

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“EMPATÍA MÉDICA SEGÚN GRADO ACADÉMICO EN PERSONAL MÉDICO
DEL HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC “DR. JOSÉ MARÍA
RODRÍGUEZ, 2012”.**

**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC “DR. JOSÉ MARÍA RODRÍGUEZ”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
M.C. ADRIANA GABRIELA GARCÍA REYES**

**DIRECTORES DE TESIS
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN**

**ASESOR DE TESIS
E.M.F. GONZALO HERNÁNDEZ MAGALLÓN**

**REVISORES DE TESIS:
E.M.F. BLANCA ESTELA ARIZMENDI MENDOZA
M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS
M. EN C. JUAN JAVIER SÁNCHEZ GUERRERO**

TOLUCA, MÉXICO

2013

**EMPATÍA MÉDICA SEGÚN GRADO ACADÉMICO EN PERSONAL MÉDICO
DEL HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC “DR. JOSÉ MARÍA
RODRÍGUEZ”, 2012**

ÍNDICE

| Cap. | Pág. |
|--|-----------|
| I. MARCO TEÓRICO. | 1 |
| I.1.- Empatía | |
| I.1.1.- Introducción | 1 |
| I.1.2.- Definición | 2 |
| I.1.3.- Definición de Empatía en la atención del paciente | 4 |
| I.1.4.- Origen de la Empatía | 4 |
| I.1.5.- Neuronas espejo | 6 |
| I.1.6.- Empatía y Simpatía | 7 |
| I.1.7.- Escala de Empatía Médica de Jefferson | 7 |
| I.1.8.- Empatía en relación a Género y Especialidad | 8 |
| I.1.9.- Empatía basada en evidencia | 10 |
| I.1.10.- Comunicación médico-paciente | 11 |
| I.1.10.1 Características semiológicas del que escucha Empáticamente | 12 |
| I.1.10.2 Obstáculos a la escucha empática | 12 |
| I.1.10.3 Modelos de comunicación de Roland | 13 |
| I.1.11.- Mejora de la empatía | 15 |
| I.2.- Grado académico | 16 |
| II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. | 18 |
| II.1 Argumentación. | 18 |
| II.2 Pregunta de Investigación. | 18 |
| III. JUSTIFICACIONES. | 19 |
| III.1 Académica. | 19 |
| III.2 Científica. | 19 |
| III.3 Social. | 19 |
| III.4 Económica. | 20 |
| IV. HIPÓTESIS | 21 |
| IV.1 Elementos de la hipótesis. | 21 |
| IV.1.1 Unidades de Observación. | 21 |
| IV.1.2 Variables. | 21 |
| IV.1.2.1 Dependiente. | 21 |
| IV.1.2.2 Independientes. | 21 |
| IV.1.3 Elementos lógicos de relación. | 21 |
| V. OBJETIVOS | 22 |
| V.1 General. | 22 |
| V.2.Específicos. | 22 |
| VI. MÉTODO. | 23 |
| VI.1 Tipo de estudio. | 23 |
| VI.2.Diseño del estudio. | 23 |
| VI.3 Operacionalización de variables. | 23 |
| VI.4 Universo de Trabajo. | 24 |
| VI.4.1 Criterios de inclusión. | 24 |
| VI.4.2 Criterios de exclusión. | 24 |
| VI.4.3 Criterios de eliminación. | 24 |
| VI.5. Instrumento de Investigación | 24 |

| | |
|------------------------------|----|
| VI.5.1 Descripción | 25 |
| VI.5.2 Validación | 25 |
| VI.5.3 Aplicación | 25 |
| VI.6 Desarrollo del proyecto | 25 |
| VI.7 Límite de espacio | 25 |
| VI.8 Límite de tiempo | 26 |
| VI.9 Diseño de análisis | 26 |
| VII. IMPLICACIONES ÉTICAS. | 26 |
| VIII. ORGANIZACIÓN | 26 |
| IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 27 |
| X.- CUADROS Y GRÁFICOS | 32 |
| XI.- CONCLUSIONES | 41 |
| XII.- RECOMENDACIONES | 42 |
| XIII. BIBLIOGRAFÍA | 43 |
| XIV. ANEXOS | 46 |

I. MARCO TEÓRICO.

I.1.- Empatía

I.1.1- Introducción

A través de los años el hombre ha mantenido una relación entre la enfermedad y la salud, con diferentes visiones, como la hipocrática y la galénica; ambas con el fin del estudio de la relación hombre-enfermedad. La primera se basa en el hombre y su entorno como una totalidad y la segunda estaba centrada en el sujeto enfermo, en el estar enfermo, siendo esta última la que ocupó mayor interés en la Medicina Moderna, dejando atrás todo el aspecto psíquico del paciente.¹

Cita Rof Carballo a Siebeck para decirnos lo mismo: “el curso que adopta una enfermedad y lo que implica para el destino de un hombre depende, no de la enfermedad, sino, sobre todo, del enfermo, de su actitud ante la vida y de su situación en ella. Todo enfermo no sólo tiene su enfermedad sino que él mismo y su destino hacen su enfermedad. La historia morbosa es siempre una biografía.”¹

Cualquier proceso patológico es psicossomático, por tanto se demuestra una vez más la importancia de ver al individuo en su totalidad; se ha descubierto que cualquier técnica médica puede tener un efecto placebo ocupando un 30-40% del éxito del tratamiento. Por lo tanto la utilización de habilidades de relación incrementará el éxito de cualquier medida terapéutica. Como decía Balint “el fármaco más usado en la práctica general es el propio médico”.¹

Dentro de la psicología un autor destacable es J. Alexander quien demostró que 50% del éxito terapéutico se atribuía a las habilidades de relación, es decir, a la empatía.¹

Si nos remontamos históricamente a esta relación, quien pondría el mejor ejemplo sería la relación chamánica, que actualmente se refiere a la llamada “Medicina alternativa”, la cual es utilizada por muchos pacientes tras haber acudido a múltiples consultas médicas de la Medicina Pública, ocupando el mayor error, la falta de aspecto relacional, siendo éste el aspecto fundamental de la relación chamánica. Levi Strauss menciona en uno de sus estudios sociológicos: “el curandero no lo es porque cura, sino que cura porque es curandero”.¹

Un punto que se debe tomar en cuenta son los aspectos individuales tanto del médico como del paciente, para estudiar su relación. El médico a caído en una rutina donde solo ve signos somáticos y enfermedades, dejando a un lado la parte de “asistir a personas”, perdiendo con esto muchos aspectos importantes para un buen diagnóstico y por lo tanto tratamiento; sin embargo algo que hay que tomar en cuenta es la historia personal del médico y los aspectos personales de éste, pues pueden llegar a influir en su técnica, resultando en ocasiones *contratransferencias*, provocando con esto un mal resultado en su relación. Mientras que el paciente hay que verlo como una totalidad, ya que sus

patologías pueden repercutir tanto en el ámbito psicológico, personal como social, teniendo algunos de ellos la necesidad de ser escuchados, comprendidos, enseñados y hasta guiados y tomar en cuenta al igual que en el médico su vivencias pues en ellos se llega a presentar la *transferencia*.¹

En este nuevo milenio, los adelantos científicos generarán novedosas y complejas tecnologías, que permitirán establecer diagnósticos y tratamientos cada vez más efectivos, a pesar de lo cual no podrá ofrecer aquello que desde los albores de la civilización es consustancial con el arte de la medicina y supone su quinta esencia: la capacidad de comprender al ser humano que sufre y muere, es decir, la empatía; concepto que ha fascinado a filósofos y críticos de arte, psiquiatras y psicólogos durante décadas y se empleó por primera vez en el mundo de la pintura para describir los sentimientos que provoca en el espectador una obra artística capaz de conmover a quien la contempla.

I.1.2.- Definición

El término es compuesto de la misma raíz griega *Παθεῖν* *pathón*, sentir, y del prefijo *εν* preposición inseparable que significa dentro. En alemán, *Einfühlen* (de *ein*=dentro, en, y *fühlen*=sentir) viene a significar sentir adentrándose en el otro, compenetrarse. *Einfühlung* es traducido en castellano, como es sabido, por “proyección afectiva”, y en francés por *intropathie*, del que se tradujo el castellano intropatía y endopatía. El inglés lo tradujo por *empathy*, del que derivó del francés *empathic* y el castellano “empatía”.²

El concepto de empatía fue inicialmente discutido en 1873 por Robert Visser, un historiador del arte y filósofo alemán que empleó la palabra *Einfühlung* para referirse a los sentimientos del observador provocados por obras de arte, no realmente un atributo interpersonal.³

En el ámbito de las ciencias de la conducta, el primer autor que utilizó el término fue Theodor Lipps (1897), quien lo utilizó para describir un fenómeno afectivo que aparece en la relación terapéutica que denominó “*Einfühlung*”, cuya traducción literal es “sentir dentro”.² En 1903, Wilhelm Wundt, el padre de la psicología experimental, utilizó *Einfühlung* por primera vez en el contexto de las relaciones humanas.³

Titchener (1909) tomó el término de Lipps, lo tradujo por *empathy* y lo concibió finalmente como un proceso de humanización de objetos, de proyección de nuestros sentimientos en esos objetos.⁴

Freud, influenciado por Lipps, definió la empatía como la capacidad para entender lo que es esencialmente extraño a nuestro yo en otras personas.⁴

Southard (1918) fue el primero en describir el significado de empatía en la relación entre médico y paciente con el fin de facilitar el resultado diagnóstico.³

En EE.UU. el interés en la empatía se debió al trabajo de Carl Rogers (1951, 1959). Este autor en su “Psicoterapia centrada en el cliente”, definió la empatía

como un proceso que permite al terapeuta entrar en el mundo del paciente sin prejuicios, dejando de lado sus propios valores y sus propios puntos de vista. Es decir que cuando un individuo escucha a otro con atención, interés y concentración, decimos que ha empatizado si logra sentir en sí mismo (*como sí*), la emoción que el otro relata y vivencia. O sea que co-vivenciar (sentir al mismo tiempo en el propio interior) es empatizar. Es imposible comprender qué le está pasando a un paciente si quien lo atiende no con-vivencia lo que él siente, si no empatiza con él.⁵

Theodore Schroeder(1934) propuso la definición de empatía como la capacidad de asumir la función de otra persona y adoptar perspectivas alternativas. Charles Aring(1958) la describió como el acto o capacidad de apreciar los sentimientos de otra persona sin compartir dichos sentimientos. Robert Hogan(1969) definió la empatía como la aprehensión intelectual o imaginativa de la condición o estado mental de otra persona sin llegar a experimentar realmente los sentimientos de esta persona. Clark(1980) determinó la empatía como la capacidad única del ser humano de sentir la experiencia, necesidades, aspiraciones, frustraciones, angustia, alegrías, ansiedades, dolor o hambre de los demás *como sí* fuesen las suyas propias.³

Schopenhauer la describió con las siguientes palabras: “acto por el que nosotros, al contemplar las cosas, establecemos con ellas una mutua corriente de influjos, una especie de endósmosis, por la que a la vez que les infundimos nuestros propios sentimientos, recibimos de su configuración y de sus propiedades, determinadas impresiones”.⁶

Wispe(1986) describió la empatía como “el intento de un ser consciente de sí mismo por comprender sin juzgar las experiencias positivas o negativas de otro ser”. Baron-Cohen y Wheelwright(2004) la describieron como el *adhesivo* del mundo social que lleva a las personas ayudarse entre sí y las detiene de lastimar a otros. Levasseur y Vance(1993) la detallaron como: “la empatía no es una experiencia psicológica o emocional, ni un salto psíquico hacia el interior de la mente de otra persona, si no una apertura y un respeto hacia otro como persona”. De manera similar, Shamasundar(1999) describió la empatía en la relación con un amplio criterio y la tolerancia a la ambigüedad y lo complejo.³

La orientación cognitiva se remonta a las investigaciones de G. H. Mead(1934), describió la empatía como elemento de la inteligencia social, se interesó por la capacidad de asumir el rol del otro y de adoptar perspectivas alternativas de cara a uno mismo.⁶ Esta descripción semeja la noción de la inteligencia emocional introducida originalmente por Salovey y Mayer(1990) y más tarde por Goleman(1995), quienes propusieron que la empatía, como capacidad de reconocer las capacidades de otros, es dominio de la inteligencia emocional. La propuesta de que la empatía tiene superposición significativa con las medidas de la inteligencia emocional y las habilidades sociales ha sido apoyada.³

Levasseur y Vance(1993) describieron la empatía como “un modo de cuidado”, añadiendo que “la empatía no es para aquellos que están post-operados o felices... La empatía es para aquellos que necesitan de ayuda a están

sufriendo o luchando de alguna manera”. Asimismo, Shamasundar(1999) sugirió que la intensidad de la resonancia empática es más profunda para estados negativos, tales como tristeza, ira y hostilidad. Estas descripciones muestran la importancia de la empatía en situaciones en que otros sufren o padecen tristeza. Por lo tanto, es evidente la importancia de las relaciones empáticas en los encuentros con pacientes.³

I.1.3. Definición de Empatía en la atención del paciente

Varios autores han tratado de describir el concepto de empatía relacionada al cuidado del paciente. Baron-Cohen(2003) menciona a la empatía como “derivada de un deseo natural de interesarse por otros”. Gianakos(1996) como “la habilidad de los médicos para imaginar que son el paciente que ha acudido a ellos por ayuda”. Greenson(1967) la describe: “Yo tengo que permitir que una parte de mí se convierta en el paciente, yo tengo que pasar por su experiencia *como si yo fuera el paciente*”.³

Sir William Osler(1932) mencionaba: “Es tan importante conocer qué tipo de hombre tiene la enfermedad, como lo es conocer qué clase de enfermedad tiene el hombre”. Hojat y col(2003) propuso la siguiente definición: La empatía es un atributo predominantemente *cognitivo*(en lugar de emocional) que involucra un *entendimiento*(en lugar de sentimiento) de las experiencias, inquietudes y perspectivas del paciente, combinado con una capacidad de *comunicar* este entendimiento.³

I.1.4.- Origen de la empatía

El *origen* de la empatía lo explica la Biología evolucionista apelando a su valor adaptativo. Para que la vida de los grupos funcione de una manera organizada, debe existir algún tipo de comunicación entre sus miembros. El desarrollo de la vida del grupo está constituido por un conjunto de acciones que garantizan la supervivencia. Para que se consigan ambos objetivos debe haber algún tipo de comunicación entre los miembros del grupo. La comunicación empática, es decir, la transmisión y comunicación de los estados emocionales entre organismos, es condición necesaria para que se alcancen estos dos objetivos.⁶

De una parte, genera patrones de comportamiento que refuerzan la vida del grupo; y de otra, aumenta las posibilidades de supervivencia, tanto individual como social, en la medida que aumenta la cohesión grupal frente a los peligros externos.⁶

Aun reconociendo la diferencia *cualitativa* entre los animales y el hombre, también se debe tener en cuenta nuestro engarce con el reino animal. De ahí que, con las debidas precauciones y correcciones, se pueda predicar este mismo esquema dentro del campo de la evolución biocultural del hombre. Por ello se puede hablar de la existencia de patrones innatos de comportamiento, que fundamentan la empatía humana. Y, desde este supuesto, afirmar que la empatía es un rasgo constitutivo de la naturaleza humana.⁴

Freud habla de los conceptos de Empatía e identificación (En Stracheys, J., Freud, S., The Standard Edition of the complete Psychological Works, 1953, London, HogarthPress).⁶

Según Freud el “animal humano” tiene el afán de identificarse para construir su estructura personal, ello, yo y super-yo, con el fin de evitar la ansiedad que le ocasiona no tener desarrollada la personalidad. Este proceso resulta más fácil, al modelar nuestra conducta en comparación con la de algún otro. Freud afirma que el éxito de nuestras identificaciones durante la infancia, ayuda al individuo a adquirir un sentido de su propia identidad. Además completa esta idea diciendo que esta identificación puede ser *sana* (cuando se alcanza el punto de vista de la otra persona, haciéndose más cooperativa y armoniosa la relación con los otros) o *patológica*, ya sea debido a que el propio yo quede absorbido en el ajeno o, por el contrario, a que el sujeto no pueda abandonar su rígido campo de referencia, temiendo que la proximidad a los otros pueda dañarle.⁶

La Identificación consta de tres elementos: *Introyección*(residuo del animal del que procede el hombre, por el cual se tiene la necesidad de poseer lo demás), *Imitación*(por poseer y por parecerse a los demás) y *Regresión*(capacidad de identificarse con contemporáneos, así como con aquellos que hayan significado algo en nuestra vida. Identificación retroactiva).⁶

La comprensión psicológica de la empatía, propuesta por Reik, el cual en su obra (Reik, T., Listening with the thir dear, 1949, Nueva York, Farrar, Strauss & Co.), pretendía investigar el proceso del subconsciente del propio psicoanalista, basándose en los pensamientos de Nietzsche, y la cualidad del psicoanalista de comprender a los pacientes. Apunta que la peculiaridad de la voz o de la mirada en numerosas ocasiones nos revela más que las palabras.⁶

Reik establece una serie de fases en el proceso empático:⁶

a. Identificación: fase ya tratada por Freud y en la que mediante la relajación de nuestro control consciente, podemos llegar a ser absorbidos en la contemplación de la otra persona y de sus experiencias, perdiendo así la consciencia de nuestro yo, nos proyectamos dentro del otro y experimentamos lo que el otro siente.

b. Incorporación: esta fase resulta en ocasiones difícil de separar de la anterior; en ella, incorporamos al otro en nuestro interior y asumimos sus experiencias como nuestras.

c. Reverberación: supone saber lo que significa lo que estamos sintiendo, para lo cual comienza a interactuar nuestro yo con el yo interiorizado.

d. Separación: este concepto se relaciona, como mencionábamos anteriormente, con el concepto antropológico de la empatía; así, una vez realizado todo el proceso anterior, nos separamos de nuestras implicaciones y usamos la razón, ganando distancia psíquica y social, permitiéndonos realizar un análisis objetivo.

I.1.5.- Neuronas espejo

Conjunto de neuronas que controla nuestros movimientos y, además, responde de forma específica a los movimientos e intenciones de movimiento de otros sujetos. Estas neuronas no sólo responden a los movimientos de otros, sino que participan en la generación de nuestros propios movimientos, y tienen respuestas que se han denominado bimodales: visuales y motoras. Fueron descubiertas originalmente por el neurocientífico Giacomo Rizzolatti y sus colaboradores a principios del decenio de 1990, a nivel de la corteza motora de los primates superiores, en la Universidad de Parma, en Italia. Posteriormente, su existencia ha sido demostrada en otros animales y se tienen evidencias por Marco Iacoboni y otros neurocientíficos, en la Universidad de California Los Ángeles, de que en el ser humano constituyen un complejo sistema neuronal que participa de forma muy importante en la capacidad que tenemos para reconocer los actos de los otros, identificarnos con ellos y, eventualmente, imitarles, razón por la cual se les ha denominado “neuronas espejo”.⁷

Estas neuronas resultan sorprendentes, ya que rompen con las categorías tradicionales con las que se ha clasificado a los diferentes tipos de neuronas; no son ni puramente motoras ni puramente sensoriales, sino ambas a la vez. De hecho, parte de la idea que se tiene hoy es que justamente por tener este carácter dual, éstas juegan un papel muy importante en la capacidad de los primates y del ser humano para comprender de forma casi inmediata los movimientos, acciones y, eventualmente, las intenciones de otros sujetos. El cerebro que actúa es un cerebro que comprende. Se trata, como han establecido Rizzolatti y sus colaboradores, de una comprensión pragmática, preconceptual y prelingüística. “Vemos porque actuamos, y podemos actuar precisamente porque vemos”.⁷

El desarrollo de la neurofisiología ha permitido entender que cuando observamos un objeto, independientemente de los procesos cognitivos lingüísticos que nos permiten identificarlo, se desarrollan en áreas de asociación de las regiones parietales (circunvolución parietal inferior –área 40 de Brodmann– con conexiones a regiones premotoras) una serie de procesos de análisis relacionados con la capacidad del organismo de alcanzar tal objeto. Es decir, la percepción de un objeto comporta el análisis de las propiedades que nos permiten interactuar con dicho objeto. Se trata de un análisis que permite definir las oportunidades prácticas que el objeto ofrece al organismo. “El objeto percibido aparece inmediatamente codificado como un conjunto determinado de hipótesis de acción”. A su vez, estas regiones proyectan hacia las áreas de la corteza premotora (circunvolución frontal inferior–área 44 de Brodmann) donde las neuronas responden ante la ejecución de actos motores específicos.⁷

Este mecanismo cerebral conocido como sistema de neuronas espejo, sirve como un puente que se relaciona con el entendimiento de las acciones de alguien más y es considerado como la base neural de la cognición social. Con estos nuevos estudios se sugiere la posibilidad de que, en el futuro, la empatía pudiera ser definida en términos neuroanatómicos y ser medida mediante indicadores fisiológicos.³

I.1.6.- Empatía y Simpatía

Al hablar de empatía surge la palabra simpatía que por años se ha llegado a confundir, y aunque guardan una estrecha relación el enfoque es diferente y reflejan diferentes cualidades humanas que tienen influencias medibles distintas sobre la conducta profesional del médico. Tanto la empatía como la simpatía son componentes importantes de las relaciones interpersonales. La simpatía se deriva del griego *sym*(estar con) y *phathos*(sufrimiento, dolor), siendo la capacidad de percibir y compartir, o acompañar emocionalmente, los estados mentales ajenos(Hume).⁸

La característica clave de la empatía es la preponderancia del procesamiento de información cognitiva, alude especialmente a la capacidad de reconocer las creencias ajenas y sus necesidades y sentimientos, incluso si uno no los comparte, si a uno no lo movilizan psicológicamente o si uno emplea ese conocimiento precisamente para manipular el comportamiento ajeno, que la distingue del procesamiento mental predominantemente emocional involucrado en la simpatía.⁸ La empatía es un atributo intelectual, mientras que la simpatía es un estado emocional de la mente.³

En el área clínica, la empatía implica un esfuerzo de entender las experiencias del paciente sin participar en ellas, mientras que la simpatía involucra sentimientos, que no requieren esfuerzo para compartir o ser partícipe del dolor y sufrimiento del paciente.³

La empatía como respuesta cognitiva se caracteriza por un estado inhibitorio conservador de energía en la rama parasimpática del proceso regulador neurológico. Sin embargo, la simpatía como reacción emocional se caracteriza por un estado excitatorio consumidor de energía relacionado con el proceso regulador neurológico simpático.³

La distinción entre simpatía y empatía tiene implicaciones para la relación médico-paciente, debido a que compartir las emociones del paciente, característica clave de la simpatía, puede impedir el buen resultado clínico. Por esto, la simpatía debe ser restringida en situaciones clínicas, mientras que la empatía no requiere ser limitada, pues se ha demostrado que cuanto más empática es la relación, tanto mejor será el resultado clínico.³

I.1.7.- Escala de Empatía Médica de Jefferson

El concepto de empatía ha sido bien discutido en la literatura que habla sobre el cuidado de la salud, sin embargo, profesionales de la salud siguen esperando investigaciones empíricas que involucren este mismo tema. Una de las razones de esta falta de información es la carencia de un instrumento psicométrico contundente para operacionalizar el concepto de empatía, pues aunque se han desarrollado numerosos para la medición de esta, ninguno era utilizado para medir la empatía en estudiantes y profesionales de la salud. En respuesta a la necesidad de operacionalizar la empatía en el ámbito de la salud, fue desarrollada la Escala de Empatía Médica de Jefferson en el Jefferson Medical College de Thomas Jefferson University de Philadelphia por

el Center for Research in Medical Education and HealthCare, dirigido por Mohammadreza Hojat y sus colegas. Esta fue traducida y validada al español por un estudio realizado en México, EEMJ por Alcorta-Garza y cols.(2005).³

La Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) fue construida en base a una extensa revisión de literatura, siguiendo estudios pilotos con grupos de estudiantes de medicina, residentes y profesionales en práctica. El primer paso fue el desarrollo de un marco conceptual para comprender y definir el concepto de empatía, mediante la recolección de experiencias subjetivas de pacientes y sus familias, que involucra desde la relación interpersonal hasta la comunicación no verbal.³

La versión final de la escala define el concepto multidimensional de la empatía incluyendo 3 factores: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para “ponerse en los zapatos del paciente”. La EEMJ incluye 20 ítems, donde para balancear la puntuación se cuenta con 10 elementos positivamente y los otros 10, negativamente. Los elementos redactados positivamente son calificados según su peso Likert, medidos en una escala de 7 puntos(1: totalmente desacuerdo y 7: totalmente de acuerdo), mientras que los elementos redactados negativamente son calificados inversamente (7: totalmente desacuerdo y 1: totalmente de acuerdo). Los puntajes de la EEMJ pueden fluctuar entre un mínimo de 20 a un máximo de 140; mientras más alto sea el puntaje, más empática la orientación del individuo.³

Estudios que comparan la EEMJ con otro instrumento que mide la empatía como el IRI (Interpersonal Reactivity Index), demuestran que la EEMJ es el único instrumento que mide la orientación empática en todas sus dimensiones con factores que son relevantes para situaciones que involucren el cuidado de pacientes. La EEMJ ha sido aplicada en diversos estudios, entre ellos: Relación entre el género con la especialidad del médico (Hojat y cols. 2002); medición de la empatía en los diferentes años de carrera en medicina (Mangione y cols. 2002); medición de la disminución de la empatía durante los años de estudio en escuelas de medicina (Hojat y cols. 2004); midiendo la orientación empática de estudiante de Odontología (Sherman y Cramer, 2005) y Enfermeras (Hojat y cols. 2003).³

En América Latina ha sido incorporada en la validación y medición de la empatía en México en estudiantes de medicina (Alcorta-Garza y cols. 2005 y Novelo, 2010). En Chile ha sido empleada en la medición de empatía de estudiantes de Kinesiología en la Región Metropolitana (Castañeda y Parraguez, 2006), dos estudios en la estudiantes de medicina (Carvajal y cols. 2004, Junge y Navarrete, 2003); Venezuela (Delgado, 2005, Delgado, 2010); Perú (Ubillús, 2010), entre otros.

I.1.8.- Empatía en relación a Género y Especialidad

A pesar de que en estudios iniciales como el de Block(1976) no se encontraban diferencias entre hombres y mujeres en su nivel de empatía, cuando Hoffman (1977) separó las medidas de empatía cognitiva y afectiva encontró que las

mujeres tendían a puntuar más alto que los hombres en empatía afectiva pero no en la cognitiva.⁹

Se dice que en la escuela de medicina y en la práctica médica las mujeres tienden a ser más empáticas que los hombres.¹⁰ Estudios empíricos han informado que las mujeres con frecuencia sobrepasan a los varones en las medidas de empatía(Hojat y col 2002, Delgado 2005, Sánchez y col 2010, Ubillús y col 2010, Moreto y col 2011).

Aunque la mayoría de las diferencias de género han sido atribuidas al aprendizaje social y la adaptación de roles, estudios recientes de imágenes cerebrales sugieren que algunas diferencias podrían estar programadas: es decir, más allá del aprendizaje social. Al mencionar que se atribuye al aprendizaje social nos referimos al rol que se tiene que realizar ante la sociedad, exhibiendo típicamente la mujer comportamientos descritos como *comunales*(ej. Sensibilidad social, cuidado, cordialidad), mientras que los hombres tienden a manifestar comportamientos descritos como *egocéntricos*(ej. Controladores, independientes, dominantes).³

Una revisión metaanalítica de la literatura revela que, en general, los varones tenían mayor probabilidad que las mujeres de ayudar y estas estaban más inclinadas a recibir ayuda. Sin embargo, las mujeres han estado históricamente más inclinadas que los hombres a poner las necesidades de otros, en especial las de sus hijos, antes de las propias, y están más orientadas hacia el cuidado.

Darwin en su libro *El Origen del Hombre* remarca este comportamiento, mencionando que las mujeres exhiben mayor ternura en las relaciones sociales que los varones, y debido a sus instintos maternales, es probable que su ternura hacia sus hijos se extienda hacia otros y este fenómeno es una indicación de la motivación intrínseca que induce a las mujeres hacia el cuidado y contribuye a las diferencias de sexo en la empatía.³

Un estudio de Hojat y col(2005), con estudiantes de medicina, mostró que las puntuaciones más altas en la EEMJ estaban relacionadas con mayores niveles de satisfacción autoinformada en la relación temprana con la madre, pero no con el padre. Así estos eran predictores de una autoestima más alta, mejores relaciones con compañeros, menos soledad, depresión y ansiedad, y más resiliencia ante eventos estresantes de la vida.³

Con estos descubrimientos, podríamos decir que no solo la neuroanatomía sino, la calidad de las relaciones interpersonales de la vida temprana(cuidador primario) de los médicos pueden ser un precursor de la empatía en la edad adulta.³

Al medir la empatía en la población médica resulta que los médicos de las especialidades “orientadas al paciente”, como los de Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina de Urgencia, Psiquiatría y subespecialidades médicas correspondientes, obtienen puntajes de empatía más altos que los médicos de las especialidades “orientadas a la tecnología”, como los de Anestesiología, Radiología, Patología, Cirugía y

subespecialidades quirúrgicas.¹⁰ Estudios sobre empatía médica han sido realizados por el grupo de investigación de Hojat M. y cols. (2002), concluyendo que aquellos médicos cuya especialidad implicaba un vínculo con el paciente obtenían puntajes mayores de empatía que aquellos dedicados a trabajar con tecnologías, como radiólogos, anestesistas, neurocirujanos y cirujanos cardiovasculares.¹¹

Habría que estudiar si las diferencias en las calificaciones de empatía entre médicos de diferentes especialidades son resultado de un énfasis diferente en el entrenamiento de habilidades interpersonales de los residentes en psiquiatría, medicina familiar, y medicina interna contra las especialidades orientadas a los procedimientos, o si son un función de cualidades personales formadas antes de que los estudiantes ingresen a la escuela de medicina, como lo encontró Hojat y col(2005), en un estudio con estudiantes de medicina de recién ingreso, donde se le encuestó sobre la especialidad a elegir antes de tener contacto con materias y prácticas médicas, encontrando que los que presentaban elección por especialidades orientadas al paciente obtuvieron mayor puntaje de empatía en la EEMJ.³

Pues se ha visto que en algunas actividades de asistencia y programas de residencia de algunas escuelas de medicina, tales como medicina familiar, medicina interna, pediatría, psiquiatría, se pone más énfasis en el entrenamiento de habilidades interpersonales y relaciones médico-paciente. De esta manera, podría esperarse que se desarrollara una orientación empática más fuerte entre individuos sujetos a tal entrenamiento.³

Resulta interesante que el patrón de reclamos por negligencia contra médicos de diferentes especialidades sea consistente con descubrimientos de investigaciones sobre la empatía entre médicos de diferentes especialidades. En un estudio a gran escala con 12,829 médicos, las siguientes especialidades experimentaron las tasas más altas de reclamos por negligencia: neurocirujanos, cirujanos ortopedistas, obstetras y ginecólogos, cirujanos generales y anesthesiólogos. Las tasas más bajas ocurrieron entre especialistas en psiquiatría, pediatría y medicina interna. Los especialistas que tuvieron menores tasas de reclamos por negligencia en ese estudio son los que tienen mayor calificación en empatía en diversos estudios.³

I.1.9.- Empatía basada en evidencia

Como ya se ha mencionado, la empatía es un factor importante en la relación médico-paciente. Diversos estudios han demostrado la respuesta de los pacientes al haber mayor empatía durante las consultas. Canales y colaboradores(2012) realizaron un estudio en pacientes diabéticos junto con su médicos tratantes donde se observó que los diabéticos asignados a los médicos con puntuaciones más altas presentaron una tasa de complicaciones metabólicas agudas menor que los asignados a los otros grupos de médicos. Y por otro lado el riesgo de complicaciones metabólicas fue en un 70% mayor para los pacientes mayores de 69 años de edad.¹²

Hojat(2011) marca de manera similar este comportamiento agregando el control de niveles de colesterol en los pacientes y menciona que “estos descubrimientos, si se confirman en una investigación a mayor escala, sugiere que la empatía debería ser contemplada como un componente esencial de la competencia de un médico”.¹³

Robert Smith e Issidoros Sarinopoulos(Diciembre, 2012) realizaron una investigación que llamó Sarinopoulos como “el primer estudio que ha analizado la relación centrada en el paciente desde un punto de vista neurológico”. Donde se tomo a dos grupos de estudio, los cuales fueron entrevistados por médicos antes de la realización de un escáner cerebral. En uno de los grupo los médicos trataban cualquier preocupación que los paciente pudieran tener sobre el escáner y sobre problemas personales Al otro grupo solo preguntas sobre información clínica.¹⁴

Después fueron colocados en el escáner y les dieron una serie de descargas eléctricas leves, mientras miraban la foto del médico que, supuestamente, estaba supervisando el procedimiento. Este escáner media la actividad en la ínsula anterior, (parte del cerebro donde se tiene consciencia del dolor). Los resultados encontrados fueron que las pacientes entrevistadas por el médicos empático mostraron menos actividad al observar una foto de éste así como menor grado de dolor, a diferencia del otro grupo donde se observó todo lo contrario.¹⁴

Y aunque el estudio fue de una muestra pequeña Sarinopoulos menciona “Tenemos que hacer más investigaciones para entender este mecanismo, pero esto es un buen primer paso que pone un poco de peso científico detrás del caso de la empatía con los pacientes, llegando a conocerlos y generar confianza”.¹⁴

I.1.10.- Comunicación médico-paciente

Para dar la importancia de la comunicación en la relación médico paciente, se identifica que uno de los aspectos de mayor interés para el enfermo es que el médico demuestre estar interesado por él, que utilice palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, transmita tranquilidad, aconseje al paciente pero que le permita ser él quien decida, que tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que el médico considere su opinión acerca del tratamiento. Tates coincide en que una de las mayores necesidades del paciente es ser entendido y conocido, esto es: que una de las mayores cualidades del médico debe ser su conducta afectiva que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes, y aunque se señala que una explicación de la falta de estas cualidades se puede encontrar en la asimetría cultural entre el médico y el paciente, lo cierto es que, como también señala Fones, las cualidades humanísticas del médico, parecen ser muy valoradas por los pacientes y la comunicación como parte de ellas.¹⁵

Siendo el escuchar en forma activa, una de ellas, haciéndolo con una concentración intensa y total. Escuchar en su totalidad, tanto en la parte verbal como en la no verbal, con afecto, de forma tal que el paciente sienta respuesta

por parte del médico a su petición, tanto física como psicológicamente, y como se ha observado, con esto se obtendrá mayor recuperación del estado de salud del paciente con mejor recuperación de sus molestias y preocupaciones, ya que se obtiene mayor cantidad de datos para la historia clínica, como para el plan de manejo, y en consecuencia la salud emocional del paciente, control del dolor y mejoría en ciertas medidas fisiológicas (presión arterial, glucemia), disminuyendo con esto la necesidad de realizar pruebas diagnósticas o referencias a otros niveles de atención, beneficiando a su vez a las instituciones de salud.¹⁵

I.1.10.1- Características semiológicas del que escucha empáticamente²

Contacto visual:

La mirada debe ser expresiva, mostrar atención, concentración en lo que el paciente relata, interés en lo que dice y deseo de comunicación. La mirada fija, poco expresiva, puede ser atemorizante, del mismo modo que no mirar al paciente puede ser interpretado como falta de interés y deseo de que la consulta termine pronto.

Postura:

De frente al paciente, relajado, con tendencia a acercarse. Se debe transmitir la sensación de que se dispone del tiempo suficiente para escucharlo. La expresión facial debe ser congruente y acompañar la mirada. Las actitudes rígidas, las facies inexpresivas, así como también los movimientos inquietos o la gestualidad inadecuada para el contenido del relato, revelan falta de interés, deseo de irse pronto, ausencia de escucha.

Cualidad verbal:

El tono debe ser audible para el paciente sin necesidad de gritar, se debe modular con claridad para evitar malentendidos, la entonación debe corresponder a lo que se habla.

Contenido verbal:

El paciente debe sentir que el médico lo ha comprendido. Parafrasear y reflejar son técnicas útiles. Lo que el médico diga como síntesis, esclarecimiento o interpretación debe poder diferenciarse de lo que el paciente expresó. Debe dársele al enfermo la oportunidad de plantear dudas y realizar preguntas.

I.1.10.2.- Obstáculos a la escucha empática²

Falta de disposición:

En la enseñanza tradicional de la medicina y durante el ejercicio de ésta, se valora la objetividad y la intelectualidad. La empatía es una técnica que implica

un compromiso afectivo, y es completamente subjetiva, por lo tanto puede ser considerada como “poco científica”.

También es posible que genere el temor de que, al implementarla, el médico no pueda tomar distancia de la emoción y quede atrapado frente al paciente en una posición inadecuada, que lo inhabilitaría para el accionar médico. Todo esto obstaculiza el desarrollo de la empatía.

Dificultad para relajarse y concentrarse plenamente en el paciente:

Esto puede ocurrirles a los profesionales de la salud por estrés laboral, dificultades en la vida personal o por corresponder a estilos de comportamiento particulares.

Las personas con tendencia a la acción, poco reflexivas, inquietas, las muy reprimidas o rígidas, los individuos a quienes les cuesta escuchar al otro, cuando son profesionales de la salud procederán en su tarea con las mismas características que en su vida personal.

Falta de tiempo:

Si la tarea que se le impone al médico supera sus posibilidades concretas, no podrá desarrollar “escuchas empáticas” muy frecuentemente porque para ello se necesita tranquilidad y un tiempo de consulta adecuado.

Ruidos e interrupciones:

También son barreras porque impiden que se genere el clima de calma necesario.

Personalidad del paciente:

Algunos pacientes son reacios a exponerse emocionalmente, otros no pueden hacerlo por las características de su personalidad.

Los enfermos con trastornos psicóticos, si bien pueden evidenciar una emocionalidad de gran intensidad y desborde, no son empatizables porque la psicosis no es co-vivenciable.

Hay que tener en cuenta que despiertan emociones contratransferenciales intensas en el equipo médico, tales como miedo, angustia, desconfianza, enojo.

I.1.10.3.- Modelos de comunicación de Roland:¹⁶

1. **Modelo de las tres funciones del médico:** que consiste en recolectar información, responder a las emociones de su paciente y educar e influenciar la conducta del paciente para su mejor manejo.

2. **El modelo clínico centrado en el paciente:** el cual presupone que la experiencia del enfermo se mueve cada vez más a niveles más abstractos, que se necesita comprender el significado de la enfermedad para el paciente y

también sugiere una comprensión compartida del médico y paciente acerca de los fundamentos comunes del problema y su manejo. Exige del médico que entienda y responda a los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas, así como la relación entre el sufrimiento y la vida del paciente. Dicho modelo implica primero considerar que cada paciente es único, en segundo lugar que el médico debe tener apertura hacia la expresión de sentimientos del paciente, a pesar de que algunos de ellos pueden resultar “conflictivos”, y en tercer lugar, considerar que se debe tener maestría y actitud mental en el proceso de escuchar, para captar las expresiones verbales y no verbales del paciente, así como entender que el trato de persona a persona se basa en la confianza y el compromiso bilateral.

3. El modelo de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente: desarrollado desde la óptica de la terapia familiar y la teoría general de sistemas, considera tres principios: a) que la familia significa el contexto más relevante que puede influir en la salud y la enfermedad, b) que deja de ser válida la ilusión de una díada en la atención médica, para convertirse en un triángulo terapéutico conformado por el médico, el paciente y la familia, en donde esta última es considerada como factor fundamental para obtener buenos resultados y c) que la mayoría de los desórdenes de salud son la resultante de una interacción compleja de múltiples factores y que el paciente se afecta a diferentes niveles y no sólo en el biomédico.

4. El modelo del autoconocimiento del médico: el cual parte del supuesto de que a partir del conocimiento que el médico obtenga de sus propios sentimientos, puede otorgar más poder a sus encuentros clínicos, sin embargo, el autoconocimiento no deberá significarse en un fin en sí mismo, sino servir de medio para ser más acorde con la experiencia del paciente. Como podrá observarse, en todos los modelos se aprecia la importancia de interrelacionarse adecuadamente con el paciente, lo cual requiere una buena capacitación del clínico en habilidades comunicativas para el mejor manejo de esos fenómenos identificados y que pueden suscitarse en su trabajo cotidiano con sus pacientes.

Las habilidades comunicacionales que faciliten la retroalimentación y un tono emocional empático, constituyen elementos indispensables en la relación médico-paciente. Existen reportes de pacientes que indican su sensibilidad, no solo a la información que reciben, sino a la manera que es conducida la consulta. Si la relación es percibida por el paciente como centrada en él, con atención a sus necesidades, con tomas de decisiones compartidas, en un ambiente de empatía y calidez humana las posibilidades de cumplimiento de las prescripciones son mayores.¹⁷

La falta de adherencia terapéutica se observó como factor precipitante en una mala relación médico-paciente, se encontró que la falta de intercambio de información entre el médico y paciente, la falta de comprensión en el diagnóstico y la incompreensión del tratamiento indicado, ocasionan la falta de adherencia terapéutica por parte del paciente. Otros hallazgos, mostraron que las expectativas de los pacientes no se exploraban y que los errores que

culminan en una falta de adherencia al tratamiento parecen estar vinculados a supuestos y conjeturas tanto del médico como del paciente.¹⁵

Si se habla de la satisfacción o insatisfacción que produce una comunicación adecuada, se ha encontrado que si el médico practica una buena comunicación, existe un elevado nivel de satisfacción de los usuarios con su forma de entrevistar y su forma de proporcionar información con la consiguiente insatisfacción del paciente por la mala interacción con su médico. Cuando el médico logra identificar y entender los problemas importantes de sus pacientes, es capaz de generar mayor satisfacción con la atención recibida y es capaz de alcanzar una mayor adherencia al tratamiento, finalmente, el médico incrementa su bienestar por los resultados adecuados en el manejo del paciente, y con esto se da una alta asociación entre la satisfacción del médico con su trabajo y el proceso de comunicación con el paciente.¹⁵

Al revisar los modelos de comunicación en la entrevista médico paciente, Ronald argumenta que la investigación de los últimos decenios evidencia la gran relación que existe entre la comunicación efectiva por parte del médico con la satisfacción del paciente y la satisfacción del propio médico. El aspecto más interesante se refiere a que los médicos en general, tienen poca disposición a escuchar las historias de sus pacientes; sin embargo, tales historias con frecuencia revelan muchos aspectos del sufrimiento humano, posturas corporales, expresiones faciales o cambios en la voz que no podrían ser detectados por las maravillas tecnológicas: Los médicos deben aprender a escuchar con ambos oídos, *lo cual significa escuchar con un oído atentamente la información biomédica y con el otro la información psicosocial del paciente*¹⁶

I.1.11.- Mejora de la empatía

Numerosas han sido las ideas para desarrollar empatía en el médico para una mejor relación con sus pacientes. Hasta ahora ninguna se ha podido demostrar empíricamente, sin embargo se han llevado algunas a la práctica con buenos resultados.

Tal es el caso del Grupo Balint desarrollado por Michael Balint(1957), el cual brinda a los médicos oportunidades para compensar los déficits en comunicación interpersonal y conciencia de los aspectos psicosociales de la enfermedad al reunirse en grupos pequeños de 10 para discutir casos que sienten son difíciles, en particular en los que conciernen a la relación médico-paciente. Las juntas son de 1 ó 2 horas se llevan a cabo cada 1 a 3 semanas durante 1 a 3 años. El formato del grupo no tiene estructura, es abierto, brinda apoyo y se enfoca principalmente en los asuntos de comportamiento, cognitivos y emocionales relacionados a la comunicación entre médico y paciente. Las discusiones son coordinadas por un psicólogo o psicoanalista. Tiene un doble propósito, uno impresionar a los miembros del grupo sobre la importancia de las interacciones médico-paciente e ilustrar las diferencias entre el enfoque orientado al paciente versus el enfoque orientado a la enfermedad en la comunicación médico-paciente.

I.2. Grado académico

Un grado académico es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios. Sin embargo, esta denominación suele utilizarse para denominar más concretamente a las distinciones de rango universitario, que también se denominan titulación superior o titulación universitaria.

Cada país suele regular de modo independiente el tipo de titulaciones y la forma de adquirirlas. Cada centro educativo posee asimismo su propio catálogo de titulaciones académicas.

I.2.1 Estudios Universitarios

Las primeras universidades europeas fueron fundadas en los siglos XII y XIII. La enseñanza la llevaban a cabo, como en otras profesiones, personas debidamente calificadas.

Los candidatos que completaban tres o cuatro años de estudio de los textos prescritos en el trivium (gramática, retórica y lógica), y que pasaban los exámenes conducidos por sus maestros, obtenían el grado de bachiller. Un grado era entonces un paso en el camino de convertirse en un maestro calificado - de ahí la palabra "graduado", basada en el Latín gradus ("paso").

Hoy en día los términos maestro, doctor y profesor significan niveles diferentes de logro académico, pero inicialmente fueron equivalentes. La Universidad de Bolonia, considerada la más antigua de Europa, fue la primera institución en otorgar el título de Doctor en Derecho Civil en los últimos años del siglo XII; también otorgaba grados similares en otras materias, incluyendo la medicina. Nótese que hoy en día solamente en medicina se aplica el término de doctor para los estudiantes que han completado su primer nivel de formación académica, eso considerando que el título original (M.D.) significa "Doctor en Medicina", y viene del latín docere ("enseñar").

La Universidad de París usó el término máster para sus graduados, práctica que fue adoptada por las universidades inglesas de Oxford y Cambridge.

Los nombres de los grados eventualmente se vincularon con las materias estudiadas. Los escolares de las facultades de artes o gramática eran conocidos como maestros, pero aquellos en filosofía, medicina y leyes eran conocidos como doctores. El grado de doctor asumió una posición mayor que la del grado de maestro, ya que el estudio de las artes o de la gramática era un requisito necesario para estudiar filosofía, medicina y leyes. Esto condujo a la jerarquía moderna en la cual el título de Doctor en Filosofía (Ph.D) es un grado más avanzado que el de Maestro en Artes (M.A.). La práctica de utilizar el término doctor para todos los grados avanzados se desarrolló en las universidades alemanas y se extendió por todo el mundo.

Estudios por países

Cada país suele regular de modo independiente el tipo de titulaciones y la forma de adquirirlas. Cada centro educativo posee asimismo su propio catálogo de titulaciones académicas.

En Europa se está dando un proceso de homogeneización de las titulaciones en el marco del proceso de Bolonia, asemejándolas en su duración y denominación a las existentes en el Reino Unido y en los Estado Unidos. Ello ha dado lugar a una estructura de titulaciones compuesta por tres niveles:

- Grado
- Máster
- Doctorado

Los estudios conducentes al Grado se denominan "estudios de pregrado", y los de máster y doctorado "estudios de posgrado". Por regla general, para acceder a estudios de posgrado, es necesario haber cumplido estudios de pregrado.

Cuando en una misma rama existen dos grados académicos, normalmente dotan a los egresados de atribuciones profesionales distintas, quedando reservadas algunas de ellas a aquellos que han obtenido el título más avanzado.

Para regular el reconocimiento de los estudios de un país a otro, el Consejo de Europa propició la firma del Convenio de Reconocimiento de Lisboa, firmado por la inmensa mayoría de países europeos, a los que se unieron algunos otros.

México

La educación superior presenta dos modalidades:

- Normal: Se accede con el bachillerato concluido.
- Universitaria: Se accede con el bachillerato concluido.

Al terminar se obtiene una licenciatura similar a de otros países, el cual puede ser licenciatura en ingeniería, arquitectura, etc.

De ahí sigue el postgrado: maestría (2 años) y al terminar el doctorado (mínimo 3 años) con la misma equivalencia a otros países.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

II.1 Argumentación.

La importancia de construir y mantener la empatía en la relación médico-paciente es innegable para cualquier especialidad médica, pero quizás de mayor relevancia para el médico familiar, ya que es significativo y primordial, pues forma parte de la comunicación siendo básica, y considerándose como una herramienta indispensable para el trabajo del médico familiar, debido a que hasta 40% de la eficacia del tratamiento se explica con una buena relación médico-paciente.

Sin embargo, aunque en la literatura médica se describe información de diversos aspectos relacionados con la empatía, en instituciones públicas, poco se investiga a este respecto, así como la comparación con disminución o aumento de la misma según el grado académico, lo cual trae consigo falta de información que de posibilidad a establecer acciones para mejorar estos aspectos. Es así como el Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez", al no contar con dicha información, se establece el siguiente cuestionamiento:

II.2 Pregunta de Investigación.

¿Cuál es el comportamiento de la empatía médica según el grado académico en el personal médico del Hospital General de Ecatepec "Dr. José Ma. Rodríguez"?

III. JUSTIFICACIONES.

III.1 Académica.

La Medicina es una profesión al servicio del ser humano. Cultivar los valores humanos en general, y desarrollar las habilidades interpersonales y la empatía en particular, son elementos fundamentales para bien ejercer la profesión médica.

Estudios realizados encontraron que existe la presencia de una transformación drástica en el estudiante de medicina durante su formación. Siendo en los primeros años, la mayoría entusiastas e idealistas por ser médicos, y se muestran más sensibles con el sufrimiento del paciente y al pasar los años, se inicia un proceso de “deshumanización”, donde el paciente ocupa un papel secundario en la práctica médica.

La información técnica a ser transmitida es tanta, que apenas se dispone de tiempo para abordar la relación médico paciente. Se impone, por tanto, pensar en un proceso de rehumanización donde se pueda resguardar y mejorar la empatía en los futuros médicos.

III.2 Científica.

Cabe la necesidad de mejorar las capacidades comunicativas del médico, demostrando la importancia de implementar estudios complementarios que sirvan para identificar las áreas o dimensiones de la comunicación en las cuales el médico debe ser competente y de esta forma logre una comunicación más efectiva con su paciente, la familia y el equipo de salud.¹⁵

III.3 Social.

Estudios han demostrado la importancia de la empatía del médico con el paciente, observando una relación entre insatisfacción del paciente y quejas por mala práctica vinculándola con dificultades en la comunicación médico-paciente. En México esta situación se evidencia por las demandas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, donde las estadísticas encontradas arrojan que está dentro de los tres primeros motivos de quejas a nivel Nacional la mala relación médico-paciente, esto relacionándolo a la pérdida de empatía entre estos.¹⁸

A nivel Estado de México se observa un 9% de quejas relacionadas a mala relación médico-paciente, 16% en la Jurisdicción del municipio de Ecatepec y en el Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez” 8.5% de los pacientes manifestaron sentirse insatisfechos con la atención, siendo el servicio de Urgencias quien arrojo mayor número de quejas con un 27.7% del total.

El estudiar la empatía en el área medica es con la finalidad de una mejor atención al paciente, con resultados tales como mejor apego al tratamiento, mejor control de sintomatologías, control de resultados de laboratorio, y disminución de la tensión arterial, y en gran parte mejoría de su desequilibrio

emocional que llegase a presentar, recordando al paciente como un individuo biopsicosocial, aunado a esto mayor satisfacción por parte del personal de la salud, al ver uno de sus logros cumplidos, como lo es el control o en el mejor de los casos la cura del paciente.¹⁵

III.4 Económica.

Teniendo una buena empatía del médico hacia el paciente se logrará mayor recuperación del estado de salud del paciente con mejor recuperación de sus molestias y preocupaciones, ya que se obtiene mayor cantidad de datos para la historia clínica, como para el plan de manejo, y en consecuencia la salud emocional del paciente, control del dolor y mejoría en ciertas medidas fisiológicas (disminución de tensión arterial y/o glucosa), disminuyendo con esto la necesidad de realizar pruebas diagnósticas o referencias a otros niveles de atención, beneficiando a su vez a las instituciones de salud.

IV. HIPÓTESIS

En el personal Médico del Hospital General de Ecatepec, “Dr. José Ma. Rodríguez”, la empatía médica se deteriora de los 10 años de ejercicio profesional en adelante y se relaciona de manera directa con la obtención de mayores grados académicos.

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de Observación.

El personal Médico del Hospital General de Ecatepec, “Dr. José Ma. Rodríguez”

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

La empatía médica

IV.1.2.2 Independientes.

Grados académicos

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

En, se deteriora de los 10 años de ejercicio profesional en adelante y se relaciona de manera directa con la obtención de mayores

V. OBJETIVOS

V.1 General.

Determinar la empatía médica según grado académico en el personal médico del Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”

V.2 Específicos.

- Determinar la empatía en los Médicos Internos de Pregrado por género
- Determinar la empatía en los Médicos Residentes por género
- Determinar la empatía de acuerdo a especialidad y género en Médicos Residentes
- Determinar la empatía de acuerdo a año académico cursado de la especialidad en Médicos Residentes
- Determinar la empatía en los Médicos Adscritos por género
- Determinar la empatía de acuerdo a especialidad y género en Médicos Adscritos

VI. MÉTODO.

VI.1 Tipo de estudio.

Observacional, Transversal, Descriptivo,

VI.2. Diseño del estudio.

A cada una de las unidades de observación se les aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson, para de esta forma cumplir con los objetivos planteados.

VI.3 Operacionalización de variables.

| VARIABLE | DEFINICIÓN TEÓRICA | DEFINICIÓN OPERACIONAL | NIVEL DE MEDICIÓN | INDICADORES | ITEM |
|----------------------------|---|---|---------------------|---|---------|
| Empatía | Habilidad cognitiva de una persona para comprender el universo emocional de otra. | De acuerdo a la Escala de Empatía Médica de Jefferson y para interpretación de resultados, se considera que se es más empático a mayor puntaje obtenido. | Cualitativa nominal | A mayor puntaje, mayor empatía, manejando la escala un rango superior de 140 y un inferior de 20, donde se habla de deterioro. | 1 al 20 |
| Grado académico | Distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios. | Nivel alcanzado de acuerdo a los años de estudio durante la carrera de Medicina, así como especialidad. | Cualitativa ordinal | Médico Interno de Pregrado, Médico Residente de 1ro, 2do, 3er y 4to año y Médico Adscrito. | - |
| Médico Interno de Pregrado | Alumno que ha acreditado los ciclos académicos del plan de estudios de la Institución Educativa que procede y se incorpora como becario a las unidades hospitalarias del Sector Salud convenidas para su educación y adiestramiento. | Alumno que ha acreditado los ciclos académicos del plan de estudios de la Institución Educativa que procede y se incorpora como becario al Hospital General de Ecatepec "Dr. José Ma. Rodríguez". | Cualitativa ordinal | 12 meses | - |
| Médico residente | Aquel que realiza un conjunto de actividades en un periodo de adiestramiento, para realizar estudios y prácticas de posgrado respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una unidad médica receptora de residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones | Profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese al Hospital General de Ecatepec "Dr. José Ma. Rodríguez", para cumplir con una residencia. | Cualitativa ordinal | Anestesiología (1ro, 2do y 3er año) Medicina Familiar (1ro, 2do y 3er año) Medicina interna (1ro, 2do, 3ro y 4to año) Ginecología y Obstetricia (1ro, 2do, 3ro y 4to año) Pediatría (1ro, 2do y 3er año). | - |

| | | | | | |
|-----------------|--|--|---------------------|--|---|
| | académicas respectivas. | | | | |
| Médico adscrito | Profesional de la Medicina que ha realizado estudios y prácticas de posgrado en una disciplina específica del campo de la salud, que tenga un cuerpo de conocimientos, metodología, técnicas, instrumentos y un campo de investigación propios, y que ha cumplido los requisitos académicos de egreso de instituciones educativas y de salud reconocidas oficialmente. | Profesional de la Medicina que ha realizado estudios y prácticas de posgrado en una disciplina específica del campo de la salud, que tenga un cuerpo de conocimientos, metodología, técnicas, instrumentos y un campo de investigación propios, y que ha cumplido los requisitos académicos de egreso de instituciones educativas y de salud reconocidas oficialmente, que labora en el Hospital General de Ecatepec "Dr. José Ma. Rodríguez". | Cualitativa nominal | Anestesiología, Cirugía, Epidemiología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Oftalmología, Pediatría, Radiología y Urgencias | - |

VI.4 Universo de Trabajo.

81 médicos del Hospital General Dr. José Ma. Rodríguez,

VI.4.1 Criterios de inclusión.

- Sujetos de cualquier edad
- Sujetos de cualquier género
- Sujetos con grado de Médico Adscrito de cualquier especialidad y turno
- Sujetos con grado de Médico Residente de cualquier especialidad que lleve cursado un periodo mayor de 6 meses
- Sujetos con grado de Médico Interno de Pregrado que lleve cursado un periodo mayor a 6 meses
- Sujetos que laboren en el Hospital General de Ecatepec "Dr. José Ma. Rodríguez"
- Sujetos que acepten participar

VI.4.2 Criterios de exclusión.

- Sujetos con problemas de toxicomanías
- Sujetos con problemas de alcoholismo
- Sujetos con padecimientos psiquiátricos

VI.4.3 Criterios de eliminación.

- Encuesta con falta de respuesta del 20% de los reactivos

VI.5. Instrumento de Investigación.

Escala de Empatía Médica de Jefferson traducida al español, versión "S".

VI.5.1 Descripción

Incluye 20 ítems, donde para balancear la puntuación se cuenta con 10 elementos positivamente y los otros 10, negativamente. Los elementos redactados positivamente son calificados según su peso Likert, medidos en una escala de 7 puntos(1: totalmente desacuerdo y 7: totalmente de acuerdo), mientras que los elementos redactados negativamente son calificados inversamente (7: totalmente desacuerdo y 1: totalmente de acuerdo). Los puntajes de la EEMJ pueden fluctuar entre un mínimo de 20 a un máximo de 140; mientras más alto sea el puntaje, más empática la orientación del individuo.^{19, 3}

VI.5.2 Validación.

En respuesta a la necesidad de operacionalizar la empatía en el ámbito de la salud, fue desarrollada la Escala de Empatía Médica de Jefferson en el Jefferson Medical College de Thomas Jefferson University de Philadelphia por el Center for Research in Medical Education and HealthCare, dirigido por Mohammadreza Hojat y sus colegas. Esta fue traducida y validada al español por un estudio realizado en México, EEMJ por Alcorta-Garza y cols.(2005).³

VI.5.3 Aplicación.

Se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson a 81 médicos de los tres grupos(médicos adscritos, médicos residentes y médicos internos de pregrado).

VI.6 Desarrollo del proyecto.

El estudio se realizó en el Hospital General de Ecatepec “Dr. José Ma. Rodríguez”.

Se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson a la muestra calculada de médicos.

Los datos obtenidos se agruparon según grado académico en médicos adscritos, médicos residentes y médicos internos de pregrado; género y especialidad, así como promedio obtenido de acuerdo al puntaje de la escala.

Se vació la información en el programa de Microsoft ExcelXP para el cálculo estadístico de la misma.

VI.7 Límite de espacio.

El presente estudio se realizó en el Hospital General de Ecatepec “Dr. José Ma. Rodríguez”.

VI.8 Límite de tiempo.

Se llevó a cabo apartir del mes de Febrero del año 2012 al mes de Febrero del 2013.

VI.9 Diseño de análisis.

El tipo de análisis que se realizó fue descriptivo, utilizando proporciones, desviación estándar. Los resultados se expresaron en totales y porcentajes.

VII IMPLICACIONES ÉTICAS

La presente investigación se rigió por las declaraciones de la asociación médica mundial de Helsinki(1964), con las modificaciones de Tokio(1975), Venecia(1983), Hong Kong(1989), Somerset West(1996) y de acuerdo a las normas internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos de la OMS.

Por lo que apegado a instrumentos previos, se mantuvo total discreción con respecto a los datos generales y los resultados obtenidos en este trabajo durante todo el proceso de la investigación. Se tomaron en cuenta las normas del reglamento de la Ley Gneral de Salud en Materia de Investigación para la Salud.- Título primero, capítulo único, artículo 3. Título segundo, capítulo I, artículos 13 y 14. Título quinto, capítulo único, artículos 98-100, 102.

Por lo que ninguno de los participantes desde el inicio hasta el término del presente estudio sufrió daño físico ni moral durante el desarrollo de la investigación y en todo momento, garantizando la no maleficencia, el derecho de decisión personal, el respeto al anonimato, el respeto a las garantías y conocimiento del individuo sobre el estudio y su participación en el mismo.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M. C. Adriana Gabriela García Reyes

Directores de tesis: Dra. en Hum. María Luisa Pimentel Ramírez
Ph. D. Mario Enrique Arceo Guzmán

Asesores de tesis: EMF Gonzalo Hernández Magallón

IX.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se estudiaron un total de 81 médicos del Hospital General de Ecatepec "Dr. José Ma. Rodríguez, durante el periodo de estudio. De los cuales 50 fueron hombre (62%) y 31 mujeres (38%).

Del total de la muestra 35 fueron médicos adscritos (43%) de los cuales 8 fueron mujeres (22.8%) y 27 hombres (77.2%), 24 médicos residentes (30%) siendo 12 mujeres (50%) y 12 hombres (50%), por último 22 médicos internos de pregrado (27%) con un total de 11 mujeres (50%) y 11 hombres (50%).

La muestra de médicos internos de pregrado fue de un total de 22 individuos de los cuales 11 fueron mujeres(50%) y 11 fueron hombres(50%).

En la muestra de médicos residentes se estudiaron un total de 5 especialidades, las cuales fueron Anestesiología que conto con 2 médicos(8%) 1 hombre y 1 mujer, Ginecología con 7(29%) 3 hombres y 4 mujeres, Medicina Familiar con 3(13%) 2 hombres y 1 mujer, Medicina Interna con 7(29%) 4 hombres y 3 mujeres, por último Pediatría con 3(21%) 1 hombre y 2 mujeres. Siendo igual la proporción en géneros.

Se estudiaron 9 especialidades en los médicos adscritos con un total de 35 individuos, distribuidos de la siguiente forma: Anestesiología con 2 individuos(6%) 1 hombre y 1 mujer, Cirugía con 6(17%) todos del género masculino, Epidemiología con 3(9%) 2 hombre y 1 mujer, Ginecología con 4(11%) 3 hombre y 1 mujer, Medicina Interna con 6(17%) 4 hombres y 2 mujeres, Oftalmología con 2(6%) 1 hombre y 1 mujer, Pediatría con 7(20%) 6 hombres y 1 mujer, Radiología con 1 solo hombre(3%) y Urgencias con 4(11%) 3 hombres y 1 mujer.

De acuerdo a la distribución del total de la muestra por grado académico y género se observó que el puntaje promedio mayor lo obtuvieron los médicos adscritos (116.03), seguidos de los médicos residentes (113.96) siendo el de menor puntaje promedio los médicos internos (107.05), sin mostrar diferencia significativa entre géneros. Ver Tabla 1 y Gráfica 1.

El puntaje de empatía promedio alcanzado en el total de la muestra fue de 112.98, cuando la Escala de Empatía Médica de Jefferson tiene un máximo puntaje de 140 y un mínimo de 20. El puntaje observado entre géneros no presenta una diferencia significativa, aunque cabe mencionar que fue mayor en hombres (113.84) que en mujeres (111.58). Se obtuvo la mayor frecuencia de sujetos que se encontró entre el rango de 106 a 115 con 23 médicos (28%), una Media de 113 con una Desviación estándar de 16.85, una Mediana de 114, y un rango de puntajes de 56 a 140. Ver Tabla 2.

El puntaje de empatía promedio alcanzado en la muestra de médicos internos de pregrado fue de 107.05, sin mostrar diferencia significativa entre hombre(107.27) y mujer(106.82). Ver Tabla 3 y Gráfica 2.

La muestra total de médicos residentes alcanzó un puntaje promedio de empatía de 113.96, mostrando una leve diferencia entre géneros, siendo mayor en hombres(116.75) que en mujeres(111.17). Ver Tabla 4 y Gráfica 3.

De acuerdo a las puntuaciones promedio de empatía de los médicos residentes de las 5 especialidades se observó que la especialidad de Medicina Familiar obtuvo el puntaje promedio más alto(118.67), seguida de Anestesiología(118), Medicina Interna(117.29), con un puntaje intermedio entre alto y bajo la especialidad de Pediatría(113.2), siendo la especialidad de menor puntaje Ginecología(108). Resaltando un puntaje promedio mayor de empatía significativo en el género femenino en la especialidad de Medicina Familiar y masculino en Anestesiología y Medicina Interna. Ver Tabla 5 y Gráfica 4.

De acuerdo al año académico en la muestra de los médicos residentes se observa en el primer año un promedio de 118.27, disminuyendo en el segundo año(102.43) sin embargo en el tercer año se incrementa significativamente(122.33), aunque en el 4to año disminuye nuevamente(116.67). Ver Tabla 6 y Gráfica 5.

La muestra total de médicos adscritos alcanzo un puntaje promedio de empatía de 116.03, sin mostrar diferencia significativa entre géneros, obteniendo los hombres un puntaje de 115.22 y las mujeres 118.75. Ver Tabla 7 y Gráfica 6.

De acuerdo a las puntuaciones promedio de empatía de los médicos adscritos de las 9 especialidades, se observó que la especialidad de Oftalmología obtuvo el puntaje promedio más alto(122.5), seguido de Radiología(122), Ginecología(122), Medicina Interna(121.33). Los promedios médicos que dan puntajes intermedios entre altos y bajos son los de la especialidad de Pediatría(117.29), Anestesiología(117), Cirugía(116.17), Urgencias(111.25), siendo los de menor puntaje los médicos de la especialidad de Epidemiología(93.67). Ver Tabla 8 y Gráfica 7.

Resaltando un puntaje promedio mayor de empatía significativo en el género femenino en las especialidades de Oftalmología, Ginecología, Pediatría y Epidemiología y en el género masculino los médicos de la especialidad de Medicina Interna y Anestesiología. Ver Tabla 8.

Hoy en día se reconoce ampliamente que establecer relaciones tiene un efecto poderoso en la conservación de la salud, y que su disolución puede contribuir al desarrollo de enfermedades,²⁰ sin embargo la tecnología, la economía de la práctica médica y la misma sociedad han provocado la disminución y en algunas ocasiones la pérdida de estas.

El presente estudio muestra resultados de tres diferentes grupos(Médicos adscrito, Médicos residentes y Médicos internos de pregrado), donde se halló de acuerdo al promedio de las puntuaciones obtenidas de la Escala de Empatía Médica de Jefferson por género una diferencia no significativa siendo mayor en hombre que en mujeres, solo en el caso de los médicos adscritos del género femenino, se obtuvo un puntaje superior; lo cual no coincide con la mayoría de los estudios realizados hasta ahora, pero si con lo publicado por Hojat y col²⁰,

donde aunque las mujeres eran más empáticas que los hombres solo existía una diferencia estadísticamente cercana a la significativa, explicándose esto por Hyde(2005) donde sugiere que se examinen más que las diferencias las similitudes entre los sexos, pues estas son abrumadoramente más que las exageradas declaraciones de las primeras³, sin embargo el análisis podría estar limitado debido a que la muestra entre géneros no es similar, siendo mayor en hombres que en mujeres.

Cabe mencionar que en algunos estudios han encontrado que las diferencias de sexo han sido atribuidas al aprendizaje social y la adaptación de roles(Cahill, 2005). Se afirma que las mujeres son más receptivas a las señales emocionales que los hombres y que las mujeres pasan más tiempo con sus pacientes y ofrecen más atención preventiva y orientada al paciente. En cambio, los hombres se inclinan más a menudo a ofrecer soluciones racionales, mientras que las mujeres lo hacen más hacia las medidas de apoyo emocional y el entrenamiento que ayudan a reforzar sus relaciones empáticas.²¹

Al analizar las puntuaciones obtenidas de acuerdo a grado académico se observó que los médicos adscritos presentaron los más altos promedios, seguido de los médicos residentes, siendo los médicos internos de pregrado los de menor puntaje, notándose una diferencia significativa con los primeros; así como en el caso específico de los residentes según el año que cursan, donde se observó una disminución en el segundo y cuarto año con respecto al primer año, no así en el tercer año, donde se obtuvo un aumento del puntaje aunque no significativo, algo que concuerda con lo estudiado por Ubillús A. y col(2010)²¹, Novelo y Freyre(2010)²² y Moreto y col(2011)²³, donde se halló un comportamiento similar.

Sin embargo el resto es contrario de lo que apunta la literatura, donde se describe que ha mayor paso del curso académico mayor pérdida de empatía, explicando esto en trabajos realizados por Zuger(2004), el cual estudió a una población de 2,608 médicos, donde 58% de ellos dijeron que su entusiasmo por la medicina había disminuido en los años recientes, y 87% manifestaron que su moral había decaído debido a los cambios en el sistema de salud, no así en la escuela y situación por la que pudiesen haber pasado los médicos adscritos. El descontento de los médicos en un resultado inevitable de las restricciones a su autonomía y al uso de recursos impuestas por el sistema de atención a la salud y la industria de seguros médicos^{20,24} y/o también indicaría la falta de importancia de una intervención educativa positiva respecto a su desarrollo empático con los pacientes.

El factor tiempo es otro impedimento que pudiera explicar estos resultados, ocasionado por el creciente énfasis en contener costos que ha contribuido a disminuir el tiempo dedicado a los encuentros clínicos, dificultando así la formación de relaciones empáticas, así como la formación de una atmósfera en la cual los médicos ven a cada paciente como un adversario potencial en un litigio por negligencia médica.²⁵

En cuanto a los puntajes agrupados por especialidad fueron similares a las de la literatura siendo para los médicos residentes las especialidades de Medicina Familiar, Anestesiología y Medicina Interna, llamadas la primera y la tercera también de cuidado primario, fueron las tres de mayor puntaje coincidiendo con los estudios de Hojat(2001)²⁶, Carbaja y col(2004)²⁷ y Delgado(2005)²⁸, no así en los médicos adscritos donde las especialidades de Oftalmología, Radiología y Ginecología, llamadas también orientadas a la tecnología, a los procedimientos y de cuidado no-primario respectivamente; fueron las de mejor promedio, ocupando cuarto lugar Medicina Interna que si bien tuvo menor puntaje no fue realmente significativo, resultado que coincide con Hojat(2005)²⁹, interpretando esto porque la empatía, como muchos otros atributos personales, está relacionada con el sexo de la persona y con diversas variables sociales. Pero conviene mencionar que la muestra entre médicos especialistas no es equitativa, razón por la que podría afectar el resultado, sugiriendo se realicen estudios posteriores con muestras con la misma cantidad de médicos o lo más homogénea posible.

Un gran número de cualidades personales deseables se relacionan positivamente con medidas de empatía y por el contrario un número de cualidades personales indeseables están negativamente ligadas a medidas de empatía, que hacen que algunos médicos decidan dedicarse a especialidades donde tienen mayor contacto con el paciente y médicos quienes escogen especialidades de menor contacto con el paciente.

De acuerdo al puntaje promedio general obtenido en la muestra que fue de 113, resalta la diferencia significativa con respecto a otros estudios, donde la puntuación promedio llega a ser hasta de 120 puntos(Hojat, 2002; Moreto, 2011; Novelo, 2010), y aunque no existe una puntuación del 0-10, si convirtiéramos este resultado a esta escala, la calificación obtenida sería de 7, lo que se interpretaría como un resultado “regular”, sacando un cuestionamiento: ¿Realmente esta calificación le alcanzaría al médico para llegar a formar una relación empática con su paciente?.

Pero cabe mencionar que, Gillberg(1996) supuso que los seres humanos tienen un coeficiente de empatía que, como el coeficiente de inteligencia(IQ), tiene una distribución normal entre la población general(una curva en forma de campana con media de 100 y desviación estándar de 15)que es similar al IQ de inteligencia normal³, y siendo así la puntuación obtenida en nuestra muestra podría entrar en un grado de empatía normal.

Y si es que fuese realmente una calificación “regular” podría ser explicada en este tipo de instituciones, a la gran demanda con la que cuenta, siendo uno de los factores, que como se mencionó en párrafos anteriores, tienden a provocar la disminución y en ocasiones pérdida de empatía del médico hacia el paciente. Así como la edad del médico, años laborados, y hasta número de trabajos con los que cuenta, pues estos factores fuera de no poseer el médico una personalidad empática, podrían estar afectando tanto la salud física como mental de este y favorecer aún más la disminución de la empatía o la forma de desarrollarla.

Sería necesario realizar estudios en un futuro, donde la muestra fuese más homogénea y así obtener datos más fidedignos, refiriéndonos tanto a sexo como a especialidad y hasta el mismo promedio general, en estos diferentes grupos.

X.- CUADROS Y GRÁFICOS

Tabla 1.

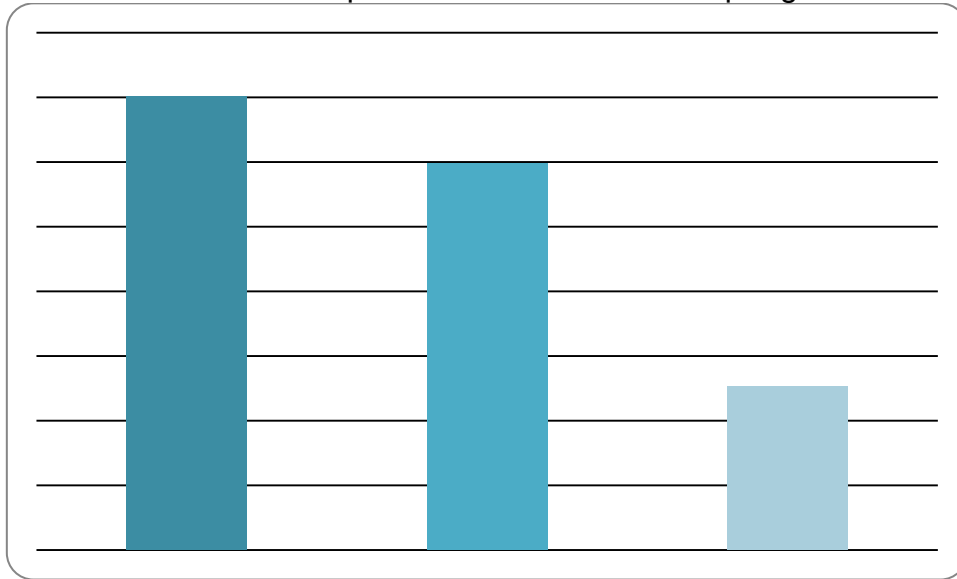
Empatía médica de la población del total de la muestra de acuerdo al promedio obtenido en la Escala de Empatía Médica de Jefferson por grado académico.

| GRADO Y GÉNERO | FRECUENCIA | PROMEDIO | DESVEST |
|----------------------|------------|---------------|--------------|
| Adscritos | 35 | 116.03 | 16.79 |
| Residentes | 24 | 113.96 | 14.41 |
| Internos | 22 | 107.05 | 18.55 |
| TOTAL GENERAL | 81 | 112.98 | 16.85 |

Fuente: Escala de Empatía Médica de Jefferson aplicada al personal médico del Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez"

Gráfica 1.

Empatía médica de la población del total de la muestra de acuerdo al promedio obtenido en la Escala de Empatía Médica de Jefferson por grado académico.



Fuente: Escala de Empatía Médica de Jefferson aplicada al personal médico del Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez"

Tabla 2.

Distribución, percentiles y descripción estadística de los puntajes obtenidos en la Escala de Empatía Médica de Jefferson de los 81 médicos del estudio.

| PUNTAJE DE LA EMPATÍA | FRECUENCIA | FRECUENCIA AUMULADA | PORCENTAJE ACUMULADO |
|------------------------------|-------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <75 | 3 | 3 | 4% |
| 76-80 | 0 | 3 | 0% |
| 81-85 | 3 | 6 | 4% |
| 86-90 | 2 | 8 | 2% |
| 91-95 | 4 | 12 | 5% |
| 96-100 | 4 | 16 | 5% |
| 101-105 | 6 | 22 | 7% |
| 106-110 | 12 | 34 | 15% |
| 111-115 | 11 | 45 | 14% |
| 116-120 | 2 | 47 | 2% |
| 121-125 | 11 | 58 | 14% |
| 126-130 | 11 | 69 | 14% |
| 131-135 | 10 | 79 | 12% |
| 136-140 | 2 | 81 | 2% |
| MEDIA | 113 | | |
| DESVEST | 16.85 | | |
| PERCENTIL | | | |
| 25 | 107 | | |
| 50(MEDIANA) | 114 | | |
| 75 | 121 | | |
| RANGO POSIBLE | 20-140 | | |
| RANGO DEL GRUPO | 56-140 | | |

Fuente: Escala de Empatía Médica de Jefferson aplicada al personal médico del Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez"

Tabla 3.

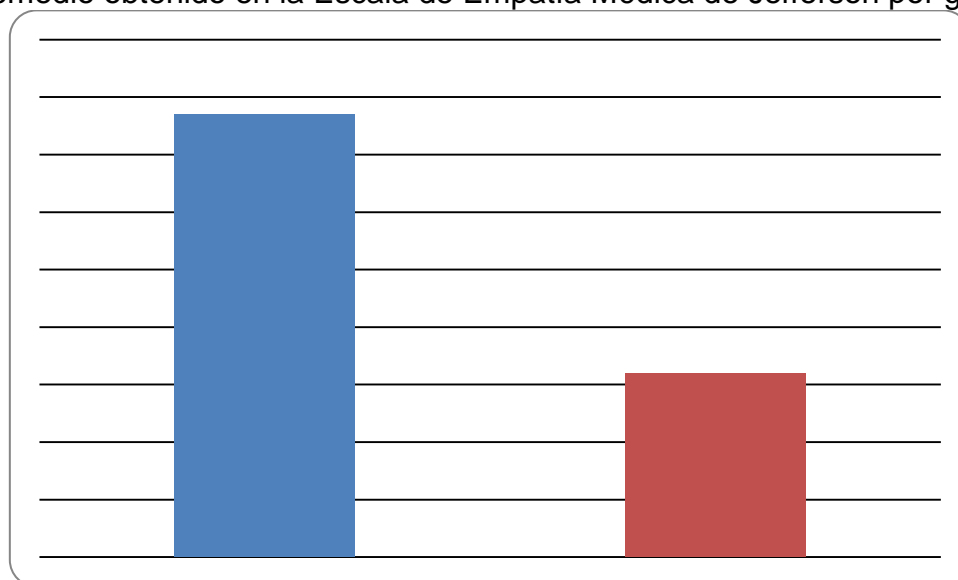
Empatía médica de la población de médicos internos de pregrado de acuerdo al promedio obtenido en la Escala de Empatía Médica de Jefferson por género.

| GÉNERO | FRECUENCIA | PROMEDIO | DESVEST |
|----------------------|------------|---------------|--------------|
| HOMBRE | 11 | 107.27 | 22.06 |
| MUJER | 11 | 106.82 | 15.35 |
| TOTAL GENERAL | 22 | 107.05 | 18.55 |

Fuente: Escala de Empatía Médica de Jefferson aplicada al personal médico del Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez"

Gráfica 2.

Empatía médica de la población de médicos internos de pregrado de acuerdo al promedio obtenido en la Escala de Empatía Médica de Jefferson por género.



Fuente: Escala de Empatía Médica de Jefferson aplicada al personal médico del Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez"

Tabla 4.

Empatía médica de la población de médicos residentes de acuerdo al promedio obtenido en la Escala de Empatía Médica de Jefferson por género.

| GÉNERO | FRECUENCIA | PROMEDIO | DESVEST |
|----------------------|-------------------|-----------------|----------------|
| HOMBRE | 12 | 116.75 | 12.93 |
| MUJER | 12 | 111.17 | 15.80 |
| TOTAL GENERAL | 24 | 113.96 | 14.41 |

Fuente: Escala de Empatía Médica de Jefferson aplicada al personal médico del Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez"

Gráfica 3.

Empatía médica de la población de médicos residentes de acuerdo al promedio obtenido en la Escala de Empatía Médica de Jefferson por género.

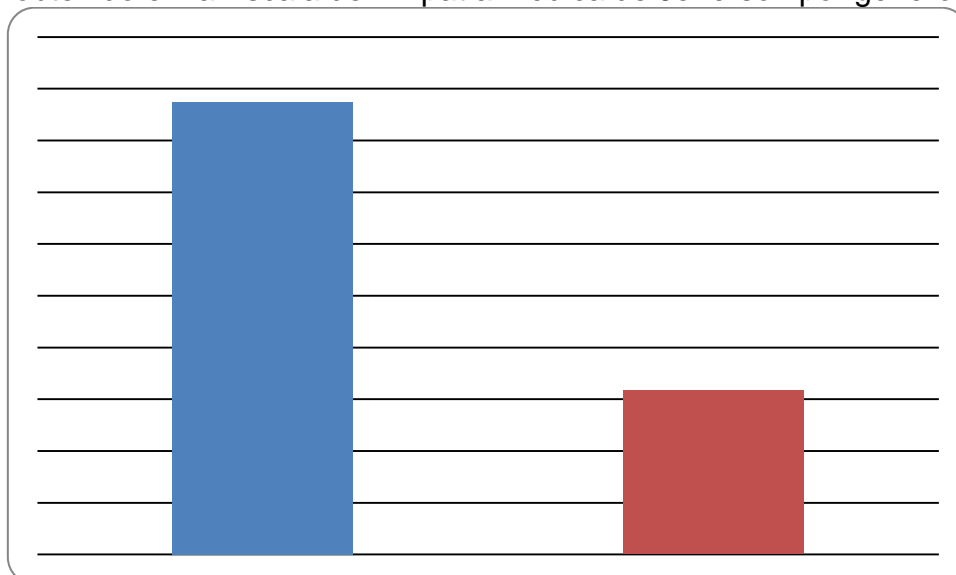


Tabla 5.

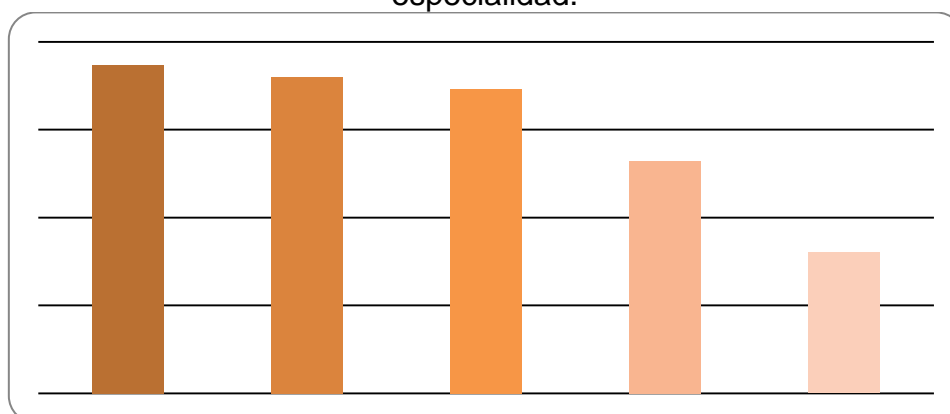
Distribución de la población de médicos residentes de acuerdo al promedio obtenido en la Escala de Empatía Médica de Jefferson por género y especialidad.

| ESPECIALIDAD Y GÉNERO | FRECUENCIA | PUNTAJE | DESVEST |
|----------------------------------|------------|---------------|--------------|
| MEDICINA FAMILIAR | 3 | 118.67 | 7.57 |
| HOMBRE | 2 | 116 | 8.49 |
| MUJER | 1 | 124 | N/A |
| ANESTESIOLOGIA | 2 | 118 | 11.31 |
| HOMBRE | 1 | 126 | N/A |
| MUJER | 1 | 110 | N/A |
| MEDICINA INTERNA | 7 | 117.29 | 13.15 |
| HOMBRE | 4 | 121.75 | 11.09 |
| MUJER | 3 | 111.33 | 15.53 |
| PEDIATRIA | 5 | 113.2 | 19.66 |
| HOMBRE | 2 | 117.5 | 16.26 |
| MUJER | 3 | 110.33 | 24.70 |
| GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | 7 | 108 | 15.91 |
| HOMBRE | 3 | 107 | 18.19 |
| MUJER | 4 | 108.75 | 16.84 |
| TOTAL GENERAL | 24 | 113.96 | 14.41 |

Fuente: Escala de Empatía Médica de Jefferson aplicada al personal médico del Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez"

Gráfica 4.

Distribución de la población de médicos residentes de acuerdo al promedio obtenido en la Escala de Empatía Médica de Jefferson por género y especialidad.



Fuente: Escala de Empatía Médica de Jefferson aplicada al personal médico del Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez"

Tabla 6.

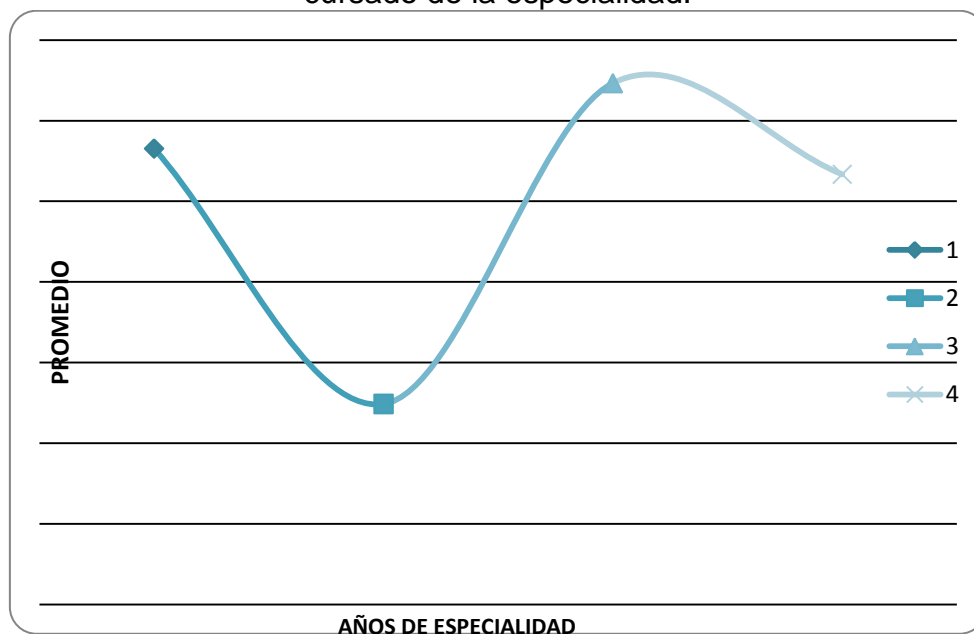
Empatía de la población de médicos residentes de acuerdo al promedio obtenido en la Escala de Empatía Médica de Jefferson por año académico cursado de la especialidad.

| AÑO ACADÉMICO | PROMEDIO | DESVEST |
|----------------------|---------------|--------------|
| 1 | 118.27 | 13.14 |
| 2 | 102.43 | 15.01 |
| 3 | 122.33 | 6.51 |
| 4 | 116.67 | 11.02 |
| TOTAL GENERAL | 113.96 | 14.41 |

Fuente: Escala de Empatía Médica de Jefferson aplicada al personal médico del Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez"

Gráfica 5.

Empatía de la población de médicos residentes de acuerdo al promedio obtenido en la Escala de Empatía Médica de Jefferson por año académico cursado de la especialidad.



Fuente: Escala de Empatía Médica de Jefferson aplicada al personal médico del Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez"

Tabla 7.

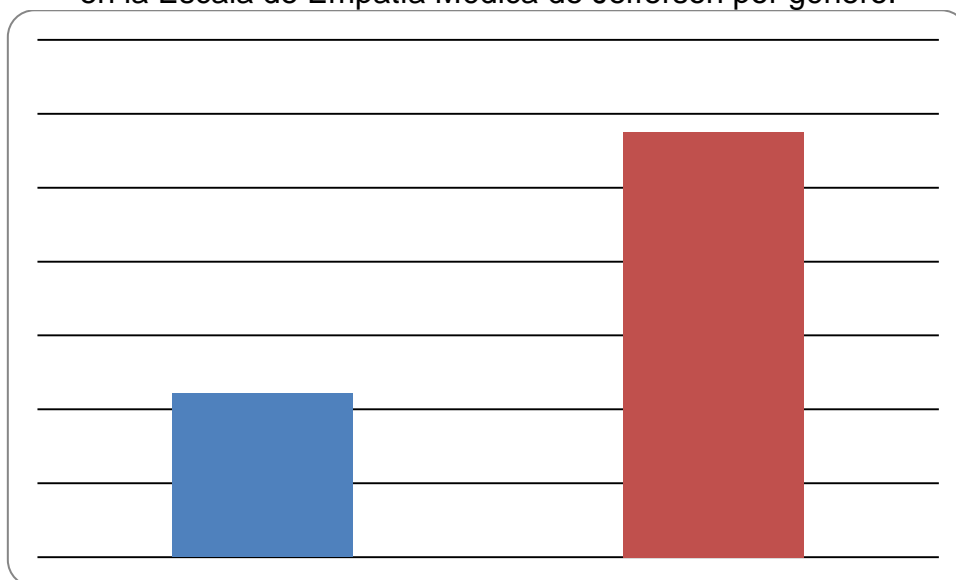
Empatía de la población de médicos adscritos de acuerdo al promedio obtenido en la Escala de Empatía Médica de Jefferson por género.

| GÉNERO | FRECUENCIA | PROMEDIO | DESVEST |
|----------------------|------------|---------------|--------------|
| HOMBRE | 27 | 115.22 | 18.29 |
| MUJER | 8 | 118.75 | 10.73 |
| TOTAL GENERAL | 35 | 116.03 | 16.79 |

Fuente: Escala de Empatía Médica de Jefferson aplicada al personal médico del Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez"

Gráfica 6.

Empatía de la población de médicos adscritos de acuerdo al promedio obtenido en la Escala de Empatía Médica de Jefferson por género.



Fuente: Escala de Empatía Médica de Jefferson aplicada al personal médico del Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez"

Tabla 8.

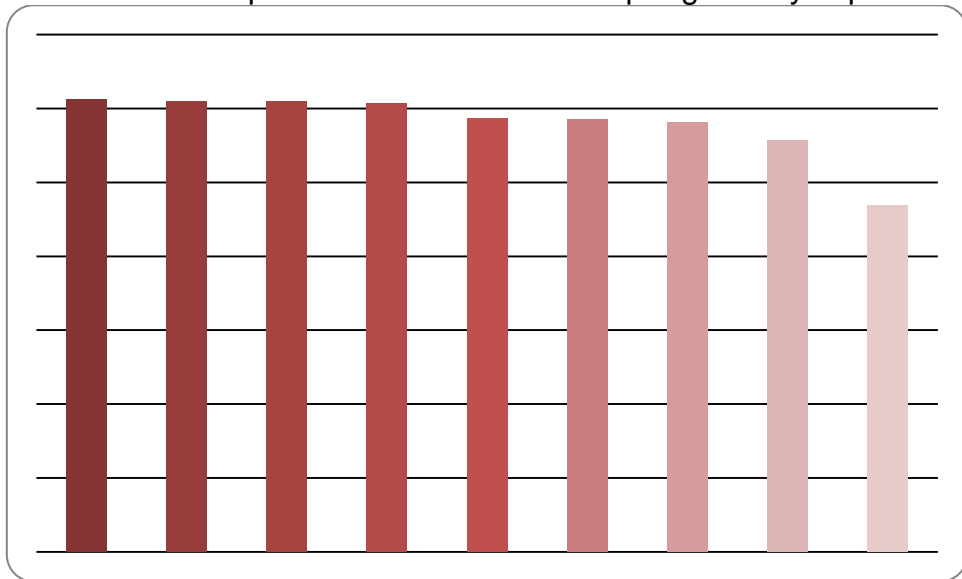
Empatía de la población de médicos adscritos de acuerdo al promedio obtenido en la Escala de Empatía Médica de Jefferson por género y especialidad.

| ESPECIALIDAD Y GÉNERO | FRECUENCIA | PUNTAJE | DESVEST |
|----------------------------------|-------------------|----------------|----------------|
| OFTALMOLOGIA | 2 | 122.5 | 17.68 |
| HOMBRE | 1 | 110 | N/A |
| MUJER | 1 | 135 | N/A |
| RADIOLOGIA | 1 | 122 | N/A |
| HOMBRE | 1 | 122 | N/A |
| GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA | 4 | 122 | 15.56 |
| HOMBRE | 3 | 119 | 17.58 |
| MUJER | 1 | 131 | N/A |
| MEDICINA INTERNA | 6 | 121.33 | 11.67 |
| HOMBRE | 4 | 125 | 13.14 |
| MUJER | 2 | 114 | 1.41 |
| PEDIATRIA | 7 | 117.29 | 13.21 |
| HOMBRE | 6 | 115.83 | 13.85 |
| MUJER | 1 | 126 | N/A |
| ANESTESIOLOGIA | 2 | 117 | 8.49 |
| HOMBRE | 1 | 123 | N/A |
| MUJER | 1 | 111 | N/A |
| CIRUGIA | 6 | 116.17 | 17.15 |
| HOMBRE | 6 | 116.17 | 17.15 |
| URGENCIAS | 4 | 111.25 | 27.29 |
| HOMBRE | 3 | 110 | 33.29 |
| MUJER | 1 | 115 | N/A |
| EPIDEMIOLOGIA | 3 | 93.67 | 22.37 |
| HOMBRE | 2 | 88.5 | 28.99 |
| MUJER | 1 | 104 | N/A |
| TOTAL GENERAL | 35 | 116.03 | 16.79 |

Fuente: Escala de Empatía Médica de Jefferson aplicada al personal médico del Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez"

Grafica 7.

Empatía de la población de médicos adscritos de acuerdo al promedio obtenido en la Escala de Empatía Médica de Jefferson por género y especialidad.



Fuente: Escala de Empatía Médica de Jefferson aplicada al personal médico del Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez"

XI.- CONCLUSIONES

Se ha estudiado en diversas investigaciones, la importancia de una buena relación médico-paciente, así como los beneficios que ella conlleva. Sin embargo este tipo de relaciones se han visto gravemente afectadas, debido a los cambios en la práctica médica así como a los dados en las organizaciones de la atención a la salud.

Los hallazgos encontrados en este estudio sugieren la importancia de mayor empeño en la intervención educativa acerca de la empatía, pues se observa una disminución al paso del tiempo de los médicos en formación. Y aunque se tienen diferentes estudios donde se menciona que la empatía puede formar parte de la personalidad de un individuo, también se han hallado estudios donde se demuestra que puede aumentar mediante actividades educativas que hagan que se desarrolle o incremente.

Se destaca también la diferencia con respecto a los puntajes promedios en relación al género, donde si bien fue mayor en hombres con respecto a las mujeres, esta no fue realmente significativa, habría que realizar un estudio con una muestra más homogénea, para así corroborar estos resultados. Demostrándose hasta el momento en diversos estudios que la mujer suele ser más empática que el hombre, explicándose como un comportamiento desde aprendizaje sociales, hasta bases biológicas de la evolución.

Con respecto a los puntajes promedios de acuerdo a las especialidades, como lo muestran diferentes estudios, resaltan las puntuaciones más altas en las especialidades orientadas al cuidado del paciente (Medicina Interna, Medicina Familiar, Pediatría) y más bajas a las orientadas a la tecnología o procedimientos (Cirugía General). Pudiendo deberse a que las preparaciones académicas de las especialidades no suelen ser similares, poniendo mayor énfasis en la calidad de la relación médico-paciente, las escuelas que imparten las especialidades orientadas al cuidado del paciente, que las orientadas a la tecnología.

XII.- RECOMENDACIONES

1.- Al observar el puntaje promedio menor en médicos de menor grado, nos sugiere la realización de investigaciones prospectivas, donde se analice si la empatía tiende a disminuir con el transcurso de la educación médica, así como los factores que pueden provocar este comportamiento.

2.- Se sugiere agregar al plan de estudios de médicos internos de pregrado y médicos residentes actividades que puedan incrementar o desarrollar la empatía en ellos como: el estudio de bibliografía, las artes y la mejora de las habilidades narrativas como manera de incrementar la empatía a través de un mejor entendimiento de las emociones humanas, el dolor y el sufrimiento.

3.- Se sugieren la implementación a nivel institucional del método Balint para mejorar las relaciones interpersonales médico-paciente.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Barbado Alonso JA, Aispiri Díaz JJ, Cañónez Garzón PJ, Fernández Camacho A, González Estella F, Rodríguez Serdín JJ, De la Serna de Pedro I, Solla Camino JM. Aspectos histórico-antropológicos de la relación médico-paciente. Revista Habilidades en Salud Mental. 2005. pág 36-31
2. Elvira Repetto Talavera. Fundamentos de orientación, La empatía en el proceso orientador, segunda edición Editorial Morata, pág 27,28
3. MohammadrezaHojat. Empatía en el cuidado del paciente: antecedentes, desarrollo, medición y resultados. Editorial Manual Moderno, 1ra Edición. 2012.
4. Strayer J., La empatía y su desarrollo, DDB, Bilbao 1992
5. Aspectos psicoterapéuticos de la relación médico-paciente. Libros virtuales. IntraMed.www.intramed.net
6. Pablo Olmedo Carrillo y Beatriz Montes Berges. Evolución conceptual de la Empatía. Departamento de Psicología. Universidad de Jaén. 2009. Inilnv, 4: r3
7. Giacomo Rizzolatti y CorradoSinigaglia. Las neuronas en espejo: los mecanismos de la empatía emocional. Editorial Paidós. Barcelona, 2006Salud Mental. 2007. Vol. 30, No.5, pág 79-85
8. Diferencia entre empatía y simpatía. ZEN_inc, FORO VEGETARIANO.ORG, Madrid, 2006
http://letras.unmsm.edu.pe/filosofia_analitica/textos/quintanilla_mente.pdf.
9. Irene Fernández-Pinto, Belén López-Pérez y María Márquez Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. Universidad Autónoma de Madrid. RevistaAnales de psicología 2008, vol. 24, nº 2 (diciembre), 284-298.
10. Sandoval Miranda LG, Reducindo Vázquez R, Islas García A. Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011;16(4):221-228
11. Saucedo JL, Bravo V, Guevara Y, Salazar R, Vásquez C, Díaz C. Empatía en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo. Mayo-Junio del 2011. Perú. Revista Cuerpo Médico. 2012. HNAAA 5(3). pág 17-21.
12. De Canales S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M and Gonnella JS. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma Italy. Academic medicine: Joournal of the Associations of AMERICAN Medical Colleges. 2012. 87(9):1243-9.
13. Hojat M. Medical empathy can improve clinical outcomes for their patients..Journal Academic medicine. 2011
14. Smith R, SarinopoulosI. Empathyrases patients´ pain tolerance. Michigan State University. 2012. JournalPatientEducation and Counseling. 2012.

15. Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández-Hernández MA .Importancia de la comunicación médico-paciente en Medicina familiar.Archivos de Medicina Familiar. 2006. Vol. 8 (2). pág 137-143.
16. Ronald M, Epstein T, Campbell L, Steven A, Cohen-Cole R, McWhinney I, Smilkstein G. Perspectives on Patient-Doctor Communication. J. FamPract 1993; 37 (4): 377-387.
17. Silvana D'Anello Koch, YarianiBarreat, Gregorio Escalante, Ana K D'Orazio y AlimarBenitez. La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico. Centro de Investigaciones Psicológicas. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. 2009. 18: 33-39.
18. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional. Enero-Septiembre 2012
19. Jagua Gualdrón, A, ZulimaUrrego D,Mendoza. Actitudes de los estudiantes colombianos de medicina hacia la práctica de la disección en anatomía y su relación con el puntaje en la Escala de empatía médica de Jefferson. 2011.RevFacMed. Vol. 59.
20. Hojat, M., Gonnella J.S., Erman, J.B. Veloski, J.J., Louis, D.Z., Nasca, T.J., &Rattner, S.L.(2000). Phsycians perceptions of the chaninghealth care system: Comparisions by gender and specialties. Journal og Community Healt, 25, 455-471.
21. UbillúsArriola, G; SidiaAlcaide, M; Rentería Kong, D; ReáteguiAlcántara, C; Rodríguez Ambrosio, C; Sotelo Gómez, J M(2010). La orientación empática en los estudiantes de medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres. Revista Horizonte Médico. Volumen 10, No.2. pág. 37-43.
22. Novelo del Valle, A; Freyre Galicia, J(2010). Empatía médica en residentes de primero y segundo grado del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Revista Psiquis(México), Volumen 19, No. 6. pág 173-179.
23. Moreto, G; González Blasco, P; Janaudis, M; Benedetto, M. Modificación del nivel de empatía de estudiantes de Medicina durante la graduación médicaVIII Congreso Latinoamericano y del Caribe de Bioética - FELAIBE, 2011, Viña del Mar. Chile. FELAIBE VIII Congreso Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética. , 2011. v.1. p.10
24. Magee M, &Hojat, M., (2001), Impact of healt care system on physicians discontent. Journal of Community Healt, 26, 357-365.
25. Mello, M. M., Studert, D. M., DesRoches, C. M., Peug J, Zapert K, Brennan, T. A., & Sage, W. M. 2004. Caring for patients in a malpractice crisis: Physician satisfaction and quality of care. Health Affairs, 23, 42-53.
26. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M.(2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. The American Journal of psychiatry. 159(9):1563-9.

27. Carbajal, A.; Miranda, C; Martinac, T; García, C; Cumsille, F. Análisis del nivel de empatía en un curso de quinto año de medicina, a través de una escala validada para este efecto. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. Volumen 15, No. 4. pág 302-306.
28. Delgado de Rojas, E. Aplicación de la escala Jefferson de empatía en médicos de diferentes contextos laborales. 2005. Revista Médico Familiar. Volumen 13, No. 2. pág. 32-37.
29. Hojat, M; Zukerman, M; Gonnella, J.S.; mangione, S; Nasca, T.J., Vergare, M.; & Magee, M;(2005), Empathy in medical students as related to speciality interest, personality, and perceptions of mother an father. Personality and Individual Differences, 39, 1205-1215.

XIV. ANEXOS

ANEXO I. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

FECHA: _____

MÉDICO RESIDENTE: (ESPECIALIDAD) _____

AÑO DE LA ESPECIALIDAD: _____

INSTRUCCIONES: Indique su grado de acuerdo o desacuerdo de cada una de las siguientes oraciones (un mayor número indica un mayor acuerdo).

| | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Totalmente en desacuerdo | | | | | | Totalmente 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 de 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 esta 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 limitada.

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

FECHA: _____

MÉDICO INTERNO (ESPECIFICAR EL MES DE INGRESO AL HOSPITAL): _____

INSTRUCCIONES: Indique su grado de acuerdo o desacuerdo de cada una de las siguientes oraciones (un mayor número indica un mayor acuerdo).

| | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Totalmente en desacuerdo | | | | | | Totalmente 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 de 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 limitada.

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

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 esta 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 limitada.

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