



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**Empatía en médicos con experiencia en
Medicina Alternativa. Universidad Nacional
de Colombia – Bogotá 2012 - 2013**

Sergio Hernández Vela

**Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Maestría en Medicina Alternativa
Bogotá, Colombia
2013**

**Empatía en médicos con experiencia en
Medicina Alternativa. Universidad Nacional
de Colombia – Bogotá 2012 - 2013**

Sergio Hernández Vela

Código: 599438

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de Magister en
Medicina Alternativa con énfasis en Homeopatía**

Dirigido por:

Dra. Diana Zulima Urrego

Facultad de Medicina

Universidad Nacional de Colombia

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Maestría en Medicina Alternativa

Bogotá, Colombia

2013

"A Dios, fuente de todo conocimiento y guía constante en la consumación de mis proyectos de vida; a mi hija Valentina, quien siempre me apoyo y soporto con paciencia las horas y días que no puede dedicar plenamente para su crianza; a mis padres porque son los gestores de la templanza y permanente constancia en la búsqueda de mis sueños y a todos mis Maestros y compañeros de estudios, quienes siempre creyeron en mis capacidades para el logro del objetivo que hoy culmina como un paso más hacia mi formación integral".

Resumen

El presente estudio de carácter epidemiológico cuantitativo descriptivo correlacional tuvo como objetivo caracterizar el nivel de empatía de los médicos con experiencia en medicina alternativa en sus distintas áreas de énfasis (Homeopatía, Medicina Tradicional China y Acupuntura, Terapia Neural y Osteopatía) en el periodo comprendido entre Julio y Diciembre de 2012. Se realizó mediante el diligenciamiento de un instrumento de recolección de información basado en la Escala de Empatía Médica de Jefferson (JSPE) y la categorización y posterior correlación de los puntajes obtenidos con variables sociodemográficas propias de los sujetos, quienes voluntariamente decidieron participar en el mismo.

El puntaje general de empatía encontrado en los médicos participantes fue en promedio de 124,81, con un rango de puntaje entre 94-140, una mediana de 127 y una DS de 9,93, observándose una mayor frecuencia de individuos de género femenino, pero sin mostrar una diferencia estadísticamente significativa con respecto a la población de género masculino.

Al analizar los datos recolectados se evidencian niveles de empatía semejantes en médicos con formación en medicina alternativa y en quienes son especialistas médicos en áreas como psiquiatría, medicina familiar, medicina interna y pediatría, reportados en la literatura científica con puntajes favorables de empatía.

Palabras clave: Empatía, medicina alternativa, médicos.

Abstract

This quantitative descriptive correlational epidemiological study aimed to characterize the level of empathy of doctors with experience in alternative medicine in its areas of emphasis (Homeopathy, Traditional Chinese Medicine and Acupuncture, Neural Therapy and Osteopathy) between July and December 2012, through the diligence of a data collection instrument based on the Scale of Physician Empathy Jefferson (JSPE) and subsequent categorization and correlation of the scores with demographic variables of the subjects themselves who voluntarily chose to participate in the study.

The physicians overall score of empathy was an averaged of 124.81 with a score range between 94-140, a median of 127 and a SD of 9.93, with a greater frequency of female individuals, but without showing a statistically significant difference compared to the male population.

The data collected show similar levels of empathy with training doctors in alternative medicine and doctors who are specialists in areas such as psychiatry, familiar medicine, internal medicine and pediatrics, reported in the scientific literature with favorable scores of empathy.

Keywords: Empathy, alternative medicine doctors.

Contenido

	Pág.
.	V
Resumen y Abstract	1
Introducción	3
1. Planteamiento del problema	7
2. Justificación	9
3. Marco teórico	21
4. Metodología	21
4.1 Población y muestra	21
4.2 Recolección, procesamiento y análisis de información	22
4.3 Control de sesgos	22
4.4 Definición de variables	23
5. Aspectos éticos	24
6. Resultados	38
7. Discusión	41
8. Conclusiones y recomendaciones	43
Anexo A. Instrumento de recolección de información	47
Anexo B. Definición de variables	50
Bibliografía	

Lista de gráficas

	Pág.
Gráfica 1. Distribución según grupos de edad de médicos con experiencia en medicina alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013.	25
Gráfica 2. Formación en medicina alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013.	26
Gráfica 3. Tipo de universidad donde se cursó o cursa formación en medicina alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013.	28
Gráfica 4. Promedios y rangos del puntaje de empatía según grupos de edad. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013.	30
Gráfica 5. Puntaje de empatía según la universidad de donde es egresado en pregrado y la universidad donde curso cursó sus estudios en medicina alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013.	31
Gráfica 6. Puntaje de empatía según los años de experiencia en medicina alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013.	32

-
- Gráfica 7. Puntaje de empatía según la formación académica en medicina alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013. 33
- Gráfica 8. Puntaje de empatía según los tipos de formación académica cursada y aprobada en medicina alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013. 34
- Gráfica 9. Puntaje de empatía según las áreas de énfasis del postgrado en medicina alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013. 35

Introducción

Una de las mayores preocupaciones que surgen en el contexto de las relaciones humanas es establecer una significativa comprensión de las actitudes y emociones de sus congéneres. La relación médico – paciente, desde luego, no es la excepción a esta connotación, por tanto la empatía se constituye como el mecanismo para establecer un adecuado nivel de “resonancia” con el enfermo, con el inestimable propósito de optimizar el proceso de abordaje clínico y alcanzar el anhelado bienestar del paciente. Esta empatía se establece ante una determinada condición fisiopatológica motivo de consulta, abarca una visión holística del individuo quien acude en situación de desventaja y sirve como enlace entre la condición de salud y enfermedad. (1), (2), (3), (5), (7), (8), (9), (10), (13), (17).

La percepción objetiva de este nivel ha sido lograda gracias a los distintos tipos de pruebas de medición de empatía al interior de los ambientes clínicos y quirúrgicos donde se implementa la relación médico paciente. (3), (6), (10), (18), (19), (20), (21).

Ciertos estudios han permitido evidenciar como distintas especialidades médicas y quirúrgicas tienen ciertos niveles de empatía, que permiten categorizarlas como aquellas con mayor o menor aproximación al paciente en el curso del ejercicio médico profesional. (7), (11), (12), (20), (21).

Sin embargo, no se ha indagado aún sobre las mediciones de los niveles de empatía durante el ejercicio de los sistemas médicos complejos en medicina alternativa (homeopatía, medicina tradicional china y acupuntura, terapia neural y

osteopatía y quiropraxia), como en las disciplinas médicas y/o quirúrgicas previamente mencionadas, lo cual justifica esta ponderación.

En este estudio se realiza la aproximación descriptiva de las variables socio demográficas, así como su correlación con los puntajes totales obtenidos de la Escala de Empatía Médica de Jefferson (JSPE). Dichas variables son precisadas en el instrumento de recolección de información anexo, diseñado y adaptado de la JSPE, para médicos con experiencia en los distintos ámbitos del desarrollo de la relación médico paciente, correspondientes a la medicina alternativa.

Con base en los puntajes recaudados mediante el instrumento anteriormente mencionado, será factible conocer con certeza el nivel de empatía que alcanzan los médicos dedicados a sistemas médicos complejos correspondientes a las áreas de énfasis en medicina alternativa previamente mencionadas

1. Planteamiento del problema

Desde el momento mismo de ingreso a la consulta médica cada paciente trae consigo no sólo la preocupación sobre su estado de salud desde la perspectiva física, emocional, social y económica, sino aquella que deriva de la forma como se desarrollará la relación con el médico que atienda sus quejas y percepciones respecto de su estado de salud. (1), (5), (7).

Por lo anterior, se ha establecido a la empatía como pilar fundamental para la instauración de una adecuada relación médico – paciente. Sin ésta, es imposible lograr un abordaje integral con propósitos curativos verdaderos, y su inadecuado ejercicio puede desviar la atención hacia situaciones de salud en las cuales el terapeuta considera únicamente la lesión orgánica localizada y particular como objeto de su atención. Obteniendo como resultado medidas terapéuticas que en la mayoría de los casos sólo logran ejercer un efecto paliativo en la búsqueda del restablecimiento pleno de la condición de salud pretendida por el paciente y su familia. (2), (24), (25), (27).

En esta dinámica relacional cuyo propósito es promover la recuperación, el cuidado y el mantenimiento de la salud, han surgido numerosos inconvenientes, si se tiene en cuenta que el oficio médico ha perdido su connotación humanística, solidaria y tolerante con quien se encuentra en situación de desigualdad e incluso de indefensión, propia esta última de la condición de enfermedad que lo motivó a buscar ayuda en los profesionales de salud, y en quienes deposita sus esperanzas, deseos e ilusiones para recobrar su estado previo de bienestar. (8), (9), (10), (13), (17).

Por supuesto que en estas circunstancias el paciente también suele asumir actitudes defensivas, agresivas, demandantes e incluso desafiantes frente al médico, lo cual puede enrarecer mucho más la comunicación fluida, espontánea y certera entre el enfermo y el terapeuta. Este agravante puede superarse con el simple ejercicio de escuchar con paciencia, tolerancia y respeto cada una de las tribulaciones de quien se encuentra en la posición descrita, y sólo requiere una atención holística, complaciente y acertada a su patología. (2), (8), (13), (20), (21).

En la diversa, incesante y cotidiana labor médica, derivada del afortunado número de especialidades existentes, se ha ido opacando y demeritando la adecuada relación de empatía médico – paciente, en muchas ocasiones como resultado del escaso contacto que se tiene con quien debe ser el verdadero objetivo del accionar profesional médico: el enfermo. A partir de este inadecuado accionar surgen las percepciones negativas de los afectados hacia los profesionales de ciertas especialidades médicas, que han desdibujado la noción de una única y respetuosa relación terapeuta – enfermo. (7), (11), (19), (23).

Es pertinente considerar que el advenimiento de los distintos sistemas médicos complejos en medicina alternativa, en el contexto actual del desempeño médico, resulta prometedor para el abordaje integral anteriormente planteado, buscando recuperar la verdadera concepción de empatía al momento de la relación médico – paciente. (24), (25), (26), (27).

Parece más eficiente una aproximación al afectado desde la perspectiva de los paradigmas epistemológicos propios de cada uno de los sistemas médicos que hacen parte de la medicina alternativa, que desde aquellos considerados como propios de médicos convencionales o alopáticos. (24), (25), (26), (27).

Para corroborar objetivamente la visión previamente citada, es necesario considerar la ejecución de un cuestionario acondicionado para la validación de la empatía en la relación médico – paciente de medicina alternativa.

2. Justificación

Basados en la consideración holística de la situación que afecta al enfermo que acude a la consulta de medicina alternativa, se plantea como propósito de este trabajo la precisión válida de una interacción terapeuta – enfermo más acorde con las expectativas de este último. Para determinar la percepción de dicha interacción, se implementó un instrumento tipo cuestionario de empatía (Escala de Jefferson) aplicable a los profesionales de estos sistemas médicos complejos, que considera parámetros valorables propios de esta escala de medición como los sentimientos y emociones del paciente, la percepción del médico respecto de los sentimientos del paciente, el lenguaje no verbal y corporal del paciente, el sentido del humor del médico, la identificación con la condición de enfermedad del paciente, la importancia de la empatía con el paciente, entre otros. (3), (6), (10), (18), (19), (20), (21).

La elección de este instrumento se fundamenta en la frecuencia de uso respecto de poblaciones similares al objeto del presente estudio, la facilidad para la implementación a los profesionales de las distintas disciplinas de la salud, el lenguaje claro, puntual y acertado con el cual está diseñado, el formato tipo selección múltiple de las preguntas al interior del instrumento y la facilidad para acceder a la información allí compilada posteriormente luego de su aplicación. (11), (12), (18).

Con los resultados obtenidos luego de la ejecución y análisis de los mismos, se establece con certeza la posición que ocupan los sistemas médicos complejos pertenecientes a la medicina alternativa, frente a aquellas especialidades médicas alopáticas como la psiquiatría, medicina familiar, medicina interna, pediatría,

cirugía general, radiología, anestesiología, etc., no sólo en lo relacionado con la eficacia terapéutica sino con una percepción de bienestar completa que el paciente expresa como parte de su proceso de curación. (7), (11), (12), (20),(21).

La utilización de este instrumento de medición en medicina alternativa, permitirá fortalecer o redireccionar los aspectos referentes a la empatía en el contexto de las actividades cotidianas del ejercicio de los sistemas médicos complejos pertenecientes a este promisorio campo, obteniendo un acervo de conocimientos y estrategias propicias tanto para comprender las circunstancias que subyacen a la tendencia de los pacientes para enfermar, como principalmente para el restablecimiento de su condición de salud desde una perspectiva de total integralidad.

3. Marco teórico

El término empatía es reconocido desde 1904 gracias a Vernon Lee, una novelista y esteta con especial afición por las posesiones espirituales e identificación con lo sobrenatural, al punto de citar *“las proyecciones de nuestras energías, actividades y sentimientos”* (1). Igualmente Theodor Lipps, considera a la empatía como una *“forma de transferencia de atributos humanos a objetos inanimados”* (1). Carl Rogers en 1951 consolida esta noción al considerar que el éxito en el campo de la psicoterapia depende del adecuado interés colocado al paciente. La empatía, según Rogers, es una condición inherente a la especie humana, y en caso de estar ausente, representa un indicio de desorden de personalidad. (1).

En otras consideraciones no médicas, la empatía se define como *“un modo de comprensión, que involucra específicamente una resonancia emocional, separada de la cognición”* y al mismo tiempo *“una estrecha correlación entre las emociones del médico, las habilidades cognitivas de él y los sentimientos del paciente”*. (2).

Según la Society for General Internal Medicine, la empatía es una *“forma de conocimiento intelectual no emocional”*. Es decir, las emociones del médico no son relevantes para la comprensión de las quejas referidas por el paciente, pues el fin último es buscar la máxima objetividad (2). Blumgart acuña el término *“empatía neutral”, como la cuidadosa observación del paciente para poder predecir las respuestas a su enfermedad, alejándose de sus propias percepciones de dolor, lástima y otros sentimientos difíciles”,* (2). La *“afectiva distancia”,* (7), oponiéndose a la acepción tradicional de empatía, *“sentir dentro”* o *“sentirse movido por el sufrimiento del otro”,* y plantea como objetivo *“reconocer y*

comprender lo que siente alguien cuando experimenta algo, a través de la comunicación, en un ambiente cognitivo – emocional de plena objetividad y evitando las emociones negativas”. (2), (4), (6), (7), (8), (10), (11), (13), (19), (20), (21), (22).

Otras acepciones para empatía van más allá, se refieren a una *“emoción casi mágica que las personas despiertan en nosotros al ser proyectadas en nuestros sentimientos”, “la emoción que despierta en nuestras cualidades humanas”, “la empatía requiere vivencias y conocimientos aprendidos, e implica algo más que identificación con el otro” (2), (3), o bien como una “actividad compleja afectiva – cognitiva que involucra sintonía emocional e imaginación de cómo la otra persona se siente”. (6), (7).*

De igual forma se considera que, en la relación médico – paciente, la comunicación no verbal determina buena parte de esta interacción. Por esta razón la *“resonancia”* no verbal debe reconocerse como una herramienta fundamental dentro del proceso de empatía, pues se trata de *“entrar en sintonía y comprometerse con las emociones del otro”,* para percibir el sentido de aquello que dice el enfermo y lo significativo de su relato, y a la vez promover la confianza y facilitar la revelación completa de la historia del afectado. Todo esto para poder conducir a un mejor y más acertado diagnóstico, que fundamente un mayor grado de satisfacción mutua del enfermo y el terapeuta, una respuesta y adherencia terapéutica, y un mayor grado de autoconocimiento por parte del afectado. (2), (5), (6), (7) (8), (10), (11), (13), (18), (19), (20), (21), (22). Incluso, como una herramienta que evite los litigios derivados de una mala práctica médica. (5), (7) (10), (11).

Dentro de los obstáculos presentes en el enfermo, que han revelado ser factores para una inapropiada empatía se referencian estados negativos de la personalidad como la ansiedad, el estrés, la depresión, la falta de conocimiento

de sí mismo, las preconcepciones de su estado de salud, el estado de ánimo al momento de la consulta, los obstáculos intrínsecos de comunicación con el terapeuta, la presión por la escasez del tiempo de consulta y otras tensiones emergentes de la inapropiada interacción entre quienes participan en el proceso. (2), (8), (20), (21).

Desde la perspectiva del médico, en el detrimento de la empatía se presentan factores como la reducción de la motivación y la pasión frente al enfermo a lo largo de la formación académica médica. Esta baja motivación parece aumentar entre mayor sea el grado de adquisición de conocimientos por parte del médico, a tal punto que se ha propuesto como axioma: *“Los médicos necesitan más retórica que conocimiento, más historias que revistas y más empatía que computadores”*, además *“en la empatía uno se descubre a sí mismo en el objeto de contemplación”*. (3). De igual forma las características propias del médico, como su personalidad (grado de compasión y respeto), confidencialidad, conciencia de sí mismo, estado de ánimo al momento de la consulta e impacto de experiencias previas tanto profesionales como personales, resultan determinantes al establecer la empatía entre médico y paciente. (8), (9), (11).

A la innegable reducción de la empatía dentro del accionar médico actual, se añaden múltiples factores adversos vinculados a la práctica, que inician desde las disecciones anatómicas y la excesiva carga académica y se perpetúan en el contexto clínico quirúrgico, por las extenuantes jornadas de trabajo médico asistencial, la privación del sueño en los médicos, el miedo al fracaso, la constante exposición a las tragedias del paciente, la falta de reconocimiento de las connotaciones emocionales del enfermo, etc. Estos factores llevan a la desensibilización y deshumanización del profesional frente a quien padece una enfermedad, llegando al extremo de reconocer al enfermo sólo como *“un caso digno de ser estudiado”*, desde la percepción biomédica. (2), (3), (4), (10), (11), (12).

Se contemplan desde luego factores ambientales como influyentes en la instauración de una correcta empatía: el tiempo y número de pacientes en la sala de espera, el tamaño, disposición e iluminación del consultorio, los recursos disponibles y el tiempo del día o la semana. (8).

Recuperar el significado de la empatía como herramienta diagnóstica y terapéutica con el paciente implica retomar la dependencia que ésta tiene respecto de la experiencia y la comunicación verbal y no verbal de cada uno de los actores del proceso. Es decir, debe aprovecharse la necesidad del enfermo para contar sus quejas a manera de historias, como se narra una novela, una película o la interpretación de una obra artística y recoger estas emociones de tal forma que el terapeuta reconozca en ellas las propias, además se abra un espacio para las emociones negativas tanto del paciente como del médico (*“contratransferencia”*), e incluso se logre *“una sintonía verbal y no verbal de los mensajes emocionales del enfermo”* y el terapeuta sea *“altamente receptivo a las retroalimentaciones negativas emanadas de la interacción médico – paciente”*. (3), (4), (5), (6), (8), (10), (11), (18).

Así, para trascender en empatía es imprescindible *“cultivar actitudes correctas, que incluyan elementos psicosociales o el desarrollo de las denominadas – salas de escucha”*. De igual forma, en las escuelas de formación médica, debe colocarse al mismo nivel la formación biomédica y la humanística, y evitar la *“dicotomía asimétrica”* a la cual se ven sometidos los estudiantes, la cual distorsiona el verdadero sentido holístico médico. (3), (4), (5).

Otros elementos de especial valor para la instauración de la empatía en la relación médico – paciente incluyen: el sentido del deber médico, el comportamiento prosocial, el razonamiento moral, las adecuadas actitudes hacia los adultos mayores, la adecuada elaboración de la historia clínica y el examen físico, (7), (8), (11), (17), (20), pero también, y especialmente, la *“motivación*

empática del médico para comprometerse con cada paciente individualmente, siempre unida a la comprensión y la comunicación como estrategias diagnósticas y terapéuticas”, para conseguir el “rapport o alianza” del terapeuta en forma dinámica, interactiva y precisa, con relación a los pensamientos, sentimientos y expectativas del enfermo. (8), (11).

En el contexto de la empatía resulta apropiado considerar que la relación médico – paciente actual o *“encuentro médico – paciente”* tiene un carácter asimétrico, pues el médico ejerce un poder desde su lenguaje científico, mientras el paciente es un agente pasivo, receptor de las consideraciones del profesional a quien tiene en frente, que no interactúa o participa efectivamente dentro del proceso. Es pertinente empoderar al paciente para alcanzar el equilibrio frente a esta circunstancia e involucrar al médico en la dinámica de las competencias ciudadanas de interacción social, que le permitan *“pensar, elegir y decidir formas de intervención, que promuevan la salud y prevengan y traten las enfermedades”*. (14).

La verdadera relación médico – paciente involucra las *“cuatro cualidades fundamentales”* referidas por Hipócrates: *“Conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad”*. En la actualidad, y en términos de Pedro Laín Entralgo: *“Saber ponerse en el lugar del otro, sentir como él ó ella y disponerse a ayudarle cuando enfrenta dificultades en una relación humanitaria de tipo temporal, psicológica, manual, profunda, solidaria y profesional dentro de un contexto humano”*, en resumen, una *“relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional, que sirven de base para la gestión en salud”*. Aunque es factible que existan matices dentro de esta relación médico – paciente, a saber activo – pasiva, cooperativa – guiada y de participación mutua, ésta debe enmarcarse, por parte del médico, en el *“respeto que inspira la profesión como acto de contenido social”*, en la *“expectativa de la población respecto de su comportamiento acorde con su responsabilidad”*, a ser considerado como *“piedra angular en la promoción*

y restablecimiento de la salud” y al “planeamiento cuidadoso de acciones que eviten errores o acciones iatrogénicas en el paciente”. (15).

Desde luego la relación médico – paciente implica del terapeuta el adecuado *“conocimiento de su carácter, nivel de información, manejo de situaciones y reconocimiento de sus limitaciones para recurrir a otro colega”* y la ponderación del *“gran significado profesional de prestigio científico y social”* que posee. Además, debe poner su posición a favor de la percepción de los propósitos, el estado afectivo y la promoción del ajuste ante la situación de inequidad entre el paciente y él. En especial, debe facilitar la expresión tanto verbal como no verbal del enfermo. (15).

En esta dinámica relacional, el concepto de enfermedad para ambos actores es el mismo, sólo existe diferencia en el lenguaje que cada uno utiliza, se comparte la perspectiva de *“unicausalidad o multicausalidad externa e interna para enfermar”* y la necesidad de la curación para resolverla. En la mayoría de los casos esta relación dará a su vez cabida a otros conflictos, con el propósito de comprender los factores biológicos o ambientales que individualmente explican la pérdida de la salud y la aparición de la enfermedad. (16).

Es preciso considerar por tanto a la profesión médica como un *“cuerpo de conocimiento específico, adquirido por formación universitaria, que tiene control de sí mismo y del trabajo de allí emanado a través de su capacidad normativa intrínseca, que dispone de organizaciones profesionales reconocidas legalmente con capacidad de regulación de acceso a la profesión y la práctica misma y posee códigos éticos y potestad exclusiva para aplicarlo”*. En palabras de Freidson la profesión es, entonces, *“el monopolio del saber y la aplicabilidad práctica, el credencialismo y el elitismo del conocimiento y la autoexigencia”* y tiende a instaurar su propia autonomía, *“fundamentada en la recepción de remuneración económica, libertad de decisión clínica, liderazgo y control sobre otras*

profesiones del ámbito jurisdiccional y la capacidad de resolver conflictos por la vía profesional y no sindical". (17).

Ahora bien, según Abbott, el profesionalismo implica condiciones altruistas, que superan las retribuciones económicas y contemplan representaciones de *"prestigio, autoridad, competencia y formación cultural"*, incluyen acepciones como la disciplina o *"autorregulación con base en criterios éticos, técnico – científicos y de conocimiento específico"*. También la eficiencia, como *"correcta aplicación de un cuerpo de conocimientos referidos a los problemas del paciente"*, y el compromiso entendido en el marco de la sociedad, la institucionalidad sanitaria y frente al paciente. (17).

Para Guy, el profesionalismo implica la conjunción del *"conocimiento superior, el contacto con las ideas, la utilización del pensamiento abstracto y el trabajo científico"* con la *"interiorización de valores"*. Se *"incorpora la profesión como componente esencial de la vida"*, por lo cual ésta se *"ejerce con plena dedicación, priorizando el ideal de servicio, con la más alta exigencia ética y el fomento en la comunidad de valores y actitudes"*. (17).

Es por ello que la profesión médica posee como características particulares *"el proveer asistencia altamente cualificada al paciente, la preocupación por la salud del paciente y la comunidad, la gestión eficiente de los recursos sanitarios"* y, desde luego, aquello que fundamenta la relación médico – paciente y la empatía que de ella deriva, *"el fomento del humanitarismo, la honradez, la confianza, la confidencialidad, el compromiso con el paciente y la sociedad, la buena comunicación con el paciente, la independencia, la creatividad liderazgo y excelencia del profesional"*, desde luego con el fin de fundamentar el apropiado diagnóstico, pronóstico y tratamiento del afectado. (17).

En el otro extremo del desarrollo de la relación médico – paciente se encuentra la simpatía, entendida como la *"compasión frente al enfermo"* (3). En ella prevalece

el componente afectivo sobre el cognitivo, “*resonando*” específicamente desde la perspectiva emocional del enfermo, lo cual resulta inconveniente al momento de efectuar el diagnóstico e instaurar el tratamiento pues “*surgen la ira y la frustración como sentimientos suficientes y preponderantes del ánimo*”. (6), (7), (8), (10).

Para la medición objetiva de la empatía se reconocen cuestionarios o encuestas: Índice de Reactividad Interpersonal; Escala de Empatía y Empatía Emocional de Hogan; y, Escala de Empatía Médica de Jefferson – JSPE (7), (10), (11), (18), (19), (20), (21), que recopilan datos tanto de carácter cognitivo – emocional como aquellos no “médico científico”, o alternativos. En este último aspecto se incluyen el género (las mujeres consiguen más alta puntuación en los test que los hombres, al parecer como consecuencia de su mayor grado de percepción, ellas se apoyan en medidas emocionales y del entendimiento y suelen pasar mayor tiempo con sus pacientes), (7), (11), (12), (13), (19), (20), (23), la edad del enfermo (con el paso de los años, la empatía decrece y se dificulta la percepción de emociones negativas), (13), (20), la clase social (4), la cultura, la religión y la especialidad médica. En los casos de psiquiatría, medicina interna, pediatría y medicina familiar, frente a otras especialidades como anestesiología, ortopedia, neurocirugía, radiología, cirugía cardiovascular y general, ginecología y obstetricia y patología, las mediciones de empatía son mejores para el primer grupo de especialidades y más bajas en el segundo. (7), (11), (19), (23).

Uno de los instrumentos usados con mayor frecuencia para medir la empatía médica, dada su confiabilidad y consistencia interna para pruebas de personalidad es la Escala de Empatía Médica de Jefferson (JSPE), la cual brinda información sobre el nivel de permanencia de la empatía desde el inicio de la formación de pregrado en medicina hasta el momento de la especialidad médica, así como del impacto de las estrategias educativas planteadas para incrementar la empatía médico – paciente. (11), (12), (13).

En lo relativo a la instrucción y apropiación de los valores altruistas, compasivos y empáticos, las escuelas de medicina deben fomentar estos valores humanísticos con el propósito de consolidar y mejorar la competencia clínica integral entre el terapeuta y el enfermo. Especialmente frente a la tendencia de los profesores a encausar a sus estudiantes hacia aquello que consideran primordial, lo biológico, y dejar de lado el componente humanístico de tan alta relevancia para la empatía. (11), (12), (22).

En la revisión de la literatura científica se han encontrado estudios donde se comparan cuantitativamente las prácticas médicas alopáticas convencionales y aquellas derivadas de la medicina alternativa, mediante el uso de instrumentos tipo cuestionarios (cuestionario EUROPEP), en aspectos como el alivio de los síntomas, la satisfacción del paciente, el cumplimiento pleno de las expectativas del paciente y la calidad de atención en la interacción terapeuta – enfermo, encontrándose un nivel general de satisfacción superior en el ejercicio de la medicina alternativa (posiblemente derivado de una mayor dedicación en tiempo durante la consulta médica), aunque no exista una significativa reducción del alivio sintomático del afectado en ambas intervenciones terapéuticas, si se tiene en cuenta las características de las enfermedades crónicas o psiquiátricas que constituyen el mayor motivo de consulta, en estos sistemas médicos complejos. (24), (25), (27).

Al parecer, esta mejor percepción se deriva de la promoción de las estrategias de comunicación en los sistemas médicos complejos de la medicina alternativa (homeopatía, acupuntura, terapia neural y osteopatía y quiropraxia), que logran mantener una respuesta positiva en las expectativas del enfermo frente a la consulta, a través del permanente diálogo y la toma de decisiones consensuadas entre los participantes de esta interacción, estableciendo así una verdadera “*compliance*” relacional. Esta confianza se muestra mayormente en mujeres, mayores de 30 años y enfermos crónicos, quienes acuden, en su mayoría, por

trastornos músculo esqueléticos, digestivos, mentales y de comportamiento, así como enfermedades del sistema nervioso. (25), (26).

Como parte de los parámetros que fueron contemplados en el cuestionario EUROPEP, se citan la relación y comunicación, los cuidados médicos, la información y apoyo y la continuidad, cooperación, disponibilidad y accesibilidad a los sistemas médicos complejos de la medicina alternativa. (24).

Como parte de las justificaciones adicionales expresadas por los pacientes al momento de optar por sistemas médicos complejos de medicina alternativa se encuentran la ineficacia de las terapias alopáticas, la frecuente presentación de efectos adversos asociados con ésta y la inadecuada relación médico – paciente subyacente. Así, el abordaje holístico y la participación activa del enfermo dentro del proceso de enfermedad, resultan ser las principales ventajas de la medicina alternativa. (25), (26).

Basados en lo previamente expuesto, una adecuada relación médico – paciente, como la derivada de las actuaciones en medicina alternativa, se considera de alta calidad, porque está centrada en el paciente, es oportuna, además de eficiente, equitativa y segura, e involucra la satisfacción del paciente o su experiencia previa, permitiendo un alto grado de confianza por parte del enfermo frente a su terapeuta. (25), (27).

Es importante reconocer a los sistemas médicos complejos en medicina alternativa (homeopatía, medicina tradicional china y acupuntura, terapia neural y osteopatía y quiropraxia) como racionalidades médicas, desde sus dominios: Morfología, dinámica vital, doctrina o “corpus doctrinal”, sistemas diagnósticos y sistemas terapéuticos, pues constituyen un avance significativo para el abordaje holístico del paciente. Estos sistemas médicos han logrado su consolidación

gracias a “la globalización de la información, la multiplicación del intercambio cultural en el mundo y la radicalización de tendencias. (28)

Su estudio implica el conocimiento de la anatomía del cuerpo humano (morfología), de la vitalidad (equilibrio o no) de las funciones fisiológicas propias de los componentes estructurales del ser humano (dinámica vital), del conocimiento de los procesos de salud – enfermedad desde su perspectiva etiológica (doctrina médica), de la valoración objetiva de signos y síntomas en el curso de su proceso (sistemas diagnósticos) y de las medidas terapéuticas requeridas para la curación o restablecimiento de la salud perdida (sistema terapéutico), en un individuo quien debe ser entendido desde sus perspectivas física, emocional y mental. (28).

Independientemente del tipo de sistema médico complejo de medicina alternativa al cual se acuda, la búsqueda de la integralidad y la armonía del ser resultan fundamentales. Pues sea mediante la verificación del desequilibrio de la energía vital en homeopatía, o los cambios en el Qi y su flujo a través de los canales corporales en la medicina tradicional china, bien utilizando la identificación de campos interferentes en terapia neural o las alteraciones en la movilidad corporal articular en osteopatía y quiropraxia, el objetivo final es conseguir una aproximación lo más certera posible al conocimiento total del paciente mediante estas racionalidades médicas no convencionales en medicina, garantizando un adecuado diagnóstico y tratamiento del paciente. (28)..

La encuesta para los usuarios buscará establecer algunas características socioeconómicas de la población, así como también incluirá temas relacionados con los conocimientos de la población sobre los síntomas, identificación, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades producidas por parásitos y sobre el uso de antiparasitarios. En los casos en que los medicamentos hayan sido formulados por un facultativo, se indagará sobre los aspectos relacionados con la

interpretación de la formula y la explicación sobre el uso de los medicamentos realizada por el personal de salud.

4. Metodología

El presente trabajo corresponde a un estudio epidemiológico descriptivo correlacional.

4.1 Población y muestra

La población en la cual se llevó a cabo el estudio corresponde a 159 médicos con formación en proceso o culminada en medicina alternativa, desarrollada en la ciudad de Bogotá D.C, a partir de un muestreo por conveniencia de tipo no probabilístico en el periodo comprendido entre Julio y Diciembre de 2012. Se determinaron como criterios de inclusión: La formación en curso o concluida en medicina alternativa en el contexto de cursos de educación continuada, especialización, maestría, doctorado u otros de posgrado, realizados por los médicos como parte de su instrucción académica.

4.2 Recolección, procesamiento y análisis de información

Para recaudar la información los participantes voluntarios del estudio auto diligenciaron las encuestas en forma anónima, previo consentimiento verbal informado, tanto en formato físico y de forma directa como en formato virtual, una vez el investigador entregaba o enviaba por correo electrónico el instrumento de recolección diseñado y adaptado con base en la Escala de Jefferson para Empatía Médica (JSPE), utilizado como fuente primaria. (Ver instrumento en Anexo 1).

Para el procesamiento de los registros obtenidos se empleó el software STATA para Windows, Excel y Word XP.

El análisis, tuvo en cuenta los objetivos específicos planteados dentro del estudio y se siguieron procedimientos estadísticos de tipo univariado para distribuciones homogéneas, tipo media aritmética y desviación estándar (DS). Las gráficas (histograma de frecuencias o el gráfico de caja) se seleccionaron conforme al nivel de importancia asignado. Respecto de las variables cualitativas, la medida de resumen utilizada fue la moda (porcentaje) y en las situaciones que lo ameritaron, se realizaron gráficos acordes con la naturaleza de estas variables, (gráfico de sectores, pasteles, barras simples o agrupadas).

4.3 Control de sesgos

El diseño planteado permite la presencia de sesgos del observador y del observado, que fueron controlados de la siguiente manera: aquellos relacionados con el observador (donde el encuestador estandarizó aleatoriamente el procedimiento de aplicación del instrumento) y los asociados al observado (asegurando la confidencialidad de la información a los encuestados mediante el auto diligenciamiento de la encuesta anónima sin tener en cuenta el número de orden al distribuir la encuesta).

4.4 Definición de Variables

Ver anexo 2.

5. Aspectos

Todos los participantes dieron previamente su consentimiento verbal informado.

La privacidad de los encuestados se garantizó mediante la aplicación de un instrumento en forma anónima, auto diligenciado, sin crear ninguna identificación o código que permita la tipificación posterior del mismo. Tanto los formularios obtenidos en físico como aquellos recibidos por mecanismo virtual fueron custodiados por el investigador.

Teniendo en cuenta que no se trata de una investigación biomédica ni clínica con seres humanos, no aplican ni la Declaración de Helsinki ni las recomendaciones de Ginebra dadas por la Asociación Médica Mundial para tales tipos de investigación.

Con base en la Resolución 8430 de 1998, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, este estudio se considera **sin riesgo**, dado que es un proyecto que emplea técnicas y métodos que no intervienen ni modifican las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

6. Resultados

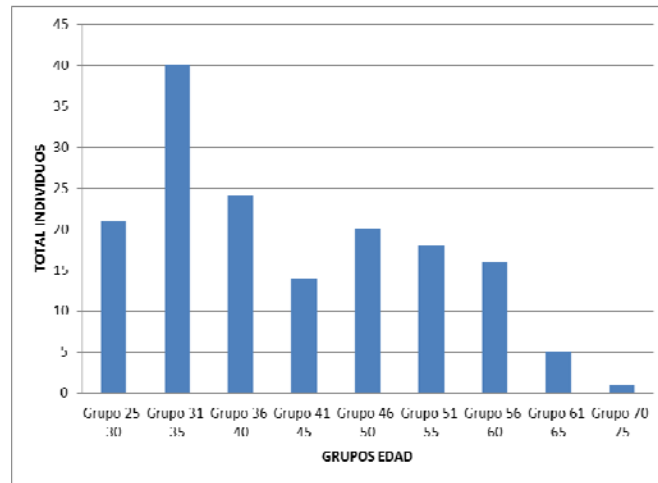
En total se obtuvieron 159 encuestas diligenciadas por los médicos que aceptaron participar en el estudio. Estas fueron auto diligenciadas a través de recolección directa y también utilizando formato virtual, siendo entregadas en físico o enviadas por correo electrónico a cada uno de los participantes por el investigador. Luego de la fase de recolección de la información que utilizó el instrumento definido y aprobado para tal fin, se analizaron las respuestas obtenidas utilizando el programa estadístico STATA y los resultados obtenidos se presentan a continuación.

Los resultados emanados del procesamiento de los datos recogidos se analizaron en atención a los objetivos planteados en este estudio, a saber, la caracterización de variables socio demográficas y los niveles de empatía.

6.1 Caracterización socio demográfica.

En la muestra poblacional la edad mínima fue 25 años y la máxima de 73 años, con un promedio de edad de 41,96 años y desviación estándar (DS) de 10,51. (Ver gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución según grupos de edad de médicos con experiencia en medicina alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013.



En los 9 grupos configurados se observa una mayor población de género femenino (54,72%) respecto de individuos de género masculino (45,28%).

El estrato socioeconómico evidencia una mayor frecuencia en el estrato socioeconómico 4 (49,68%), seguido por los niveles 3, 5 y 6 con 34, 31 y 14 individuos, reflejados en un 21,66%, 19,75% y 8,92%, respectivamente.

La población del estudio es egresada en pregrado de la universidad pública en un 53,46%, y egresada de la universidad privada en un 46,54%.

En relación con el área de desempeño en medicina, el 82,39% se dedica a realizar consulta de medicina alternativa, un 33,33% consulta de medicina general, un 29,56% docencia, un 18,24% consulta en especialidades médico quirúrgicas, un 15,09% efectúa labores administrativas y un 5,03% corresponde a otros (investigación, salud ocupacional, medicina estética e imágenes diagnósticas).

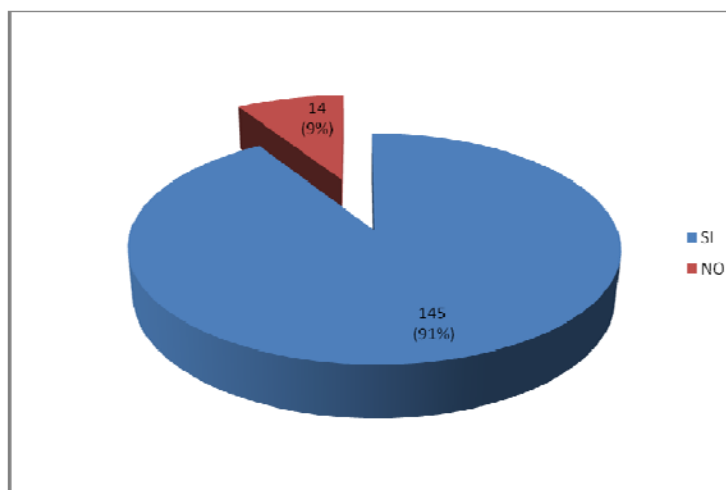
Por otro lado, los años de experiencia en medicina general oscilan entre 1 y 40 años, con una media de 15,63 años de experiencia en medicina general y una DS de 10,18.

La medición de formación académica en otras áreas distintas a medicina alternativa indica que un 49,06% han recibido formación adicional, el porcentaje restante no poseen estudios previos.

Las áreas de formación académica previa distintas a medicina alternativa reportadas por los médicos, corresponden a ciencias clínicas (35%), ciencias administrativas (32%), ciencias quirúrgicas (17%) y ciencias básicas (16%).

El 91,19% de los médicos ha recibido o está recibiendo educación formal o continuada en medicina alternativa, frente al porcentaje restante de médicos con educación no formal. (Ver gráfica 2).

Gráfica 2. Formación en medicina alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013.



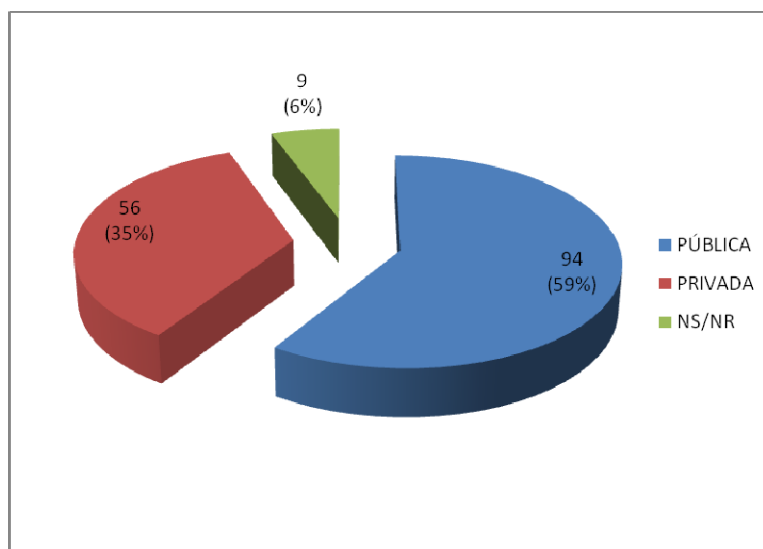
El tipo de formación en medicina alternativa de los médicos participantes del estudio incluye: Cursos de educación continuada (39,80%), maestría (38,81%), especialización (16,41%), otro – incluye diplomados, cursos de actualización en China, cursos por internet, cursos de terapia regresiva reconstructiva, cursos superiores de homeopatía y talleres no formales, (4,48%) y doctorado (0,5%).

Se observa que el 23,9% se encuentran en proceso de formación como estudiantes de postgrado de medicina alternativa, mientras que el 76,1% no realizan esta formación en la actualidad. De los encuestados que estudian en la actualidad, un 31,58% se encuentran en primer semestre, un 13,16% en segundo semestre, un 28,95% en tercer semestre y un 26,38% en cuarto semestre.

En cuanto a las áreas de énfasis en Medicina Alternativa se encuentra que el 44,65% desarrollan su actividad en homeopatía, el 41,51% en medicina tradicional china y acupuntura, el 24,53% en terapia neural y el 9,43% en osteopatía y quiropraxia. Sin embargo, debe considerarse que un 18,9% de los médicos encuestados llevan a cabo su desempeño en medicina alternativa en 2 ó 3 áreas específicas simultáneamente, como homeopatía, medicina tradicional china y acupuntura y/o terapia neural.

El tipo de universidad donde cursan o cursaron sus estudios de medicina alternativa los sujetos de este estudio, revela una mayor frecuencia de estudiantes o egresados procedentes de la universidad pública con un 59,12%, respecto de los estudiantes o egresados provenientes de la universidad privada, que cuentan con un 35,22%. (Ver gráfica 3).

Gráfica 3. Tipo de universidad donde se cursó o cursa formación en medicina alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013.



Con respecto a los años de experiencia en medicina alternativa, hay un rango de ejercicio profesional que oscila entre 1 y 37 años con una media de 8,48 años y una DS de 8,92. Se observa que la mayoría de la población cuenta con 5 años de experiencia en el área, un 10,06% de los encuestados. Los médicos cuya experiencia es de 1 año representan el 9,44%, los participantes con 2 años de experiencia un 6,92%, aquellos con 10 años de experiencia un porcentaje del 6,29% de la población y por último, los encuestados con 20 años de experiencia, equivalen a un 5,66%.

La distribución de la población según el grupo de edad, los años de experiencia en medicina general y los años de experiencia en medicina alternativa, revela 4 (cuatro) grupos, así: (Ver cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución según años de experiencia en medicina general y alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013.

AÑOS EXPERIENCIA	0-9 años	10-19 años	20-29 años	30-40 años
MEDICINA GENERAL	33,96%	29,56%	20,13%	13,84%
MEDICINA ALTERNATIVA	64,78%	18,87%	12,58%	3,77%

6.2 Análisis del nivel de empatía.

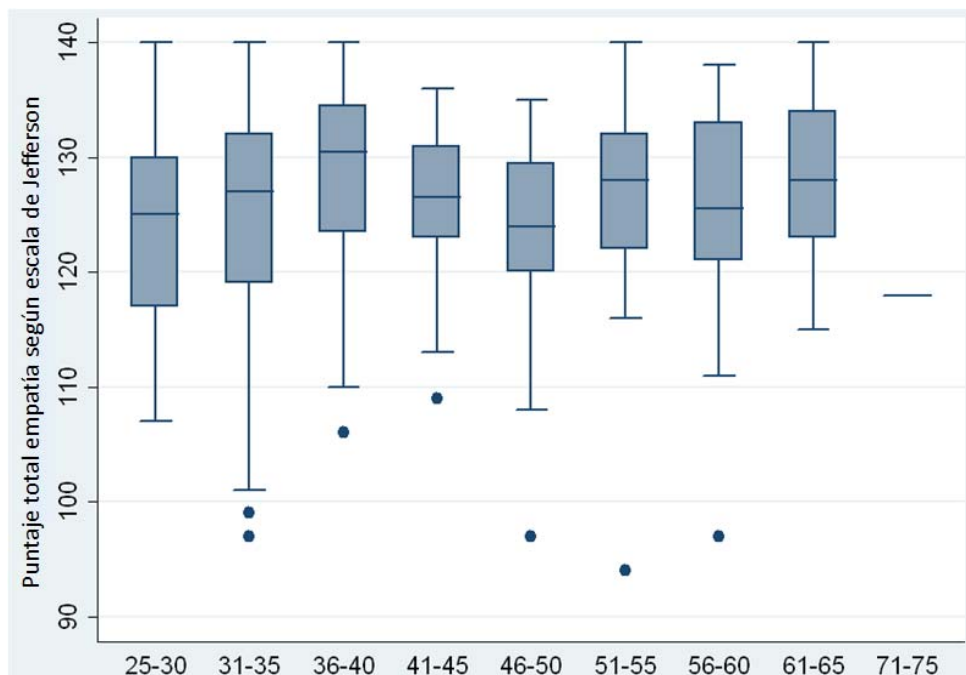
A continuación se presenta el puntaje de empatía encontrado en la población del estudio y posteriormente se realiza un análisis del mismo según la distribución de género, grupo de edad, tipo de universidad, tiempo de experiencia en medicina general y medicina alternativa, formación en medicina alternativa, tipos de formación en medicina alternativa y áreas de énfasis de posgrado.

El puntaje general de empatía encontrado en los médicos participantes, a partir del instrumento de recolección de la información previsto para el estudio, fue en promedio de 124,81 en un rango de puntaje entre 94-140, una mediana de 127 y una DS de 9,93.

Al realizar el análisis comparativo entre el puntaje total de empatía, según la Escala de Jefferson, y el género de los participantes, los médicos del género femenino lideran el puntaje de empatía con una media de 126,70, una DS de 8,49 y un IC 95% entre 124,88 y 128,53, frente a una media de 122,58, una DS de 11,04 y un IC 95% entre 120,01 y 125,16 para los representantes del género masculino.

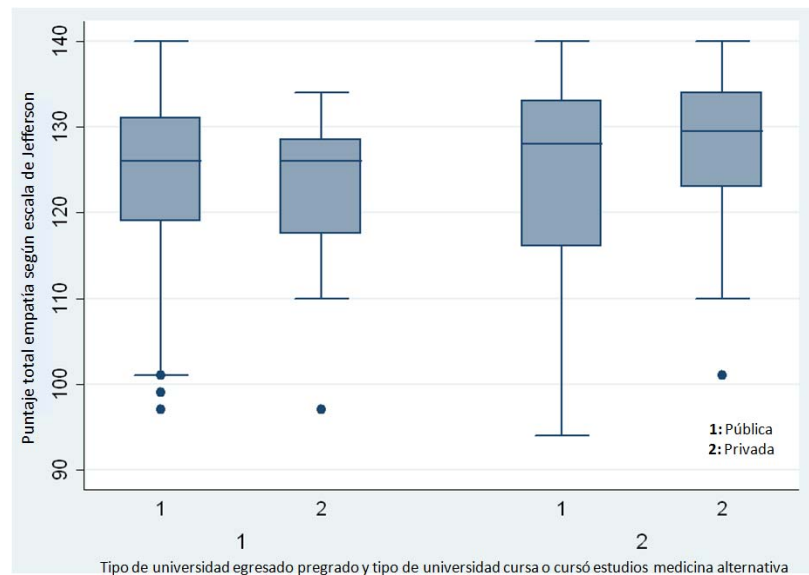
La correlación entre el puntaje total de empatía y los distintos grupos de edad, muestra a los médicos entre 36-40 años como el grupo con mayor puntaje de empatía promedio, igual a 131. Seguido de los médicos entre 61-65 años con puntaje promedio de 128. Los grupos de 25-30 años y 46-50 años obtienen el menor puntaje promedio, igual a 125. Es necesario aclarar que en 1 (un) sujeto de 73 años el puntaje es de 118, siendo el más bajo encontrado en la población del estudio. Los puntajes de empatía obtenidos en los 9 grupos de edad previstos tienen una DS de 3,5. (Ver gráfica 4).

Gráfica 4. Promedios y rangos del puntaje de empatía según grupos de edad. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013.



La correlación entre el puntaje total de empatía, según la Escala de Jefferson, y el tipo de universidad de donde es egresado en pregrado y el tipo de universidad donde cursa o cursó sus estudios de medicina alternativa, evidencia que los médicos que culminaron sus estudios de pregrado en la universidad pública y cursan o cursaron medicina alternativa, tienen un puntaje total de empatía promedio de 124,1 (rango 94-140, una DS de 10,66 y un IC 95% entre 121,95 y 126,25), mientras que los médicos participantes egresados de la universidad privada y quienes desarrollan o terminaron su formación en medicina alternativa, obtienen un puntaje total de empatía promedio de 125,79 (rango ente 110-140, una DS de 8,70 y un IC 95% entre 123,5 y 128,08). (Ver gráfica 5).

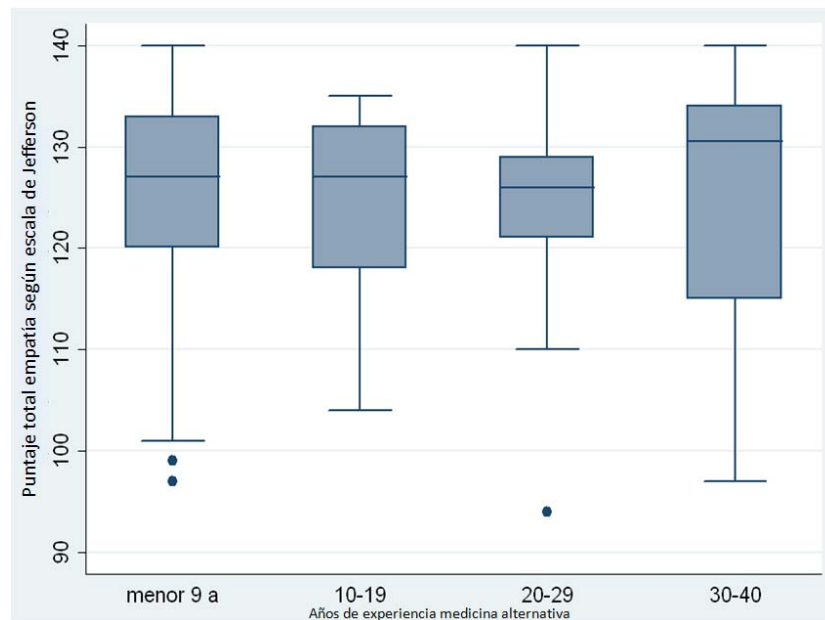
Gráfica 5. Puntaje de empatía según la universidad de donde es egresado en pregrado y la universidad donde curso cursó sus estudios en medicina alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013.



Respecto de la correlación entre el puntaje de empatía según la Escala de Jefferson y los años de experiencia en medicina alternativa de los encuestados,

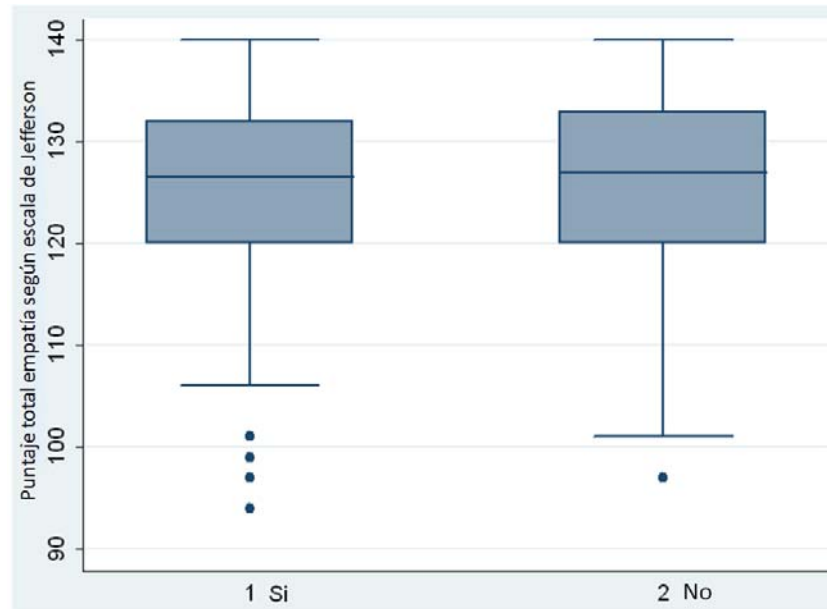
se realizó el análisis en 4 grupos, médicos con experiencia menor o igual a 9 años, experiencia entre 10 y 19 años, grupo entre 20 y 29 años de práctica, y aquellos con rangos de experiencia entre 30 y 40 años. El puntaje total de empatía promedio es de 124,78 (rango entre 97-140, una DS de 11,06 y un IC 95% entre 119,24 y 130,33). (Ver gráfica 6).

Gráfica 6. Puntaje de empatía según los años de experiencia en medicina alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013.



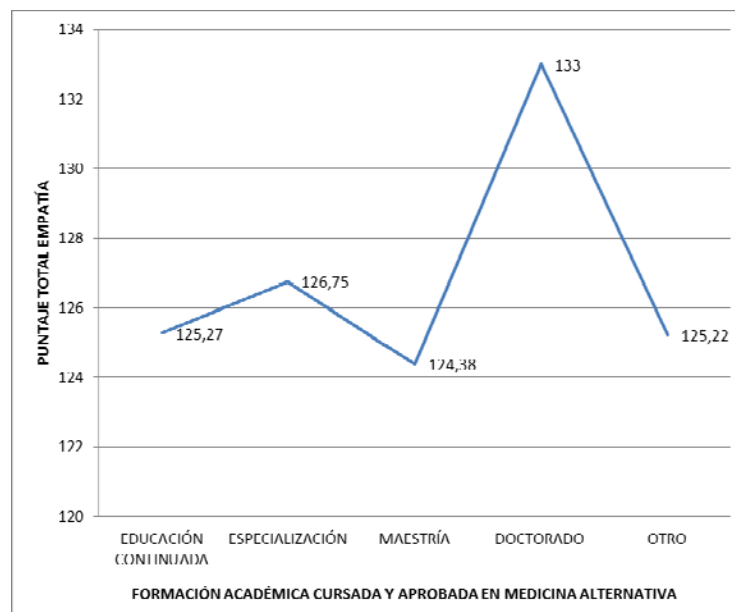
La correlación entre el puntaje total de empatía y la formación académica en medicina alternativa, presenta un puntaje total de empatía promedio de 124,95 en los médicos participantes que han recibido este tipo de formación académica. (DS de 9,63 e IC 95% entre 123,37 y 126,53). (Ver gráfica 7).

Gráfica 7. Puntaje de empatía según la formación académica en medicina alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013.



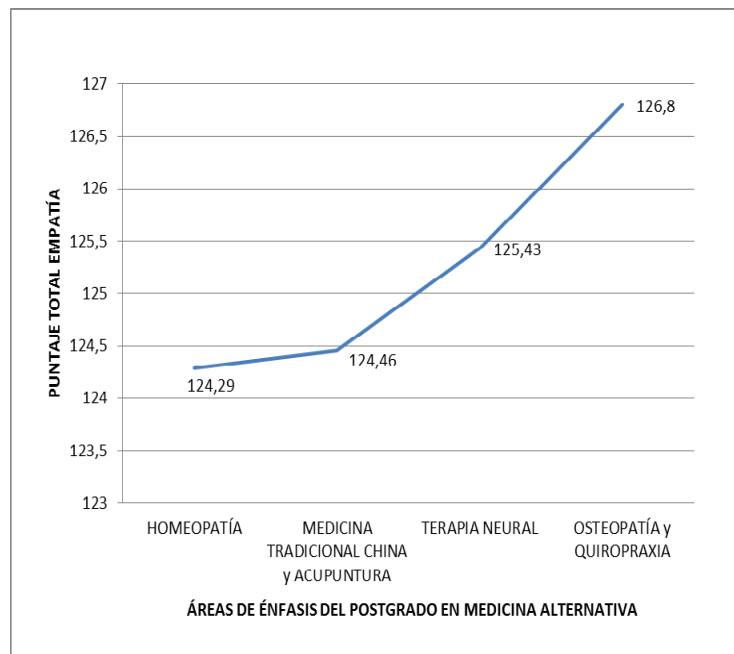
En la correlación entre el puntaje total de empatía según la Escala de Jefferson y los tipos de formación académica cursada y aprobada en medicina alternativa, el puntaje de empatía promedio para los médicos que han desarrollado cursos de educación continuada es de 125,27 (rango entre 94-140, una DS de 8,99 y un IC 95% entre 123,27 y 127,27); para los que han realizado especialización, 126,75 (rango entre 97-140, una DS de 8,42 y un IC 95% entre 123,77 y 129,74); en el nivel de maestría el puntaje promedio es de 124,38 (rango entre 97-14, una DS de 9,92 y un IC 95% entre 122,14 y 126,62); para los médicos participantes que se incluyen en la categoría “otro” (diplomados, cursos actualización en China, cursos por internet, cursos de terapia regresiva reconstructiva, cursos superiores de homeopatía y talleres no formales), el puntaje promedio es de 125,22 (rango entre 97-140, una DS de 13,74 y un IC 95% entre 114,65 y 135,78). Es importante resaltar que solo (1) un médico en el estudio presentó estudios de doctorado, y obtuvo el puntaje total de empatía más alto de esta correlación con 133. (Ver gráfica 8).

Gráfica 8. Puntaje de empatía según los tipos de formación académica cursada y aprobada en medicina alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013.



Finalmente, la correlación entre el puntaje total empatía según la Escala de Jefferson y las diferentes áreas de énfasis del postgrado en medicina alternativa, presenta resultados en las 4 áreas de énfasis censadas así: Homeopatía, puntaje promedio de 124,29 (rango entre 94-140, una DS de 10,95 y un IC 95% entre 121,70 y 126,88); medicina tradicional china y acupuntura, puntaje promedio de 124,46 (rango entre 97-140, una DS de 9,30 y un IC 95% entre 122,18 y 126,75); terapia neural, puntaje promedio de 125,43 (rango entre 97-137, una DS de 9,34 y un IC 95% entre 122,40 y 128,46); y osteopatía y quiropraxia, puntaje promedio de 126,8 (rango entre 106-140, una DS de 8,04 y un IC 95% entre 122,34 y 131,25). (Ver gráfica 9).

Gráfica 9. Puntaje de empatía según las áreas de énfasis del postgrado en medicina alternativa. Empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012-2013.



7. Discusión

En el ámbito médico la adecuada relación médico – paciente se ve reflejada en los óptimos niveles de empatía, la importancia en la atención holística del enfermo quien acude a la consulta con distintas expectativas acerca de su enfermedad, debe entonces motivar al médico hacia un ejercicio personal y profesional donde no sólo exista un componente científico idóneo sino un compromiso humanístico solidario mayor con el afectado. (17).

Entre los elementos diferenciales tipificados en la medición de empatía se encuentran el género (las mujeres logran mayores puntajes en las pruebas que los hombres, al parecer debido a su mayor capacidad de percepción, su carácter emocional y entendimiento del enfermo y un mayor acompañamiento a sus pacientes), (7), (11), (19), (23), y la clase social, entendida cotidianamente como estrato socioeconómico (4).

Distintos tipos de especialidades médicas y médico quirúrgicas convencionales o alopáticas han mostrado sus niveles de empatía frente a los pacientes. Hasta la fecha no se tenían registros objetivos de empatía en sistemas médicos complejos de medicina alternativa, lo cual constituyó la principal motivación para el desarrollo del presente estudio.

En las distintas áreas de desempeño profesional médico se han tipificado niveles óptimos de empatía en sistemas médicos complejos alopáticos, tales como psiquiatría, medicina familiar, medicina interna y pediatría, mientras en otras

como la cirugía general, radiología, anestesiología y patología, los datos apuntan a menores ponderaciones en empatía. (7), (11), (12), (20), (21).

La Escala de Empatía Médica de Jefferson (JSPE) se elige en el presente estudio por su confiabilidad, consistencia interna y su frecuencia de uso en la medición de empatía médica, tanto en la formación de pregrado como de postgrado. Además, permite el adecuado abordaje de la apreciación y comprensión de los sentimientos y emociones del paciente, la percepción del lenguaje no verbal y corporal del enfermo, el sentido del humor del médico y la identificación con la condición de enfermedad del paciente y la empatía con el paciente. Por lo anterior, la escala JSPE es propicia para comprender si los sistemas médicos complejos en medicina alternativa se perciben como recursos terapéuticos más afines en la búsqueda del bienestar y curación de quienes están afectados por distintos padecimientos. (3), (6), (10), (11), (12), (13), (18), (19), (20), (21).

Considerando las fuentes de información científica reportada, es previsible establecer, objetivamente y mediante la aplicación de encuestas o cuestionarios (cuestionario EUROPEP), una tendencia a registrar ponderaciones de empatía positiva entre quienes acuden como pacientes y los profesionales en medicina alternativa. Esta valoración se asocia, en apariencia, a la mayor dedicación en tiempo para la consulta, la mejor comunicación y una efectiva respuesta frente a las expectativas del paciente. Particularmente se destacan la forma como el profesional en medicina alternativa se involucra con el enfermo en la dinámica de su enfermedad y la búsqueda de una resolución binomial consensuada de su proceso patológico. Se añan a las consideraciones previas la ineficacia y efectos adversos de terapéuticas alopáticas, así como la inapropiada relación médico – paciente imperante en los sistemas médicos complejos alopáticos. (24), (25), (26), (27).

Por lo previamente expresado y con base en la implementación, acopio y análisis de los registros obtenidos en este estudio, surgen resultados que permiten definir

en un grupo de 159 médicos participantes encuestados un nivel de empatía objetivo respecto de sistemas médicos complejos en medicina alternativa.

Gracias a la información recopilada, es posible definir que existe un significativo nivel de empatía en los médicos que llevan a cabo su accionar profesional en áreas correspondientes a sistemas médicos complejos en medicina alternativa (homeopatía, medicina tradicional china y acupuntura, terapia neural y osteopatía y quiropraxia), teniendo en cuenta los puntajes totales logrados en los sujetos participantes del estudio. Se puede afirmar con certeza que las áreas de énfasis en medicina alternativa se incluyen dentro de los sistemas médicos complejos que poseen un relevante nivel de empatía en la relación médico – paciente.

Se evidencia en la muestra poblacional del presente estudio una discreta diferencia entre los individuos de género masculino y femenino en el puntaje total de empatía, estos últimos demuestran un mayor puntaje, sin revelar una significancia estadística entre los grupos ($p=0,0087$). En conclusión, el género de los sujetos participantes no es un factor determinante en el puntaje de empatía.

Con los puntajes de empatía obtenidos en los 9 grupos de edad previstos, se puede deducir que no existe diferencia estadísticamente significativa entre éstos ($p=0,612$), motivo por el cual el puntaje total de empatía no es definitivo como indicador.

Al detallar las cifras de puntaje de empatía obtenidas en las diferentes categorías correspondientes al tipo de universidad de donde es egresado en pregrado y tipo de universidad donde cursa o cursó sus estudios de medicina alternativa, no existe diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos que han realizado sus estudios de pregrado en la universidad pública o privada y han cursado o realizan estudios de medicina alternativa ya sea en universidades públicas o privadas ($p=0,3$).

Las respuestas recolectadas y analizadas en la experiencia en años en medicina alternativa de los sujetos participantes del estudio, reflejan y permiten inferir que no hay modificación ostensible entre las variables correlacionadas en los 4 grupos organizados (coeficiente de correlación de Pearson de 0,02).

Al considerar los datos de las variables pareadas, puntaje total empatía según escala JSPE y formación académica en medicina alternativa, no existe a su vez una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,85$) entre los sujetos que han realizado estudios y quienes no han culminado su formación en medicina alternativa.

Con base en la información procesada se puede afirmar que a pesar de los distintos niveles de formación académica en medicina alternativa que han cursado y aprobado los sujetos participantes del estudio, los puntajes de empatía no demuestran una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,56$ para cursos de educación continuada; $p=0,208$ para especialización; $p=0,591$ para maestría; y $p=0,9$ para el ítem otro), que indique que algún tipo de formación o un mayor grado de la misma influyan categóricamente en la empatía de los médicos.

Tras comparar los resultados emanados de cada área de énfasis en medicina alternativa, se puede afirmar que los puntajes no evidencian una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,553$ para homeopatía; $p=0,711$ para medicina tradicional china y acupuntura; $p=0,655$ para terapia neural; y $p=0,418$ para osteopatía y quiropraxia), motivo por el cual es factible aseverar que en cualquiera de las áreas de énfasis predichas existe un óptimo y homogéneo comportamiento del nivel de empatía.

8. Conclusiones y recomendaciones

Gracias a la participación de los 159 médicos quienes voluntariamente accedieron a responder cada uno de los interrogantes planteados fue posible caracterizar variables socio demográficas como edad, género, estrato socioeconómico, tipo de universidad de donde egresó en pregrado, áreas de desempeño y años de experiencia en medicina general, formación académica previa, y áreas de formación académica, tipo de formación académica, áreas de énfasis, tipo de universidad donde cursa o cursó estudios y años de experiencia en medicina alternativa, y correlacionarlas con los puntajes de empatía derivados de la Escala de Empatía Médica de Jefferson (JSPE) obtenidos.

El análisis de los datos recolectados con el instrumento previsto para este estudio permite aseverar que los médicos que poseen formación en medicina alternativa muestran niveles de empatía comparables con aquellos especialistas médicos (psiquiatría, medicina familiar, medicina interna y pediatría), que la literatura científica reporta con puntajes óptimos de empatía.

Con la información emanada del instrumento de medición descrito, utilizado en profesionales en medicina alternativa, es posible fortalecer y redireccionar las actividades cotidianas del ejercicio profesional en este promisorio campo médico. Logrando un acervo de conocimientos y estrategias propicias para comprender las circunstancias que subyacen a la tendencia de los pacientes para enfermar, pero sobre todo para alcanzar el propósito de restablecer su condición de salud desde una perspectiva de total integralidad.

Se recomienda ampliar los resultados encontrados en el presente estudio a través de estudios comparativos y de cohortes, que correlacionen aspectos específicos en cada una de las áreas de énfasis, áreas de formación previa, tipos de formación previa, años de experiencia en las áreas de énfasis de la medicina alternativa y los puntajes totales de empatía.

A. Instrumentos de recolección de información

Información básica

1. Edad: _____
2. Género: _____
3. Estrato socioeconómico: _____
4. Tipo de Universidad de donde es egresado pregrado:
Pública: _____ Privada: _____
5. Área de desempeño en Medicina:
Docente: ___ Consulta de Medicina General: ___ Consulta de Medicina Alternativa: _____
Administrativo: _____

Información básica

1. Edad: _____
2. Género: _____
3. Estrato socioeconómico: _____
4. Tipo de Universidad de donde es egresado pregrado:
Pública: _____ Privada: _____
5. Área de desempeño en Medicina:
Docente: ___ Consulta de Medicina General: ___ Consulta de Medicina Alternativa: _____
Administrativo: _____

Formación en otras áreas

7. Formación académica previa en otras áreas distintas a Medicina Alternativa: Si: ___ No: ___
8. Áreas de formación académica previa en otras áreas distintas a Medicina Alternativa:
Ciencias Básicas: ___ Ciencias Clínicas: ___ Ciencias Quirúrgicas: ___ Ciencias Administrativas: _____

Formación en Medicina Alternativa:

9. Formación académica previa en Medicina Alternativa: Si: ___ No: ___
10. Tipo de formación académica cursada y aprobada en Medicina Alternativa:
Cursos de Educación Continuada: _____ Especialización: _____ Maestría: _____ Doctorado: _____

11. Actualmente es estudiante de postgrado en Medicina Alternativa: Si: ___ No: ___

12. Semestre que cursa actualmente en el postgrado de Medicina Alternativa: _____

13. Área de énfasis del postgrado en Medicina Alternativa:

Homeopatía: ___ Medicina Tradicional China y Acupuntura: ___ Terapia Neural: ___ Osteopatía y Quiropraxia: ___

14. Tipo de Universidad de donde cursa actualmente sus estudios de Medicina Alternativa:

Pública: ___ Privada: ___

15. Años de experiencia en Medicina Alternativa: _____

16. Año de graduación del posgrado en Medicina Alternativa: _____

18. ESCALA MÉDICA DE EMPATÍA DE JEFFERSON

INSTRUCCIONES: (EN RELACIÓN CON EL TRABAJO MÉDICO) Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones escribiendo el número apropiado en la línea que se encuentra antes de cada oración.

Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número de escala indica un mayor acuerdo):

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente						
Totalmente						
en desacuerdo						de
acuerdo						

1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico. 1 2 3 4 5 6 7

2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos. 1 2 3 4 5 6 7

3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes. 1 2 3 4 5 6 7

4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente. 1 2 3 4 5 6 7

5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico. 1 2 3 4 5 6 7

6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas desde la perspectiva de mi paciente.

1 2 3 4 5 6 7

7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.

1 2 3 4 5 6 7

8. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.

1 2 3 4 5 6 7

9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.

1 2 3 4 5 6 7

10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.

1 2 3 4 5 6 7

11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.

1 2 3 4 5 6 7

12. Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.

1 2 3 4 5 6 7

13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.

1 2 3 4 5 6 7

14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.

1 2 3 4 5 6 7

15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitado.

1 2 3 4 5 6 7

16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.

1 2 3 4 5 6 7

17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.

1 2 3 4 5 6 7

18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias. 1 2 3 4 5 6 7

19. No disfruto leer literatura no médica o arte. 1 2 3 4 5 6 7

20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico. 1 2 3 4 5 6 7

B. Anexo. Definición de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES
Edad	Tiempo en años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha.	Cuantitativa	Nominal	Número de años cumplidos
Género	Características genotípicas y fenotípicas que distinguen a un individuo.	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Estrato socioeconómico del médico que ingresa al programa de medicina alternativa	Nivel socioeconómico del médico admitido al programa de medicina alternativa.	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5 6
Tipo de Universidad de donde es egresado en pregrado	Clase de Institución de Educación Superior que concede el título de médico general.	Cualitativa	Nominal	Pública Privada
Área de desempeño en medicina	Campos del conocimiento médico en los cuales ha incursionado.	Cualitativa	Nominal	Docente Consulta Medicina General Consulta Medicina Alternativa Administrativo
Años de experiencia en medicina general	Tiempo en años de ejercicio laboral en medicina general al momento de ingresar al programa de Maestría en medicina alternativa.	Cuantitativa	Razón	Número de años de ejercicio laboral en medicina general al momento de ingresar al programa de Maestría en medicina alternativa
Formación académica previa en otras áreas distintas a medicina alternativa	Determinación de otras áreas de formación médica de postgrado recibidas, distintas a medicina alternativa.	Cualitativa	Dicotómica	Si No

Áreas de formación académica previa, distintas a medicina alternativa	Campos del conocimiento médico distintas a medicina alternativa en los cuales ha incursionado.	Cualitativa	Nominal	Ciencias Básicas Ciencias Clínicas Ciencias Quirúrgicas Ciencias Administrativas
Estudiante de posgrado en medicina alternativa	Determinación de la vinculación del estudiante al programa de Maestría en medicina alternativa.	Cualitativa	Dicotómica	Si No
Área de énfasis de postgrado en medicina alternativa	Clase de sistema médico complejo en medicina alternativa en el cual se encuentra adelantando sus estudios de postgrado actualmente.	Cualitativa	Nominal	Homeopatía Medicina tradicional China y acupuntura Terapia neural Osteopatía y quiropraxia
Semestre que cursa actualmente en el postgrado de medicina alternativa	Nivel en curso de formación académica al interior del postgrado en medicina alternativa.	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4
Tipo de universidad de donde cursa actualmente sus estudios de medicina alternativa	Clase de Institución de Educación Superior donde lleva a cabo sus estudios de postgrado en medicina alternativa.	Cualitativa	Nominal	Pública Privada
Formación académica previa en medicina alternativa	Determinación de la formación médica de postgrado recibidas en el ámbito de la medicina alternativa.	Cualitativa	Dicotómica	Si No
Tipo de formación cursada en medicina alternativa	Nivel de formación en postgrado recibida en medicina alternativa.	Cualitativa	Nominal	Cursos de Educación continuada Especialización Maestría Doctorado
Año de graduación del posgrado en medicina	Fecha (año) en el que recibió el título de posgrado en	Cualitativa	Ordinal	Fecha de graduación de especialización,

Anexos

alternativa	medicina alternativa.			maestría o doctorado en medicina alternativa.
Tipo de universidad de donde es egresado en posgrado de medicina alternativa	Clase de Institución de Educación Superior que concede el título de Especialización, Maestría y/o Doctorado	Cualitativa	Nominal	Pública Privada
Años de experiencia en medicina alternativa	Tiempo en años de ejercicio laboral en medicina alternativa al momento de ingresar al programa de Maestría en medicina alternativa	Cuantitativa	Razón	Número de años de ejercicio laboral en Medicina Alternativa al momento de ingresar al programa de Maestría en medicina alternativa
Puntaje de empatía según escala de Jefferson en estudiantes del programa de medicina alternativa	Valor objetivo de la empatía médica en profesionales que adelantan sus estudios en medicina alternativa	Cuantitativa	Razón	20 a 140

Bibliografía

1. 1965.p.
2. Michael J. Pelczar Jr. Elementos de Microbiología. México, Mc Graw-Hill, 1984.p.169.
3. Botero D, Restrepo M. Parasitosis Humanas, Medellín, Colombia, 3ª ed. Corporación para Investigaciones Biológicas. 1998.
4. Ibid.,p.15
5. Michael J, op.cit., p. 176.
6. Botero D. op.cit., p.16 al 21.
7. Burows W. Tratado de Microbiología, México, Editorial Interamericana S.A., 1965.p.751.
8. T. Walker S. ph.D, Microbiología, Mc Graw-Hill Interamericana 1999.p.490.
9. Ibid.,p.499-501
10. Burrows, op.cit., p.726.
11. Berrocal N, Gracia L.et al. Parasitosis intestinal y su relación con la calidad del agua y otros factores de riesgo en niños desplazados menores de 7 años, ubicados en el municipio de montería córdoba 2004. Universidad de Córdoba. Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Enfermería y Bacteriología. 2005.
12. Ibid.,p.24
13. Ibid.,p.16
14. Ibid.,p.19
15. Ibid.,p.22
16. Berrocal N, op.cit.
17. Ibid.,p 15-16

18. T. Walker S, ph., Microbiología, Mc Graw-Hill Interamericana 1999.p. 456
19. Ibid. p. 460
20. Ibid. p. 483
21. Burrows W. Tratado de Microbiología, México, Editorial Interamericana S.A., 1965.p.753.
22. T. Walker S. op.cit. p.490.
23. Burrows W. op.cit., p.748
24. Botero D. Restrepo M. Parasitosis Humanas, Medellín, Colombia, 3ª ed. Corporación para Investigaciones Biológicas. 1998.p. 91
25. Berrocal N, Gracia L, et al. Parasitosis intestinal y su relación con la calidad del agua y otros factores de riesgo en niños desplazados menores de 7 años, ubicados en el municipio de montería córdoba 2004. Universidad de Córdoba. Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Enfermería y Bacteriología. 2005.p. 22
26. Burrows, op.cit., p.761.
27. Capurro D. Rada G. El proceso diagnostico, Revista médica de chile. Santiago abril 2007, vol. 135 n. 4
28. Peralta M. Ayala J. Algunas Consideraciones Sobre la Prevalencia Actual de *Entamoeba histolytica*, *Giardia duodenalis*, Coccidios, Microsporidios y mixosporidios en Colombia. Revisiones clínicas. Bogotá-Colombia. 2008.
29. T. Walker S. ph.D, Microbiología, Mc Graw-Hill Interamericana 1999.
30. Torres D. Modulo de Farmacología Complementaria, Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Bogotá, 2008.
31. Aparicio P. Rodríguez et al. Terapéutica Antiparasitaria, Centro Nacional de Medicina Tropical. Servicio de Parasitología, Centro Nacional de Microbiología. Instituto San Carlos III. Madrid- España. 2003.
32. P.R. Vademécum, 2008.
33. Aparicio ,op.cit., p.66
34. Ibid.,p.59
35. Cedric M. Smith, Alan M. Agentes Parasitarios, editorial Medica Panamericana S.A. Mexico.1998.p. 868.

36. Cedric M. Op. Cit. p. 871
37. Martín Z. J.F. Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica, 5 ediciones, Madrid; Elsevier; 2003.
38. T. Walker S. Ph.D, Microbiología, Mc Graw-Hill Interamericana 1999.
39. Martín Z. Op. Cit.
40. Berrocal N, Gracia L. et al. Parasitosis intestinal y su relación con la calidad del agua y otros factores de riesgo en niños desplazados menores de 7 años, ubicados en el municipio de Montería Córdoba 2004. Universidad de Córdoba. Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Enfermería y Bacteriología. 2005.p. 27
41. Giraldo S. Módulo Servicio Comunitario, Facultad de Ciencias e Ingenierías. Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD. Bogotá D.C. 2005. p.41 y 42.
42. Amariles P. Coautor Restrepo L. El medicamento Compendio básico para su Utilización Correcta. Medellín – Colombia. 2002
43. Colombia Ministerio de La Protección Social, Decreto número 2200 de 2005, Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C. 28 de junio de 2005
44. Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Pharmaceutical Care España 1999; 1:107-112.
45. Giraldo S. op.cit., p.57 a 59.
46. Colombia Ministerio de La Protección Social, op.cit.,
47. Departamento Técnico Administrativo del Medio Ambiente- DAMA, Unidad Ejecutoria de Localidades Nov. (2003).www.bogota.gov.co
56. Rodríguez L., Faundez R., Maure D., Dolor Abdominal Crónico en Pediatría, Revista chilena de Pediatría, 2012, vol. 83.
57. Torres Amarilys, Errores de la Medicación: Función del Farmacéutico, En: Ciudad de la Habana. Revista cubana de farmacia vol. 39. n.2, 2005.
58. Estrada G, Castaño D. et al, Estudio de la eficacia del paico como antihelmíntico en especímenes silvestres mantenidos en cautiverio en el hogar

de paso de fauna silvestre de la Universidad de la Amazonia. Revista CES medicina veterinaria y zootecnia, volumen 7. 2012.

- 59.** De Materan M. Tomat M et al. Terapia de Rehidratación Oral. Segundo Consenso sobre Enfermedad Diarreica Aguda en Pediatría, Parte I, Archivo Venezolano de Puericultura y Pediatría 2009, vol. 72.