

# **EMPATIA Y COMUNICACION EFECTIVA CON EL USUARIO**

**Carlos Carvajal Guerrero  
Angélica Rojas Pérez**

## INTRODUCCION

“Para comunicar con eficacia hay que comprender que todos somos diferentes en cuanto a nuestro modo de percibir el mundo y utilizar esa comprensión como guía con nuestra comunicación con los demás “ Anthony Robbins.

“La empatía es la estrategia de los grandes sanadores. Sin la empatía no hay compasión, sin compasión no hay vínculo, sin vínculo no hay sanación”. Renny Yagosesky.

En la diaria actividad asistencial, nos encontramos con una variedad inmensa de personas, realidades y problemas de salud. Personas que tienen su propia forma de percibir sus afecciones, por lo tanto necesidades variables frente al sistema de salud, ya sean estas en el orden de la prevención o curación. Es común escuchar a los usuarios decir que la calidad del profesional se mide con relación a lo atento que escuchó, lo claro que fue en presentarle el problema al paciente, como a su vez con la indicación del tratamiento, por el contrario, sí perciben un bajo nivel de empatía por parte del profesional, esto les impulsa a no consultar mayores antecedentes de su afección y a reiterar la consulta con otro profesional que les ofrezca mayor apertura y disposición, generando aumento en la demanda, insatisfacción en el usuario y desgaste del recurso humano.

A su vez, está el personal de salud en búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios, con exigencias adicionales de metas, mejorar la calidad de atención y satisfacción del usuario.

Desde nuestra perspectiva es fundamental que el usuario siga nuestras indicaciones para lograr efectivamente el mejoramiento de la salud, sin embargo en la práctica clínica nos sentimos defraudados al no obtener los resultados esperados, siendo la respuesta del usuario insatisfactoria, denotada en la recurrencia de sus problemas de salud y en la no-adopción de conductas señaladas por nuestras estrategias de salud.

El crear canales de comunicación efectivos con nuestros usuarios esta supeditado a varios factores como vemos anteriormente: ¿Cómo generar empatía con nuestros usuarios si tenemos presión asistencial, problemas en nuestro hogar, problemas que arrastra el gremio, como son los bajos sueldos y la falta de personal? ¿Se puede obviar

todo lo anterior, para que el usuario reconozca en el personal de salud personas que realmente están interesadas en sus problemas?.

Es necesario enfrentar la resolución de problemas de salud conforme a las necesidades de los usuarios y no con relación a nuestras metas, que en muchos casos se alejan de la realidad cotidiana del paciente y no considera las dificultades que estos enfrentan para resolver sus necesidades sanitarias. Entendiendo a la empatía como llave indispensable para generar canales de comunicación efectivos y entregar de esa manera atenciones e indicaciones que sean significativas para el paciente.

Nuestra formación profesional basada en el paradigma biomédico nos hace incurrir en errores, con una actitud demasiado racional apoyado en lo científico-técnico, en busca de un agente causal específico que genera la enfermedad, dándole poca importancia al sentimiento humano. El nuevo modelo de Salud Familiar propone un enfoque holístico, donde importa no sólo el individuo sino su entorno, que inciden fuertemente en su salud física y mental. Requerimos pues, de una formación diferente que permita desarrollar habilidades interpersonales y comunicacionales en la búsqueda de un trato más humano.

Por lo expuesto anteriormente, para alcanzar nuestras metas sanitarias es necesario responsabilizar al usuario como encargado de mantener su salud mediante el cumplimiento de nuestras indicaciones y hacerlos participe de nuestros ideales. Entonces se necesita de empatía por parte de los funcionarios de salud como herramienta para establecer canales de comunicación efectivos, enmarcado esto dentro del nuevo sistema asistencial.

Mediante nuestra discusión pretendemos describir y mostrar a la empatía como una herramienta esencial en la comunicación efectiva, herramienta desconocida por el personal sanitario pero factible de desarrollarla en ellos; al mismo tiempo sugerir a los equipos de salud indagar su realidad, tanto en los términos de la percepción del usuario, como la utilización por parte de los funcionarios. Para lograr esto es necesario desarrollarla a través de la capacitación continua del equipo de salud entorno a esta temática.

## DISCUSION

Consideramos que la empatía es el instrumento para establecer un vínculo efectivo con el usuario, efectivo en la percepción de éste, entorno a su problemática y nuestros objetivos sanitarios. En la medida que no establecemos empatía dificultamos nuestro accionar, el entendimiento y adhesión del usuario a las indicaciones.

La empatía se define como: la habilidad social fundamental que permite al individuo anticipar, comprender y experimentar el punto de vista de otras personas y de la simpatía, definida como un componente emocional de la empatía. También incluye una respuesta emocional orientada hacia otra persona de acuerdo con la percepción y valoración del bienestar de ésta, sin adoptar necesariamente esta misma perspectiva. (1) Hay que hacer especial mención a este último punto ya que lo consideramos muy importante: Se define como una tendencia empática a la real posibilidad de adoptar la perspectiva del otro, es decir involucrarse con el usuario afectivamente.

A este respecto es importante distinguir dos formas de empatía:

1. **Empatía cognitiva:** involucra una comprensión del estado interno de otra persona.
2. **Empatía emocional:** involucra una reacción emocional por parte del individuo que observa las experiencias de otros.

Si lo aplicamos a nuestro quehacer, nos resulta más útil la empatía cognitiva debido a que el usuario busca ayuda concreta y efectiva para sus problemas de salud y aún pudiendo resultar consolador, el involucramiento emocional más allá de lo prudente puede llegar a entorpecer nuestra capacidad de resolver situaciones o de poder ser significativamente un buen apoyo al paciente, Imaginemos pues, un paciente que recién se entera que es portador del VIH, su consejero debiera ser capaz de realizar una buena contención a su reacción ante la noticia, sería poco útil adoptar una conducta de dolor desconsolado a la par con la del usuario, pues no existiría entonces tal contención o verdadera ayuda y mucho menos serviríamos de apoyo ante futuras crisis, que bajo estas circunstancias sabemos de antemano existirán.

En esta habilidad subyace un número de importantes capacidades de comportamiento incluyendo calidad de interrelación, desarrollo moral, agresividad y altruismo. (1)

Al ser empáticos en la atención al usuario establecemos un mejor vínculo, por consiguiente, una mayor apertura por parte de este para establecer un lazo de confianza, que no solo implica una valoración de nuestras capacidades, si no que a su vez mayor confianza para solucionar dudas, lo que hará que la atención brindada sea más satisfactoria, mejor comprendido y al mismo tiempo que nuestro mensaje llegue a convencerlo de la conveniencia de seguir las indicaciones. Si bien, este último punto pudiese estar afectado por otros factores del entorno del usuario (por ejemplo: apoyo familiar, limitaciones económicas, condiciones ambientales desfavorables en general), si nuestra intervención a resultado efectiva, el individuo intentará, al menos, luchar con las situaciones adversas que lo rodean para tratar de cumplir lo mejor posible, teniendo en cuenta siempre la relevancia que le hemos dado a su problema de salud y más aún a su recuperación.

La empatía puede ayudar al profesional de la salud a imaginar y finalmente comprender, lo que el usuario está sintiendo, sin convertirse él en paciente y de esta forma sentir mejor todo aquello que nos es común a los seres humanos. (2)

Si lo ejemplificamos con una situación cotidiana: imaginémonos a una mujer que llega tarde a su control cuando el cupo ya ha sido repuesto, con signos evidentes de apremio, pidiendo disculpas por su retraso. Dependiendo de la hora del día nos puede haber dificultado nuestro quehacer tempranamente o cerca de la hora de colación lo que significa ganarse nuestro descontento, manifestado de muchas maneras: nuestra falta de cortesía con el saludo, comunicación corporal o simplemente evitar el encuentro usando al auxiliar de intermediario para comunicarle que no será atendida. La mujer pide una excepción en la atención, ya que acaba de pasar a dejar los niños al colegio, y es su único día de permiso ya que trabaja. Si accedemos a tenderla, evidenciando aún molestia en el trato, procurando apurar la consulta y omitiendo mayores explicaciones considerando el “favor” que le estamos haciendo, probablemente el usuario se irá con una pésima impresión de nuestro trabajo. Por el contrario, si evitamos manifestaciones de rechazo y procuramos un trato cordial, con seguridad esta mujer se irá no solo agradecida, sino satisfecha por la imagen que hemos proyectado como profesional independiente de las circunstancias.

Los observadores indican algunos puntos fundamentales para evaluar la calidad de la empatía, nueve relacionadas con la comunicación formal y una con el contenido, estas son las siguientes. (3)

**1. Área de comprensión empática:** ayuda a englobar los sentimientos de los usuarios en un amplio marco de comprensión. Se trata de evaluar si el profesional "comprende" el mensaje del usuario.

Podríamos decir con relación al ejemplo anterior, si el profesional tomo el tiempo o el trabajo de contextualizar la situación o problemática del usuario. Basta con verificar los datos en la ficha medica en el árbol familiar para darse cuenta que efectivamente tiene niños y es sostén de su hogar.

**2. Comunicación de respeto:** se trata de hacer hincapié en la actitud por parte del profesional de respetar a la hora de juzgar el problema del paciente como algo normal y natural. Hacer que el paciente no sienta "raro" e incómodo con su problema. Crear un clima relajado a la hora de hacer una primera exposición del problema.

Significa escuchar al usuario no en el pasillo frente a todos, darle un espacio para exponer su situación o la nuestra. Que el usuario no sienta que a razón de su trabajo o su labor como madre, le significan un escollo al momento de solicitar atención.

**3. Expresión concreta:** se trata de lograr la expresión directa de los sentimientos y experiencias del paciente y motivar para que así se produzca. No dar por hecho las cosas, ya que dificulta la profundización en el tema, se evitarán por tanto conclusiones precipitadas y el lenguaje demasiado técnico para traducir las cosa que el paciente quiere expresar.

En el contexto de la atención esto se traduce en comunicarnos a través de un lenguaje cotidiano y claro, no cayendo en rebuscados términos técnicos o en explicaciones muy extensa, que dependiendo de las características que uno pueda intuir tiene el usuario serán a través de dibujos, esquemas en una hoja, entrega de material visual, demostraciones o recordatorios escritos. Evitar el interrogatorio dirigido, que limita las respuestas del usuario.

**4. Autenticidad y congruencia:** Se trata de ser congruente con lo que se responde respecto de lo que el usuario expresa, y no hablar de una manera huidiza y generalista sobre los problemas. Es más terapéutico dejar la respuesta para más adelante, después de que se haya pensado sobre el tema, que responder cualquier cosa cuando exista la duda.

Esta situación en concreto se da cuando la información aportada por el usuario no nos permite determinar un diagnóstico inmediato, de modo que requerimos de mayor análisis para establecerlo apoyado de exámenes que no son realizables en el momento. Los usuarios suelen referir la evasiva de los médicos con frases tan poco convincentes como: “no es nada”, resultando desconcertante para él, pues es incongruente si “no tiene nada”, que requiera de más análisis.

**5. Autorrevelación facilitadora:** Es el caso en que el entrevistador aporta una experiencia personal para facilitar la revelación del paciente. Ponerse en su lugar porque él ha pasado por alguna experiencia similar que le hace ver al paciente que sabe de lo que está hablando.

La base esencial de la empatía es la experiencia humana, a este respecto referir situaciones similares vivenciadas en lo personal, produce un efecto inmediato en el usuario, pues se siente seguro de ser comprendido, además nos hace ante ellos más humanos, pues sin duda en la ideografía popular los que damos salud (en especial los médicos) somos considerados en una categoría especial vinculado a lo mágico y lo divino.

**6. Confrontación en procesos inter-intrapersonales:** Se trata de saber detectar si lo que explica el paciente es consistente, si pasa algo raro al captarlo, también tiene que ver algo con la comunicación no verbal.

Significa evaluar al usuario externamente, en nuestro ejemplo, si el usuario concurre y se le nota angustiado por perder la oportunidad de atenderse, su lenguaje corporal será completamente diferente al que llega en forma displicente a solicitar la atención. A su vez, al orientar la entrevista con el usuario podemos captar que aspectos de ella son verdaderamente relevantes y orientadores del diagnóstico. En la práctica clínica se ven usuarios que comienzan la exposición de su problema con frases como: “resulta que cuando yo vine usted no estaba...” o “el año pasado, mi hermana me dijo..”, Es evidente que requiere de guía para expresar mejor lo que desea. Más complejo se vuelve aún en casos

de usuarias que evidencian maltrato físico por violencia intra familiar, que habitualmente responden evasivamente y con muchas incongruencias describen situaciones increíbles para justificar lesiones, como así mismo su lenguaje corporal cargado de elementos que nos demuestran que están mintiendo.

**7. Inmediatez en la relación:** Este apartado tiene como finalidad ver como el profesional tiene en cuenta (con expresiones y gestos) las expresiones de los pacientes que hacen referencia al profesional.

Lo que expresa anteriormente dice relación con nuestra capacidad para darnos cuenta que imagen estamos proyectando en el usuario, si este nos está validado respecto de nuestros conocimientos y capacidad resolutive frente al problema que nos ha planteado, así mismo considerar estos aspectos para mejorar la llegada al usuario.

**8. Comunicación no verbal:** Se trata de observar la comunicación no verbal de los médicos, a la hora de facilitar la expresión del problema de los pacientes. Miradas, asentimientos, gestos con las manos, sonrisas, posición de las manos etc.

Muchas veces los usuarios se quejan de que el profesional ni le miro, que sólo se limitó a escribir mientras decía algo entre dientes. Conductas como abusar del silencio, interrumpir continuamente hablando casi simultáneamente con el usuario, o realizar otras acciones ajenas a la situación, como mirar la hora o contestar el celular, resulta a lo menos incómodo y muchas veces insultante para la persona que definitivamente se sentirá no atendida.

**9. Timing:** Hay que observar las tres fases de: bienvenida, proceso y despedida para ver si el tiempo dedicado a cada una de ellas es coherente y no se mezclan. También es importante que se dedique a cada una de estas fases el tiempo que corresponda con naturalidad.

Muchas veces la demanda asistencial impulsa al profesional a querer ganar tiempo en cada paciente apurando la consulta. A pesar de que la costumbre es cada vez más alejada, causaba extrañeza que muchas usuarias (sobre todo las de más edad), entraran a la consulta de matrona desabrochándose el pantalón en dirección a la camilla ginecológica, situación evidenciada en más de un centro de salud, en diferentes ciudades de Chile. Esto denota que probablemente haya resultado una costumbre habitual en algún momento ojalá ya histórico donde el tiempo dedicado al usuario era evidentemente insuficiente.

**10. Contenido:** comprobar que el contenido de la entrevista se ajusta al objetivo inicial de la misma.

Si realizamos una entrevista empática debiéramos ser capaces de recopilar información que nos lleve a formular un diagnóstico completo y permitir que se ahonden problemas activos en el usuario y con ello disminuir la posibilidad de cometer errores .

La teoría con relación a por qué los profesionales de la salud no somos empáticos, nos señala que se trata de un problema formativo, en la tradicional escuela de pregrado se da mayor énfasis a lo netamente educativo y aspectos de la ciencia y la técnica, en relación con el desarrollo de las habilidades interpersonales. Se considera empático al profesional que posee una elevada productividad y expresividad verbal, así como la capacidad para entender y permanecer concentrado ante los mensajes del paciente; por el contrario, se estima que carece de esta virtud el facultativo que abusa del silencio, interrumpe las intervenciones de los enfermos o prolonga demasiado sus respuestas. (4)

En la Medicina Familiar se describen dos paradigmas opuestos en el conocimiento médico: el paradigma biomédico y el paradigma postmoderno. (2) El primero se asocia a la enseñanza de la medicina tradicional centrada en la enfermedad y en el aspecto curativo, a diferencia del paradigma postmoderno, aplicado en la Salud familiar, centrada en el individuo y en el enfoque global, que busca establecer de que manera incide el medio y las conductas propias de cada persona en la pérdida de la Salud, así como buscar, dentro de este contexto el cómo lograr recuperarla.

A continuación describiremos cada uno de estos paradigmas y sus componentes, considerados los métodos de conocimiento en la medicina. (5)

### **Paradigma Biomédico:**

- ✍ Los enfermos sufren enfermedades categorizables.
- ✍ Se pueden considerar por separado las enfermedades físicas y las mentales
- ✍ Cada enfermedad tiene un agente causal específico. Asumiendo la resistencia del huésped, la enfermedad nace por exposición al patógeno.
- ✍ Tarea del médico: diagnosticar la enfermedad y prescribir el remedio específico.
- ✍ Instrumentos: método clínico-experimental.
- ✍ Médico como observador indiferente y objetivo, paciente con actitud dependiente.
- ✍ Metáfora: la máquina.
- ✍ Antecedentes: Escuela griega de Anido: importancia de la taxonomía de las enfermedades.

### *Investigación empírica*

- ✍ Pertenece al mundo de la abstracción. La enfermedad como algo externo al paciente.
- ✍ Basada en datos empíricos (los sentidos, instrumentos técnicos).
- ✍ Objetividad: entrevistas tipo pregunta-respuesta.
- ✍ Verificación de los resultados: método experimental o científico.
- ✍ Fortaleza: predicción científica, comunicación científica.

### *Terapia*

- ✍ Dirigida a atacar al agente de enfermedad.

### **Paradigma Postmoderno:**

- ✍ La enfermedad no está separada de la persona, ni esta de su ambiente y experiencia de vida. Las categorías diagnósticas se usan en contexto.
- ✍ Todas las enfermedades tienen componentes mentales y físicos.
- ✍ Las causas son múltiples, aunque conviene centrarse en una principal. Las causas no son unidireccionales.
- ✍ La relación entre el médico y el paciente es el centro de la curación.
- ✍ Rol del terapeuta: Comprender la enfermedad, idealmente diagnosticarla y *comprender* al paciente.

- ✍ Metáfora: el organismo vivo.
- ✍ Antecedentes: Escuela griega de Cos: importancia de la descripción de la enfermedad y del paciente.

#### *Investigación Hermenéutica o Fenomenológica*

- ✍ Pertenece al mundo de la experiencia.
- ✍ Interesan más los significados que los datos sensibles.
- ✍ Es ínter subjetiva: En la entrevista son claves la escucha activa, la interpretación de mensajes indirectos, el contexto.
- ✍ Verificación de los resultados: por acuerdo entre partes, o por otro observador
- ✍ Fortaleza: visión integral (el síntoma en contexto, como mala adaptación al ambiente), cada caso es diferente.

Si consideramos esta descripción de paradigmas, podríamos decir que un buen número de nosotros recibió una formación del tipo biomédica, por ende nuestras habilidades comunicacionales están muy sesgadas por este modelo, donde la entrevista dirigida juega un papel primordial.

Por otra parte ¿cuánto sabemos formativamente de empatía?.

Un estudio realizado en Cuba (4) aplicado a trabajadores de la salud revela importantes resultados a este respecto: el conocimiento de la empatía es mayor en el grupo de médico y decrece hacia los grupos de enfermeras y técnicos, además se constató que existían mayores conocimientos a este respecto a mayor edad, le indica que un factor importante en el tema de la empatía es la experiencia que va enriqueciendo nuestro quehacer. Al dar a conocer el tema de la empatía en el grupo estudiado se constató posteriormente una significativa mejora en el desempeño de todos los funcionarios en general, lo que avala el hecho que a mayores oportunidades de capacitación a nuestros funcionarios, mejores resultados obtenemos hacia el trato al usuario, no sólo por el conocimiento, sino además por el sentirse considerados y como parte de un equipo que trabaja en pro de un mismo objetivo.

Es importante tener en cuenta que opinan nuestros usuarios referentes del trato que reciben. Haciendo una breve descripción del libro de reclamos y felicitaciones de nuestro establecimiento(6) hemos constatado que un buen número de reclamos dice relación con

pérdida de tiempo ocasionada por mala información: incompleta, ambigua y confusa, repudiando enfáticamente conductas degradantes como alzar la voz excesivamente, responder en tono grosero y despectivo, como así mismo omitir conductas, que denotan mala disposición y falta de interés. La contraparte se ve en las felicitaciones al personal, donde se resaltan la buena disposición para resolver situaciones de emergencia, la calidez en el trato, la claridad para expresarse y la motivación por el trabajo independiente de condiciones ambientales adversas.

Consideramos que la empatía humaniza el trato con el usuario, al darle la posibilidad de expresarse, sentirse escuchado y considerado, siendo para ellos una actitud demostrativa de nuestro interés por solucionar sus problemas de salud. Al mismo tiempo, permite mantener esta relación en un clima grato que disminuye nuestra carga mental, haciendo más agradable nuestra actividad, lo cual representa una fortaleza que a la larga beneficia la eficacia de nuestro quehacer en la obtención de nuestros objetivos sanitarios.

## CONCLUSIONES

En conclusión, el usuario busca en nosotros empatía, que le permita interactuar con nosotros en un clima grato, donde se sienta acogido y escuchado.

El conocimiento del tema de la empatía por parte de los funcionarios facilitará la incorporación del paradigma postmoderno de la medicina, que explica el objetivo y señala las herramientas para la implementación del modelo de Salud Familiar, con enfoque más humanizado de la atención en Salud.

La empatía puede estar motivada por un deseo altruista de aliviar el estado de necesidad en que se encuentra una persona y no sólo el deseo egoísta de cumplir los requerimientos fríos del sistema en el que estamos insertos, que insertan nuestras actividades sólo desde un punto conductista, irrefutable, impositivo. La empatía nos entrega las herramientas necesarias para insertar al usuario dentro del contexto constructivista, nos permite muchas veces que el usuario se haga participe en nuestras temáticas, ya sean asistenciales.

Por los antecedentes recogidos la Empatía es una capacidad que se puede desarrollar, que gran parte del personal de salud desconoce la empatía como instrumento de trabajo, además de ser un elemento importante al momento de evaluar cualitativamente la atención del usuario.

## RECOMENDACIONES

Dentro de las facilidades consideramos que existe abundante información acerca del tema, se describen técnicas de desarrollo de la empatía, métodos de evaluación incluso cursos disponibles para aquellos que sientan la necesidad del ahondar en el tema.

Sería interesante conocer la situación de nuestros centros de salud, tanto al conocimiento del tema, como validar a la empatía como una herramienta importante en la gestión en la atención de los usuarios.

La empatía es una herramienta que hay que descubrirla y desarrollarla, invitamos a los profesionales y funcionarios de salud a preocuparse del tema, con el propósito de mejorar la calidad de atención del usuario y de esa manera hacer más llevadero nuestro esforzado trabajo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Batson, C. (1997). Self- other merging and the empathy- altruism hypothesis: reply to Neuberg et al. (1997). *Journal of Personality and Social Psychology*, **73**, 517- 522.
2. Walker Cruchaga, R. Desarrollo de la empatía a través de las humanidades, revista ARS Médica, Pontificia Universidad de Chile, Vol 2 N° 2
3. Práctica 5: "Entrevista: calidad empática", Universidad Autónoma de Madrid, departamento de Medicina, departamento clínico de Psiquiatría.
4. Mayor Guerra E, Rió Caballero G del, Tabares Cumplido G, Fernández Pérez SR. Empatía: ¿conoce su significado? (artículo en línea). MEDISAN 2002;6(2). [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6\\_2\\_02/san10202.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_2_02/san10202.htm)
5. Mc Winney Y. Medicina de familia, Madrid: Morby/Doyma Libros, 1995.
6. Centro de Salud Pedro Aguirre Cerda, la Antena, La Serena 2005 "Libros de Reclamos, sugerencias y felicitaciones " OIRS