



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

*Empatía y Habilidades Comunicativas en profesionales de la salud que
trabajan con enfermedades crónicas pediátricas*

Tesista: Raba Ivana

Número de Legajo: 76.919

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Tutor: Hauché, Rocío

Mail de contacto: ivana.raba@yahoo.com.ar

Fecha de presentación: Febrero del 2021

“Los terapeutas que hacen terapia según el manual, desarrollan una mejor relación con su modelo de terapia que con sus clientes.”

Miller, Duncan y Hubble (1997)

Agradecimientos

A mi familia, porque sin ellos nada pero nada de esto hubiera sido posible.

A mi novio, que es el compañero más fiel que la vida me pudo haber puesto en el camino. Gracias por los almuerzos improvisados antes de entrar a cursar, por las veces que me has ido a buscar a las diez de la noche para no volver sola, por escucharme practicando todos mis orales, por ofrecerte a hacer todos los test habidos y por haber para que yo pudiera aprender y por involucrarte a la par mía en este mundo que tanto me apasiona.

A mi prima, que más que prima es una hermana. Gracias por la escucha, por las palabras de aliento y por la confianza que siempre tuviste en mí.

A mis abuelos, a los que están y a los que ya no... a todos ellos les dedico mi esfuerzo.

A mi tutora Rocío Hauché y a todas las personas que se han ofrecido a ayudarme con mi tesis. Gracias por la enseñanza, el tiempo, la ayuda y la predisposición.

A mis compañeros y amigos de cursada, gracias por la compañía mutua y por haber hecho de esta carrera un camino placentero de transitar.

A los docentes que han visto algo en mí para invitarme a ser ayudante de cátedra en sus materias. Gracias por la confianza y por haberme impulsado a ir siempre por más.

Y a todos los profesores que han transmitido debidamente la profesión haciendo que mi pasión por la psicología crezca cada día más. Principalmente, al profesor de la primera materia que cursé allá por el 2015... gracias a él llegué a mi casa y pude decirle a mi mamá: “es esto”.

A todos ellos, ¡muchas gracias!

Resumen

Las enfermedades crónicas pediátricas tienen una alta tasa de prevalencia a nivel nacional, sin embargo, poco se ha estudiado acerca de las competencias profesionales necesarias para la intervención en estos casos, que resultan ser tan o más importantes que la aplicación de técnicas de vanguardia. El objetivo de esta tesis es indagar la relación entre la empatía y las habilidades comunicativas en profesionales de la salud que trabajan con pacientes pediátricos con enfermedades crónicas. Se trata de un estudio de corte transversal, con enfoque cuantitativo y de alcance correlacional. La muestra es por conveniencia compuesta por 146 profesionales de la salud de género femenino. Las variables son evaluadas de manera online a través del Índice de Reactividad Personal (Müller et al., 2015), la Escala de Habilidades Comunicativas en Profesionales de la Salud (Leal Costa et al., 2016) y un Cuestionario Sociodemográfico ad-hoc, siendo posteriormente analizadas mediante el programa estadístico SPSS versión 22 de IBM. Los resultados alcanzados señalan una correlación parcial entre las variables de estudio ya que, si bien los constructos totales de Empatía y Habilidades Comunicativas no han correlacionado significativamente, sí es posible observar una asociación significativa entre las siguientes dimensiones: por un lado, Toma de Perspectiva (Empatía) y Respeto (Hab. Comunicativas) y, por el otro, Malestar Personal y Habilidades Sociales, componentes de la Empatía y de las Habilidades Comunicativas respectivamente.

Palabras clave: empatía, habilidades comunicativas, enfermedades crónicas pediátricas, profesionales de la salud.

Abstract

Pediatric chronic diseases have a high prevalence rate at the national level, however, little has been studied about the professional skills necessary for intervention in these cases, which turn out to be as or more important than the application of cutting-edge techniques. The objective of this thesis is to investigate the relationship between empathy and communication skills in health professionals who work with pediatric patients with chronic diseases. It is a cross-sectional study, with a quantitative approach and a correlational scope. The sample is for convenience made up of 146 female health professionals. The variables are evaluated online through the Personal Reactivity Index (Müller et al., 2015), the Scale of Communication Skills in Health Professionals (Leal Costa et al., 2016) and an ad-hoc Sociodemographic Questionnaire, being later analyzed by means of the statistical program SPSS version 22 of IBM. The results achieved indicate a partial correlation between the study variables since, although the total constructs of Empathy and Communication Skills have not significantly correlated, it is possible to observe a significant association between the following dimensions: on the one hand, Perspective Taking (Empathy) and Respect (Communication Skills) and, on the other hand, Personal Discomfort and Social Skills, components of Empathy and Communication Skills respectively.

Key Words: empathy, communication skills, pediatric chronic diseases, health professionals.

Índice

Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Capítulo I	12
Planteamiento del Problema	13
Introducción.....	13
Relevancia de la Investigación	17
<i>Teórica.....</i>	<i>17</i>
<i>Práctica</i>	<i>17</i>
<i>Social.....</i>	<i>18</i>
Objetivos	18
<i>Objetivo general</i>	<i>18</i>
<i>Objetivos Específicos</i>	<i>18</i>
Hipótesis	19
Capítulo II.....	20
Marco Teórico y Conceptual.....	21
Estado del Arte	21
Empatía	28
<i>Antecedentes Históricos.....</i>	<i>29</i>
<i>Empatía: Aristas de su Multidimensionalidad</i>	<i>31</i>
Empatía ¿Cognitiva o Emocional?	31
¿Tiene un lugar en el Cerebro?.	32
¿Nacemos Empáticos o Aprendemos a Serlo?.....	33
<i>Empatía Terapéutica: Creatividad y Salud Mental</i>	<i>33</i>
¿Son Posibles los Efectos Adversos de la Empatía?.....	36
Habilidades Comunicativas.....	37

<i>El Arte de Comunicar</i>	37
<i>¿Siempre Comunicamos?</i>	39
Enfermedad Crónica Pediátrica: El Rol del Terapeuta	40
<i>Empatía y Comunicación: Condiciones Innegociables</i>	42
<i>Entidades Diagnósticas: Breve Mención al Compromiso Ético</i>	44
Capítulo III	47
Metodología	48
Diseño	48
Muestreo	48
Muestra	48
<i>Criterios de Inclusión</i>	48
<i>Criterios de Exclusión</i>	49
Instrumentos	49
Procedimiento	51
Análisis de los Resultados	52
Capítulo IV	53
Resultados	54
Caracterización de la Muestra	54
Descripción de las Variables	59
<i>Descripción de los Niveles de Empatía de la Muestra</i>	59
<i>Descripción de los Niveles de Habilidades Comunicativas de los Participantes</i> ..	59
Cruce de Variables	60
<i>Análisis de Normalidad</i>	60
<i>Análisis de la Relación entre Variables</i>	61
Análisis de las Variables Sociodemográficas	62
<i>Análisis de la Relación en los Constructos Estudiados en función de la Variable Sociodemográfica Edad</i>	62
<i>Análisis de las Diferencias en los constructos estudiados en función de la Variable Sociodemográfica Categoría Profesional</i>	64

<i>Análisis de las Diferencias en los constructos estudiados en función de la Variable Sociodemográfica Años de Experiencia</i>	<i>65</i>
<i>Análisis de las Diferencias en los constructos estudiados en función de la Variable Sociodemográfica Tipo de Terapia</i>	<i>67</i>
<i>Análisis de las Diferencias en los constructos estudiados en función de la Variable Sociodemográfica Tipo de Enfermedad Crónica Pediátrica</i>	<i>68</i>
<i>Análisis de las Diferencias en los constructos estudiados en función de la Variable Sociodemográfica Atención a Niños o a Niños y Cuidadores</i>	<i>70</i>
Capítulo V.....	73
Conclusión y Discusión	74
Capítulo VI	83
Referencias.....	84
Capítulo VII.....	96
Anexo.....	97

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Distribución de la variable Edad (recodificada)</i>	54
Figura 2. <i>Distribución de la variable Nacionalidad (recodificada)</i>	55
Figura 3. <i>Distribución de la variable Categoría Profesional</i>	55
Figura 4. <i>Distribución de la variable Años de Experiencia Profesional</i>	56
Figura 5. <i>Distribución de la variable Tipo de Terapia</i>	57
Figura 6. <i>Distribución de la variable Tipo de Enfermedad Crónica Pediátrica con la que trabaja</i>	57
Figura 7. <i>Distribución de la variable Atención a niños o a niños y cuidadores</i>	58

Índice de Tablas

Tabla I. <i>Descripción de los Niveles de Empatía</i>	59
Tabla II. <i>Descripción de los Niveles de Habilidades Comunicativas</i>	60
Tabla III. <i>Prueba de Normalidad</i>	60
Tabla IV. <i>Relación entre Empatía y Habilidades Comunicativas</i>	61
Tabla V. <i>Relación entre Empatía y la Variable Edad</i>	63
Tabla VI. <i>Relación entre Habilidades Comunicativas y la Variable Edad</i>	63
Tabla VII. <i>Diferencia entre Empatía y la Variable Categoría Profesional</i>	64
Tabla VIII. <i>Diferencia entre Habilidades Comunicativas y la Variable Categoría Profesional</i>	65
Tabla IX. <i>Diferencia entre Empatía y la variable Años de Experiencia</i>	66
Tabla X. <i>Diferencia entre Habilidades Comunicativas y la variable Años de Experiencia</i>	66
Tabla XI. <i>Diferencia entre Empatía y la variable Tipo de Terapia</i>	67
Tabla XII. <i>Diferencia entre Habilidades Comunicativas y la variable Años de Experiencia</i>	68
Tabla XIII. <i>Diferencia entre Empatía y la variable Tipo de Enfermedad Crónica Pediátrica</i>	69

Tabla XIV. *Diferencia entre Habilidades Comunicativas y la variable Tipo de Enfermedad*

Crónica Pediátrica.....70

Tabla XV. *Diferencia entre Empatía y la Variable Sociodemográfica Atención a Niños o a*

Niños y Cuidadores.....71

Tabla XVI. *Diferencia entre Habilidades Comunicativas y la Variable Sociodemográfica*

Atención a Niños o a Niños y Cuidadores.....71

Capítulo I

Planteamiento del Problema

Introducción

Piense en un momento de su vida en que, por alguna razón, haya sentido una amenaza, es decir, una sensación de que su mundo interno se viera interrumpido. Piense ahora en alguna oportunidad en la que haya experimentado mucho estrés. Traiga un recuerdo de algún momento o acontecimiento que le haya generado miedo y desesperanza. Trate de pensar en cómo se sentiría si algo irrumpiera en su vida cotidiana de manera permanente. Seguramente, hayan advenido a su mente recuerdos de distintos momentos de su vida; pero ahora lo invito a imaginar qué pasaría si todo esto le sucede en simultáneo y en un mismo momento a una única persona. Esa es la sensación ante un diagnóstico de Enfermedad Crónica [EC] (Grau y Fernández Hawrylak, 2010).

Las EC son enfermedades de larga duración (superan los tres meses) y lenta progresión que alteran las actividades habituales de un sujeto produciendo insuficiencia, incapacidad o minusvalía. Si bien se trata de una condición que puede presentarse en cualquier momento de la vida, cuando afecta a niños se las llama Enfermedades Crónicas Pediátricas [ECP] (Quesada Conde et al., 2014). Si bien existe una amplia variedad, algunas de ellas suelen observarse con mayor frecuencia que otras: prematuridad, patologías respiratorias, trastornos digestivos, cardiopatías congénitas, enfermedades neurológicas, patologías alérgicas, nefropatías crónicas, diabetes mellitus, SIDA y cáncer (Grau, 2005). Sin embargo, las también llamadas enfermedades no transmisibles, no refieren únicamente a enfermedades físicas sino también a trastornos psicológicos (Lejarraga, 2006).

En esta investigación se contemplarán Asma, Diabetes, Cardiopatía Congénita, Epilepsia y Cáncer como patologías físicas integrantes del grupo de ECP, junto con dos Trastornos del Desarrollo (Trastorno del Espectro Autista [TEA] y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad [TDAH]) como ECP psicológicas. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018), las enfermedades crónicas son las responsables de 41 millones de muertes por año en el mundo, lo que corresponde a un 71% de las defunciones anuales. A su vez, el 80% de estas pérdidas, consideradas prematuras, tienen lugar en países de bajos y medianos ingresos. Aunque solo un 4% se dan en menores de 30 años de edad, no debe desestimarse la importancia que estas enfermedades tienen en la población infantil.

Considerando las enfermedades de interés en este estudio corresponde señalar que, según el Hospital de Pediatría Garrahan (2010), existen en nuestro país entre 500.000 y 2.000.000 de pacientes pediátricos con enfermedades crónicas. El asma constituye la enfermedad crónica de mayor frecuencia existiendo una prevalencia del 10% a nivel nacional. Por su parte, 500.000 niños alrededor del mundo tienen diabetes y, en Argentina, entre 5 y 10 niños de cada 100.000 reciben dicho diagnóstico anualmente. Por otro lado, 7.000 menores nacen en nuestro país con cardiopatías congénitas, convirtiéndola en una de las anomalías más frecuentes de observar, además de ser la principal causa de muerte en menores de un año. Según la Liga Argentina contra la Epilepsia (2020), ésta tiene una incidencia menor siendo tan solo del 1% en la población pediátrica argentina. Por último, el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino [ROHA] (2018) indica que existe un promedio de 1300 casos oncológicos pediátricos anuales.

En lo que respecta a las enfermedades crónicas psicológicas, no hay en Argentina estadísticas claras ni actualizadas aunque existe consenso entre los especialistas al considerar que las cifras son similares a las de Estados Unidos, en donde los Trastornos Generalizados del

Desarrollo han aumentado un 700% en los últimos veinte años. Allí, 1 de cada 68 niños recibe el diagnóstico de Autismo en la actualidad. La Asociación Argentina de Pediatría (2018) señala que, en nuestro país, aproximadamente un 1% de la población infantil presenta TEA. Por su parte, la Universidad Favaloro (2017) indica que alrededor de un 5% de los menores de 18 años tiene TDAH, equivalente a dos casos por cada 20 niños.

Estos datos epidemiológicos, inquietantes de leer, confirman la gran incidencia de las ECP e invitan a reflexionar sobre el rol de los profesionales de la salud en esta problemática, siendo el objetivo de la presente investigación medir la Empatía y las Habilidades Comunicativas en dicha muestra, haciendo especial mención a la intervención del psicólogo. Este estudio pretende abastecer con valiosa información un área de escasa literatura científica, además de dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿cómo es la relación entre la empatía y las habilidades comunicativas en profesionales de la salud que trabajan con enfermedades crónicas pediátricas?

El diagnóstico de ECP afecta notablemente al paciente -y su familia- aunque el grado del impacto dependerá de su edad, estilo de personalidad y nivel de desarrollo, como así también de la propia enfermedad y de los factores ambientales. Sin embargo, independientemente de las diferencias individuales, todos compartirán posiblemente emociones como miedo, ansiedad, angustia, culpa, ira, etc. (Quesada Conde et al., 2014). Esto refuerza el valor de una intervención profesional que fomente la consolidación de un vínculo terapéutico genuino.

Carl Rogers (1951) fue uno de los primeros en resaltar la importancia de la empatía en el proceso terapéutico. Señala que se trata de una actitud básica del terapeuta por medio del cual éste refleja una comprensión absoluta de la vivencia del paciente. Actualmente, las terapias

basadas en la evidencia apoyan estas ideas al postular que la terapia psicológica no consiste únicamente en la aplicación de técnicas que han demostrado ser efectivas (factores específicos) sino que existen destrezas comunes a todo terapeuta para asegurar el cambio y una mayor predicción de éxito terapéutico, entre ellas, la empatía (Echeburúa et al., 2010). Garantizar un tratamiento adecuado y humano requiere que la empatía se traduzca en conductas observables y una de ellas es el desarrollo de destrezas comunicativas. *Comunicarse bien* permite lograr una mejor adherencia del paciente y su familia al tratamiento y una reducción de los niveles de estrés, ansiedad y angustia. La comunicación como herramienta terapéutica permite crear un espacio de confianza y respeto hacia el paciente y su entorno en medio de un contexto repleto de miedos e incertidumbre (Cruzado, 2013).

En la bibliografía recabada, no se han encontrado abundantes trabajos que relacionen específicamente las dos variables de interés en la muestra seleccionada. Sin embargo, interesantes investigaciones como la de Kim et al. (2004) señalan que las habilidades comunicativas influyen de manera significativa en la satisfacción del paciente y en el cumplimiento de su tratamiento, aunque aún no suelen verse reflejadas en la práctica diaria. Por su parte, Bellver Pérez (2012) concuerda con estas conclusiones al señalar la necesidad de fomentar la enseñanza de habilidades comunicativas y empáticas en el campo de la psicooncología, subrayando las devastadoras consecuencias que la ausencia de las mismas puede desencadenar en el paciente: el malestar psicológico producto de un diagnóstico comunicado inadecuadamente puede ser tan o más grave que un error médico o quirúrgico.

En definitiva, ni el mejor dominio de técnicas de vanguardia ni la más exhaustiva formación en los enfoques de tratamiento actuales tendrían efecto de no haber detrás un

profesional que pueda comunicarse de manera eficaz para identificar empáticamente las necesidades de su pequeño paciente (Figueiredo de Sa Franca et al., 2013).

Relevancia de la Investigación

La presente investigación encuentra su relevancia en los siguientes aspectos:

Teórica

El estudio de la Empatía y de las Habilidades Comunicativas ha despertado el interés de diversos investigadores desde hace ya muchos años; sin embargo, la gran mayoría de las investigaciones abundan en el ámbito de la Medicina y la Enfermería. Por este motivo, resulta fundamental el estudio de estas variables en un área de inserción que integre diversas profesiones y que, paradójicamente, requiere del ejercicio de estas habilidades con mucha más precisión al enfrentar diariamente el cuidado de pacientes pediátricos con enfermedades crónicas. Esta investigación servirá para complementar los estudios ya realizados aportando nuevas y necesarias respuestas hasta el momento desconocidas.

Práctica

La presente investigación aspira a que los profesionales del área de la salud puedan beneficiarse de los resultados obtenidos, suscitando en ellos un espacio de reflexión interna acerca del desempeño de sus habilidades empáticas y comunicativas en el ejercicio de su oficio, como así también el deseo de perfeccionarse en ellas. Al mismo tiempo, pretende generar mayores niveles de compromiso y responsabilidad en aquellos que se desempeñan como

docentes formando a futuros trabajadores de la salud, mediante el ejercicio y acompañamiento a sus alumnos en la adquisición de estas capacidades.

Social

La ambición de esta investigación se refleja no sólo en los vastos beneficios que tendrá en los profesionales de la salud sino también en el gran provecho que los pacientes sacarán de ella. Los conocimientos alcanzados permitirán, a largo plazo, lograr mejoras en su asistencia y cuidado, actuando como factor protector de la salud y mejorando su calidad de vida. La misma rigurosidad tendrá la atención dirigida a los padres y familiares, quienes sufren a la par de los niños. A su vez, la difusión y facilitación de esta información será útil para lograr mayores niveles de concientización social y replicar estas habilidades tan esenciales en otros escenarios de la vida diaria.

Objetivos

Objetivo general

Conocer la relación entre la Empatía y las Habilidades Comunicativas en profesionales de la salud que trabajan con enfermedades crónicas pediátricas.

Objetivos Específicos

- Evaluar los niveles de Empatía en profesionales de la salud que trabajan con enfermedades crónicas pediátricas.
- Identificar el nivel de Habilidades Comunicativas en profesionales de la salud que trabajan con niños con enfermedades crónicas.

- Caracterizar los niveles de Empatía de acuerdo a variables sociodemográficas, tales como: edad, formación profesional, tipo de terapia, años de experiencia, tipo de enfermedad crónica con la que trabajan y atención a niños o a niños y cuidadores.
- Caracterizar la variable Habilidades Comunicativas en profesionales de la salud según las variables descriptas en el punto anterior.

Hipótesis

La Empatía tendrá relación significativa con las Habilidades Comunicativas en profesionales de la salud que trabajen con enfermedades crónicas pediátricas.

Capítulo II

Marco Teórico y Conceptual

Estado del Arte

Hace casi una década, Zwaanswijk et al. (2011) se propusieron investigar las preferencias de los niños con cáncer, sus padres y los sobrevivientes infantiles de esta enfermedad en relación a la comunicación médica. Para ello, se utilizaron viñetas con situaciones hipotéticas siguiendo las pautas de un diseño experimental en una muestra integrada por un total de 144 participantes (34 pacientes oncológicos infantiles, 59 padres y 51 sobrevivientes). Los resultados arrojaron que el 81% resaltó la importancia de la empatía, el 70% respondió que la información sobre la enfermedad y el tratamiento debe ser explicada tanto al paciente como a los padres y el 71% optó por la participación de los niños en la toma de decisiones, quedando establecido que la necesidad de protegerlos de la información dependerá de su edad. Concluyen que la comunicación no debe adaptarse a la edad cronológica sino a las preferencias de los niños y sus padres.

Ese mismo año, Tiuraniemi et al. (2011) realizaron una investigación con el objetivo de describir cómo los estudiantes de psicología y medicina evalúan su propia competencia comunicativa e interpersonal antes y después de un entrenamiento basado en role playing. La muestra estuvo compuesta por 309 participantes (126 estudiantes de medicina y 193 de psicología) con quienes se realizaron cursos compuestos por explicaciones teóricas, material bibliográfico y ejercicios de role playing para promover la comunicación, la reflexión y la empatía, entre otras competencias. Antes y después de dichos entrenamientos, se les administró un cuestionario de 21 ítems confeccionado para este estudio que pretendía medir la propia percepción de los estudiantes en relación a estas destrezas. Los resultados arrojaron que ambos grupos de estudiantes advirtieron mayores niveles de sus habilidades comunicativas e

interpersonales después de haber realizado el curso. Si bien los aspirantes a psicólogos mostraron un mayor índice de mejoría, eso se debe a que sus cursos fueron más largos. Los autores concluyeron que, incluso formaciones de breve duración bastan para afectar positivamente el desarrollo de estas habilidades.

En paralelo, Quince et al. (2011) realizaron una investigación longitudinal motivados por saber si los estudiantes de medicina difieren en sus niveles de empatía de acuerdo al género y si ésta sufre modificaciones a través del tiempo. La muestra estuvo compuesta por todos los alumnos del primer y cuarto año de Medicina, correspondientes al inicio de los dos bloques de formación en los que se divide la carrera: ciencia básica (1-3) y clínica (4-6), a quienes se les administró el Índice de Reactividad Interpersonal. Los resultados permitieron afirmar que los estudiantes de género femenino son más empáticos que los de género masculino. Los años de formación han influido en una disminución de la empatía afectiva en hombres, manteniéndose estable en mujeres. Por su parte, la empatía cognitiva no mostró alteraciones. A pesar de estos resultados, el tamaño de los cambios observados no fue suficiente para sostener con firmeza que los estudiantes se vuelven menos empáticos durante la formación médica.

Un año después, De la Iglesia et al. (2012) realizaron un estudio cualitativo con el propósito de analizar el proceso comunicativo entre el personal sanitario (pediatras neumólogos, pediatras de urgencias y DUEs) y el paciente asmático. Los resultados afirmaron que un 90% de las interacciones se dan entre el médico y los padres y sólo un 10% entre el médico y el niño (más allá de su edad). A su vez, un 62% de las consultas fueron interrumpidas por factores externos y un gran porcentaje de la información ha sido recogida en la admisión para ser registrada en la base de datos reduciendo así la atención personalizada.

Mientras tanto, Mejía de Díaz (2012) realizaba en Venezuela una investigación para evaluar la empatía en estudiantes de Ciencias de la Salud (490 de Medicina, 149 de Enfermería y 192 de Odontología) de la Universidad de los Andes. Se trata de un estudio de campo, descriptivo y correlacional compuesto por 1012 estudiantes a los cuales se les administró la Escala de Empatía Médica de Jefferson. Los resultados indicaron que la Empatía Global y la dimensión Ponerse en el Lugar del Otro no difieren en los estudiantes independientemente de la carrera, aunque sí pudo observarse en los médicos en formación puntuaciones más altas en la dimensión Toma de Perspectiva y valores más bajos en Cuidado con Compasión; ésta última dimensión se correlaciona positivamente con la edad indicando que, a mayor edad, mayor compasión. A su vez, se encontró que el género no influye en la conducta empática aunque los años de formación sí intervienen sobre la misma: la empatía global ha demostrado ser mayor en estudiantes de años superiores en comparación a alumnos principiantes.

Poco tiempo después, Manturano Velázquez y Miranda Limachi (2014) se propusieron determinar la relación que existe entre el apoyo emocional que brinda el profesional de enfermería y su impacto en el afrontamiento de padres de pacientes pediátricos post-operados con cardiopatía congénita (CC). Para ello, se realizó un estudio cuantitativo no experimental, correlacional y de corte transversal sobre una muestra de 44 padres a quienes se les administró la Escala de Afrontamiento para Adolescentes, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes y Adultos y un cuestionario para medir apoyo emocional. Los resultados señalaron que un 27% de la muestra ha manifestado recibir apoyo emocional (prevaleciendo el componente afectivo) y afrontamiento favorable, mientras que un 43% ha declarado recibir apoyo emocional y afrontamiento desfavorable. La relación entre ambas variables fue significativa entendiendo que, a mayor apoyo emocional, mayores son las estrategias de afrontamiento en los padres.

Al año, Leal Costa et al. (2015) realizaron una investigación con el objetivo de analizar la relación entre habilidades de comunicación y síndrome de Burnout en profesionales sanitarios. Para ello, plantearon un estudio observacional, analítico y transversal sobre una muestra de 927 profesionales de la salud: 197 médicos, 450 enfermeras y 280 auxiliares de enfermería a quienes se les administró la Escala de Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (EHC-PS) y el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS). Los resultados señalaron, por un lado, una correlación negativa y significativa entre las diferentes dimensiones del EHC-PS y las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización del burnout. Por otro lado, se obtuvo una correlación positiva y significativa entre las dimensiones de las habilidades de comunicación y la dimensión realización personal en el trabajo. A su vez, la edad y el tiempo trabajado (años de experiencia) correlacionaron de manera negativa y significativa con las dimensiones de la EHC-PS pero de manera positiva con agotamiento emocional y despersonalización. De esta manera, los autores concluyeron que las habilidades comunicativas funcionan como factor protector ante el síndrome de Burnout.

Ese mismo año, Georgi et al. (2015) realizaron un estudio transversal con el objetivo de evaluar la empatía en tres grupos de psicólogos que se encontraban en distintas etapas de su carrera. La muestra estuvo compuesta por 205 participantes de género femenino, de las cuales 66 eran estudiantes del primer año de la licenciatura en psicología, 50 eran estudiantes de maestría y las 89 restantes eran psicoterapeutas profesionales. Se les administró una encuesta en línea con datos sociodemográficos como así también el Cuestionario de Empatía Cognitiva y Afectiva. Según los resultados, la edad de los estudiantes de primer año correlacionó positivamente con la empatía cognitiva pero negativamente la dimensión Contagio de Emociones que compone a la empatía afectiva. En el caso de las estudiantes de maestría y las terapeutas ya recibidas, la edad

correlacionó de manera positiva con la dimensión Toma de Perspectiva. A su vez, esta última dimensión tuvo una correlación positiva con la experiencia profesional de los terapeutas con mayor trayectoria. En el grupo de los terapeutas, se han registrado mayores puntuaciones en empatía cognitiva y menores en su componente afectivo. Concluyen los autores que la educación psicológica y la experiencia influyen en la empatía de los terapeutas, confirmando así la teoría de que la empatía se modula a lo largo de toda la vida.

Por su parte, Konstantynowicz et al. (2016) realizaron una investigación cualitativa descriptiva con el objetivo de evaluar cómo los niños con EC hospitalizados y sus familias perciben el cuidado de la salud en su estadía en el hospital como así también sus expectativas hacia el comportamiento médico y los componentes del cuidado profesional que consideran más importantes. Se entrevistaron a 26 padres y 22 niños del Departamento de Pediatría y Trastornos del Desarrollo del Hospital Universitario de Niños en Bialystok y se obtuvieron como resultado dos grandes categorías: en primer lugar, el comportamiento verbal y no verbal de los médicos (lenguaje claro, conversación sobre temas sociales ajenos a la enfermedad y correcto uso del lenguaje no verbal) y, en segundo lugar, las estrategias percibidas usadas por los médicos (según los padres, éstos han desarrollado estrategias como el uso de jerga médica para evitar largas explicaciones). Concluyen en la influencia que las relaciones interpersonales tienen en la percepción de los pacientes y sus familias.

Un año después, Casari et al. (2017) realizaron una investigación en Argentina con el objetivo de estudiar el estilo personal del terapeuta de aquellos psicólogos que trabajan con TEA. La muestra estuvo compuesta por 64 profesionales, de los cuales la mitad atendían a niños con autismo y la otra mitad a población clínica general. Se les administró el Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) y una encuesta semiestructurada ad hoc y se encontró como

única diferencia significativa que la dimensión Involucración predominaba en profesionales que atienden TEA, reflejando así un mayor compromiso con la tarea y los pacientes. Estos datos prevalecieron en aquellos terapeutas que adhieren a un marco teórico integrativo, en quienes también se observó mayor acercamiento emocional con los niños (dimensión Expresiva). Por su parte, el grupo TEA con orientación cognitivo conductual, registró puntuaciones más altas en la dimensión Atencional, Operativa e Instruccional, lo que sugiere que se trata de terapeutas con mayor atención en la búsqueda de información, con tratamientos más pautados e intervenciones menos espontáneas, comunicación más distante y menor flexibilidad en el establecimiento de reglas para el encuadre.

En paralelo, Grau et al. (2017) realizaron un estudio para conocer el nivel de empatía en estudiantes de Medicina y su evolución tras recibir un curso de un mes de duración sobre entrevista clínica y comunicación. Se trató de un estudio longitudinal prospectivo con intervención y sin grupo control compuesto por 136 alumnos, de los cuales un 72% eran mujeres. Se utilizó el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) para medir empatía y también una autoevaluación del 0 al 10 para medir la empatía percibida. Se encontró que, ésta última, correlacionó con las dimensiones del IRI excepto con distrés personal. Luego de la intervención educativa, se observó, en los hombres, un incremento en la toma de perspectiva y, en las mujeres, en fantasía. Ambos sexos coincidieron en un aumento de la empatía percibida autoevaluada y en la ausencia de modificaciones en las dimensiones emocionales. Además, manifestaron no percibir dentro de la empatía el componente de angustia personal.

Al año siguiente, Rivera Navarro (2018) elaboró un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con el objetivo de determinar la percepción de las madres sobre el cuidado de los enfermeros a sus hijos con cardiopatía congénita. La muestra estuvo compuesta por 40 mujeres,

cuyos niños reciben tratamiento en el servicio de Cardiología del Instituto Nacional de Salud del Niño de Perú. Tras la recolección de datos sociodemográficos, se les administró una encuesta con preguntas orientadas a las cuatro dimensiones de la Teoría del Cuidado Humano: dimensión interpersonal-social [DIS], dimensión física [DF], dimensión emocional-espiritual [DEE] y dimensión ética [DE]. Los resultados confirmaron que el 60,88% de las madres tuvieron una buena percepción sobre el cuidado de sus hijos. En la DIS, el 56% tuvo una buena percepción, lo que supone que la habilidad empática del profesional fue positiva. La DEE indicó que un 53% percibe que los enfermeros utilizan habilidades como buen trato, brindar confianza o dar ánimos de manera efectiva. Por su parte, la DF sugiere que un 61% de las madres percibieron que la satisfacción de necesidades humanas es buena y, por último, un 73% percibió una actitud de respeto hacia los valores, las decisiones, la integridad y la dignidad de los niños.

Mientras tanto, ese mismo año, Putrino et al. (2018) evaluaban los niveles de empatía en estudiantes de primer año de medicina y psicología y comparaban estos niveles con los de psicólogos y médicos capacitados. Se obtuvo un total de 126 participantes a los cuales se les administró el Índice de Reactividad Interpersonal y la Tarea de Leer la Mente en los Ojos; además, se les preguntó a los profesionales los años de experiencia laboral y la cantidad de pacientes atendidos por semana. Los resultados arrojaron que los profesionales presentan niveles más bajos de angustia personal que los estudiantes de psicología. A su vez, los terapeutas mostraron mayor nivel de empatía cognitiva que estudiantes de medicina y mejores resultados en teoría de la mente en comparación al total de estudiantes, aunque la exposición clínica se traduce en una menor puntuación de empatía afectiva.

En sintonía con estas investigaciones, Monteza Olivera (2018) confeccionó un estudio descriptivo correlacional y de corte transversal con el propósito de estudiar la relación entre las

habilidades comunicativas y la empatía en internos de medicina del Hospital Regional Honorio Delgado ubicado en Perú. A los 78 participantes (el 60,26% de género femenino) que conformaron la muestra se les administró la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (EHC-PS) y la Escala de Empatía de Jefferson. Los resultados señalan que, en la escala global EHC-PS, un 84,62% de los internos presenta un nivel regular de habilidades comunicativas, principalmente en las dimensiones comunicación informativa, empatía y habilidad social. Por su parte, la escala de empatía indica que un 89,74% de la muestra presenta un nivel medio de empatía, siendo alto solo en el 7,69% y bajo en el 2,56% restante. Por último, se estableció una relación directa y significativa entre las habilidades comunicativas y la empatía, entendiendo que, en la totalidad de internos con alto grado de empatía, el nivel de habilidades comunicativas era también favorable.

Empatía

*“Nacemos con ojos, pero no con mirada:
para ver basta con dirigir los ojos hacia el estímulo en cuestión,
para mirar hay que poner en marcha también el corazón.”*
Fernández Martos (1993)

Según relata una popular fábula, dos pájaros posaban felizmente sobre un sauce, uno de ellos ubicado en una rama más elevada que el otro. Al cabo de un rato, el pájaro que estaba en lo alto dice: “- Oh, qué bonitas son estas hojas verdes”. El otro, ante tal provocación, responde: “- ¿Estás cegato? ¿No ves que son blancas?”. Luego de una acalorada discusión, el pájaro de arriba decide volar hacia la rama de su adversario para darle una lección y allí descubre que éste estaba en lo cierto, las hojas eran blancas. Lo invita a acercarse a la rama de arriba y, una vez allí, ambos exclamaron: “-Fíjate que las hojas son verdes”. Resulta sorprendente advertir la amplia

diversidad de formas existentes para definir a la empatía, sin embargo, este relato constituye un acertado punto de partida: es el arte de posicionarse en el punto de vista del otro para comprender (Bermejo, 2012).

Antecedentes Históricos

Los esfuerzos por comprender y definir a la empatía no son nuevos, de hecho, se trata de un concepto muy popular tanto coloquial como científicamente; sin embargo, poco se conoce acerca de su evolución a lo largo de la historia. Empecemos por ahí.

Si bien la empatía corresponde a un concepto muy trabajado en el campo de la psicología, sus orígenes no son exclusivos de esta disciplina, sino que se remontan a la época del Romanticismo situada en el siglo XVIII donde tenía una connotación estética y artística. Era entendida como la capacidad del ser humano, experimentada principalmente por pintores y artistas, de vincularse de manera emocional y singular con los escenarios naturales. Estos sentimientos, producto del encuentro con la naturaleza que suponían un desplazamiento de las emociones internas hacia obras de arte externas, no tardaron en recibir el nombre alemán *Einfühlung* [“sentirse dentro de”] (Olmedo Carrillo y Montes Berges, 2009).

Theodor Lipps (1903; como se citó en Mateu et al., 2010) fue el primero en explicar el *Einfühlung* desde una perspectiva psicológica sosteniendo que se trata de una imitación interna que se produce como resultado de una proyección de uno mismo en el otro. Pocos años más tarde, Titchener (1909; como se citó en Mateu et al., 2010) tradujo el término *Einfühlung* por “empathy” dejando en claro su perspectiva social al señalar que este fenómeno favorecía la existencia de un entorno más humano. Se acuñó así el tan conocido concepto: empatía.

Conforme transcurrieron los años, fueron apareciendo nuevas y diversas definiciones del concepto. Entre ellas, se encuentra la de Köhler, que la define como la comprensión de los sentimientos de los otros; la de Mead, quien enfatiza el componente cognitivo de la empatía y la define como la adopción de perspectivas diferentes a las propias; la de Allport, interesado en los aspectos sentimentales y no verbales; y un largo etcétera (Fernández Pinto et al., 2008).

Es evidente que diversas investigaciones a lo largo de la historia se han esforzado en demostrar que la empatía no se trata únicamente de una experiencia emocional evocada por objetos inanimados, sino que, por el contrario, consiste en una de las cualidades más profundas y elementales de los vínculos humanos. En tanto la perspectiva estética fue perdiendo cada vez más fuerza, otras disciplinas la fueron ganando, entre ellas, la psicología.

Sus Inicios en la Psicoterapia. La empatía le debe su gran entrada al mundo de la psicoterapia al psicólogo humanista Carl Rogers (1957), quien explica que consiste en penetrar en el mundo interno del paciente y adoptarlo sin juicio de valor, debiendo abandonar para ello las opiniones propias. Esto la convierte en una de las *condiciones necesarias y suficientes* del cambio terapéutico (invito al lector a reflexionar sobre esta frase) y en uno de los recursos por excelencia para acompañar a los clientes en su camino a la autorrealización.

Si bien la corriente humanística estuvo siempre interesada en la empatía como habilidad profesional indiscutible, no puede decirse lo mismo de otras escuelas psicológicas. Lo que sí puede afirmarse con certeza es que muchas de ellas han cambiado su concepción acerca de este constructo luego de que la División 29 de la APA haya publicado un informe en el que se la reconoce “como una variable que recibe apoyo empírico para la producción de cambio terapéutico” (Norcross, 2002; como se citó en Mateu et al., 2010, p. 7).

Empatía: Aristas de su Multidimensionalidad

Definir y caracterizar a la empatía no es tarea fácil. Con los años, ha sido foco de interés para diversas corrientes teóricas y ha despertado múltiples interrogantes que, hasta hoy, son difíciles de responder consensuadamente. La lectura de la evidencia científica sólo refuerza este desacuerdo entre autores, como así también su carácter multidimensional (Olivera et al., 2011).

Empatía ¿Cognitiva o Emocional? De acuerdo a lo leído hasta el momento, se observa que algunos autores interesados en el estudio de la empatía han insistido en sus componentes cognitivos mientras que otros se han encargado de resaltar sus componentes emocionales: ¿quién tiene la razón? ¿existe un único componente de la empatía?

Hace ya varias décadas, Dymon (1949; como se citó en Fernández Pinto et al., 2008) introdujo el concepto de “adopción de perspectiva”, definiendo a la empatía como la acogida de los puntos de vista de aquellos con quienes nos relacionamos. Entre otros autores, Hogan (1969, como se citó en Fernández Pinto et al., 2008) apoya esta idea al definirla como la comprensión de lo que pasa en la mente de los demás. Hacia fines de la década del '60, el concepto sufre ciertas modificaciones a partir de la consideración de la afectividad como un componente más. Stotland (1969, como se citó en Fernández Pinto et al., 2008) considera a la empatía como la reacción de una persona frente a otra que experimenta o está por experimentar una determinada emoción. Hoffman, Mehrabian, Epstein y Wispé, entre otros, han seguido estos pasos, además de sostener de común acuerdo que la empatía se trata de una característica disposicional de todo individuo, en contraposición a quienes la consideran un rasgo situacional (Batson, 1991, como se citó en Fernández Pinto et al., 2008).

Davis (1980) propone integrar todas estas ideas y ofrece una definición multidimensional entendiendo a la empatía como: “un conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas” (Davis, 1997; como se citó en Fernández Pinto et al., 2008, p.12). Consiste entonces en comprender los cuadros de referencia internos de la otra persona con una influencia mutua de componentes emocionales y cognitivos (Müller et al., 2015). Si hubiera que responder la pregunta formulada en el título, podría responderse con seguridad que la empatía no es ni una ni otra sino ambas: cognitiva y emocional.

¿Tiene un lugar en el Cerebro? Una minuciosa y detallada lectura de la información hasta aquí presentada basta para identificar que ya se ha hecho una breve introducción acerca de la base neurobiológica de la empatía. Y es que Lipps, el primero en darle una connotación psicológica a este concepto, destacó la presencia de la imitación interior de un sujeto al observar las conductas de otros individuos.

Estas ideas encuentran su correlato en la actualidad a partir de un gran bagaje de estudios neurocientíficos. El descubrimiento de las neuronas espejo constituye el ejemplo más representativo al afirmar que un sujeto puede reproducir un estado motor, perceptivo o emocional observado en otros, en su propio sistema motor. El hallazgo de la Teoría de la Mente (TMo) también resulta significativo ya que hace referencia a la habilidad cognitiva que permite comprender los estados mentales de los demás (Moya Albiol et al., 2010).

Estos autores aseguran que, si bien aún en la actualidad es difícil distinguir si ambos componentes de la empatía funcionan como partes de un mismo sistema o si trabajan de manera independiente, sí se ha demostrado que presentan circuitos neuronales diferentes como así también que trabajan en equipo frente a la emisión de respuestas empáticas. Esto se complementa con las técnicas de neuroimagen que han permitido ampliar la cantidad de zonas

cerebrales involucradas en la empatía, entre las cuales están: la corteza prefrontal y temporal, la amígdala, la ínsula y la corteza cingulada (Moya Albiol et al., 2010).

¿Nacemos Empáticos o Aprendemos a Serlo? La empatía no ha quedado exenta a la célebre pregunta acerca del carácter innato o aprendido. Frente a la necesidad de una respuesta, algunos autores (Carter et al., 2007; como se citó en Fernández, 2011) se han inclinado hacia una concepción biológica, señalando que la empatía es compartida por humanos y mamíferos gracias al desarrollo evolutivo de circuitos neuronales. Por el contrario, otros autores (Feshbach y Feshbach, 2007; como se citó en Fernández, 2011) defienden la noción de *empatía enseñable* entendida como un atributo que se puede desarrollar y mejorar con los años.

Afortunadamente, a modo de síntesis integradora, existe una tercera corriente que pretende hacer dialogar ambas concepciones explicando que biológicamente el hombre nace con las destrezas necesarias como para definirse empático, pero muchos de sus beneficios son producto del encuentro con la cultura y la educación. En otras palabras, el ser humano cuenta evolutivamente con la *aptitud* empática, tal como los descubrimientos científicos anteriormente mencionados demuestran, pero la *actitud* dependerá del aprendizaje de respuestas conductuales, según señala el modelo de entrenamiento en habilidades sociales (Bermejo, 2012; Caballo, 2007). De todas formas, el debate aún continúa vigente.

Empatía Terapéutica: Creatividad y Salud Mental

En la sala de espera de un hospital, una madre llora desconsolada luego de que el médico de su hija le confirmara que ésta tiene cáncer. Un terapeuta se sienta a su lado y, creyendo comprender que se trataba de un llanto de angustia, la acompaña en su dolor. Una enfermera, que también observaba la situación, aseguraba que la mujer lloraba porque estaba en estado de shock,

entonces se acercó y le explicó el origen de su reacción. Minutos más tarde, un médico de guardia sorprende a la desolada madre con un gran abrazo que logró calmarla. ¿Es posible afirmar que los profesionales han sido empáticos en todos los casos?

En el marco de una relación médico-paciente, la empatía abandona su connotación vulgar y pasa a denominarse *empatía terapéutica*. Se trata de un proceso unidireccional por medio del cual se interactúa con el paciente para conocerlo y promover su desarrollo, crecimiento personal y capacidad resolutive. Su inicio está determinado por una actitud del profesional dirigida a escuchar y comprender al paciente sin juicios previos y con una genuina intención de ayudarlo mientras ha de ponerse a sí mismo entre paréntesis (Borrell Carrió, 2011). Pese a que la empatía comienza con la comprensión, no termina ahí. Ésta funciona como base para una posterior *conducta* empática que se sistematizará en una pluralidad de comportamientos del terapeuta (Mercer y Reynolds, 2002).

Sus beneficios son promotores de la salud mental al permitir al paciente expresar sus emociones en relación al malestar, restablecer su autonomía, promover una postura activa, fomentar conductas prosociales, internalizar sus problemáticas, aumentar la motivación hacia el cambio, promover un aumento de la regulación emocional y suscitar comportamientos de adaptación social y personal. Por otro lado, investigaciones en el campo médico afirman que la empatía contribuye a mejorar resultados fisiológicos tales como la reducción de síntomas físicos o de presión arterial y glucosa en sangre (Putrino, 2017).

Los conocimientos teóricos y las habilidades técnicas como únicos recursos pierden valor ante la falta de una postura empática que promueva bienestar en el paciente que la percibe y en el profesional que la ejerce, independientemente del tipo de terapia. Lambert (2013) señala que las

terapias funcionan por lo que tienen en común más que por sus características específicas; mientras que sólo un 15% del éxito en terapia puede asociarse a las técnicas propias de cada modelo, el encuentro interpersonal se consagra como el principal factor de cambio terapéutico. Yalom (2002) coincide con estas ideas al señalar que lo que más recuerdan los pacientes de su encuentro con los terapeutas es la relación y no las intervenciones realizadas, que en general son más memorables para quien las construyó. El feedback con el cliente es el punto de partida para alcanzar la excelencia.

La empatía terapéutica favorece el desarrollo de la creatividad al obligar a cada profesional a entender el problema desde la perspectiva del paciente, además de desafiarlo a buscar la manera de acompañarlo en su dolor (Borrell Carrió, 2011). Me permito repensar aquellas ideas de Rogers sobre la empatía como condición necesaria y *suficiente* para el cambio terapéutico. De su necesidad no quepan dudas; sin embargo, prefiero poner entre signos de interrogación su condición de suficiencia ya que, tal como el uso exclusivo de técnicas no basta para el alcance del bienestar, lo mismo aplica para la empatía.

Considerando que la empatía terapéutica parte de la reflexión y del auténtico esfuerzo por comprender al otro, es posible responder ahora la pregunta del inicio: si, todos han sido empáticos. En todos los casos cuenta el esfuerzo por comprender. Cada profesional se ha permitido reproducir internamente el llanto de esa madre y preguntarse cuál sería su causa y cómo podrían ayudarla. Las respuestas fueron diferentes y posiblemente algunas también erróneas para el caso, pero todas igual de empáticas. Como afirma Bermejo (2012): “ser empático es más importante que tener empatía” (p. 21).

¿Son Posibles los Efectos Adversos de la Empatía? El trabajo es una fuente de bienestar, salud, identidad y, entre otras, de socialización. Sin embargo, en ocasiones, la presencia persistente de condiciones desfavorables constituye un factor desencadenante de malestar físico y mental contribuyendo, a su vez, a la disminución de recursos personales (Alecsiuk, 2015). El encuentro diario de los profesionales de la salud con el sufrimiento de sus pacientes los convierte en sujetos sumamente vulnerables al desgaste por empatía. Figley (1995) la define como el “coste de preocuparse por los otros o por su dolor emocional” (como se citó en Alecsiuk, 2015, p. 7). Se trata de un fuerte sentimiento de empatía hacia el padecimiento ajeno con una gran preocupación por lograr su alivio. Otros autores utilizan el concepto *distrés emocional* o *sobre-empatización*, haciendo referencia a la involucración excesiva del profesional que lo lleva a “apropiarse” de un problema que le pertenece a alguien más. Para evitar esto, Rogers argumentaba que el psicólogo debe percibir el mundo del paciente sin olvidar el *como si* (Putrino et al., 2017). Investigaciones actuales se refieren a estas ideas con el nombre fatiga por compasión, haciendo referencia al agotamiento físico, emocional y mental producto de la exposición progresiva y trato hacia la persona en malestar (Blanco Camacho, 2016). Es importante no confundir estos conceptos con el Síndrome de Burnout, el cual se presenta como resultado del encuentro entre los profesionales y su entorno laboral mientras que el desgaste por empatía se manifiesta ante el intercambio entre el personal sanitario y los pacientes (Camacho, 2003; Pintado, 2018).

Se concluye entonces que un mal manejo o uso excesivo de la empatía puede desencadenar efectos contrarios a los deseados. Es necesario que los profesionales puedan regular sus reacciones emocionales para que éstas no interfieran en la eficacia del tratamiento ni en la objetividad necesaria para la toma de decisiones que deberían beneficiar y no perjudicar al

paciente; investigaciones actuales afirman que las prácticas basadas en atención plena constituyen un factor protector de la salud ante estos escenarios (Pintado, 2018; Duarte y Pinto Gouveia, 2016). De todas formas, es necesario problematizar la patologización de la empatía, corroborando que no se confunda con la compasión ante los sufrimientos y padeceres de otros que, lamentablemente, abundan diariamente. Por ende, si bien es necesario contemplar estos posibles *efectos adversos*, no debe olvidarse que la empatía se encuentra en la base del cuidado al prójimo (Putrino et al., 2017).

Habilidades Comunicativas

Resulta pertinente retomar aquella frase de Bermejo (2012) en la que señala que ser empático es mucho más que tener empatía. No basta únicamente con comprender al paciente si el terapeuta no tiene la habilidad de transformar ese conocimiento en acción. La empatía alcanza su correlato conductual por medio de comportamientos que le hacen notar al paciente que su comprensión es genuina y no una mera expresión vacía. Por ende, la comunicación se presenta como una gran aliada de la empatía en la búsqueda del bienestar del cliente.

El Arte de Comunicar

En los colegios las maestras enseñan que la comunicación es un proceso por medio del cual un emisor produce y envía un mensaje a través de un determinado canal para llegar a un receptor que lo interpretará. Sin embargo, frente a esta definición resulta fácil caer en la tentación de confundir *comunicar* con *informar*. Hagamos un análisis más detallado.

En principio, se considera un error afirmar que la comunicación es únicamente la transmisión de información. En su Teoría de la Comunicación Humana, Watzlawick et al. (1967)

señalan que la comunicación está compuesta por dos niveles: el de contenido, entendido como la información propiamente dicha, y el relacional, que hace referencia a cómo debe entenderse ese mensaje en función del vínculo entre los comunicantes. En el campo de la salud, la comunicación es una herramienta terapéutica. Y aún más, es un acto creativo. El profesional debe realizar un profundo trabajo para identificar qué información brindar al paciente y cuál no, procurando no imponerla de manera abrasiva y deshumanizada, sino considerando sus reacciones e iniciando un cálido acompañamiento en el camino del sufrimiento. Esto se conoce con el nombre de comunicación terapéutica [CT].

En segundo lugar, estaría equivocado el lector en aceptar la definición del inicio sin problematizar previamente el rol del receptor, que en apariencia se presenta como pasivo. La comunicación con el paciente pretende alcanzar su bienestar y para ello es crucial que éste pueda comprender el estado de su situación y participar activamente en la toma de decisiones. Lejos de ser un modelo paternalista, la CT es un proceso circular cuyo espíritu se sostiene en la retroalimentación constante entre los participantes (Fernández Peris, 2016).

Lo que inicialmente parecía ser una simple definición, resultó ser sólo un claro ejemplo de que la comunicación es mucho más que un mensaje. De su buen uso dependerá que el paciente pueda amortiguar su dolor y romper el pacto de silencio, en caso de que lo haya. El profesional deberá buscar, creativamente, la forma de vincularse con el sujeto de modo tal que pueda proporcionarle la información necesaria preservando simultáneamente sus esperanzas (Fernández Peris, 2016).

¿Siempre Comunicamos?

Según Watzlawick et al. (1967) no existe la no conducta, es decir, es imposible no comportarse. Por ende, considerando que toda conducta enmarcada en una situación de interacción es considerada comunicación, se desprende que esa imposibilidad también aplica al acto comunicativo. Si es imposible no comunicar, entonces todo tiene valor de mensaje: incluso el propio silencio. Éste constituye una herramienta inherente a la práctica sanitaria que pretende promover una búsqueda interna además de transmitir respeto y calma en el proceso de escucha activa, generando así un espacio de confianza y seguridad (Bengoechea Menéndez, 2019).

En el Arte de Callar, Hernández Guerrero (2008) señala que el silencio no es vacío ni carente de significado, sino que, por el contrario, constituye la vía regia hacia la interpretación de aquellos acontecimientos que nos interpelan. El nombre de su libro no fue elegido azarosamente, sino que representa el trabajo del profesional que, tal como un artista con su obra de arte, debe desarrollar las destrezas necesarias para identificar cuándo el silencio es mejor opción que la palabra, cuál es el momento oportuno para la expresión de las ideas, cuándo el uso de palabras es contraproducente y cuándo habrá un destinatario interesado. Estas ideas encuentran su correlato empírico en una investigación que tuvo como objetivo conocer la importancia del silencio para profesionales sanitarios en un servicio de Oncología Pediátrica. Todos los entrevistados manifestaron hacer uso diario del mismo, reflejando un estado de mayor comodidad a comparación de aquellas situaciones en las que debían hablar. Señalan que el silencio les permite favorecer la escucha activa y acompañar de forma más pacífica y, en los pacientes, fomenta la reflexión y la expresión de emociones.

De igual manera que el arte de hablar consiste en emplear las palabras adecuadas en el momento oportuno, el arte de callar no se limita sólo a

guardar silencio, sino que, la habilidad estriba en su correcta administración, en saberlo dosificar, con el fin de que proporcione descanso, facilite la introspección, permita la respuesta de los interlocutores y, sobre todo, sirva para enmarcar el discurso, subrayar sus mensajes y dotarlo de agilidad, ritmo y, en la medida de lo posible, de equilibrio y de armonía. (Hernández Guerrero, 2008, p. 50)

Me permito ampliar estos conceptos y hablar simplemente *del arte de comunicar*.

Enfermedad Crónica Pediátrica: El Rol del Terapeuta

Cuando una enfermedad infantil adquiere carácter de cronicidad, todo cambia. Las rutinas y hábitos del paciente y la familia se desorganizan, la tranquilidad y motivación comienzan a disminuir mientras que la incertidumbre y angustia aumentan sin escala, el dolor se vuelve una compañía y, de haber conflictos preexistentes, éstos podrían agravarse.

Las enfermedades crónicas, sobre todo físicas, tienen fuertes implicaciones emocionales en los niños, siendo usual identificar: estrés, ansiedad, miedo, culpa, ira, angustia, soledad e impotencia. Todas ellas son también compartidas por los padres o cuidadores, quienes además experimentan frustración y pánico ante la falta de control de la salud de su hijo/a, sin olvidar los cambios económicos, laborales y sociales. En caso de haber hermanos, éstos también se ven afectados manifestando culpa por estar sanos, miedo a enfermar o conductas inadaptadas para captar la atención de sus padres. En pocas palabras: si el niño enferma, la familia enferma con él. Ante tal circunstancia, la participación del psicólogo como miembro de un equipo

interdisciplinario, en caso de que el paciente la requiera, no solo es necesaria sino también indispensable (Quesada Conde et al., 2014).

Las enfermedades crónicas aquí contempladas presentan diversos abordajes para su tratamiento, algunos más invasivos que otros, pero todas comparten necesidades específicas en cada una de sus fases. El acompañamiento terapéutico al momento de informar el diagnóstico, que en principio será dirigido a los padres, resulta tan clave como estresante. Comunicar malas noticias es un acto único y singular según cada caso; pareciera cobrar cada vez más sentido aquella metáfora del terapeuta como un artista, ¿no? El ambiente debe ser cómodo y tranquilo y la información clara y dosificada. Es harto frecuente la aparición de estados de confusión, frente a los cuales habrá que reiterar los datos numerosas veces. La psicoeducación servirá para corregir errores y acortar la brecha entre la situación real y la percibida (Méndez et al., 2004).

En segundo lugar, se implementarán estas mismas nociones para comunicarle la noticia al niño, caso contrario apelará a su propia imaginación para encontrar una explicación a lo que le está pasando. La honestidad debe encabezar el diálogo, priorizando siempre el derecho del niño a conocer la verdad. De ahí en adelante, la conversación dependerá de sus creencias, curiosidad o temores, como así también de su capacidad para soportar la información, de aquí el concepto de *verdad soportable y progresiva*. La edad constituye un factor diferenciador a partir del cual se adaptará el discurso considerando su nivel de comprensión, sobre todo cuando de enfermedades físicas se trata (Méndez et al., 2004).

Durante el tratamiento, el rol del terapeuta será necesario para continuar aclarando dudas que ayuden a disminuir las incertidumbres frente al éxito del tratamiento y los efectos de la enfermedad. La educación en estrategias de afrontamiento favorecerá una mayor flexibilización

que hará posible transitar la enfermedad de manera más adaptativa. Entre las más importantes se encuentran: búsqueda de información, promoción de redes de apoyo, resolución de problemas concretos, búsqueda de un significado para la enfermedad y expresión emocional. En el caso de los niños, se utilizan las autoverbalizaciones positivas, ejercicios de relajación y respiración e imaginación de escenas agradables (Martin, 2017).

El psicólogo deberá ser capaz de identificar críticamente alteraciones conductuales, cognitivas y emocionales que podrían estar señalando estados de ansiedad o depresión, tales como llantos frecuentes, irritabilidad, falta de interés por el juego o alteraciones en el sueño, miedo a las intervenciones quirúrgicas o a las batas blancas. Las continuas visitas al hospital acentúan el aislamiento del niño de su entorno y los cambios físicos, si los hay, contribuyen a una baja autoestima que refuerza aún más aquel retraimiento. El dolor se presenta como uno de los principales malestares, a veces como resultado de la enfermedad y otras como consecuencia de los procedimientos empleados (Méndez et al., 2004).

Empatía y Comunicación: Condiciones Innegociables

Ante lo leído hasta el momento, es esperable que uno se pregunte cómo lograr todo lo desarrollado. La respuesta se encuentra en aquellas ideas de la empatía como acto creativo y de la habilidad comunicativa como despliegue artístico que me permito retomar.

No es extraña la falta de claridad al momento de identificar hacia qué o quién está dirigida la atención de los profesionales de la salud en general y del terapeuta en particular. Es frecuente escuchar que está orientada a la necesidad de establecer un diagnóstico o a la indicación de un tratamiento adecuado. Es tal la frecuencia, que genera sorpresa aclarar que en realidad se trata de un error: es la persona y no la enfermedad quien resulta beneficiaria de la

atención profesional (Naranjo Bermúdez y Ricaurte García, 2006). Comprender esto constituye el primer paso. Es fundamental conocer a cada paciente e indagar cuánto sabe de la enfermedad, cómo se ha sentido, cuáles son sus miedos, etc. Por ende, la información no solo debe darse sino también recibirse (Galain et al., 2018). Yalom (2002) señala en su libro que será cada terapeuta quien descubra la manera de ayudar a su paciente. Si hay que descubrirlo, ¿será entonces que se trata de algo desconocido?

El lenguaje, que no necesariamente implica el uso de palabras, debe tener sentido para todos los involucrados en este proceso. El objetivo principal será alcanzar la adherencia al tratamiento para asegurarle al paciente una mejor calidad de vida y un alivio en su estado de salud... lograrlo no resulta tan sencillo como parece al leerlo. Para que las indicaciones sean significativas para quien las recibe es necesaria la construcción de canales de comunicación con sólidas bases empíricas. Empatía y comunicación, que suelen ser confundidas con obstáculos que interfieren en la práctica diaria, se presentan en realidad como herramientas de cambio cuyo uso dependerá, en última instancia, del profesional en cuestión (Galain et al., 2018). Brand et al. (2013) realizaron una revisión sobre los factores que determinan una buena adherencia al tratamiento en pacientes pediátricos con enfermedades crónicas: seguimiento estructurado y repetido del caso, presencia de diálogo constructivo, detección de barreras en el tratamiento y una postura empática del profesional.

Las investigaciones que sustentan estos datos empíricamente se caracterizan por su escasez, motivo por el cual resuena cada vez con mayor eco la demanda de que estas habilidades sean enseñadas y promovidas por instituciones académicas. No obstante, el panorama se torna alentador tras la lectura de los aportes de Ericsson et al. (2007) quienes han investigado acerca de la *formación de un experto*. Señalan con seguridad que el sobresaliente desempeño de un

individuo en un área de su interés no responde a un talento innato sino más bien a años de práctica y entrenamiento deliberado. Suzuki Roshi (1970, como se citó en Kabat Zinn, 2012, p. 13), un maestro zen, decía: “son muchas las posibilidades que se abren ante la mente del principiante, pero muy pocas las que se presentan a la mente del experto”. Se debe procurar entonces ser experto sin dejar nunca la mente de principiante, evitando así que el saber obstaculice la abertura al no saber.

Por más compleja que resulte la lectura de estos conceptos, la relación entre ambas variables resulta ser, de hecho, bastante más simple. Hagamos un repaso: vulgarmente, la empatía es entendida como “ponerse en los zapatos del otro”. En el campo de la psicología esta idea resulta insuficiente siendo necesario ser más específico y ahondar en el talle del zapato, el tipo de calzado y en la persona que lo calza. Comprender al otro es sólo el primer nivel que le asegura al paciente un estado de sintonía con su malestar, siendo el siguiente su traducción conductual. Empatía y comunicación son dos caras de una misma moneda, se componen mutuamente (Bermejo, 2012; Galain et al., 2018). Rogers (1951) afirmaba que cuando una persona está sufriendo, cuando se observan variaciones en su autoestima o cuando no puede distinguir con claridad su identidad, la compañía gentil y la postura empática proporcionan curación y la comprensión profunda es el mejor regalo que se puede dar a ese otro.

Procuremos dar muchos de estos regalos en el camino de nuestra profesión.

Entidades Diagnósticas: Breve Mención al Compromiso Ético

*“Todos somos unos genios,
pero si juzgas a un pez por su habilidad de escalar un árbol
vivirá su vida entera creyendo que es estúpido.”*

Albert Einstein

*“Dentro de nosotros hay una cosa que no tiene
nombre. Esa cosa es lo que somos.”*

Saramago (1995)

Durante los últimos años, profesionales de la salud mental se han visto expuestos a la llamada *inflación diagnóstica* en las infancias, entendida como un aumento del diagnóstico precoz de cuadros psicopatológicos (Allen, 2014). Este escenario se contradice con las recomendaciones idílicas del proceso terapéutico, que señalan que cada encuentro con el paciente y su familia debe ajustarse a los tiempos necesarios que permitan forjar una opinión fundamentada y contextualizada manteniendo una actitud permeable a la duda (¡qué importante la mente de principiante!) y una inclinación hacia la escucha, en lugar de una reducción a determinantes biológicos (Untoiglich, 2019).

Los niños son sujetos cuya identidad se encuentra en plena y permanente evolución, por ende, quienes trabajan con ellos deben ser creadores de posibilidades emprendiendo el rescate de la singularidad y, para eso, hay que donar tiempo (El cisne discapacidad, 2020). María Elena Walsh (1966), en la marcha de Osías, decía: “quiero tiempo, pero tiempo no apurado, tiempo de jugar que es el mejor, por favor me lo da suelto y no enjaulado adentro de un despertador”. De ese tiempo se trata, un tiempo no enjaulado por las presiones de la industria farmacéutica, de las obras sociales ni tampoco por los códigos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM]. Es el tiempo de lo creativo, del juego, del encuentro. Será cada profesional quien deba asumir la responsabilidad de tomárselo para evitar caer así en el error de que una problemática *de* la infancia se convierta en un trastorno crónico. Como dice Untoiglich (2019) en el título de su libro, “en la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz”.

Se dice que un niño *tiene* cáncer pero que *es* autista, quedando su identidad definida en función de su enfermedad (patología del ser en vez del tener). Esto abre camino a un listado de

niños a la carta, chicos reales que chocan con la representación de niño ideal. Por lo tanto, estas reflexiones pretenden problematizar las etiquetas cuando de cuadros psicopatológicos se trata, sin negar el derecho de los menores a tenerlo cuando sea necesario (Bonet de Luna y Marín, 2011; Janin, 2009). Por último, haré mención a un dato que merece la atención: los criterios diagnósticos de la hiperactividad son distintos en uno y otro lado del Atlántico, mientras en Norteamérica se basan en explicaciones biológicas, en Europa se apoyan en elementos culturales... ¿estaremos del lado correcto? (Vidal, 2010).

Capítulo III

Metodología

Diseño

Para el análisis de las variables Empatía y Habilidades Comunicativas se adoptará un diseño de tipo no experimental, de corte transversal, de fuente primaria, con enfoque cuantitativo y de alcance correlacional. A su vez, se evaluarán las relaciones existentes entre las dimensiones de las escalas utilizando los coeficientes de correlación (Hernández Sampieri et al., 2014).

Muestreo

De carácter no probabilístico por conveniencia.

Muestra

La muestra está compuesta por 146 participantes de sexo femenino, todas ellas profesionales de la salud que se dedican a trabajar con enfermedades crónicas pediátricas (médicas, enfermeras, psicólogas, etc.).

Criterios de Inclusión

- Que los participantes sean de género femenino, ya que la evidencia ha demostrado diferencias de género en la variable empatía (Fernández Pinto et al., 2008).
- Que sean mayor de edad.
- Que manifiesten su consentimiento.
- Que posean comprensión y uso correcto del lenguaje.
- Que se presenten aptas física y/o psíquicamente al responder los protocolos.

- Años de experiencia: investigaciones han demostrado que, a mayor trayectoria, menores son los niveles de empatía (principalmente afectiva). Esto quiere decir que ésta va disminuyendo en la medida en que los profesionales aumentan sus años de experiencia en la profesión (Putrino, 2018).

Criterios de Exclusión

- Cursar actualmente un tratamiento psiquiátrico a raíz de un diagnóstico que pueda afectar las habilidades sociales o la comprensión de los ítems de cada cuestionario.

Instrumentos

- *Cuestionario sociodemográfico (ad-Hoc)* para la recolección de datos como edad, formación profesional, tipo de terapia, años de experiencia, tipo de enfermedad crónica infantil con la que trabajan diariamente y atención a niños o a niños y cuidadores.
- *Índice de Reactividad Interpersonal [IRI]* (Davis, 1980). Sus propiedades psicométricas fueron validadas en Argentina por Müller et al. (2015) y se trata de un instrumento autoadministrable compuesto por 28 ítems que se concentra en los componentes cognitivos y afectivos de la empatía. El primero de ellos, es evaluado a través de las siguientes dos dimensiones: *Toma de Perspectiva* (habilidad para comprender el punto de vista de otra persona, compuesta por los ítems 3, 8, 11, 15, 21, 25 y 28) [α de Cronbach 0,68] y *Fantasía* (capacidad imaginativa de ponerse en situaciones ficticias, compuesta por los ítems 1, 5, 7, 12, 16, 23 y 26) [α de Cronbach 0,72]. Por su parte, la empatía afectiva incluye las dimensiones: *Preocupación Empática* (compasión, preocupación y

cariño ante el malestar ajeno, compuesta por los ítems 2, 4, 9, 14, 18, 20 y 22) [α de Cronbach 0,65] y *Angustia Personal* (ansiedad y angustia propia ante las experiencias negativas del otro, compuesta por los ítems 6, 10, 13, 17, 19, 24 y 27) [α de Cronbach 0,63]. El formato de respuesta es de tipo Likert y los valores se extienden de 1 a 5 según el grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. A mayor puntaje, mayores serán los niveles de empatía.

- *Escala sobre Habilidades Comunicativas en Profesionales de la Salud* [EHC-PS] creada en España (Leal Costa et al., 2016). Se trata de una escala con una adecuada propiedad psicométrica en el análisis de sus ítems, una estructura interna medida a través del análisis factorial confirmatorio, una mediana consistencia interna (α de Cronbach) en sus dimensiones, estabilidad temporal test-retest y claras evidencias externas de validez, que tiene como principal objetivo evaluar las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud y sus componentes. Éstos conforman las cuatro dimensiones que se evalúan en el instrumento: *Comunicación Informativa* (habilidad para obtener y proporcionar información) [α de Cronbach 0,78], *Empatía* (capacidad de comprender los sentimientos de los pacientes y hacerlo evidente en la relación junto con la correspondiente actitud empática) [α de Cronbach 0,77], *Respeto* (hace referencia al respeto que muestra el profesional hacia el paciente) [α de Cronbach 0,74] y *Habilidad Social* (destreza para ser asertivo o tener conductas socialmente habilidosas) [α de Cronbach 0,65]. Dichas dimensiones conforman un cuestionario autoadministrable de 18 ítems que se responden sobre la base de una Escala Likert que varía desde 1 “Casi

Nunca” hasta 6 “Muchísimas Veces” considerando que, a mayor puntaje, mayor será el nivel de Habilidades Comunicativas.

Procedimiento

Considerando el contexto de confinamiento producto de la pandemia mundial que nos ha dejado varados en el mundo de la virtualidad, la recolección de datos se ha realizado a través de Google Forms. Los participantes fueron reclutados a través de redes sociales tales como Facebook y WhatsApp, dejando un contacto telefónico en caso de que los sujetos presentaran dudas o inconvenientes al momento de responder el cuestionario.

La administración de los instrumentos se realizó de manera individual y cada protocolo contaba con su respectivo consentimiento informado asegurando a los participantes el anonimato de su identidad como así también la preservación y confidencialidad de la información relevada, tal como lo indica la Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales (2000). En cuanto a los aspectos éticos, la presente investigación se realizó siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki (2000) para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se comenzó por la encuesta sociodemográfica, dando espacio en segundo y tercer lugar a la administración del Índice de Reactividad Interpersonal y a la Escala de Habilidades Comunicativas en Profesionales de la Salud respectivamente.

Análisis de los Resultados

Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables de estudio y, a continuación, se evaluó la normalidad de los constructos y sus dimensiones utilizando la prueba Kolmogorov-Smirnov. Para valorar la asociación entre variables se utilizaron pruebas de correlación r de Pearson o ρ de Spearman según correspondiera y, para comparaciones múltiples, se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) o H de Kruskal-Wallis. En todos los casos se consideró significativo un $p < 0.05$. Para todo ello, se empleó el programa estadístico SPSS versión 22 de IBM.

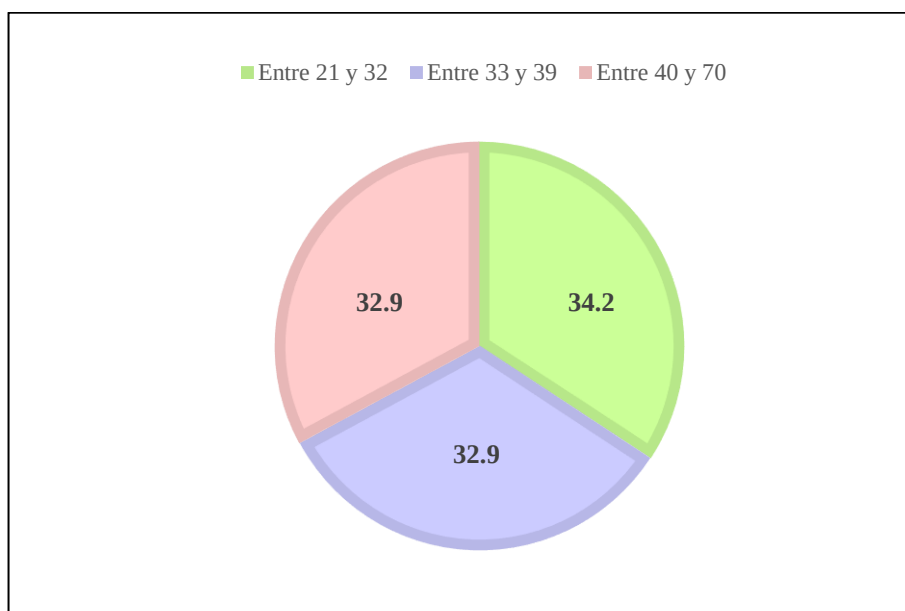
Capítulo IV

Resultados

Caracterización de la Muestra

Figura 1

Distribución de la variable Edad (recodificada)



La muestra estuvo conformada por mujeres cuya edad oscila entre los 21 y 70 años, con un promedio de 37,22. La variable fue recodificada por rangos en tres grupos iguales, siendo posible observar que el 34,2% de la muestra tiene entre 21 y 32 años, el 32,9% entre 33 y 39 y el 32,9% restante entre 40 y 70.

Figura 2

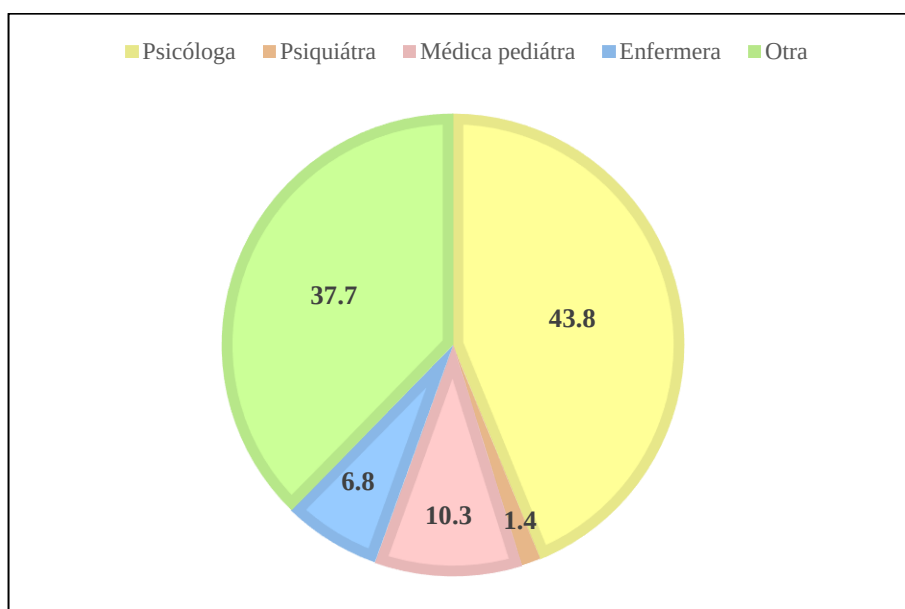
Distribución de la variable Nacionalidad (recodificada)



Del total de participantes que componen la muestra un 90,4% es de nacionalidad argentina mientras que un 9,6% corresponde a mujeres extranjeras.

Figura 3

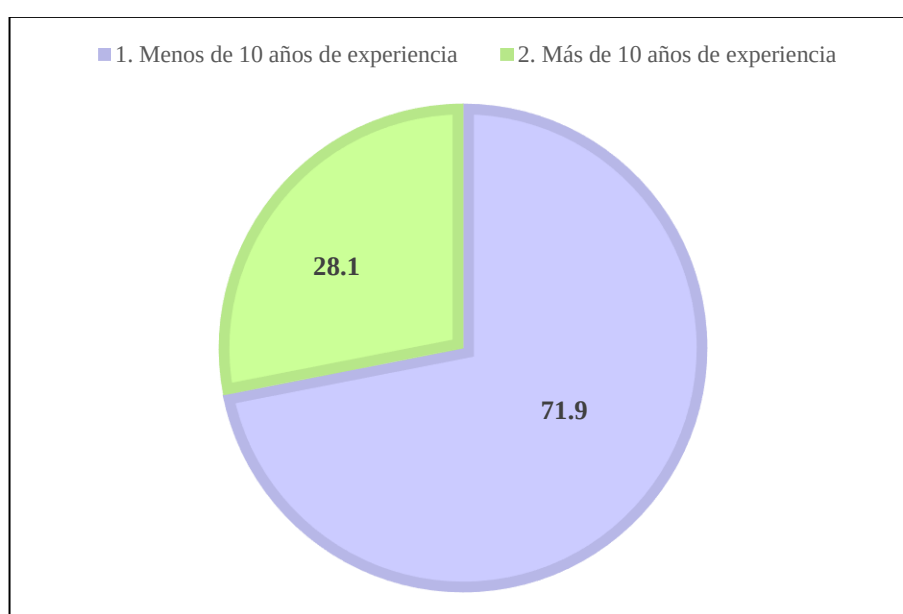
Distribución de la variable Categoría Profesional



El 43, 8% de la muestra está compuesta por psicólogas, el 10,3% por médicas pediatras, el 6,8% por enfermeras y sólo un 1,4% por psiquiatras. Por su parte, un 37,7% corresponde a otras profesiones, dentro de las cuales es posible mencionar: médicas neurólogas, trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales, acompañantes terapéuticas y reumatólogas, entre otras.

Figura 4

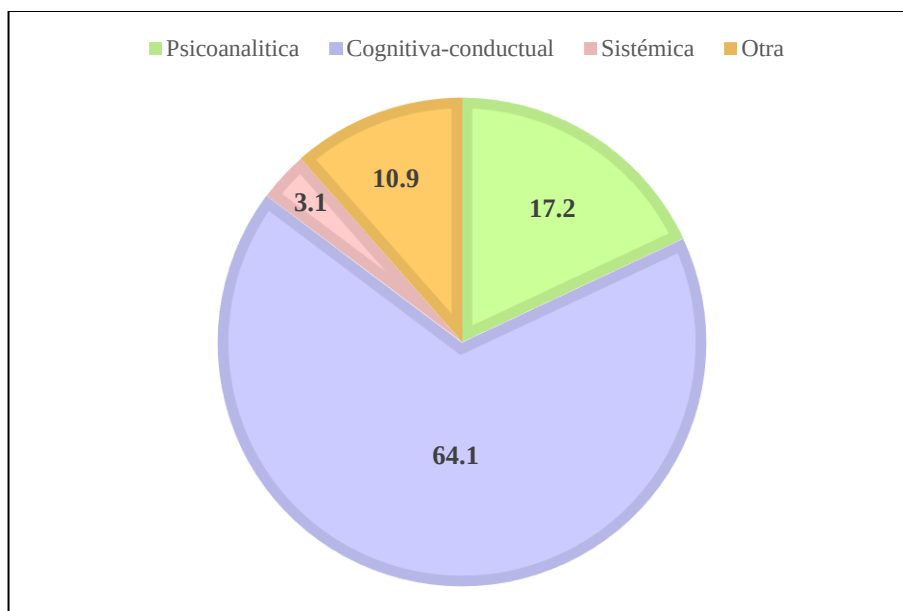
Distribución de la variable Años de Experiencia Profesional (recodificada)



La muestra fue recodificada en dos grupos según sus años de experiencia en el ejercicio de su respectiva profesión, siendo posible observar que el 71,9% tiene menos de 10 años de trayectoria y el 28,1% presenta 11 años de experiencia en adelante.

Figura 5

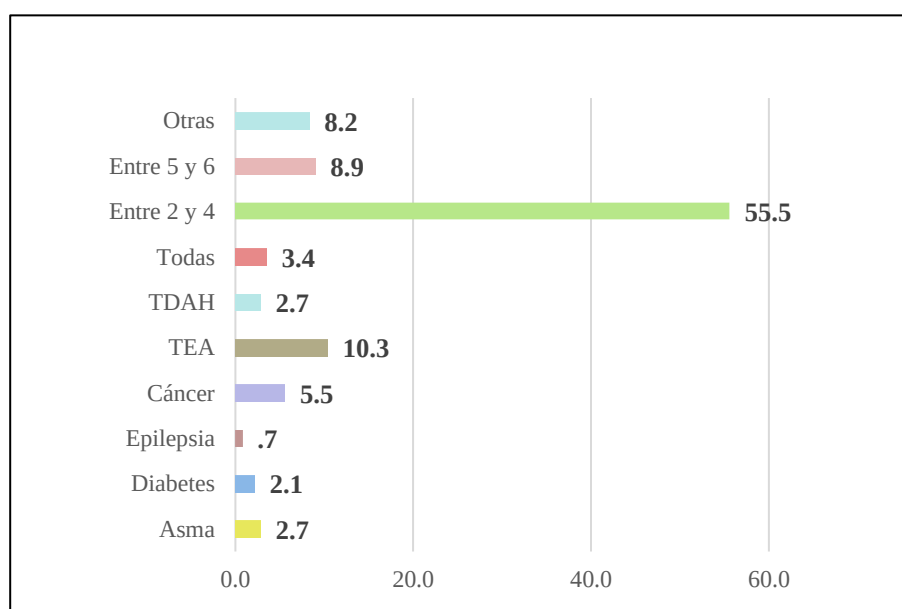
Distribución de la variable Tipo de Terapia



En el caso de las psicólogas, un 64,1% reportó adherir al marco teórico cognitivo conductual en su práctica clínica, un 17,2% al modelo psicoanalítico, un 3,1% al sistémico y un 10,9% a otros marcos teóricos.

Figura 6

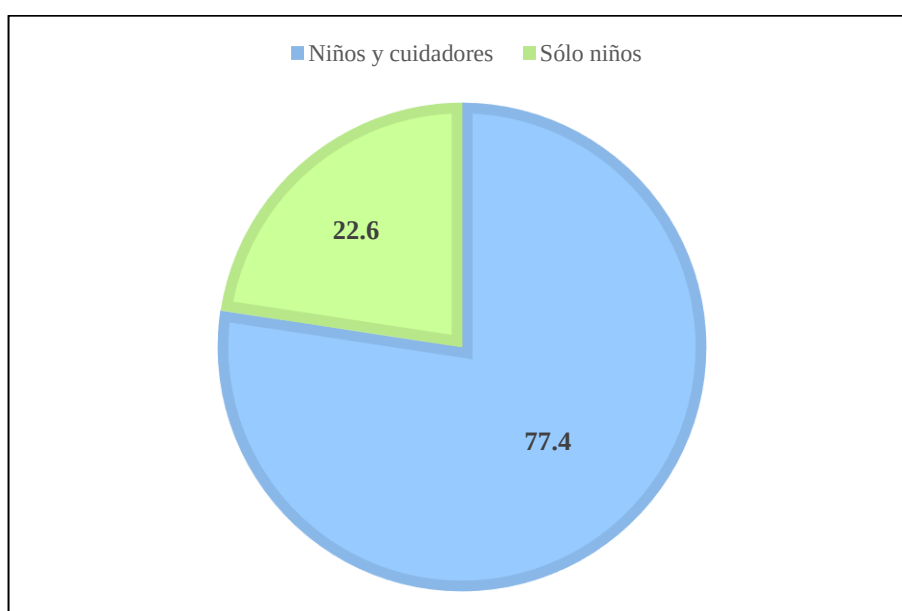
Distribución de la variable Tipo de Enfermedad/es Crónica/s (recodificada)



A partir de la recodificación de la variable, puede observarse que un 2,7% de los participantes trabajan únicamente con Asma, un 2,1% sólo con Diabetes, un 0,7% con Epilepsia, un 5,5% exclusivamente con Cáncer, un 10,3% sólo con TEA y un 2,7% únicamente con TDAH. Por su parte, un 55,5% de los encuestados manifestaron atender entre 2 y 4 de las enfermedades crónicas, mientras que un 8,9% entre 5 y 6. Sólo un 3,4% refiere atender la totalidad de las enfermedades crónicas pediátricas presentadas. Por último, un 8,2% reveló trabajar con otros cuadros crónicos pediátricos no contemplados en el cuestionario sociodemográfico.

Figura 7

Distribución de la variable Atención a Niños o a Niños y Cuidadores



El 77,4% de los participantes han manifestado trabajar tanto con los niños como con sus cuidadores, mientras que sólo el 22,6% trabaja únicamente con los niños.

Descripción de las Variables

Descripción de los Niveles de Empatía de la Muestra

Tabla I

Descripción de los Niveles de Empatía

Variable	Media (DE)	95% CI	Rango
Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)			
Fantasía	17,82 (3,65)	[17,22-18,41]	11-28
Preocupación Empática	21,77 (2,57)	[21,35-22,19]	14-28
Malestar Personal	19,49 (3,46)	[18,92-20,06]	12-31
Empatía Total	82,15 (7,81)	[80,87-83,42]	63-105

En la totalidad de los profesionales encuestados predomina un nivel medio en las dimensiones y constructo total de Empatía ponderando más alto en la dimensión Toma de Perspectiva.

Descripción de los Niveles de Habilidades Comunicativas de los Participantes

Tabla II

Descripción de los Niveles de Habilidades Comunicativas

Variable	Media (DE)	95% CI	Rango
Escala sobre Habilidades Comunicativas en Profesionales de la Salud (EHS-PS)			
Comunicación Informativa	28,09 (3,49)	[27,52-28,66]	14-36
Empatía	27,39 (3,00)	[26,89-27,88]	17-30
Respeto	16,28 (1,96)	[15,96-16,60]	10-18
Habilidad Social	15,00 (3,40)	[14,45-15,56]	5-22
Habilidad Comunicativa Total	86,78 (9,27)	[85,26-88,29]	58-102

Los puntajes promedio dan cuenta de un nivel alto en cada una de las dimensiones como así también en el constructo total de Habilidades Comunicativas en los participantes encuestados.

Cruce de Variables

Análisis de Normalidad

Tabla III

Prueba de Normalidad

Variable	Significación
Toma de Perspectiva	,001
Fantasía	,017

Preocupación Empática	,000
Malestar Personal	,000
Comunicación Informativa	,000
Empatía	,000
Respeto	,000
Habilidad Social	,000
Empatía Total	,010
Habilidad Comunicativa Total	,000

Prueba utilizada: Kolmogorov-Smirnov

Tanto las variables estudiadas como sus respectivas dimensiones mostraron un patrón de distribución anormal.

Análisis de la Relación entre Variables

Tabla IV

Relación entre Empatía y Habilidades Comunicativas

Variable	Comunicación Informativa		Empatía		Respeto		Habilidad Social		Hab. Comunicativa Total	
	Coef.	Sig.	Coef.	Sig.	Coef.	Sig.	Coef.	Sig.	Coef.	Sig.
Toma de Perspectiva	0,107	0,199	0,112	0,179	0,193	0,019	-0,081	0,332	0,070	0,404
Fantasía	0,110	0,188	0,029	0,731	0,018	0,83	0,096	0,249	0,097	0,242

Preocupación	0,119	0,153	0,026	0,753	0,046	0,582	0,025	0,762	0,095	0,254
Empática										
Malestar	0,05	0,548	-0,121	0,145	-0,086	0,300	0,274	0,001	0,055	0,511
Personal										
Empatía	0,140	0,091	-0,011	0,893	0,020	0,807	0,132	0,111	0,106	0,204
Total										

Prueba utilizada: Rho de Spearman

Se observa una relación estadísticamente significativa entre la dimensión Respeto del constructo Habilidades Comunicativas y la dimensión Toma de Perspectiva de la variable Empatía. A su vez, también se encontró un vínculo significativo entre la dimensión Habilidad Social que compone a las habilidades comunicativas y la dimensión Malestar Personal del constructo Empatía. En ambos casos la correlación es directa, lo cual implica que a medida que una de ellas aumenta, la otra aumenta en simultáneo.

Análisis de las Variables Sociodemográficas

Análisis de la Relación en los Constructos Estudiados en función de la Variable

Sociodemográfica Edad

Tabla V

Relación entre Empatía y la variable Edad

Variable	Edad	Significación
Toma de Perspectiva	-0,016	0,847
Fantasía	-0,172	0,037
Preocupación empática	0,201	0,015
Malestar Personal	-0,101	0,223
Empatía total	-0,060	0,473

Prueba utilizada: Rho de Spearman

Existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y las dimensiones Fantasía y Preocupación Empática del constructo Empatía. En el caso de ésta última, la relación es directa, es decir, a mayor edad, mayores niveles de preocupación empática. Por su parte, la relación con la dimensión Fantasía es inversa, lo que supone que, en la medida en que una de ellas aumenta, la otra disminuye.

Tabla VI

Relación entre Habilidades Comunicativas y la Variable Edad

Variable	Edad	Significación
Comunicación Informativa	0,067	0,424
Empatía	0,035	0,678
Respeto	0,041	0,622
Habilidad Social	0,163	0,049
Habilidad Comunicativa total	0,120	0,149

Prueba utilizada: Rho de Spearman

Se observa una relación significativa y directa únicamente entre la edad y la dimensión Habilidad Social del constructo Habilidades Comunicativas, siendo que, a mayor edad, mayor habilidad social.

Análisis de las Diferencias en los constructos estudiados en función de la Variable

Sociodemográfica Categoría Profesional

Tabla VII

Diferencia entre Empatía y la Variable Categoría Profesional

Variable	R.P	R.P	R.P	R.P	KW	Sig.
	Psicóloga	Pediatra	Enfermera	Otra		
Toma de Perspectiva	76,09	67,40	54,85	72,92	2,529	0,470
Fantasía	74,00	76,13	61,60	71,75	0,904	0,824
Preocupación Empática	67,38	83,97	57,65	78,04	4,430	0,219
Malestar Personal	61,90	88,57	71,30	80,67	8,581	0,035
Empatía total	67,73	84,53	59,80	77,07	3,679	0,298

Prueba utilizada: Kruskal Wallis

Se observan diferencias significativas entre la dimensión Malestar Personal y la variable sociodemográfica Categoría Profesional, siendo mayor en el grupo de pediatras que trabajan con niños con enfermedades crónicas. El resto de las dimensiones no presenta variaciones significativas. Cabe aclarar que para esta prueba se excluyó el grupo de psiquiatras ya que se trataba de un grupo demasiado pequeño como para realizar la comparación.

Tabla VIII

Diferencia entre Habilidades Comunicativas y la Variable Categoría Profesional

Variable	R.P Psicólogo a	R.P Pediatra	R.P Enfermer a	R.P Otra	KW	Sig.
Comunicación						
Informativa	68,36	89,47	76,15	72,03	3,238	0,356
Empatía	80,14	53,97	65,20	69,99	5,864	0,118
Respeto	82,06	59,43	67,55	65,84	6,916	0,075
Habilidad Social	59,23	84,87	85,05	82,28	11,849	0,008
Hab. Com. Total	69,74	74,40	77,15	74,35	0,544	0,909

Prueba utilizada: Kruskal Wallis

Se hallaron diferencias significativas entre la dimensión Habilidad Social y la variable Categoría Profesional, siendo el grupo de enfermeras quienes obtuvieron puntajes más elevados. El resto de las dimensiones no presenta diferencias significativas. Cabe aclarar que para esta prueba se excluyó el grupo de profesionales psiquiatras ya que se trataba de un grupo demasiado pequeño como para realizar la comparación.

Análisis de las Diferencias en los constructos estudiados en función de la Variable Sociodemográfica Años de Experiencia

Tabla IX

Diferencia entre Empatía y la Variable Años de Experiencia

Variable	R.P Exp. Menos de 10 años	R.P Exp. Más de 10 años	U	Sig.
Toma de Perspectiva	78,37	61,04	1641,50	0,025
Fantasía	77,44	63,4	1738,50	0,070
Preocupación empática	72,17	76,9	2013,00	0,539
Malestar Personal	74,45	71,06	2052,50	0,661
Empatía total	77,2	64,04	1764,50	0,091

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

El grupo de profesionales con menos de 10 años de experiencia tiende a tener mayor Toma de Perspectiva. En cuanto al resto de las dimensiones del constructo Empatía, no se encontraron diferencias significativas con la variable Años de Experiencia.

Tabla X

Diferencia entre Habilidades Comunicativas y la Variable Años de Experiencia

Variable	R.P Exp. Menos de años	R.P Exp. Mas de 10 años	U	Sig.
Comunicación				
Informativa	72,87	75,12	2086,00	0,771
Empatía	72,98	74,83	2098,00	0,808
Respeto	72,72	75,49	2071,00	0,712
Habilidad Social	67,85	87,98	1559,00	0,009

Hab. Com. Total	70,21	81,91	1807,50	0,133
-----------------	-------	-------	---------	-------

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

Aquellas participantes con más de 10 años de experiencia en la profesión presentan mayores niveles de Habilidad Social. Por su parte, no se observaron diferencias significativas en el resto de las dimensiones del constructo Habilidades Comunicativas y la variable Años de Experiencia.

Análisis de las Diferencias en los constructos estudiados en función de la Variable Sociodemográfica Tipo de Terapia

Tabla XI

Diferencia entre Empatía y la variable Tipo de Terapia

Variable	R.P	R.P	R.P	R.P	R.P	KW	Sig.
	Psicoanálisis	TCC	Sistémica	Humanística	Otra		
Toma de Perspectiva	48,18	42,63	53,75	9,33	43,75	7,065	0,132
Fantasía	43,75	45,48	29,88	43,17	30,81	3,690	0,450
Preocupación empática	43,07	42,50	47,00	62,67	37,00	2,564	0,633
Malestar Personal	45,29	42,02	27,50	68,00	44,25	4,958	0,292
Empatía total	48,46	43,03	37,13	46,17	35,00	1,807	0,771

Prueba utilizada: Kruskal Wallis

Las dimensiones y el constructo total de empatía no presentaron variaciones significativas en función a la variable sociodemográfica Tipo de Terapia realizada sobre el porcentaje de psicólogas que participaron de la investigación.

Tabla XII

Diferencia entre Habilidades Comunicativas y la Variable Tipo de Terapia

Variable	R.P	R.P	R.P	R.P	R.P	KW	Sig.
	Psicoanálisis	TCC	Sistémica	Humanística	Otra		
Comunicación Informativa	43,29	39,54	73,00	37,17	53,88	8,868	,064
Empatía	40,89	41,49	71,50	32,67	46,88	6,690	,153
Respeto	46,18	39,19	58,88	36,33	58,69	7,512	,111
Habilidad Social	35,14	42,87	48,38	50,50	52,19	3,037	,552
Hab. Comunicativa Total	41,29	39,83	71,88	41,33	54,38	8,205	,084

Prueba utilizada: Kruskal Wallis

Considerando al grupo de psicólogas que formaron parte de la muestra, se ha observado que no existen variaciones significativas entre los niveles de habilidades comunicativas y la variable Tipo de Terapia.

Análisis de las Diferencias en los constructos estudiados en función de la Variable

Sociodemográfica Tipo de Enfermedad Crónica Pediátrica

Tabla XIII

Diferencia entre Empatía y la variable Tipo de Enfermedad Crónica Pediátrica

Variable	R.P	R.P	R.P	R.P	R.P	R.P	R.P	R.P	R.P	KW	Sig.
	Asma	Diabetes	Cáncer	TEA	TDAH	Todas	Entre 2 y 4	Entre 5 y 6	Otras		
Toma de											
Perspectiva	82,25	81,17	79,06	91,50	62,38	70,80	74,10	62,81	54,88	6,685	0,670
Fantasía	77,38	68,83	68,94	68,10	92,13	90,20	75,91	70,31	62,25	5,237	0,813
Preocupación											
empática	74,13	82,50	54,88	69,47	107,88	92,90	73,73	51,88	95,29	14,033	0,121
Malestar											
Personal	68,88	115,67	68,81	48,03	90,75	112,50	74,46	68,96	78,21	14,200	0,115
Empatía total	80,63	91,67	64,19	66,23	101,25	106,40	74,83	58,58	70,46	9,538	0,389

Prueba utilizada: Kruskal Wallis

No existen diferencias significativas entre las dimensiones y constructo total de Empatía y la variable Tipo de Enfermedad Crónica Pediátrica con la que trabaja cada profesional. Cabe aclarar que para realizar la prueba se han eliminado aquellas profesionales que manifestaron trabajar únicamente con Epilepsia ya que se trataba de una proporción muy pequeña como para realizar la comparación.

Tabla XIV

*Diferencia entre Habilidades Comunicativas y la variable Tipo de Enfermedad Crónica
Pediátrica*

Variable	R.P	R.P	R.P	R.P	R.P	R.P	R.P	R.P	R.P	KW	Sig.
	Asma	Diabetes	Cáncer	TEA	TDAH	Todas	Entre 2 y 4	Entre 5 y 6	Otras		
Comunicación											
Informativa	78,63	61,17	83,94	61,00	75,88	97,80	70,93	71,35	90,08	6,430	0,696
Empatía	58,25	40,50	99,75	63,43	63,50	83,10	75,48	67,15	70,63	9,030	0,435
Respeto	55,25	49,83	98,06	76,83	73,13	79,00	72,76	60,58	78,21	7,574	0,578
Habilidad											
Social	90,38	81,50	50,94	48,10	72,50	98,00	70,20	96,92	93,67	20,445	0,015
Hab. Com.											
Total	73,75	54,33	75,75	59,57	72,75	94,90	71,25	78,62	89,46	8,244	0,510

Prueba utilizada: Kruskal Wallis

Aquellas profesionales que trabajan con una cantidad que varía entre 5 y 6 de las enfermedades crónicas pediátricas aquí contempladas presentan niveles estadísticamente significativos en la dimensión Habilidad Social del constructo Habilidades Comunicativas. Por su parte, no se observan variaciones significativas en el resto de las dimensiones en función a la variable Tipo de ECP. Cabe aclarar que para realizar la prueba se han eliminado aquellas profesionales que manifestaron trabajar únicamente con Epilepsia ya que se trataba de una proporción muy pequeña como para realizar la comparación.

Análisis de las Diferencias en los constructos estudiados en función de la Variable Sociodemográfica Atención a Niños o a Niños y Cuidadores

Tabla XV

Diferencia entre Empatía y la Variable Sociodemográfica Atención a Niños o a Niños y Cuidadores

Variable	R.P	R.P	U	Sig.
	Sólo niños	Niños y cuidadores		
Toma de Perspectiva	73,27	73,57	1857	0,972
Fantasía	69,48	74,67	1732	0,534
Preocupación empática	83,52	70,58	1534	0,118
Malestar Personal	69,33	74,72	1727	0,518
Empatía total	69,77	74,59	1741,5	0,565

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

No se halló una diferencia estadísticamente significativa entre las dimensiones y el constructo total de Empatía y la atención exclusiva a niños o a niños y sus cuidadores.

Tabla XVI

Diferencia entre Habilidades Comunicativas y la Variable Sociodemográfica Atención a Niños o a Niños y Cuidadores

Variable	R.P	R.P	U	Sig.
	Sólo niños	Niños y cuidadores		
Comunicación Informativa	73,17	73,6	1853,5	0,959
Empatía	57,67	78,12	1342	0,013
Respeto	63,05	76,55	1519,5	0,093

Habilidad Social	74,21	73,29	1841	0,912
Habilidad Comunicativa				
total	70,92	74,25	1779,5	0,690

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

No se observan diferencias significativas entre las dimensiones y el constructo total de Habilidades Comunicativas y el abordaje a niños o a niños y sus cuidadores, a excepción de la dimensión Empatía, siendo el grupo de profesionales que atiende tanto a niños como a sus cuidadores quienes puntuaron más alto.

Capítulo V

Conclusión y Discusión

“Todo lo que es podría ser de otra manera.”

Camps (2016)

La presente investigación parte del objetivo principal de conocer la relación entre la Empatía y las Habilidades Comunicativas en aquellas profesionales de la salud que trabajan con enfermedades crónicas pediátricas y la hipótesis principal sugiere que la relación entre ambas variables es significativa. Los resultados obtenidos permiten confirmar parcialmente la hipótesis planteada, ya que, si bien no existe una correlación significativa entre los constructos totales de Empatía y Habilidades Comunicativas, sí es posible observarla en algunas de sus dimensiones. Por un lado, se identifica una relación significativa y de tipo directa entre las dimensiones Toma de Perspectiva del constructo de Empatía y Respeto de Habilidades Comunicativas. Esto significa que, en la medida en que aumenta la habilidad del profesional para comprender el punto de vista de sus pacientes, la capacidad para empatizar con sus sentimientos aumenta en simultáneo. Por otro lado, las dimensiones Malestar Personal (Empatía) y Habilidad Social (Habilidades Comunicativas) también presentan una correlación estadísticamente significativa. Este resultado indica que, ante un incremento en los niveles de ansiedad y angustia producto de la exposición diaria a las experiencias negativas de los pacientes, las profesionales desarrollan una mayor cantidad de conductas socialmente habilitadas para su implementación en las consultas pediátricas. Estos resultados coinciden de manera parcial con los que se obtuvieron en una investigación realizada por Monteza Olivera (2018) en donde se halló un vínculo significativo entre la empatía y las habilidades comunicativas. Asimismo, ambas investigaciones registran un nivel medio de empatía en los encuestados, aunque resulta imposible generalizar esta coincidencia al constructo de habilidades comunicativas ya que, mientras en la presente

investigación se observa un nivel alto en los participantes, la autora mencionada señala que en su muestra el nivel fue prioritariamente regular.

Dentro de sus objetivos específicos, esta investigación se propuso caracterizar los constructos en cuestión según variables sociodemográficas tales como: edad, categoría profesional, años de experiencia, tipo de terapia, tipo de enfermedad crónica pediátrica y atención a niños o a niñas y cuidadores. Los resultados obtenidos al respecto fueron:

En lo que refiere a la variable Edad, los resultados muestran que existe una relación significativa e inversa con la dimensión Fantasía de Empatía. En cambio, existe una relación significativa y directa con la dimensión Preocupación Empática, perteneciente al mismo constructo. Esto quiere decir que, conforme pasan los años de vida, la capacidad imaginativa de ponerse en situaciones ficticias disminuye, pero aumenta la compasión y preocupación ante el malestar ajeno. Estos resultados condicen con los hallados por Mejía de Díaz (2012) al concluir que existe una correlación positiva entre la edad y la compasión. Por su parte, se ha encontrado que, a mayor edad, mayores son los niveles en habilidades sociales (componente de las habilidades comunicativas). Estos datos discrepan con los resultados de Leal Costa et al. (2015), quienes han encontrado que todas las dimensiones de la EHC-PS correlacionan de manera negativa con la edad. Probablemente pueda atribuirse esta discrepancia a la diferencia existente entre la cantidad de participantes que componen a cada una de las muestras.

A propósito de la variable sociodemográfica Categoría Profesional, no se ha encontrado una correlación significativa con el constructo Empatía Total, es decir, no existen diferencias en la empatía según la profesión. No obstante, sí se ha observado que el grupo de pediatras presenta mayores niveles en una de sus dimensiones llamada Malestar Personal, indicando que

experimentan mayor angustia y ansiedad ante las experiencias negativas del otro. Estos datos no concuerdan con los alcanzados por Putrino et al., (2018) quienes han observado que médicos y psicólogos profesionales se ven menos afectados emocionalmente por el malestar ajeno que el grupo de estudiantes de psicología que formaron parte de la muestra. Esta diferencia puede deberse al género de los participantes incluidos, ya que en el estudio mencionado se trabajó sobre una muestra mixta mientras que la presente investigación lo hizo sobre una población exclusiva de mujeres. Esto se debe a que trabajos sobre empatía han manifestado que las mujeres suelen puntuar más alto que los hombres (Quince et al., 2011).

Continuando con la variable Categoría Profesional, es posible afirmar que el constructo total de Habilidades Comunicativas tampoco difiere según la formación profesional, a excepción de la dimensión Habilidad Social que indica que las enfermeras han de tener mayor destreza asertiva. Estos datos se ajustan a los hallados por Leal Costa et al. (2015) quienes han llegado a la conclusión de que los médicos y enfermeros puntúan más alto en Habilidad Social que los auxiliares de enfermería. Según los resultados de dicha investigación, también es posible afirmar que las dimensiones de las Habilidades Comunicativas se relacionan con una sensación de mayor realización laboral, evitando así efectos adversos como el síndrome de Burnout, ya mencionado en el marco teórico. Por ende, si bien el tipo de profesión no influye en los niveles de habilidades comunicativas, éstas sí repercuten en un estado de mayor bienestar independientemente de la profesión.

En lo que respecta a la variable sociodemográfica Años de Experiencia, los resultados indican que no correlacionan de manera significativa con la Empatía Total de las profesionales. Empero, sí se observa que quienes cuentan con menos de 10 años de trayectoria presentan mayor habilidad para comprender el punto de vista de otra persona (dimensión Toma de Perspectiva).

Estos resultados coinciden parcialmente con los de Putrino et al. (2018) quienes hallaron que la toma de perspectiva es mayor en quienes no alcanzan la década de experiencia. Sin embargo, la diferencia con quienes tienen más de 11 años de ejercicio en la profesión es sumamente pequeña. Esto condice con investigaciones como la de Quince et al. (2011) que sugieren que el componente cognitivo de la empatía se mantiene estable a lo largo de los años, mientras que las modificaciones son observables principalmente en el componente afectivo, el cual tiende a disminuir. De todas formas, los resultados aquí obtenidos no permiten adherir ni confirmar esta última conclusión.

En sintonía con estas ideas, la variable Años de Experiencia tampoco influye en los niveles de Habilidades Comunicativas Total, aunque aquellas profesionales con más de 10 años de experiencia puntuaron más alto en la dimensión Habilidades Sociales. Tiuraniemi et al. (2011) se interesó por evaluar las competencias comunicativas e interpersonales en estudiantes de medicina y psicología y ha encontrado que tras un entrenamiento basado en role playing, clases teóricas y demás ejercicios, ambos grupos han advertido un aumento en sus destrezas sociales. Si formaciones breves afectan positivamente el desarrollo de estas habilidades, entonces más de 10 años de ejercicio de la profesión son suficientes para justificar el resultado obtenido.

Considerando que la muestra estuvo compuesta por participantes de diversas profesiones, se ha evaluado si en el caso de las psicólogas la variable sociodemográfica Tipo de Terapia generaba cierta influencia sobre las variables estudiadas. Según lo observado, esto no es así. El posicionamiento teórico de cada terapeuta ante el abordaje a pacientes con enfermedades crónicas pediátricas no influye en sus niveles de Empatía y Habilidades Comunicativas Total. Estos resultados se distinguen de los logrados por Casari et al. (2017) quienes, en una investigación realizada con terapeutas que atendían a niños con TEA, han encontrado que

aquellos que adhieren a un enfoque integrativo presentan un mayor compromiso y acercamiento emocional con los pacientes. Por su parte, los psicólogos cognitivo conductuales realizan tratamientos más pautados y menos espontáneos, además de sostener un encuadre más distante emocional y comunicativamente. Es importante resaltar que existen diferencias en las investigaciones, como la variable estudiada y la población seleccionada, que podrían traducirse en una discrepancia entre resultados.

En relación a la variable Tipo de Enfermedad Crónica, se dan las condiciones necesarias para constatar que no incide de manera significativa en los niveles de Empatía o Habilidades Comunicativas Total. No obstante, sí puede observarse que la dimensión Habilidad Social (Habilidad Comunicativa) es mayor en aquellas profesionales que atienden una cantidad promedio que varía entre 5 y 6 de las enfermedades crónicas pediátricas contempladas. La falta de antecedentes bibliográficos sobre la temática resuena con fuerza a la hora de contrastar datos específicos como el presentado recientemente. Sin embargo, existen distintos estudios realizados sobre una muestra de padres con hijos con cardiopatía congénita, cáncer y otras enfermedades crónicas que señalan la buena percepción que los adultos tienen acerca del cuidado de los profesionales hacia sus hijos, tales como: brindar buen trato, dar ánimo, respetar valores y creencias, involucrar a niños en la toma de decisiones, valorar sus opiniones y posturas, etc. Esto genera, consecuentemente, una sensación de apoyo emocional en los padres que aumenta sus estrategias a la hora de afrontar diagnósticos crónicos. Salvando las diferencias metodológicas, los resultados en cada una de las investigaciones permiten comprender el mayor nivel de destrezas sociales en profesionales que atienden un amplio repertorio de cuadros crónicos (Zwaanswijk et al., 2011; Manturano Velázquez y Miranda Limachi, 2014; Rivera Navarro, 2018).

Estos conceptos coinciden con los resultados de Alarcón Aravena et al. (2016) quienes hallaron que el 70% de padres con hijos hospitalizados manifestaron sentirse satisfechos con la competencia comunicativa de los profesionales a cargo. A su vez, dicha satisfacción se relaciona con bajos niveles de estrés en los cuidadores, siendo el apoyo emocional el que más fomenta esta disminución. A modo de analogía, es posible pensar la enfermedad crónica como una zona de combate entre el profesional de salud y la causa que la genera. Sin embargo, se tiende a desconsiderar que el ring de esa batalla no es más que una persona en sufrimiento. Para los niños, ese combate se da entre un superhéroe y un villano; los médicos son idealizados bajo la figura de un personaje que con sus poderes logrará vencer a la enfermedad que tanto daño hace. Empero, no es necesario tener poderes para lograrlo, basta con la adecuada intervención del profesional para lograr un efecto terapéutico que podría ser más eficaz que cualquier droga o antibiótico posible y, para ello, la comunicación se convierte en el eslabón fundamental. Pese a que la educación formal es garantizada por las universidades, la calidad profesional y humana depende exclusivamente de la responsabilidad, moral y destrezas adicionales, tales como: el respeto, la comprensión y la prudencia, entre otras. Si bien la medicina, la enfermería o la psicología son una ciencia, tratar pacientes es un arte.

Por último, en lo que respecta a la variable sociodemográfica Atención a Niños o a Niños y Cuidadores, más de la mitad de la muestra ha manifestado trabajar con ambas partes, resultado que se diferencia de los alcanzados por De la Iglesia et al. (2012) al afirmar que el 90% de las interacciones se da entre el personal sanitario y padres de niños asmáticos, incluyendo al niño sólo en el 10% restante de las situaciones. Las dimensiones y el constructo total de Empatía no varían según si la atención es exclusiva a niños o a éstos y sus cuidadores. Paradójicamente, sí se observa una puntuación significativa en la dimensión Empatía del constructo Habilidades

Comunicativas en quienes contemplan tanto a los pequeños como a los adultos en el proceso de atención. Estos datos nuevamente se contradicen con el estudio ya mencionado, en el cual se ha encontrado que un 62% de las consultas suelen ser interrumpidas y que gran parte de la información se recoge en el proceso de admisión previo a la consulta médica, restando tiempo y dedicación exclusiva al paciente y su malestar. Estas discrepancias pueden atribuirse a las diferencias en el enfoque de la investigación.

En consonancia con estas ideas, existen datos científicos (Zwaanswijk et al., 2011) que señalan que un 70% de niños oncológicos, sus padres y pacientes pediátricos que han sobrevivido al cáncer resaltan el valor de que la información sea explicada a niños y adultos por igual. A su vez, también hicieron hincapié en la inclusión de los menores en la toma de decisiones y en la necesidad de una postura empática por parte del profesional. Estos resultados se relacionan con aquella significativa relación entre la dimensión Empatía del constructo Habilidades Comunicativas y la atención a niños y cuidadores. Wyatt et al. (2015) señala en su investigación que, en pediatría, sólo un 7% de las intervenciones se realizan sólo con niños, un 6,11% con niños y padres por igual y un predominante 63% únicamente con padres. Esta discrepancia con los resultados alcanzados en la presente investigación puede ser producto del choque cultural entre los países de origen en los que se recolectaron los datos para la confección de cada estudio.

Paciente no es sólo quien padece la enfermedad sino también la familia. Por ende, los resultados presentados pueden fundamentarse en la idea de que, si bien son muchos los factores que influyen en el modo en que el niño comprende su enfermedad, sobre todo cuando es física, el principal es la actitud de los padres. De igual manera en que un médico es experto en el diagnóstico y tratamiento de un cuadro clínico, un padre lo es de su hijo. Lo que no es puesto en

palabras verbalmente se contagia emocionalmente, por ende, la información es necesaria y positiva para los pacientes pediátricos. Párrafos atrás, se cotejó empíricamente que la comunicación disminuye los niveles de estrés en los padres, pero en los niños los resultados también son favorables: los prepara para las intervenciones, les brinda confianza, les permite aceptar el tratamiento y disminuye la angustia. En un estado de tanta incertidumbre, lo desconocido sólo empeora la situación; por consiguiente, encuentro sumamente gratificante y enriquecedor que los resultados hayan evidenciado que un 77,4% de los profesionales incluyen a niños y padres por igual.

Como toda investigación, el presente estudio se ha visto condicionado por ciertas limitaciones. Entre ellas, se puede mencionar la desproporción en la cantidad de participantes pertenecientes a cada categoría profesional, como así también, en la cantidad de personas que han reportado trabajar con cada enfermedad crónica. A su vez, la selección de la muestra fue relativamente pequeña y de corte transversal, lo que dificulta alcanzar una generalidad más abarcativa en los resultados. Por otro lado, cabe destacar que los antecedentes científicos sobre la misma temática son muy escasos, lo que ha generado dificultades a la hora de contrastar los resultados alcanzados con otros ya existentes en el campo de interés.

Sin embargo, amerita resaltar como fortaleza, que la investigación ha logrado evaluar una variable como Habilidades Comunicativas en una población mucho más heterogénea, siendo que, hasta el momento, la mayoría de las investigaciones han sido realizadas únicamente sobre muestras de enfermeros o médicos. Se recomienda, para futuras investigaciones, lograr una homogeneización en los grupos estudiados como así también limitar las enfermedades crónicas seleccionadas, para que los resultados sean más específicos y arrojen información útil para la práctica diaria. También se aconseja que en próximas oportunidades se realice un estudio

longitudinal para comparar a una misma muestra en el tiempo y así observar los cambios que se producen en las variables de estudio. En último lugar, se recomienda la incorporación de otras variables de estudio no sólo en los profesionales de la salud sino también sobre los propios pacientes con enfermedades crónicas, para seguir haciendo ciencia en un área tan incipiente como necesaria.

A partir de la información presentada y de la teoría leída en el capítulo II, se sugiere y anhela la incorporación de talleres o espacios de formación que permitan a los profesionales potenciar habilidades innatas o adquirirlas a partir de su aprendizaje, equiparando así la adquisición de competencias sociales con la de competencias técnicas. Además de ser un concepto muy reconocido popularmente, la empatía se trata de un constructo científico y como tal, no debe confundirse con expresiones -a veces, vacías- tales como “te comprendo porque me pasó lo mismo”. Aun no habiendo vivenciado la misma situación o estando en completo desacuerdo con la otra persona, se puede ser empático mostrando una actitud de respeto al ver las cosas desde el lugar y experiencia de ese individuo, a la vez que uno se vuelve capaz de transmitir esa comprensión con los elementos conductuales o comunicativos correspondientes. Éstos resultan ser, en definitiva, la parte visible de la empatía.

Cuando la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes (pediátricos o no) hace foco en las necesidades de este último, tiene entonces las propiedades necesarias para convertirse en un potencial recurso terapéutico más y lograr así que todo lo que es... pueda ser de otra manera -aún mejor-.

Capítulo VI

Referencias

- Alarcón Aravena, M.C., Díaz Higuera, D.C., Silva Ramos, M.A. y Torres Sanhueza, V.A. (2016). *Relación entre el nivel de satisfacción usuaria respecto a la competencia de comunicación del profesional de enfermería y el nivel de estrés en padres de usuarios hospitalizados en el Centro de Responsabilidad Pediatría del Hospital Clínico Herminia Martín* [Tesis de licenciatura, Universidad del Bío-Bío]. <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/2634/1/Alarc%c3%b3n%20Aravena%2c%20Maritza%20Catalina.pdf>
- Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24 (1), 43-56.
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281944843006.pdf>
- Allen, F. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*. Ariel.
- Asociación Argentina de Pediatría. (2018). 2 de Abril: Día mundial de concientización sobre el autismo. <https://www.sap.org.ar/novedades/25/2-de-abril-da-mundial-de-concientizacion-sobre-el-autismo.html>
- Asociación Médica Mundial (2000). *Declaración de Helsinki* [Archivo PDF].
https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/declaracion_helsinki.pdf
- Bellver Pérez, A. (2012). Aportaciones desde la Psicooncología a la formación en técnicas y habilidades de comunicación. *Cuadernos Monográficos de Psicobioquímica*, 1, 33-44.
http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/cancer_comunicacion/001/04.pdf

- Bengoechea Menéndez, C. (2019). *Análisis del uso del silencio en la comunicación sanitaria* [Tesis de licenciatura, Universidad Francisco de Vitoria].
<http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1756/Trabajo%20Fin%20de%20Grado%20Camino%20Bengoechea.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bermejo, C. (2012). *Empatía terapéutica: la compasión del sanador herido*. Desclee de Brouwer.
- Blanco Camacho, C. (2016). *Aplicación del mindfulness en población infanto-juvenil* [Tesis de licenciatura, Universidad de Jaén]. <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/3408>
- Bonet de Luna, C. y Marín, J.L. (2011). Patología, normalidad o “niños a la carta”: reflexionando en Paidopsiquiatría. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 13 (50), 321-331.
http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13n50/14_colaboracion2.pdf
- Borrell Carrió, F. (2011). Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 136 (9), 390-397. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/empatia_valor_troncal_2011.pdf
- Brand, P. L. P., Klok, T. y Kaptein, A. A. (2013). Using communication skills to improve adherence in children with chronic disease: The adherence equation. *Paediatric Respiratory Reviews*, 14 (4), 219-223. [https://doi.org/\(...\)6/j.prrv.2013.01.003](https://doi.org/(...)6/j.prrv.2013.01.003)
- Caballo, V. E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI. <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/Caballo-V.-Manual-de-evaluaci%C3%B3n-y-entrenamiento-de-las-habilidades-sociales-ebook.pdf>

Camacho, J.M. (2003). *Sobre el síndrome de burnout o de estar quemado* [Archivo PDF].

<https://www.fundacionforo.com.ar/uploads/pdfs/archivo16.pdf>

Casari, L., Assennato, F. y Grzona, S. (2017). Estilo Personal del Terapeuta de psicólogos que trabajan en Autismo. *Revista de Psicoterapia*, 28 (108), 169-188.

<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/8533/1/estilo-personal-terapeuta-psicologos.pdf>

Cruzado, J. A. (2013). *Manual de Psicooncología*. Pirámide.

Cruzado, J.A. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 0 (1), 9-19.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110009A/16373>

Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10 (4), 85-104.

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/A_Multidimensional_Approach_to_Individual_Differences.pdf

De la Iglesia, B., Roselló, M.R. y Verger, S. (2012). La relación comunicativa entre el profesional sanitario y el paciente asmático en Pediatría. *Revista de Investigación en Educación*, 10 (1), 45-59.

[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ArticleREVISTADEINVESTIGACIONENEDU%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ArticleREVISTADEINVESTIGACIONENEDU%20(1).pdf)

Duarte, J. y Pinto Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 98-107.

<http://10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002>.

- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P. y Polo López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: limitaciones y retos del futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19 (3), 247-256. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798006.pdf>
- El cisne discapacidad. (30 de julio de 2020). *¿Qué ocultan las clasificaciones del DSM? ¿Qué problemas nos ha traído la pandemia?* [Archivo de Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=eqzBWzGOuoA>
- Ericsson, A., Prietula, M.J. y Cokely, E.T. (2007). La formación de un experto. *Harvard Business Review*, 85 (8), 113-120. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/La_formacion_de_un_experto.pdf
- Fernández Peris, S. (2016). La comunicación terapéutica: acompañando a la persona en el camino de la enfermedad. *Panace*, 17 (44), 111-114. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n44_tribuna-SFernandezPeris.pdf
- Fernández Pinto, I., López Pérez, B. y Márquez, M. (2008). Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24 (2), 284-298. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16711589012.pdf>
- Fernández, M. F. (2011). *La empatía desde dos miradas: la evolución y la educación* [Archivo PDF]. <https://ffyh.unc.edu.ar/vii-encuentro-interdisciplinario-de-ciencias-sociales-y-humanas/wp-content/uploads/sites/24/2011/08/ponencia-fernandez-eje-6.pdf>
- Figueiredo de Sa Franca, J.R., Geraldo da Costa, S. F., Limeira Lopes, M. E., Liada Nóbrega, M. M. y Franca, I. S. X. (2013). Importancia de la comunicación en los cuidados paliativos en oncología pediátrica: un enfoque en la Teoría Humanística de Enfermería.

- Enfermagem*, 21 (3), 2-7. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0780.pdf
- Galain, A.I., Dapuerto, J.J. y Varela, B. (2018). *Manual de habilidades avanzadas de la comunicación para estudiantes de Medicina del segundo trienio*. Universidad de la República. <https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2018/12/Manual-de-habilidades-avanzadas-Ana-Ine%CC%81s-Galain.pdf>
- Georgi, E., Petermann, F. y Schipper, M. (2015). Do empathic abilities change throughout the course of becoming a psychotherapist? *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 26 (3), 1-9. <http://10.1024/1016-264X/a000157>
- Grau C. (2005). Intervención temprana en niños con enfermedades crónicas en A. Gómez, A. Viguer, P. y Cantero, M.J., *Intervención Temprana Desarrollo óptimo de 0 a 6 años* (pp. 337-356). Pirámide.
- Grau, A., Toran, P., Zamora, A., Quesada, M., Carrion, C., Vilert, E., Castro, A., Cerezo, C., Vargas, S., Gali, B. y Cordon, F. (2017). Evaluación de la empatía en estudiantes de Medicina. *Educación Médica*, 18 (2), 114-120. <http://10.1016/j.edumed.2016.04.001>
- Grau, C. y Fernández Hawrylak, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, 33 (2), 203-212. <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33n2/revision2.pdf>
- Hernández Guerrero, J. A. (2008). *El arte de callar*. Diputación de Cádiz.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill Education.

Hospital de Pediatría Garrahan (2010). *Problemáticas complejas en la infancia: el impacto de enfermedades crónicas en la familia y comunidad* [Archivo PDF].

https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/ambulatoria/rodriguez_rodriguez_problematicas.pdf

Janin, B. (20 de agosto de 2009). El chico rotulado y el niño ideal. *Página 12*.

<https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-130268-2009-08-20.html>

Kabat Zinn, J. (2012). *Mindfulness para principiantes*. Kairós.

Kim, S.S., Kaplowitz, S. y Johnston, M.V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the health professions*, 27 (3), 237-251.

<http://10.1177/0163278704267037>

Konstantynowicz, J., Marcinowicz, L., Abramowicz, P. y Abramowicz, M. (2016). What Do Children with Chronic Diseases and Their Parents Think About Pediatricians? A Qualitative Interview Study. *Maternal and Child Health Journal*, 20 (8), 1745-1752.

<http://10.1007/s10995-016-1978-0>

Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley.

Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J.L., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J. y van-der Hofstadt, C.J. (2015). Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38 (2), 213-223. <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v38n2/original4.pdf>

- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J. y van-der Hofstadt, C. J. (2016). Psychometric properties of the Health Professionals Communication Skills Scale (HPCSS). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16 (1), 76-86.
https://www.redalyc.org/pdf/337/33743098008_1.pdf
- Lejarraga, H. (2006). La atención pediátrica de pacientes crónicos, una práctica necesaria. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104 (1), 62-63.
<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2006/62.pdf>
- Ley 25.326 de protección de los datos personales. (2000). *Casa de Gobierno*.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/texact.htm>.
- Liga Argentina contra la Epilepsia. (2020). *La epilepsia y los niños*.
http://www.lace.org.ar/la_epilepsia_y_los_ninos.html
- Manturano Velásquez, G. N. y Miranda Limachi, K. E. (2015). Apoyo emocional que brinda el profesional de Enfermería y el afrontamiento de los padres de pacientes pediátricos posoperados con cardiopatía congénita, INCOR 2014. *Revista Científica De Ciencias De La Salud*, 7 (2), 43-52. <https://doi.org/10.17162/rccs.v7i2.223>
- Martin, A. S. (2017). *Estrategias de Afrontamiento y Resiliencia en familiares cuidadores de pacientes oncológicos* [Tesis de licenciatura, Universidad Abierta Interamericana].
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC125180.pdf>
- Mateu, C., Campillo, C., González, R. y Gómez, O. (2010). La empatía psicoterapéutica y su evaluación: una revisión. *Psicopatología y psicología clínica*, 15 (1), 1-18.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.1.2010.4081>

- Mejía de Díaz, M.A. (2012). *Conducta empática en los estudiantes de ciencias de la salud, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Madrid].
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/9898/50769_mejia_de_diaz_maria_arnolda.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Méndez, X., Orgilés, M., López Roig, S. y Espada, J.P. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, 1 (4), 139-154.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110139A/16351>
- Mercer S. W. y Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52, 9-13.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316134/pdf/12389763.pdf>
- Monteza Olivera, D.R. (2018). *Relación entre las Habilidades Comunicativas y la Empatía de los internos de medicina del Hospital Regional Honorio Delgado* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santa María].
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/7625/70.2379.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Moya-Albiol, L., Herrero, N. y Bernal, M. C. (2010). Bases neuronales de la empatía. *Revolución Neurológica*, 50 (2), 89-100. <https://doi.org/10.33588/rn.5002.2009111>
- Müller, M., Ungaretti, J. y Etchezahar, E. (2015). Evaluación multidimensional de la empatía: Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al contexto argentino. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 3 (1), 42-53.

https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/111427/CONICET_Digital_Nro.40771ecb-d7e7-4913-816e-efbb4059d442_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Naranjo Bermúdez, I.C. y Ricaurte García, G.P. (2006). La comunicación con los pacientes.

Investigación y Educación en Enfermería, 14 (1), 94-98.

<https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215400009.pdf>

Olivera, J., Braun, M. y Roussos, A. (2011). Instrumentos para la evaluación de la empatía en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20 (2), 121-132.

<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281922823003.pdf>

Olmedo Carrillo, P. y Montes Berges, B. (2009). Evolución conceptual de la empatía. *Iniciación a la Investigación*, 4 (3), 1-4. <https://revistas>

[electronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/307/289](https://revistas.electronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/307/289).

Organización Mundial de la Salud. (1 de junio de 2018). *Enfermedades no Transmisibles*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (28 de septiembre de 2018). *El cáncer infantil*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>

Pintado, S. (2018). Programas basados en mindfulness para el tratamiento de la fatiga por compasión en personal sanitario: una revisión. *Terapia Psicológica*, 36 (2), 71-80.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082018000200071>

Putrino, N., Etchevers, M. y Mesurado B. (2017). El vínculo terapéutico: el rol del entrenamiento en empatía. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 63 (4), 276-287.

https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/acta_psiquiater_psiacol.pdf

Putrino, N., Tabullu, A., Mesurado, B. y Richaud di Minzi, M. C. (2018). Are there differences in health professionals' empathy due to academic and clinical experience? *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9980-x>.

Quesada Conde, A. B, Justicia Díaz, M. D., Romero López, M. y García Berbén, T. (2014). La enfermedad crónica infantil: repercusiones emocionales en el paciente y la familia. *Revista de Psicología*, 4 (1), 569-576. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.832>

Quince, T., Parker, A., De Madera, D. y Benson J. (2011). Stability of empathy among undergraduate medical students: A longitudinal study at one UK medical school. *BMC Medical Education*, 11 (90), 1-9. <file:///C:/Users/Enwach/Downloads/1472-6920-11-90.pdf>

Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino. (2018). *Registro Oncopediátrico Argentino. Tendencia de incidencia 2000-2016. Supervivencia a 5 años 2005-2011. Tendencia de supervivencia secular: 2000-04, 2005-09 y 2010-14*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/roha>

Rivera Navarro, F. M. (2018). *Percepción de madres sobre cuidado enfermero brindado a niños con Cardiopatía Congénitas* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villareal]. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/UNFV_Rivera_Navarro_Fiorella_Maril%C3%BA_T%C3%ADtulo_Profesional_2018.pdf

Rogers, C. (1951). *Terapia centrada en el cliente*. Paidós.

- Rogers, C. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Tiuraniemi, J., Läärä, R., Kyrö, T. y Lindeman, S. (2011). Medical and psychology students' self-assessed communication skills: A pilot study. *Patient Education and Counseling*, 83 (2), 152-157. <http://10.1016/j.pec.2010.05.013>
- Universidad Favaloro. (15 de febrero de 2017). *Confirman que el déficit de atención es un "trastorno cerebral" y piden no etiquetar a los chicos*. <http://www.favaloro.edu.ar/8372-2/>
- Untoiglich, G. (2019). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Noveduc.
- Vidal, C. (2010). Establecer un diagnóstico precoz de la delincuencia contradice lo que se sabe del cerebro del niño. *Salud Mental*, 33 (4), 361-363.
- Walsh, M.E. (1966). Marcha de Osías [Canción]. En *El País de Nomeacuerdo*.
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J. y Jackson, D.D. (1967). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Herder.
- Wyatt, K. D., List, B., Brinkman, W. B., Prutsky Lopez, G., Asi, N., Erwin, P., Wang, Z., Domecq Garces, J.P., Montori, V.M. y LeBlanc, A. (2015). Shared Decision Making in Pediatrics: A Systematic Review and Meta-analysis. *Academic Pediatrics*, 15 (6), 573-583. <http://10.1016/j.acap.2015.03.011>.
- Yalom, I.D. (2002). *El don de la terapia: carta abierta a una nueva generación de terapeutas y a sus pacientes*. Emecé.

Zwaanswijk, M., Tate, K., Dulmen, S., Hoogerbrugge, P.M., Kamps, W.A., Beishuizen, A. y

Bensing, J.M. (2011). Communicating with children patients in pediatric oncology consultations: a vignette study on child patients, parents and survivors communication preferences. *Psycho Oncology*, 20 (3), 269-277. <http://10.1002/pon.1721>

Capítulo VII

Anexo**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Certifico que he sido informado/a con claridad y veracidad acerca de la investigación académica a la cual he sido invitado/a a participar y que actúo de manera libre y voluntaria como colaborador/a. Soy conocedor/a de la autonomía suficiente que poseo para oponerme sin necesidad de justificación alguna. Soy consciente de que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico, siendo los objetivos únicamente académico-científicos.

X

Como alumna de la Universidad Abierta Interamericana solicito su colaboración para realizar una investigación en el marco de mi tesis de grado correspondiente a la carrera de Lic. en Psicología. Lo invito a participar de manera anónima y voluntaria, respondiendo los siguientes formularios. Los resultados serán utilizados únicamente con fines académicos y los datos no serán difundidos.

Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, por favor intente no omitir ninguna respuesta y responder el cuestionario de manera completa.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Datos Socio-Demográficos (Indique con una cruz la opción que corresponda):

1) ¿Es usted de género femenino?

✕ 1. Si

✕ 2. No

2) ¿Trabaja con enfermedades crónicas pediátricas (físicas o psicológicas)?

✕ 1. Si

✕ 2. No

3) Edad:

4) Nacionalidad:

5) ¿Cuál es su profesión?

✕ Psicóloga

✕ Psiquiatra

✕ Médica pediatra

✕ Médica oncóloga

✕ Enfermera

✕ Otra (especifique)

- 6) ¿Cuánto hace que ejerce la profesión?
- 7) En caso de dedicarse a la psicología clínica, ¿qué tipo de terapia realiza?
- ✖ Psicoanalítica
 - ✖ Cognitiva-Conductual
 - ✖ Sistémica
 - ✖ Humanística-Existencial
 - ✖ Otras (indicar):
- 8) ¿Con cuál/es enfermedad/es crónica/s trabaja? (puede responder más de una opción).
- ✖ Asma
 - ✖ Diabetes
 - ✖ Cardiopatía Congénita
 - ✖ Epilepsia
 - ✖ Cáncer
 - ✖ Trastorno del Espectro Autista (TEA)
 - ✖ Trastorno de Atención por Hiperactividad (TDAH)
 - ✖ Otra:
- 9) ¿Trabaja solo con el niño o también con sus cuidadores?
- ✖ Sólo niños
 - ✖ Niños y cuidadores
- 10) ¿Se encuentra actualmente en tratamiento psiquiátrico?
- ✖ Si
 - ✖ No

I.R.I

Las siguientes frases se refieren a tus pensamientos y sentimientos en diferentes situaciones.

Indicá cómo te describen **eligiendo del 1 al 5 (1 = no me describe bien; 2 = me describe un poco; 3 = bastante bien; 4 = bien y 5 = me describe muy bien)**. Lee cada frase cuidadosamente antes de responder.

	1	2	3	4	5
1. Sueño, bastante a menudo, acerca de las cosas que me podrían suceder.					
2. Me preocupa y conmueve la gente con menos suerte que yo.					
3. Encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.					
4. Me preocupan los problemas de los demás.					
5. Me identifico con los personajes de una novela.					
6. En situaciones de riesgo, tengo miedo.					

7. Me involucro con los personajes de películas u obras de teatro.					
8. Cuando tengo que decidir algo escucho diferentes opiniones.					
9. Tiendo a proteger a los que les toman el pelo.					
10. Me siento vulnerable (no sé qué hacer) frente a una situación muy emotiva.					
11. Intento comprender mejor a mis amigos/as imaginándome cómo ven ellos/as las cosas.					
12. Me es difícil entusiasarme con un buen libro o película.					
13. Cuando veo a alguien herido me asusto.					
14. Las desgracias (dolor) de otros me molestan mucho.					
15. Si estoy seguro/a de que tengo la razón en algo igualmente me dedico a escuchar los argumentos de los demás.					
16. Después de ver una obra de teatro o cine, me siento como si fuera uno/a de los personajes.					
17. Cuando estoy en una situación emocionalmente tensa, me asusto.					

18. Cuando veo que alguien está siendo tratado injustamente siento compasión por él/ella.					
19. Normalmente soy bastante eficaz (sé qué hacer) en situaciones difíciles.					
20. Me altero por las cosas que veo que ocurren alrededor.					
21. Pienso que para cada situación hay diferentes puntos de vista, e intento tenerlos en cuenta.					
22. Me describiría como una persona bastante sensible.					
23. Cuando veo una buena película puedo ponerme muy fácilmente en el lugar del/la protagonista.					
24. Tiendo a perder el control frente a situaciones difíciles.					
25. Cuando estoy disgustado/a con alguien, intento ponerme en su lugar por un momento.					
26. Cuando estoy leyendo una historia interesante o una novela, imagino cómo me sentiría si los acontecimientos de la historia me sucedieran a mí.					
27. Cuando veo a alguien que necesita urgentemente ayuda en una emergencia no sé qué hacer					

28. Antes de criticar a alguien, intento imaginar cómo me sentiría si era en su lugar.

--	--	--	--	--	--

Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (EHC-PS)

Por favor, lea con atención cada pregunta o enunciado y señale la respuesta que más se adecue a su situación. Asegúrese de responder a todas las preguntas o enunciados. Responda lo más sinceramente posible para que nos permita utilizar los resultados para mejorar la calidad de los servicios que prestamos. El cuestionario es anónimo. Le agradecemos de antemano su colaboración. Responda a cada pregunta teniendo en cuenta las funciones y tipo de información que su colectivo profesional comparte con los pacientes.

	Muchísimas veces	Muy a menudo	Normalmente	A veces	De vez en cuando	Casi nunca
Respeto el derecho de los pacientes a expresarse libremente.						
Exploro las emociones de mis pacientes.						
Respeto la autonomía y libertad de los pacientes.						

Cuando el paciente me habla muestro interés mediante gestos corporales (asintiendo con la cabeza, contacto ocular, sonrisas, etc.).						
Proporciono información a los pacientes (siempre que mi competencia profesional me lo permita) sobre aquello que les preocupa.						
Escucho a los pacientes sin prejuicios, independientemente de su aspecto físico, modales, forma de expresión, ...						
Expreso claramente mis opiniones y deseos a los pacientes.						
Cuando doy información, uso silencios para que el paciente asimile lo que le estoy diciendo.						
Cuando doy información a los pacientes lo hago en términos comprensibles.						
Cuando un paciente hace algo que no me parece bien le expreso mi desacuerdo o molestia.						
Dedico tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes.						

Trato de comprender los sentimientos de mi paciente.						
Cuando me relaciono con los pacientes expreso mis comentarios de una manera clara y firme.						
Considero que el paciente tiene derecho a recibir información sanitaria.						
Siento que respeto las necesidades de los pacientes.						
Me resulta difícil realizar peticiones a los pacientes.						
Me aseguro que los pacientes han comprendido la información proporcionada.						
Me resulta difícil pedir información a los pacientes.						