



## TALLER DE EMPATÍA - CHIESI RESPIRA

Sevilla, 4 de noviembre 2023.

**María José Zamora Muñoz**

### ¿Cómo construir una relación empática sostenible?

Desde nuestras fortalezas y capacidades podemos facilitar una comunicación eficaz durante el encuentro médico-paciente. Acoger, escuchar, comprender la vivencia de enfermedad del paciente, así como mostrar interés sincero y ofrecer apoyo durante la intervención.

#### 1. Pausa: parar el piloto automático

Conectar primero con nosotros mismos. Se trata de dar un paso atrás y prepararnos para abrirnos al paciente desde nuestra estabilidad y ecuanimidad. Parar un instante, llevar la atención a la respiración, a las sensaciones físicas o a alguna parte del cuerpo que nos facilite conectar con el presente y enraizarnos.

Podemos preguntarnos: ¿Cómo estoy ahora?, ¿Cuál es mi intención en esta relación de ayuda? Autorregularnos a través de la activación de nuestro sistema de calma puede ayudar a frenar los prejuicios, las expectativas, la reactividad y a estar presentes cuando recibimos al paciente. Podemos también realizar pequeñas pausas durante la intervención y así no perder la conexión con nosotros mismos mientras atendemos al paciente y tratar de no vernos arrastrados por la situación. Mantener la calma para pensar y actuar con claridad.

#### 2. Escuchar: conseguir que la otra persona se sienta sentida

Escuchar es tener la intención de tratar de entender lo que el otro me dice. Poner nuestras neuronas espejo a trabajar y abrirnos a escuchar de forma cuidadosa el estado mental del paciente.



Para intentar comprender el lugar del otro, lo que nos está diciendo y sintiendo, estamos atentos a lo que el otro realmente está expresando y ampliamos la atención también a lo que *no dice*, a su lenguaje corporal, al tono de voz, etc. Escuchar atentamente con todos los sentidos lo que nos dice y cómo nos lo dice.

Escuchar con curiosidad, genuinamente interesados, dejando pasar esa historia que aparece en nuestra mente respecto a lo que el otro dice y volver a focalizarnos en lo que en realidad dice. Respetar los silencios. Detectar los propios prejuicios, actitudes y suposiciones sobre el paciente.

### 3. Validar: aceptación incondicional

Consiste en adoptar el principio de que lo que siente, piensa o hace la otra persona tiene un sentido siempre, aunque yo en un primer momento no lo encuentre y, al mismo tiempo, hacerle llegar esa validación con nuestra conducta verbal o no verbal. Supone afirmar que una experiencia humana subjetiva es auténtica o comprensible y no juzgarla. Aferrarnos a nuestro punto de vista, juicio o crítica solo reforzará nuestra perspectiva y será poco probable que consiga conectar con la otra persona.

¿Qué validamos?: las conductas, las emociones, las creencias, las necesidades y los deseos de los pacientes.

¿Cómo validamos?: asintiendo, con el tono de voz, el gesto, la mirada, la postura, las palabras y los hechos.

Es una habilidad que se puede aprender y practicar. Parece sencillo, pero no lo es. Requiere práctica persistente, autoindagación y apertura a cometer errores y a aprender de ellos. Supone flexibilidad mental, generosidad y mantener la actitud de abrirme al marco de referencia del otro y tratar de comprenderlo. La validación genuina produce cambios profundos en nosotros y en los demás, favorece la comunicación, genera confianza, fortalece la conexión humana y favorece las relaciones interpersonales.

### 4. Resonar: empatía en acción. Estoy aquí para ti

La empatía sostenible nos lleva a la conexión y a la acción hábil.

Comenzar a explorar de modo suave y gradualmente los síntomas y la vivencia de la enfermedad mediante preguntas abiertas para identificar las preocupaciones, los temores y las necesidades del paciente.

Proporcionar información. Escoger un lenguaje pensando en quién nos está escuchando. Identificar lo que el paciente sabe, lo que quiere saber y lo que ha entendido en torno al proceso de enfermedad.

Facilitar la expresión emocional y reflejar las emociones. Puede ayudar parafrasear, repetir con las mismas palabras lo que el paciente ha dicho y emplear el silencio.

Identificar recursos y capacidades internos y externos del paciente y de su entorno.

Toma de decisiones. Clarifica las distintas opciones evaluando pro y contras. Ayudar en la toma de decisiones desde la congruencia con los valores y recursos del paciente.

Reconocer que el paciente es capaz de asumir la responsabilidad de su bienestar físico y psicológico. Potenciar las capacidades de las personas y sus propias motivaciones para cambiar lo que sea necesario. Reforzar todos sus intentos de mejora.

Comprobar que ha entendido el tratamiento y los pasos siguientes a realizar.

## 5. Soltar

En ocasiones existe una distancia entre lo que uno espera de sí mismo y lo que consigue en la intervención. Como señala, el psicólogo Javier Barbero, podemos atender y tratar de resolver el sufrimiento *evitable* y acompañar y sostener el sufrimiento *inevitable*. ¿Cuáles eran mis expectativas? y ¿Cómo me relaciono con la experiencia?

Especialmente cuando haya sido una consulta difícil por cualquier motivo, explorar qué conducta sencilla o gesto de cuidado me ayudaría a soltar, a dejar pasar el malestar que percibo. Algunas prácticas de conexión con el cuerpo podrían ser: respiraciones más profundas alargando la espiración, beber agua, parpadear o cerrar los ojos unos instantes, estirarse, ponerse de pie, cambiar de postura, etc.

Cualquier comunicación es un proceso y supone un aprendizaje constante. Por ese motivo, en algunas situaciones complejas, una vez finalizada la consulta podemos practicar de manera amable el **MIMO**: qué estrategias empleadas durante la intervención interesa **M**antener; qué podría **I**ncorporar; qué vendría bien que **M**odificara; y qué conviene **O**mitir ya que no ha funcionado con el paciente.

K. Neff y C. Germer nos recuerdan que *“cada uno está en su propio viaje vital, yo no soy responsable del sufrimiento de esta persona ni está en mi mano hacer que desaparezca, no importa cuánto lo desee... A la vez, voy a tratar de hacer cuanto pueda por aliviarlo...”*

### Tabla 1. Actitudes y conductas recomendadas de los profesionales de la salud hacia los pacientes en su primera reunión.

1.	Preséntate a ti mismo, a tus colegas o miembros de tu equipo y a tu servicio.
2.	Sé siempre respetuoso en la forma, en los intercambios verbales y no verbales.
3.	Pide siempre permiso para cuestionar o explorar, para entrar en la habitación, y demás (“¿Le importa que...?”).
4.	Plantea el objetivo y la finalidad de la visita/consulta.
5.	Garantiza al paciente la privacidad e intimidad, especialmente cuando realizas conversaciones y exploraciones más serias.
6.	Empieza con preguntas generales, abiertas, que no sean invasivas.
7.	Concluye preguntándole al paciente si tiene alguna duda, ha entendido la información facilitada, o le parece que tú o tu equipo podéis hacer algo más.
8.	Siempre deja claras las decisiones que se han tomado y la propuesta de seguimiento.





**Tabla 2.** Pasos para explorar y cubrir las necesidades básicas de los pacientes.

1.	Crea un contexto en el que desarrollar interacciones personales y competencias en el cuidado: privacidad, seguridad, confort, control de los síntomas, comunicación, escucha activa, consejo, toma ética de decisiones, planificación de cuidados, y gestión y continuidad de los casos.
2.	Empieza a explorar de modo suave, despacio y gradualmente, mediante preguntas abiertas.
3.	Habla un mismo lenguaje, entendiendo los problemas y orientando en las metas; asegúrate de que el paciente confía en la relación.
4.	Explora la información, la experiencia y el significado de la enfermedad concreta; explora cómo el paciente se está ajustando a la enfermedad.
5.	Promociona y explora una revisión de vida; identifica metas, significados, valores, creencias, legado... así como experiencias y crisis previas.
6.	Explora la calidad de las relaciones familiares y sociales, y favorece la creación de relaciones de calidad.
7.	Favorece y explora reflexiones sobre asuntos sin terminar, el perdón y la culpa.
8.	Fomenta y explora la expresión y práctica religiosa.
9.	Revisa y reajusta las metas, el lenguaje y las expectativas, con objeto de prever equívocos y favorecer la esperanza.
10.	Intenta prever las crisis y analiza los escenarios en la toma de decisiones.
11.	Ofrece y garantiza tu apoyo y accesibilidad.

**Tabla 3.** Cuestiones clave para explorar las necesidades básicas.

1.	“¿Cómo se siente?”
2.	“¿Cómo ve la situación actual de su enfermedad?”
3.	“¿Qué le preocupa?”
4.	“¿Cómo cree que van a ir las cosas en el futuro?”
5.	“¿Qué le ayuda a afrontar la situación?”
6.	“¿Qué podríamos hacer por usted?”



**Tabla 4.** Definiciones de actitudes, valores y conductas relacionadas con la excelencia en los cuidados paliativos.

<b>Hospitalidad</b>	La habilidad para crear un contexto en el que ofrecer a los pacientes la sensación de seguridad, confianza y confort.
<b>Empatía</b>	La habilidad para percibir, entender, apreciar y compartir los componentes afectivos, cognitivos, existenciales y experimentales de las necesidades de los pacientes y expresarlo en el transcurso de la relación terapéutica.
<b>Compasión</b>	La empatía aplicada al hecho de compartir y hacerse cargo del sufrimiento del paciente.
<b>Compromiso</b>	Interés y acompañamiento del paciente, caracterizado por la expresión “tú importas”; disponibilidad y accesibilidad.
<b>Confianza</b>	El resultado de poner en práctica todas las pautas de conducta y de enfatizar el papel del profesional de referencia, que actúa como un abogado para los pacientes, especialmente en las situaciones en las que hay que tomar decisiones difíciles.
<b>Congruencia</b>	Coherencia entre los sentimientos y valores personales expresados de forma explícita, mediante el lenguaje verbal, no verbal y emocional.
<b>Presencia</b>	Atención activa y escucha activa.

Referencia de las tablas: Maté, J., González, J., Calsina, A., Mateo-Ortega, D., Codorniu, N., Limonero, J. T. & Gómez-Batiste, X. (2013). The Institut Catala d'Oncologia Model of Palliative Care: An integrated and comprehensive framework to address the essential needs of patients with advanced cancer, *Journal of Palliative Care*, 29(4), 237.

## Emociones

La emoción es un tipo particular de valoración automática influida por nuestro pasado evolutivo, en el cual sentimos que algo importante está sucediendo en relación a nuestro bienestar y en la que un conjunto de comportamientos psicológicos y emocionales se disponen a enfrentar la situación. En muchas ocasiones aparecen emociones difíciles que son reacciones naturales y adaptativas ante el diagnóstico de una enfermedad crónica, especialmente cuando la enfermedad progresa, se agravan los síntomas y no se percibe mejoría.

Cuando se mantienen en el tiempo pueden convertirse en emociones desadaptativas y afectar al estado de ánimo, a la adhesión terapéutica y a las conductas de cuidado.

Por eso es importante tomar conciencia de ellas, detectarlas, etiquetarlas y reconocerlas. Algunas señales de que nuestras emociones son desadaptativas:

- Nos provocan un gran malestar o nos incapacitan y suponen un problema.
- Se mantienen en el tiempo y son de gran intensidad.
- Ausencia de estímulos relacionados con expresión emocional.
- Afectan en gran medida a la conducta habitual.
- Bloquean en nosotros otras respuestas adaptativas.
- Nos impiden tomar decisiones, planificar nuestra vida y realizar asuntos importantes.
- Afectan, negativamente, a terceros de forma significativa.



A continuación, describimos algunas emociones difíciles asociadas a la enfermedad crónica. Dos aspectos esenciales para afrontar las emociones difíciles: 1) ayudar a buscar el significado personal a la situación y 2) potenciar posibles estrategias de afrontamiento que alivien o reduzcan el malestar que nos ocasionan.

Se desarrollan en profundidad en: Barbero, J., Gómez-Batiste, X., Maté, J., y Mateo, D. (2016). Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas: Intervención psicológica y espiritual. Obra Social La Caixa. Disponible en: [https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/99026/manual\\_atencion\\_psicosocial\\_es.pdf/582d2236-419e-41ad-b55c-59a78252007f](https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/99026/manual_atencion_psicosocial_es.pdf/582d2236-419e-41ad-b55c-59a78252007f).

## Miedo

Se caracteriza por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente o futuro. Es una emoción primaria derivada de la aversión natural al riesgo o amenaza. En el caso de la enfermedad crónica la amenaza es real, y la reacción de miedo debemos entenderla como algo completamente normal.

### Orientaciones para afrontar el miedo

- Facilitar la expresión de la vivencia subjetiva del proceso de enfermedad.
- Clarificar y poner nombre a las experiencias y conductas que dan miedo.
- Favorecer el reconocimiento de los miedos y así normalizarlos y aceptarlos.
- Identificar el significado subjetivo de la amenaza.
- Concretar el contenido, la intensidad y la frecuencia del miedo.
- Ayudar a buscar los recursos internos y externos para afrontarlo.



*Ideas extraídas del capítulo 10.1.3. del Manual, por J. Mateos Rodríguez y M.A. Jurado Martín.*

## Tristeza

Se experimenta ante las situaciones de pérdida de algo significativo. Busca detener la actividad del sujeto para no malgastar la energía en actividades que no le están proporcionando satisfacciones o no están yendo bien. Gracias a la tristeza nos ponemos pensativos, nos hacemos muchas preguntas sobre nosotros mismos y la vida, buscamos el apoyo y el consejo de nuestros seres queridos y amigos y tomamos decisiones que nos llevan a cambios importantes en nuestras vidas.

Sin la tristeza seguiríamos fracasando una y otra vez sin que nada nos afectara. Es una forma de pedir compañía, comunicación, apoyo o ayuda. Suele ir acompañada de sentimientos de desánimo, abatimiento, culpa, pérdida del interés, así como de un progresivo aislamiento.

### Orientaciones para afrontar la tristeza

- Llorar: libera emociones y ayuda a sentirse mejor. No es señal de debilidad ni de inadecuación social. El llanto cumple diversas funciones: a) funciones fisiológicas: libera tensión, reduce la presión sanguínea, relaja, efecto sedante y antidepresivo, mejora estado anímico; b) funciones sociales: es una forma no verbal de pedir ayuda física y emocional en momentos de estrés o sufrimiento y de mostrar empatía; c) función emocional: ayuda a

elaborar la pérdida y dotarla de significado.

- Aunque la tristeza orienta a la soledad para reflexionar y recomponernos, compartir la tristeza con personas de confianza o estar acompañados mejora el estado de ánimo.
- Tratar de descansar, desconectar, tomar distancia y retomar proyectos e ideas.

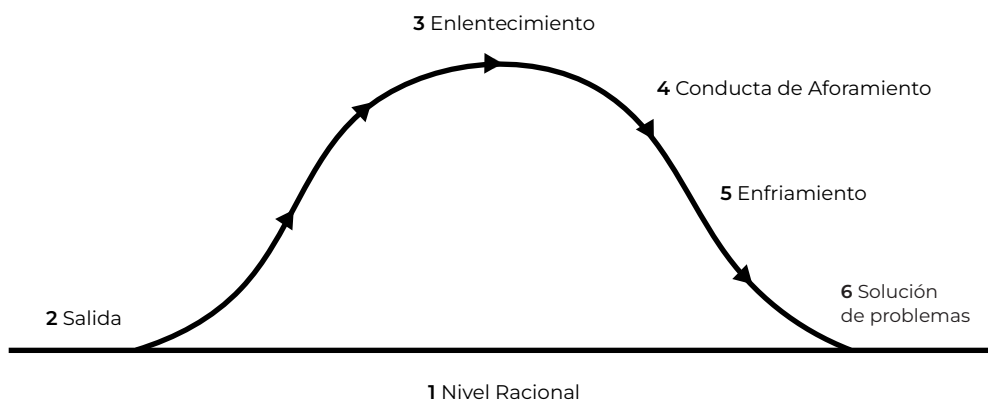
*Ideas extraídas del capítulo 10.1.1.2. del Manual, por S. Viel Sirito.*

## Enfado

Aparece cuando vemos que nuestros objetivos se ven interferidos por otras personas y activa un patrón de conductas defensivas orientadas a deshacerse del obstáculo. Ante un estímulo que daña nuestra integridad, la persona pasa de un estado de base a una fase de disparo o de salida. Esta reacción de ira llega a un tope que se va enfriando posteriormente (denominada fase de enlentecimiento) considerado como el momento clave de la intervención.

Con posterioridad y si se trabaja adecuadamente, llega una fase de afrontamiento que ayuda a que se extinga la reacción hostil (enfriamiento); llegada esta situación se puede analizar la situación de un modo racional buscando soluciones alternativas (fase de solución de problemas).

### Curva de un proceso normal de enfado:



### Orientaciones para afrontar el enfado

Uno de los errores más frecuentes en el manejo del enfado es argumentar o discutir en la fase de enlentecimiento, ya que esto dispara la reacción de hostilidad e incluso puede tener un efecto rebote e incrementar su intensidad original. Es preferible no argumentar en ese momento, esperando para hacer críticas o comentarios tras el enfriamiento.

- Respetar el enfado y validar su expresión: uno siempre se enfada por algo.
- Inicialmente no tratar de calmar a la persona. Se aconseja escuchar sin replicar durante la fase de disparo y enlentecimiento. Esperar a que exprese su enfado.
- Reconocer su irritación y hacerle ver que entendemos su malestar. Mostrar empatía, escuchar y evitar interrumpir con frases como: “Cálmate”, “Sé razonable”, “Baja la voz”, “No me estás escuchando”, etc.

- En la fase de normalización, facilitar con preguntas abiertas los desencadenantes de la manifestación del enfado, mostrar interés por el punto de vista de la otra persona. Hablar con tomo calmado y volumen bajo, nunca elevar la voz más que la persona enfadada para hacerse oír. No argumentar sobre lo que debería o no debería hacer.
- Valorar con la persona la utilidad de la reacción hostil y buscar conjuntamente alternativas de respuesta. Emplear la estrategia de solución de problemas para encontrar posibles salidas a la situación conflictiva.
- Expresar nuestros sentimientos pidiendo que en situaciones sucesivas se conduzca de otra manera. Sugerir cambios para adoptar una comunicación asertiva.
- Si percibimos que no podemos afrontar la situación, pedir ayuda a otros.

*Ideas extraídas del capítulo 10.1.6. del Manual, por J. Barbero Gutiérrez.*



## Negación

La negación es un mecanismo de defensa primario, no consciente, que suele utilizarse cuando no se cuenta con otro más efectivo. Permite al paciente o a la familia distanciarse, al menos temporalmente, de la amenaza de enfermedad, y así poder disminuir su impacto.

La negación es una reacción psicológica de autoprotección que, normalmente, estará enmarcada en un proceso de adaptación. Funciona como una estrategia de afrontamiento: el paciente recibe en algún momento la información acerca de su diagnóstico o pronóstico, y la niega por resultarle demasiado dolorosa y amenazante para ser tolerada.

La negación adaptativa protege del sufrimiento de forma temporal, mientras que la negación desadaptativa incrementa el sufrimiento, comprometiendo la adhesión a los cuidados y a la toma de decisiones. Entender y contener las reacciones emocionales que acompañan el proceso de adaptación a la enfermedad de los pacientes, son cruciales para evitar la aparición de la negación desadaptativa.

## Orientaciones para afrontar la negación

- Asegurarse que el paciente realmente ha sido informado progresivamente del diagnóstico o pronóstico.
- Valorar el tipo de negación: total o parcial; situación clínica: diagnóstico o pronóstico; negación de las implicaciones o negación de las emociones dolorosas asociadas.
- Manejar la temporalidad. Dar tiempo ya que la negación puede durar meses. El ritmo lo marcan las necesidades y capacidades del paciente. Acoger la ambivalencia.
- En el caso de la negación adaptativa, habrá que respetarla y, al mismo tiempo, monitorizar su evolución, porque, dado el posible aumento del deterioro, el paciente puede pasar de negar la realidad a ir reconociéndola poco a poco e ir acercándose a un proceso doloroso de hacerse cargo y aceptación. Y para este proceso también puede necesitar acompañamiento.
- En el caso de la negación desadaptativa, habría que confrontar al paciente con su situación si lo consideramos necesario. Es importante ser conscientes de que se producirá



un inevitable incremento del sufrimiento a corto plazo, así como de la intensidad de las reacciones emocionales asociadas al mismo y tomar conciencia de que no es una situación agradable para tampoco para el profesional. Necesitamos validar y acoger las dificultades del paciente, sus miedos, su ambivalencia, etc. ya que la confrontación sin acogida es una agresión. Conectar empáticamente con los deseos de paciente, a los que tiene derecho. Evaluar el grado de autopercepción de la gravedad que muestra el paciente, ya que constituirá un indicador importante de la amenaza percibida. Confrontar las disonancias y sus posibles consecuencias. Aproximar a la realidad de forma paulatina, fundamentalmente de manera hipotética, como probabilidad, y con mucha prudencia. Ofrecer garantía de soporte y tiempo para garantizar la toma de decisiones compartida.

*Ideas extraídas del capítulo 11.2. del Manual, por H. García Llana y J. Barbero Gutiérrez.*

## Culpa

Se produce ante un desencuentro entre nuestro ideal de cómo hemos de comportarnos y la realidad vivida. Es una emoción difícil y compleja que puede estar ajustada o no a la realidad y, a veces, no se manifiesta abiertamente. En ocasiones, va dirigida hacia nosotros y nos sentimos culpables exclusivos de todo lo ocurrido. Otras veces, culpabilizamos de todo a los demás como un modo de quitarnos la responsabilidad ante lo sucedido.

Son muchos los factores que pueden desencadenar la culpa en este ámbito:

- La identificación con la imagen negativa que los demás nos han dado de nosotros mismos o que nosotros nos creamos.
- No haber seguido las pautas de medicación o de cuidados prescritas por los profesionales sanitarios.
- Percibir las cargas que nuestra situación de enfermedad ocasiona en la familia.
- Vivir un sentimiento desagradable (rabia, por ejemplo), frente a alguien cercano que no te da el apoyo que esperabas ante la enfermedad o responden a las demandas de ayuda con ira o con malestar.

## Orientaciones para afrontar la culpa

- Acoger siempre la emoción y validarla. Independientemente de que esté o no ajustada a la realidad, la persona así lo siente y es su vivencia. Elaborar una lista de los sentimientos de culpa e identificar qué debería haber sido distinto.
- Cuestionar acerca de qué normas están juzgando la conducta. ¿Son normas propias o ajenas? ¿Está uno sintiéndose culpable por normas que uno de hecho no acepta?
- Ser conscientes de los verdaderos motivos o causas del sentimiento de culpa, analizando el contexto personal, los sentimientos y las necesidades que condujeron a una determinada conducta.
- Tomar conciencia de la importancia de eliminar la autocrítica negativa no justificada. Utilizar la reestructuración cognitiva, sustituyendo los pensamientos negativos, exagerados e irracionales por otros más racionales y ajustados a la realidad. Limitarse a los hechos y

reconocer el problema que se desee corregir.

- Explorar conjuntamente los posibles beneficios secundarios de experimentar la culpa: generar pasividad, justificar acciones, ocultar resentimientos, etc. ¿Qué función tiene sentirnos culpables?
- Valorar si el sentimiento de culpa ha sustituido a la rabia, la impotencia, el sufrimiento o la tristeza, porque es más tolerable culturalmente para la persona. Por ejemplo, hay personas que toleran mejor la culpa que la rabia.
- Pensar qué acciones podría realizar para reparar la culpa o para minimizar el daño causado, canalizando adecuadamente la energía hacia acciones reparadoras, tanto directas como indirectas, de forma real como simbólica, si fueran necesarias. Esto nos invitan a la acción de cambio y a reparar.
- Plantear el derecho a disfrutar, aunque en la vida existan ahora situaciones difíciles o especialmente dolorosas. Existen más alternativas que la frustración o la culpa.
- En definitiva, invitar a la autoobservación (examen realista de la presencia de ciertos comportamientos, con qué frecuencia y condiciones, etc.), posteriormente a la autoevaluación (comparando lo que ha sido con lo que hubiera debido ser, según mis valores e intereses) para finalmente, acabar con el autorrefuerzo, buscando la reparación del daño hacia fuera, y cambiando el rumbo cuando sea necesario. El proceso ayuda a perdonarse a uno mismo y aceptar las propias limitaciones.

*Ideas extraídas del capítulo 10.1.5. del Manual, por J. Barbero Gutiérrez.*



## Comportamientos clínicos centrados en el paciente

### Comportamientos no verbales

- Mirar a los ojos y mantener el contacto visual.
- Emplear un tono de voz cálido.
- Escuchar en silencio.
- Mirada de comprensión y acogida.
- Mantener la proximidad física.
- Inclinarsse hacia delante para indicar atención.
- Asentir con la cabeza para mostrar comprensión.
- Expresar con el cuerpo la emoción que sientes.
- Emplear un gesto tranquilizador.
- Sonreír.
- Sentarse al lado.
- Contacto: coger las manos, tocar el brazo o abrazar.
- Evitar movimientos de distracción.



## Comportamientos verbales

### Fomentar la participación del paciente.

- Evitar interrupciones, si no son necesarias.
- Hacer preguntas abiertas.
- Facilitar que el paciente pueda expresar sus preferencias.
- Compartir creencias sobre la salud.

### Proporcionar suficiente información.

- Dar explicaciones claras y sin jerga médica.
- Dibujar para aclarar los temas que se tratan.
- Mostrar cómo hacer con los siguientes pasos que se deben dar.
- Comprobar la comprensión del paciente.

### Explorar las creencias, valores y preferencias del paciente.

- Ofrecer opciones y facilitar la autogestión del paciente.
- Asegurarle que la información es confidencial.
- ¿Qué preguntas le surgen ahora?, ¿Cómo cree que afectará esta situación a su vida? , ¿Hay algo más acerca de su situación que cree que debería saber?

### Expresar preocupaciones y sentimientos.

- Evocar y validar las emociones del paciente. Parafrasear lo que dice el paciente y luego mantenerse en silencio.
- Algunas expresiones que podemos emplear son: “Parece emocionada o triste...”, “Si le he entendido bien se está sintiendo...”, “Está cansado ante tantas pruebas...”, “No se esperaba este resultado...”, “Cuanto sentido tiene sentirse así en este momento...” “Esto que me comenta también es importante...”
- Revelar miedos y preocupaciones: “Parece que está muy preocupado”, “Qué difícil debe ser para usted esta situación...”, “No me puedo imaginar cómo se siente...”, “siento mucho por lo que está pasando...”

### Ofrecer ánimo y apoyo.

- Explorar el contexto familiar y social: ¿Con qué apoyos cuenta en la familia?, ¿Con qué personas de su confianza le ayudaría hablar?
- Gestionar la incertidumbre: ¿Qué podría ayudarle ahora?, ¿En qué podemos ayudarle?,

“Por lo que me cuenta, es una persona que ha sido capaz de salir adelante en situaciones difíciles...”, “Me impresiona cómo lo está llevando, dadas las circunstancias...”

- Asegurarle que no se le va a abandonar: “El equipo estará disponible para lo que necesiten”, “Tenemos grupos de apoyo, ¿le gustaría unirse?”, “Voy a ponerle en contacto con un especialista”.

*Referencias: Wuyts, W. A., Peccatori, F. A., y Russell, A. M. (2014). Patient-centred management in idiopathic pulmonary fibrosis: similar themes in three communication models. European Respiratory Review, 23(132), 231-238.*  
*Nazione, S., Nazione, A., & Griner, T. (2020). How do perceptions of verbal statements and nonverbal actions as empathetic differ by medical appointment context? Patient Education and Counseling, 103(2), 410-413.*

## **Bibliografía Sesión Empatía - Chiesi Respira. 3 y 4 de noviembre de 2023**

Benito, E., Maté, J., & Pascual, A. (2011). Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 18(7), 392-400.

Booker, R. (2005). Effective communication with the patient. European Respiratory Review, 14(96), 93-96.

Cairns, P., Pinker, I., Ward, A., Watson, E., & Laidlaw, A. (2021). Empathy maps in communication skills training. The Clinical Teacher, 18(2), 142-146.

Chochinov, H. M. (2022). The Platinum Rule: A new standard for person-centered care. Journal of Palliative Medicine, 25(6), 854-856.

Ekman, E., & Krasner, M. (2016). Empathy in medicine: Neuroscience, education and challenges. Medical Teacher, 39(2), 164-173.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. Advances in Psychiatric Treatment, 15(3), 199-208.

Barbero, J., Gómez-Batiste, X., Maté, J., y Mateo, D. (2016). Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas: Intervención psicológica y espiritual. Obra Social La Caixa. Disponible en: [https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/99026/manual\\_atencion\\_psicosocial\\_es.pdf/582d2236-419e-41ad-b55c-59a78252007f](https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/99026/manual_atencion_psicosocial_es.pdf/582d2236-419e-41ad-b55c-59a78252007f).

Halifax, J. (2020). Al borde del abismo: Encontrar la libertad donde se cruzan el miedo y el coraje. Editorial Kairós. Barcelona.

Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? Journal of General Internal Medicine, 18, 670-674.

Hojat, M., Louis, D. Z., Maio, V., & Gonnella, J. S. (2013). Empathy and health care quality. American Journal of Medical Quality, 28(1), 6-7.

Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T. R., Lewith, G., Bishop, F. L., ... & Onakpoya, I. J. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. Journal of the Royal Society of Medicine, 111(7), 240-252.

Nazione, S., Nazione, A., & Griner, T. (2020). How do perceptions of verbal statements and nonverbal actions as empathetic differ by medical appointment context? Patient Education and Counseling, 103(2), 410-413.

Rothschild, B. (2009). Ayuda para el profesional de la ayuda. Desclée de Brouwer. Bilbao.

Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., y Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. Palliative Medicine, 31(5), 437-447

Stoewsand, C. (2012). Comunicación compasiva. Ediciones tres olas. Buenos Aires.

