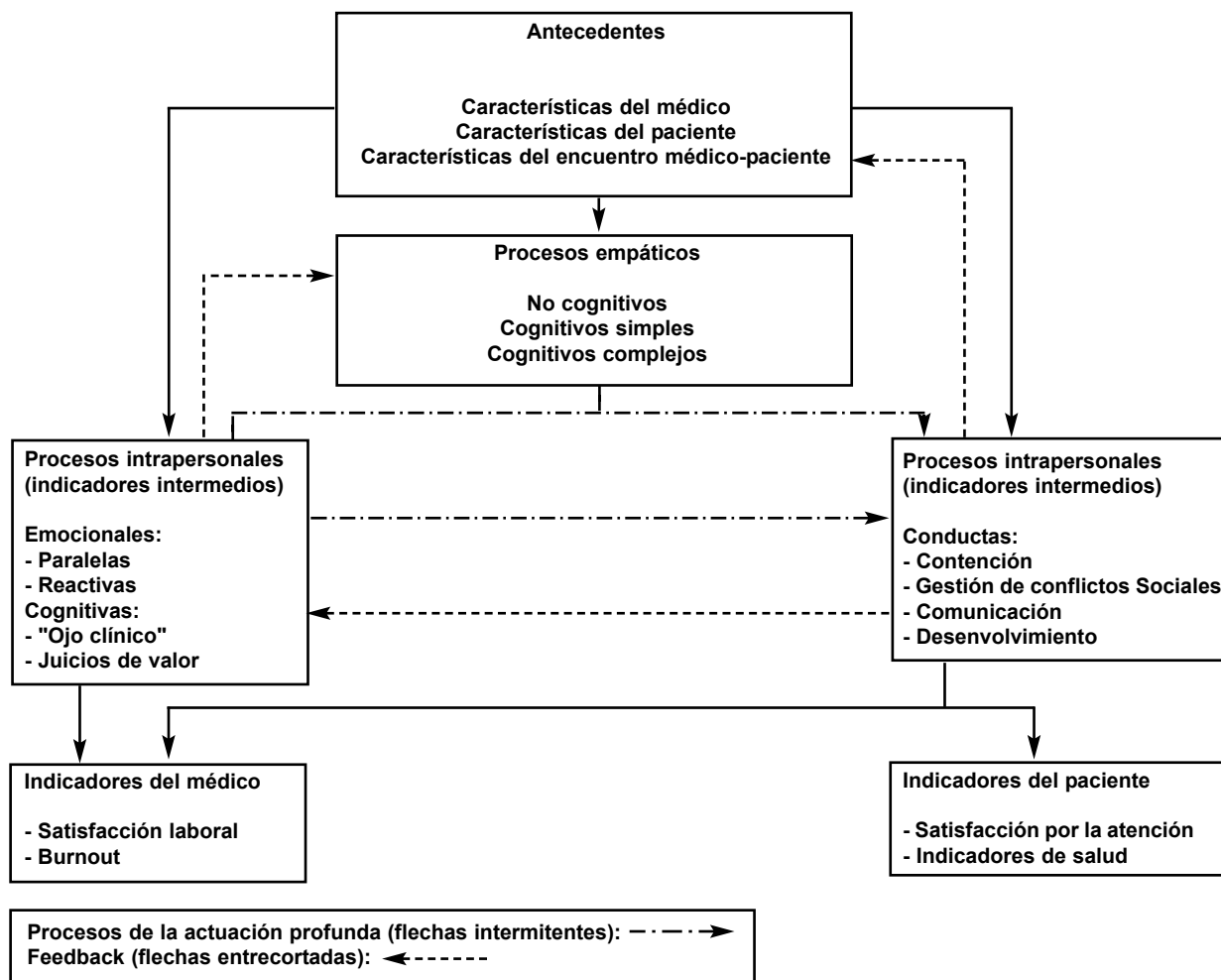
Objetivos

1) Presentar un modelo (adaptado del "concepto de manejo de las emociones o desarrollo de habilidades emocionales" proveniente del área de gestión y organización) para entender a la empatía como un proceso que se desarrolla a lo largo de la relación médico-paciente a través de procesos psicológicos (cognitivos, afectivos y conductuales); 2) discutir acerca del valor del aprendizaje de habilidades emocionales y de los métodos de actuación en la creación de una relación empática; 3) proponer métodos de actuación para el entrenamiento de profesionales de la salud en la empatía.

Modelo del proceso de la empatía

Aunque se necesite más investigación para poder validar este modelo, el mismo provee una plataforma de discusión acerca de la empatía y propone una visión que considera a la empatía como un proceso global e interactivo. Ver figura 1 y cuadro 1.

Figura 1: modelo del proceso de la empatía



- Adaptado de Eric B. Larsen y Yin Yao y basado en el modelo organizacional de Davis.

Cuadro 1: descripción del Modelo

Antecedentes	Características del médico, del paciente y del encuentro médico-paciente que afectan al médico (ej. clase social del médico y del paciente, características de la institución, historia de la relación médico-paciente, etc.). Como se considera que el proceso empático se da durante el encuentro, pero a su vez lo trasciende. Se piensa que los antecedentes condicionan su desarrollo y a su vez son modificados por los indicadores intermedios, durante la entrevista y finales del proceso, de cara a las próximas consultas.
Procesos empáticos	No cognitivos: conductas no mediadas por procesos cognitivos conscientes (ej. mímica) derivados de inferencias conductuales y por lo general, espontáneos. Cogniciones simples: asociaciones directas y condicionamientos básicos, resultantes de la evocación de una experiencia afectiva similar. Cogniciones complejas: asociaciones indirectas o señalamientos e hipótesis. Producidos en a partir de claves verbales. El ponerse en el lugar del otro es el proceso más avanzado que implica que el profesional pueda "imaginar" cómo se siente/piensa el paciente y hacer inferencias emocionales, motivacionales o intencionales
Consecuencias o indicadores intermedios	Cómo el proceso de la empatía afecta al profesional de la salud en su pensamiento, emoción y conducta: procesos internos o intrapersonales (cognitivos y emocionales) y externos o interpersonales (conductuales) cada uno con distintos grados de complejidad y elaboración.
Consecuencias intrapersonales	Emocionales: no son fácilmente observables y aumentan el riesgo de desgaste profesional "burnout": las emociones paralelas son reproducciones del humor del paciente y las emociones reactivas surgen en el médico sin ser experimentadas por el paciente (ej. ansiedad, tristeza, enojo) en reacción a la circunstancia. Cognitivas: el "ojo clínico" implica poder poner en palabras aquello (afectos, conductas) que se observa del paciente de manera precisa y sin interpretaciones; los "juicios de valor" implican la atribución de significados, evaluaciones y creencias acerca de otras personas.
Indicadores	Resultados o consecuencias finales del encuentro. Las conductas sociales específicas tienen un impacto sobre los indicadores del médico y el paciente, siendo sus efectos inmediatos y acumulativos (influyen los resultados de la consulta en la que están produciéndose y también los nuevos encuentros).
Consecuencias interpersonales	Aspecto conductual de la empatía. Calidez, manejo de la agresión, desenvolvimiento, temperamento, etc., son instancias que modifican la relación y pueden influir en los indicadores del médico y el paciente (flecha llena de la figura) y en el aspecto interpersonal del proceso (flecha entrecortada).
En el paciente	Ciertas habilidades comunicacionales y sociales tienen un impacto directo en la satisfacción del paciente y los resultados de salud del mismo: la empatía promueve mejores resultados en el tratamiento.
En el profesional de la salud	La conducta que el profesional tenga durante el encuentro también impacta en el grado de satisfacción laboral. "Los pacientes no son los únicos que se benefician del aspecto relacional del encuentro médico-paciente". Esto es porque los profesionales de la salud, como cualquier otro ser humano, buscan darle sentido y propósito a su vida, y éstos pueden ser satisfechos en la conexión espiritual que se produce con el paciente. Ser empático requiere un esfuerzo para manejar adecuadamente las emociones que surgen durante la relación y también seleccionar las conductas más adecuadas. Este esfuerzo puede llevar al burnout.

Desarrollo de habilidades emocionales

Tomado del área de gestión y organización de empresas de servicios, el concepto de DHA introduce la posibilidad de adoptar ciertos lineamientos que regulen la expresión de las emociones ante situaciones específicas de contacto con los clientes.

De esta manera, las organizaciones se vuelven capaces de dirigir las transacciones entre sus trabajadores y los clientes, a fin de

poder lograr un servicio más efectivo y con mayores beneficios. En el área de la salud, se define al DHA como el proceso de regular la experimentación y la expresión de las emociones para poder lograr una imagen deseada durante el encuentro con el paciente.

Para que un profesional de la salud pueda desarrollar dichas habilidades, es necesario que utilice sus propios recursos psicológicos y pueda producir modificaciones en sus cogniciones y afectos. Ver cuadro 2.



Cuadro 2: descripción del Modelo

	Métodos de actuación Entrenamiento en técnicas de actuación para regular la expresión de emociones.	<u>Paralelo entre el Modelo del Proceso de la Empatía y los Métodos de actuación</u> (ver Modelo en figura 1)
Superficial	Modifica la expresión de las emociones sin cambiar el afecto ni lo que se piensa de la situación, tolerando la disonancia entre ambas (la emoción sentida y la expresada).	Si las emociones reactivas negativas son evitadas o modeladas de manera de lograr una conducta cálida frente al paciente, esto facilitará la expresión del paciente y del médico y tendrá indicadores finales positivos. También producirá una retroalimentación positiva en los procesos intrapersonales del médico (flecha entrecortada).
Profunda	Focaliza en cambiar el estado emocional. Se busca cambiar la percepción de la situación o el sentimiento en aras de modificar las emociones que se suscitan en el encuentro y por ende, su expresión.	Se parte de los procesos empáticos mediante un cambio en las cogniciones complejas, que modifican los procesos intra e interpersonales. El cambio en la conducta es a su vez reforzado por el cambio cognitivo y afectivo (flechas intermitentes).
El médico necesita entender las reacciones del paciente tanto en el nivel cognitivo como en el afectivo y dirigir dicha comprensión hacia una conducta empática. Si se comprende al proceso empático como una habilidad a desarrollar y se trata al paciente a partir de una serie de lineamientos básicos, entonces se puede entender a la actuación superficial como la conducta empática que se explicita sin haber cambios a nivel intrapersonal y la profunda, como aquella que incluye los procesos empáticos y genera resultados intrapersonales relevantes. Ambas formas de actuación pueden funcionar en simultáneo.		

Expectativas futuras

- Que la empatía caracterice a todas las profesiones relacionadas con el cuidado de la salud.
- Que se perciba a la empatía como un proceso más que como una simple actitud.
- Que se capacite a los profesionales de la salud en el desarrollo de habilidades emocionales.
- Que los profesionales de la salud reciban entrenamiento mediante el desarrollo de técnicas de actuación (profundas y superficiales).
- Que el entrenamiento se extienda o se inicie desde la formación de pregrado e incluya a la residencia.
- Que la posibilidad de tener indicadores precisos y métodos de entrenamiento de comprobada eficacia permitan incursionar en nuevas investigaciones en el área de la empatía.

Conclusiones

Las publicaciones sobre empatía enfatizan los comportamientos y le prestan menos atención a la manera en la que el profesional de la salud puede ser más empático. Al plantear a la empatía como un proceso que conlleva actividades cognitivas, afectivas y conductuales, el trabajo de Larsen y Yao se propone establecer un paralelo entre la misma y el desarrollo de habilidades tomados de la gestión y organización de empresas de servicios. Plantear un proceso con indicadores claros abre las puertas a la investigación en un tema con mucho escrito pero con poca evidencia científica. El método de entrenamiento en la actuación, bien conocido en otras áreas, también puede sumar en esa dirección. El énfasis debería estar también en la creación de programas de entrenamiento y en el desarrollo de una cultura que valore la empatía en la relación médico paciente, volviéndola un símbolo de las profesiones de la salud.



Comentario

La forma en que se define empatía varía según los autores que se consulten. Estas definiciones, básicamente difieren unas de otras en el análisis de cuáles son los componentes de la empatía. Autores como Borrell y Carrió¹ la proponen como una técnica que abarca el área de la cognición, los afectos y, por supuesto, la conducta. Durante² hace la diferencia entre la empatía como respuesta cognitiva y la empatía emocional o simpatía. Esta última sería equiparable a "ponerse en el lugar de" ("role taking") que definen los autores del artículo como parte del proceso global de la empatía. A diferencia de otros que han tratado este tema, en este artículo plantea de la Empatía como proceso y no como técnica o actitud. De esta manera y si bien no figura en el texto, se vincula a la empatía con uno de los conceptos de la Teoría General de los sistemas: la "circularidad".

Se define de esta manera a los componentes del Proceso de la Empatía como un sistema: "un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos" donde "cada una de las partes del sistema están relacionadas de tal modo con las otras, que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total".

De esta manera, es fácil comprender como un cambio en la manera de expresar las emociones por parte del profesional de la salud pueda resultar en un cambio en el modo de comportarse del paciente y eso, a su vez, impacte en la relación entre ese médico y el paciente.

Se mencionan también los obstáculos que dificultan el aprendizaje de la empatía y para sortearlos, se propone aumentar la comprensión sobre la empatía y su modo de entrenamiento. Hay coincidencia con otros autores en la existencia de un "divorcio" entre la teoría y la práctica. Es probable que para superar dicha dicotomía, más que comprensión acerca de lo que sucede en el encuentro médico-paciente-familia, sea necesario reflexionar sobre las instituciones de salud asistencia y la formación médica. La propuesta de la Empatía como Proceso es original en sí misma y, a través de sus múltiples sub-sistemas, permite que sea evaluada durante la realización de una consulta. La supervisión directa o indirecta de la entrevista clínica facilitaría el aprendizaje de un comportamiento empático. Aunque los escritos acerca de modelos suelen apuntar a objetivos de investigación, docencia, etc., es llamativo que Larsen y Yao usen palabras como observador y objetivo para referirse al profesional y al paciente, respectivamente. Actualmente, desde la misma Teoría General de los Sistemas con la que se sustenta al modelo, y más aún desde el Constructivismo, se plantea como un imposible que el médico sea un observador y que el paciente y su familia constituyan un sistema observado independiente del profesional.

Desde la cibernética se nos plantea que: "... las observaciones no son absolutas sino relativas al punto de vista de un observador (...) y que las observaciones afectan a lo observado, de modo tal que impiden toda esperanza del observador en cuanto a poder predecir (...) su incerteza es absoluta (...) una descripción (del universo) implica a aquel que describe (que lo observa)". Al respecto,

Durante, habla de sistema terapéutico como una relación en la que están involucradas médico, paciente y familia.

Resulta difícil pensarse dentro de un sistema y a la vez mirarlo desde afuera con la intención de evaluarlo. Rodríguez Ceberio y Watzlawick⁴ van más lejos aún cuando enuncian que "... si un observador siempre está involucrado en el campo de la observación y su mirada impregna al objeto que distingue, todos los enunciados que se postulan acerca de las cosas son autorreferenciales..."

Con el nombre de "autocontrol emocional", o desde la Terapia Racional Emotivo-conductual⁵ (TREC) los autores concuerdan con la diferenciación de las actividades cognitivas, afectivas y conductuales del modelo del proceso de la empatía. Aún más, coinciden en que es la modificación a nivel cognitivo la que permite un cambio en la expresión de las emociones.

Sin embargo, consideramos que se necesita más información para evaluar la técnica empleada por las empresas de servicios y su validez en la aplicación dentro de la medicina. La TREC y las distintas experiencias que se vienen haciendo desde 2001 en los congresos de Medicina Familiar y General en Argentina en el trabajo de las emociones, parten de las cogniciones de los profesionales y no del objetivo de expresar tales o cuales emociones.

Cabe preguntarse entonces: ¿cuáles serían los lineamientos y qué se entiende por emociones deseadas? ¿pretender una expresión no sentida por el profesional, no es aumentar la probabilidad de "burnout" (los autores plantean esto con relación a la diferencia entre actuación superficial y profunda)? ¿qué lugar le queda a la emoción sentida por el profesional, sobre todo si se tiene en cuenta que forma parte del sistema terapéutico y que su sentir es útil a la hora de hacer el diagnóstico de la situación?

Sobre el entrenamiento con técnicas de actuación, Larsen y Yao no hacen referencia a la capacitación y no explican cómo, durante cuánto tiempo, ni a cargo de quién estaría. Sin embargo y a modo de analizar la "validez externa" de este trabajo, si se piensa en la idiosincrasia de nuestra población (tendiente a la expresión de sus emociones) y teniendo en cuenta la gran cantidad de actores cesantes que hay en nuestro medio, consideramos que sería posible intentar implementar este tipo de entrenamiento en nuestra región. Hay experiencias con actores, tanto en el lugar del profesional como en el del paciente con la perspectiva de la capacitación en entrevista⁶).

Conclusiones del comentador

Es original interpretar a la empatía como un proceso. Los autores plantean un desafío interesante al querer conjugar a la empatía con métodos de actuación y técnicas de gestión y organización de empresas. Es necesario profundizar en la propuesta para evaluar su validez como método de capacitación y/o investigación de la relación médico-paciente-familia.

Lila Dupuy [Médica Especialista en Medicina Familiar, Terapia Familiar y Sistémica, y Terapia Grupal.]

Dupuy L. Empatía, habilidades emocionales y actuación. Evid pract ambul. 2005;8:173-176. Comentado de: Larsen E y Yao Y. **Clinical empathy as emotional Labor in the patient physician relationship.** JAMA, 2005 Mar 2;293(9):1100-6. PMID: 15741532

Bibliografía:

1. Borrell i Carrió F. Manual de Entrevista Clínica. Harcourt Brace.1992. pp 116
2. Durante E., La relación médico-paciente-familia: una aproximación metodológica. En "Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria". Capítulo 21. Editores: Rubinstein A, Terrasa S, Rubinstein E, Durante E, Carrete P. Editorial Médica Panamericana. 2001 pp 159-72
3. Foerster H. Von. Las semillas de la cibernética. Gedisa.1991. pp 63
4. Rodríguez Ceberio M, Watzlawick P. La construcción del universo. Herder.1998. pp 65-6
5. Lega L, Caballo V, Ellis A. Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Siglo XXI de España Editores.1997. pp 18-22
6. Comunicaciones verbales de las siguientes instituciones: Grupo de Comunicación y Salud. Grupo Andalucía (Dr. Quesada-Jiménez JA) y Escuela Sistémica Argentina (Lic. Horacio Serebrinsky. Coordinador).