



11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

SEDE:
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
"DR. RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

TÍTULO:
"MEDICIÓN DE LA EMPATÍA MÉDICA ENTRE LOS MÉDICOS
RESIDENTES DEL DISTRITO FEDERAL COMPARÁNDOLAS ENTRE
LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS EN CURSO Y EL GÉNERO"

T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
PSIQUIATRÍA

PRESENTA:
NOMBRE:
DR. ALBERTO DE LACHICA MEDINA

ASESORES:
TUTOR TEÓRICO: DR. LINO PALACIOS CRUZ
TUTOR METODOLÓGICO: DR. JORGE GONZÁLEZ OLVERA

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
DEPTO. DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL,
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

MÉXICO D.F. SEPTIEMBRE 2004

Vo. So.

DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

INDICE

1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

- 1.1.- INTRODUCCION**
- 1.2.- EMPATÍA Y ECUANIMIDAD**
- 1.3.- ENTRENAMIENTO MÉDICO**
- 1.4.- CUESTIONAMIENTOS ACERCA DE LA EMPATÍA**
- 1.5.- EL OÍDO: ESCUCHANDO LA HISTORIA DEL PACIENTE**
- 1.6.- ¿LA EMPATÍA PUEDE SER ENSEÑADA?**

2.- LA EMPATÍA EN NUESTROS TIEMPOS

- 2.1.- LA ENSEÑANZA DE LA EMPATÍA**
- 2.2.- DOCTORES, ENFERMERAS Y LA EMPATÍA**

3.- EL CONCEPTO DE EMPATÍA

- 3.1.- CONCEPTUALIZACIÓN DE LA EMPATÍA**
- 3.2.- LA EMPATÍA Y EL VALOR DEL SER HUMANO**
- 3.2.- EMPATÍA IGUAL A ENTENDIMIENTO**

4.- EL MÉDICO EMPÁTICO

- 4.1.- INTEGRANDO EL HUMANISMO Y LA CIENCIA EN MEDICINA**
- 4.2.- LAS CARACTERÍSTICAS DEL MÉDICO EMPÁTICO**
- 4.3.- CREANDO AL MEDICO EMPATICO**

5.- EMPATIA SELECTIVA

- 5.1.- LA EMPATIA EN EL CONTEXTO DEL CONOCIMIENTO CIENTIFICO ACTUAL**
- 5.2 LA FALTA DE EMPATÍA BASADO EN LA IGNORANCIA**

6. LA TRANSFORMACIÓN DE LA EMPATÍA EN LA MEDICINA

- 6.1 ENFERMEDADES Y ENFERMOS**
- 6.2 TECNOLOGIA Y EMPATIA**
- 6.3 ¿COMO CREAR ACTITUDES EMPÁTICAS EN MEDICINA?**

7.- CONSIDERACIONES TEÓRICAS DE LA EMPATÍA

7.1 EMPATÍA: LITERATURA, ARTE Y MEDICINA

7.2 LA EMPATÍA Y LA NARRATIVA

7.3 EMPATÍA Y GÉNERO

8.- ESTUDIOS PREVIOS

8.1.- OTROS ESTUDIOS

9.- MEDICION DE LA EMPATÍA EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL DISTRITO FEDERAL

9.1.- JUSTIFICACIÓN

9.2.- HIPÓTESIS

9.3.- OBJETIVOS

9.4.- MATERIAL Y MÉTODOS

POBLACION EN ESTUDIO

PROCEDIMIENTO

VARIABLES DEL ESTUDIO

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

9.5.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

9.6.- ANÁLISIS FACTORIAL

10.- RESULTADOS:

10.1.- RESULTADOS DE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE EMPATÍA JEFFERSON POR ESPECIALIDAD

10.2.- RESULTADOS POR AÑO DE RESIDENCIA

10.3.- GRÁFICAS

GRÁFICA 1

GRÁFICA 2

GRÁFICA 3

GRÁFICA 4

GRÁFICA 5

GRÁFICA 6

GRÁFICA 7

11.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

11.1.- LIMITANTES DEL PRESENTE TRABAJO

11.2.- DISCUSIÓN

11.3.- CONCLUSIONES

"The secret of the care of the patient is in caring for the patient".

- Francis W. Peabody

"¿Quién le enseñó todo esto doctor?"

La respuesta vino rápidamente:

"El dolor"

- Albert Camus, La Peste

1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

1.1.- INTRODUCCION

A pesar de que los investigadores en el área están de acuerdo en la influencia positiva de la empatía en las relaciones interpersonales, no muestran acuerdo para definir, y para medir la empatía. La empatía es un concepto que incluye tres dominios: El cognoscitivo, el afectivo y el emocional. El dominio cognoscitivo de la empatía involucra la habilidad de comprender las experiencias internas y sentimientos de otra persona y la capacidad de observar el mundo exterior desde la perspectiva de esa persona. El dominio afectivo involucra la capacidad de adentrarse o unirse a las experiencias y sentimientos de otra persona. Aunque los términos empatía y simpatía han sido con frecuencia confundidos y tomados como sinónimos, deben de ser distinguibles en las situaciones de cuidado hacia los pacientes. Ambos conceptos involucran el compartir, sin embargo, los médicos *empáticos* comparten su comprensión, mientras que los médicos *simpatéticos* comparten sus emociones con los pacientes.

1.2.- EMPATÍA Y ECUANIMIDAD

La empatía en estos tiempos debe de combinarse con la ecuanimidad ahora que los médicos se están convirtiendo en empleados y técnicos por una burocracia la cual contempla a los "Trabajadores del cuidado de la salud" como módulos intercambiables. Las limitantes financieras de nuestros días hace que el sistema de salud busque el medir la práctica médica en unidades que puedan ser pesadas, entregadas y pagadas como si fueran paquetes, aquello que no pueda ser "empaquetado" cuenta muy poco. La empatía es la sensación de que "Yo podría ser tú" o de "Yo soy tú", pero es más que solo una identificación intelectual; la empatía debe de estar acompañada de emoción. La simpatía nos trae la compasión: "Yo te quiero ayudar", pero la empatía nos trae la emoción. Sin emoción no hay empatía.

En este trabajo elogiamos a la empatía. Algunos podrían considerar este elogio como una crítica a la ciencia, pero esto no es así. La práctica médica no es una situación excluyente en sus componentes. No hay dicotomías: Los clínicos necesitamos la ciencia y la emoción, la razón y la intuición, la tecnología y la narrativa, la ecuanimidad y la empatía.¹

1.3.- ENTRENAMIENTO MÉDICO

Para muchos médicos modernos, la ecuanimidad continúa siendo el modelo a seguir. La empatía es drenada de los estudiantes de medicina muy temprano durante los primeros años de su entrenamiento académico. Los estudiantes son seleccionados por sus victorias, sus calificaciones, su experiencia científica y su energía. El entrenamiento en la biología molecular le da a los estudiantes solamente una visión microscópica y mecánica de la humanidad. Inclusive desde antes de que la biología molecular hiciera tanto por modificar la práctica médica, los médicos ya habían aprendido el no involucrarse demasiado con los pacientes, de lo contrario "Un poco de nosotros morirá con cada paciente".¹¹

1.4.- CUESTIONAMIENTOS ACERCA DE LA EMPATÍA

¿Dónde comienza la empatía?, ¿Es una cualidad del médico únicamente?, ¿O reside en el paciente?, ¿Puede ser enseñada o es innata?, ¿Se trata únicamente de “contratransferencia”, como se podría manejar en psiquiatría?, ¿La empatía es posible para cualquiera?, ¿Nuestros receptores para la empatía están listos, pero “regulados a la baja”, o deben de formarse las conexiones neurales adecuadas de manera temprana en la vida, cuando el cerebro aún es plástico?, ¿Algunos médicos son naturalmente no empáticos?, ¿Son algunos pacientes más “Empatogénicos” que otros?, ¿Existen realmente los pacientes odiosos (o médicos), los cuales no pueden empatizar, o con los que uno no pueda empatizar?, ¿Deberían los estudiantes de medicina escoger sus especialidades basándose en su carácter tanto como en sus habilidades?, ¿Aumenta la empatía con el tiempo y la edad?, ¿Cuenta realmente la experiencia para realmente preocuparse por los enfermos o esta preocupación se va diluyendo con el hábito?

1.5.- EL OÍDO: ESCUCHANDO LA HISTORIA DEL PACIENTE

La medicina social y la medicina psicosomática, tan llenas de promesas en los años 40's, se diluyeron con los triunfos de la ciencia y la biología molecular. Es difícil tratar de imaginarnos lo poco que los doctores podían hacer para tratar a sus pacientes en la década de los 40's, sin embargo, la relación médico-paciente ha cambiado muy poco en los últimos sesenta años. Como lo muestran varios estudios, una buena parte de la población aún acude con el médico en busca de alivio para dolores existenciales. Es ahí donde la historia del paciente cobra importancia, debido a su capacidad para revelar lo que es importante en las imágenes que el médico obtiene. La primera y más importante tarea del médico es la de establecer un diagnóstico y determinar que estudios debe de solicitar para corroborar este

diagnóstico. Al mismo tiempo, los doctores deben de escuchar que es lo que el paciente tiene que decirle, y permanecer abiertos a ser conmovidos por estas historias, ya que esto puede aclarar la ruta hacia el diagnóstico. El escuchar al paciente es la pieza clave para lograr la empatía, el oído es tan importante como el ojo en la práctica médica.^{III}

1.6.- ¿LA EMPATÍA PUEDE SER ENSEÑADA?

¿Puede la empatía ser enseñada?, ¿Es un don o una habilidad?, ¿Es verbal o visual?, ¿Cómo nos podemos volver más empáticos? Una mejor pregunta sería ¿Cómo podremos recuperar la empatía que una vez tuvimos? El cerebro humano puede establecer la mayoría de sus conexiones durante la infancia, pero evidencia reciente demuestra que nuevas conexiones se pueden formar tardíamente en la vida, aunque de manera más lenta. Los estudiantes de medicina y los médicos pueden ser aún capaces de retener y mejorar su empatía natural. Esta meta, sin embargo, requiere de una consideración para la vida humana y la experiencia; la lectura de historia y novelas; y la discusión de narrativas, obras de arte, e incluso de modelos de roles. De la misma manera, también requiere de un mayor énfasis de la academia por parte de los maestros hacia los estudiantes de medicina y residentes, así como entre ellos mismos. Si se abusa de los residentes aplicándoles demasiado trabajo, ellos van a aprender a preocuparse menos por sus pacientes, y demasiado por ellos mismos. Ni los estudiantes de medicina ni los residentes tienen toda la posible experiencia en estos momentos. Si la empatía depende de las experiencias, entonces, esta es el área en donde las novelas, la ficción, las historias y las obras de arte pueden engrandecer la empatía.^{IV}

Los médicos a lo largo del tiempo han preferido las dicotomías: derecha o izquierda, arriba o abajo, médico o paciente, tú o yo. La empatía, a pesar de esto, ha probado ser esencial en el tercer milenio, en el cual hemos relegado los diagnósticos de rutina a las computadoras. Las tomografías computarizadas no ofrecen compasión alguna y las imágenes

por resonancia magnética no tienen una cara humana. Solo los hombres y las mujeres son capaces de empatizar.

2.- LA EMPATÍA EN NUESTROS TIEMPOS

2.1.- LA ENSEÑANZA DE LA EMPATÍA

El secreto en la enseñanza de la empatía no es el integrarla a la práctica médica, sino hacer que permanezca en ella a pesar de las ventajas que brinda la tecnología. En nuestros días, los comités de admisión de las escuelas de medicina y de los diferentes programas de residencias médicas ponen mucho más atención en las calificaciones de los alumnos en los exámenes de admisión y en los exámenes de selección para residencias médicas; así como en las puntuaciones durante los años de carrera; y en un completo compromiso a la ciencia; en lugar de el carácter y temperamento; las actitudes aprendidas durante los años de entrenamiento médico; y en la capacidad de empatizar; del médico que esta siendo evaluado.

2.2.- DOCTORES, ENFERMERAS Y LA EMPATÍA

Como una sociedad, hemos entendido los papeles de los doctores y las enfermeras como complementarios: los médicos generalmente diagnostican, ordenan estudios y deciden el tratamiento, mientras que el personal de enfermería se ocupa de los pacientes y el ambiente de cuidado.

¿Pero que pasa con los doctores? Si la enfermería se distingue a sí misma de la medicina en su enfoque en la empatía y en el cuidado del paciente, ¿no han perdido entonces los médicos algo, por lo menos en la percepción pública? La mala publicidad que los médicos han recibido en las últimas dos décadas se ha centrado en su relación con los pacientes.^V “Mi

doctor no me escucha”, es la queja más común de los pacientes. Un estudio demostró que cuando los pacientes comienzan a platicar sus problemas, son interrumpidos por el médico que los está entrevistando aproximadamente a los 18 segundos en promedio, después de que comienzan a hablar.^{VI}

Muchos pueden argumentar que, con excepción en la empatía, el rol de los médicos es diferente del de las enfermeras. Los doctores toman decisiones objetivas basadas en hallazgos físicos, datos de laboratorio, y en los síntomas de los pacientes. El distanciamiento afectivo es necesario para poder evaluar a los pacientes y a sus problemas de manera objetiva; sin embargo, la empatía, ejercitándola a través de la habilidad de escuchar al paciente, puede facilitar la obtención de la historia clínica y, por lo tanto, contribuir al diagnóstico e incluso al manejo.^{VII}

Los doctores y las enfermeras difieren en la forma en las que cada quien ve la empatía, viéndola los primeros como una técnica y los segundos como una manera de cuidar.

Probablemente una pregunta para el futuro sería: ¿Las enfermeras serán un poco más como los doctores, o los doctores serán un poco más como las enfermeras? Pero más importantemente ¿Cuáles son las contribuciones que hace la empatía para el cuidado de la salud? La empatía ha probado ser esencial en la práctica profesional de ambos médicos y enfermeras.

3.- EL CONCEPTO DE EMPATÍA

3.1.- CONCEPTUALIZACIÓN DE LA EMPATÍA

Siendo la empatía un factor central del tratamiento médico y de la relación médico-paciente, llama la atención la imprecisión que existe en cuanto a su conceptualización y la frecuente confusión que existe entre empatía y simpatía. Existe dificultad en la diferenciación de ambos conceptos, y en ocasiones se imbrican, ya que se utilizan para referirse a la relación médico-paciente como en las demás dimensiones en las cuales se pueden aplicar dichos términos.

Comenzaremos por tratar de dar una definición de ambos términos, puntualizando las diferencias entre los mismos.

La Real Academia Española de la Lengua define *empatía* como: *“Identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro”*.

Etimológicamente la palabra deriva del griego *Εμπαθεια (empathia)*: La cual se forma de las raíces *εν [en]* y de *πατηωσ [padecimiento, sentimiento]* y se define como “Entrar en los sentimientos”.

La Real Academia Española de la Lengua define empatía como: **1.** *“La inclinación afectiva entre personas, generalmente espontánea y mutua.”* **2.** *“La inclinación análoga hacia animales o cosas, y la que se supone en algunos animales”*.

Etimológicamente la palabra se deriva del griego *Συμπάθεια (simpatia)*: Procedente de las raíces *σύν [con]* y *παθος [padecimiento, sentimiento]* y se le da la definición de *Comunidad de sentimientos*.

Diferencias entre empatía y simpatía: *Aring, en 1958*, en un esfuerzo de establecer límites reconocibles entre los dos conceptos, dice que *La Empatía es el acto o capacidad de apreciar los sentimientos de otra persona sin “unirse” a ellos. Un sentimiento simpatético puede interferir con la objetividad en el tratamiento y el diagnóstico.*^{VIII} *Blumgart, en 1964*, utiliza el concepto de *“Separación compasiva”* para tratar de disecar ambos términos, es decir, en la

empatía tiene que existir una distancia razonable para permitirnos actuar con una mejor objetividad hacia el paciente.^{IX} *Jensen, en 1994* habla de una “*Distancia afectiva*”, con el fin de poder apreciar de una manera más amplia las necesidades que surgen del padecimiento del paciente y poderle ofrecer una ayuda mucho más efectiva sin involucrarnos con los sentimientos que está experimentando el paciente.^X

Spiro, en su libro “Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel”, dice que La empatía es considerada la columna vertebral de la relación medico-paciente y que, como tal, debe de enfatizarse su importancia durante la formación académica de la medicina.^{XI}

La Dra. Wispé, En el artículo “La distinción entre simpatía y empatía”, sostiene que los dos términos tienen diferentes raíces históricas, que han sido utilizados en diferentes paradigmas de investigación y que han sido objeto de diferentes clases de teorización. Por lo tanto, concluye que son diferentes procesos psicológicos y que no deben de confundirse sus diferencias.^{XII}

La palabra empatía es utilizada por primera vez por el filósofo alemán *Robert Vicher en 1872*, y fue aplicada a la estética, Vicher la emplea con el fin de describir los sentimientos de un observador ante una obra de arte. La palabra que Vicher utilizó fue *Einfühlung*, la cual se traduce literalmente del alemán como “Sentir dentro de”.^{XIII} Esta palabra fue posteriormente utilizada por el psicólogo alemán Theodore Lipps en 1905, para tratar de explicar algunos fenómenos estéticos. Lipps afirmaba que la empatía se definía como un proceso o evento mediante el cual una persona percibe y comprende la experiencia subjetiva de otra, por lo tanto, la empatía nace como una manera de percepción en contraste con el método científico de pruebas objetivas y datos.^{XIV}

Titchener, en 1909, acuñó el término empatía a partir de sus raíces griegas y lo definió como el “Adentrar el sentimiento de otra persona”. Freud en 1949, definió la empatía como “El esfuerzo por entender lo que es inherentemente extraño a nuestro ego en otra persona” y

Piaget en 1963, define empatía como la habilidad cognitiva, propia de un individuo, de tomar la perspectiva del otro o de entender algunas de sus estructuras de mundo, sin adoptar necesariamente esta misma perspectiva. N. Feshback (1984), definió empatía como una experiencia adquirida a partir de las emociones de los demás a través de las perspectivas tomadas de éstos y de la simpatía, definida como un componente emocional de la empatía. Greenberg y sus colaboradores en 1991 definieron el uso de la empatía en la relación médico-paciente como un proceso mental cognitivo más que afectivo. Suchman, y su equipo, en 1997 observaron a un grupo de médicos y sus pacientes y determinaron las habilidades básicas de empatía, que incluyen reconocer los indicios no verbales y hacer que el paciente se sienta comprendido.^{XV}

En un análisis reciente más sofisticado de la empatía, Davis y Gallop caracterizan a la empatía como un proceso con múltiples etapas, tales como son el "crossing-over y "emparejamiento", concepto que es sorprendentemente similar a las nociones más tempranas de empatía.^{XVI}

3.2.- LA EMPATÍA Y EL VALOR DEL SER HUMANO

Una razón por la cual estas caracterizaciones de la empatía se basan en metáforas sobre la telepatía es porque sus autores quisieron poner en claro una forma de interrelación personal que incluyera algo más que la fría inteligencia, algo más allá de la sola observación, el entender a las personas en su individualidad, apartándose de los datos generales descritos y clasificados como un caso clínico. La subjetividad es el tipo de elemento que no puede ser objetificado; parece natural el inferir que un completo entendimiento de la subjetividad de otra persona debe de eludir no solamente las medidas de pruebas públicas y de verificación, sino también cualquier conceptualización a sea completa o literal. Las conceptualizaciones generales nunca van a ser adecuadas para el entendimiento de los individuos, ya que estas no

pueden equipararse a la variedad y sutilidad de las experiencias personales internas, es por esto que sentir, más que pensar, le da a la vida y el color al entendimiento humano de nuestro comprensión intelectual de los demás.

La idea general de la empatía sostiene una clara implicación en una percepción inmediata y subjetiva que permite el entendimiento de la experiencia interior y privada de otra persona. Para muchos, la empatía supone una transposición en la cual el empatizador temporalmente deja su propia subjetividad y entra en la de otra persona.

3.2.- EMPATÍA IGUAL A ENTENDIMIENTO

El entendimiento humano que nos gustaría indicar con la palabra empatía no es tanto una transposición psicológica, sino más bien un respeto y apertura hacia los sentimientos y preocupaciones del paciente, cuyo bienestar es el blanco de la profesión del cuidado de la salud. La idea de empatía que es realmente crucial para la práctica clínica es aquella de una genuina atención a las inquietudes individuales del paciente, así como la aceptación de estas inquietudes.

El bien que se lleva a cabo por los profesionales del cuidado de los demás es un bien humano que encuentra su valía dentro de las dosis diarias de compasión y esperanza que forma la textura de cualquier vida humana. Cada profesión forma su propio conocimiento, teórico y práctico, en servicio de tal valor humano.^{XVII} El interés entre los profesionales de la salud en el tema de la empatía señala un carácter especial del valor humano para el cual sus profesiones son la respuesta.

La idea de la empatía es importante para los trabajadores de la salud debido a que la enfermedad es una amenaza no solo para los intereses de la persona sino para la simple posibilidad de tener los intereses necesarios para hacer una vida humana digna de vivirse. A diferencia de otras profesiones, el objetivo principal para los profesionistas de la salud es la

aminoración del sufrimiento. Cassel define al sufrimiento como la percepción de una “inminente destrucción de la persona”; para él, la identidad como persona no depende solamente de un cuerpo o de una autoconciencia interior subjetiva, sino una compleja red de reglas sociales, identificaciones y relaciones. La enfermedad física puede minar la habilidad de una persona para funcionar como padre, esposo, amigo o ciudadano. Estas funciones y su significado son las fuentes mismas del uno mismo y la protección de su integridad básica cuando ocurre una enfermedad es necesaria a través de la intervención médica. La enfermedad física puede amenazar la constitución de una persona y puede causar sufrimiento. Cassel sostiene que no solo las enfermedades físicas sino también el personal al cuidado de la salud pueden en algunas ocasiones causar sufrimiento al aplicar su conocimiento técnico sin tomar en cuenta la totalidad de la persona del paciente. Cassel concluye que a pesar de que nadie está más preocupado por el dolor o la pérdida de la función que los médicos, éstos en ciertos casos causan sufrimiento al ver a una persona dividiéndola en mente y cuerpo, y concluyendo después que el objeto de su preocupación profesional es solamente el cuerpo. La verdadera empatía se basa en el impacto que la enfermedad y su tratamiento tienen en la habilidad del paciente de llevar una vida con significado.^{XVIII}

La posibilidad de sufrimiento es la posibilidad de una degradación de nosotros mismos a través de la enfermedad física. La empatía es el entendimiento de cómo una enfermedad y su tratamiento seguramente afectarán la manera en que el paciente actualmente vive actualmente y en como espera el vivir su vida. Es el entender que es lo que la enfermedad significa para el paciente. El entendimiento de que es lo que significa la enfermedad para el paciente puede ciertamente traernos una respuesta emocional, pero la empatía es más importante que únicamente una emoción o un sentimiento; es un entendimiento basado en un conocimiento razonablemente completo de *quien* es el paciente y que nos provee de una guía general para el cuidado y tratamiento del mismo.

El entendimiento empático es una característica básica del verdadero clínico y un requerimiento fundamental para el desarrollo completo del conocimiento práctico de la clínica. Incluso a medida que las demandas técnicas de la clínica práctica aumentan, aquellos clínicos que se esfuerzan por lograr un entendimiento del significado humano y práctico de la enfermedad y su tratamiento pueden desarrollar su conocimiento clínico completamente en respuesta a su propósito real. Después de todo, tanto los pacientes como el personal médico son participantes activos en el intercambio clínico. La tarea clínica consiste en adaptar el conocimiento clínico en el cuidado de cada nuevo paciente. Los clínicos que expanden su conocimiento en este sentido se pueden adaptar a las necesidades específicas de sus pacientes. De esta manera, un clínico experimentado empático puede notar las diferentes respuestas y técnicas en sus pacientes. El desarrollo de la destreza clínica, y su teoría, tiene sus raíces en tal experiencia, que es acumulativa y concreta. La empatía, a manera de la comprensión del significado de la enfermedad para el paciente, es necesaria para que la competencia clínica se convierta en pericia clínica.

En suma, la empatía no es solamente una experiencia psicológica o emocional, ni tampoco un salto psíquico dentro de la mente de otra persona, sino el respeto y la apertura hacia la individualidad de otra persona. Al manejar la empatía lejos de las descripciones de un fenómeno psicológico, las dificultades con las nociones de subjetividad y objetividad son obviadas; deja de ser una pregunta relevante el hecho de si la empatía puede ser objetiva debido a que no es necesario ni posible para el clínico en abandonar su ser para experimentar empatía.^{XIX}

La base para cualquier profesión de ayuda es el bienestar del individuo, una sensibilidad hacia las personas como ser humanos en lugar que como casos. El propósito de la medicina es el cultivar el bienestar de las personas y no el simplemente el enorgullecerse de la resolución efectiva de los casos clínicos.

4.- EL MÉDICO EMPÁTICO

4.1.- INTEGRANDO EL HUMANISMO Y LA CIENCIA EN MEDICINA

Shimon M. Glick, rector de la universidad Ben Gurion en Israel y catedrático de las materias de ética médica y de habilidades de comunicación, propone la utilización de un paradigma para conectar a la ciencia y la tecnología intrínsecamente con el humanismo, bajo el siguiente esquema:

COMPASIÓN



CUIDADO MÉDICO IDEAL



MEDICINA CIENTÍFICA



UTILIZACIÓN DE *TODA* LA INFORMACIÓN



MODELO BIOPSICOSOCIAL

De esta manera, resulta imposible proveer medicina científica sin humanismo o medicina compasiva sin una base científica adecuada.

Este modelo tiene como base el fundamento principal de la profesión, la motivación esencial y la fuerza impulsora del médico. Esa base no es la ciencia y la tecnología, tampoco lo es la sed por el conocimiento o la curiosidad, a pesar de que estas cualidades y factores son

importantes. El fundamento en el cual la medicina debe de estar basada es la compasión, ahí es donde todo comienza, y sin esta base uno no puede ser un verdadero médico.

Si los médicos están, de hecho, preocupados por el sufrimiento de sus semejantes humanos, como lo sostienen ellos mismo o los miembros de sus familias, ellos desearán que sus pacientes obtengan el mejor cuidado médico posible (cuidado médico ideal), nada menos que eso servirá. El cuidado ideal no es la homeopatía, ni la reflexología, ni cualquier técnica de medicina alternativa que se encuentre en boga. Solo existe una legítima escuela de medicina y esa es la de la medicina científica. Si y solo si, cualquier forma alternativa de terapia prueba su utilidad mediante las herramientas científicas de la evidencia, se une a la medicina tradicional.

No es suficiente para los médicos el preocuparse profundamente por sus pacientes, eso puede ser perfectamente realizado tan bien o incluso mejor por amigos, miembros del clero o trabajadores sociales. Los médicos se deben a su profesión y deben de actuar como científicos al examinar datos, crear hipótesis y someterlas a un escrutinio exhaustivo en un área donde las observaciones científicas controladas y las pruebas son mucho más difíciles que dentro de un laboratorio, pero no hay alternativa.

En llevar a cabo la parte científica de sus tareas, los médicos, como cualquier otro científico, deben de recolectar *todos* los datos necesarios para llegar a las conclusiones, estos datos pueden incluir información de hallazgos del microscopio electrónico y de la tomografía axial computarizada, pero la información derivada del examen físico y la historia social no es menos importante. En el tratamiento del edema pulmonar, es científicamente incompetente el pasar por alto un hallazgo electrocardiográfico pertinente, pero no es menos grave como error científico el ignorar la ingesta de sodio de un indigente, forzada por la pobreza y la falta de dentadura que lo llevan a subsistir a base de sopas enlatadas excesivas en sal.

El único modelo que puede satisfactoriamente llenar, no solo las demandas impuestas por la compasión, sino también aquellas que requieren de la exactitud de la ciencia, es el

modelo biopsicosocial. Una falla en la compasión nos va a llevar inevitablemente a practicar un método científico pobre debido a que ignora datos críticos para el cuidado del paciente.

Debe de ser, entonces, evidente que la medicina no puede tolerar una dicotomía entre sus componentes biológicos y psicosociales. Los dos aspectos deben de coexistir y formar una sinergia si es que la medicina pretende ofrecer su rango completo de beneficios para el público.^{xx}

4.2.- LAS CARACTERÍSTICAS DEL MÉDICO EMPÁTICO

El Dr. Glick propone una serie de características que son comunes a aquellos médicos que se les reconoce como empáticos y compasivos.

Primero, los médicos compasivos tienen un gran respeto por la vida humana y le dan una importancia única y extraordinaria. Ellos admiran con gran asombro al ser humano y tratan a cada persona con dignidad y respeto. Las características de empatía y compasión pueden diluirse a menos que a la vida humana se le de una importancia especial, tanto cuantitativa como cualitativamente.

Segundo, los médicos compasivos tienen una perspectiva particular de su rol en la sociedad y de sus objetivos en la vida. Están sumergidos dentro de los valores de servicio a la sociedad y mucho menos por aquellos de autorrealización y autosatisfacción. Este punto de vista mediante el cual los médicos están para servir a la sociedad y no para ser servidos de ella fue de hecho el predominante en el mundo occidental por muchos siglos. Básicamente se trata de un punto de vista judeo-cristiano el cual, en su momento, representó un hito en la historia de la humanidad ya que contrastaba enormemente con las sociedades paganas y hedonistas de la época, incluyendo a Grecia y Roma. De acuerdo a estas creencias, los seres humanos existen para servir un propósito mas elevado y no simplemente para satisfacer sus necesidades personales y alcanzar metas materiales. De esta misma manera, de los médicos también se

espera que hayan escogido su profesión con el firme propósito de servir a la humanidad. Históricamente, los médicos, junto con algunas otras profesiones selectas, son considerados como más nobles que los demás seres humanos, debido a que la mayoría de la energía y de la actividad que emplean es socialmente útil. Este punto de vista del rol del hombre en la sociedad ha disminuido significativamente en el mundo occidental con el declive de la religión como una fuerza motivadora mayor y por la revolución de pensadores como Darwin, Freud y Marx entre otros. El hedonismo, la permisividad y la autosatisfacción se convierten entonces en las metas últimas de la vida.

En tercer lugar, los médicos compasivos pueden funcionar mejor si son emocionalmente estables y maduros, independientemente de su filosofía de vida, una buena ración de estabilidad y madurez personal es esencial si los médicos pretenden lidiar con éxito con las necesidades y crisis emocionales de sus pacientes.

Aquí también debemos de poner mucha atención en el ambiente en el cual los estudiantes y los médicos funcionan. Por su misma naturaleza, la educación médica y su subsiguiente práctica son física y emocionalmente demandantes. El entrenamiento riguroso y estresante es inevitable si es que se pretende hacer un filtro para aquellos estudiantes que no están listos para la profesión, pero un trato inconsciente y cruel para los estudiantes y residentes durante periodos de dificultades personales^{XXI}, irremediablemente cobra su cuota y resulta en un comportamiento indeseable y de cuidado sub-óptimo hacia los pacientes. El ambiente en el cual los médicos trabajan debe de reforzar la empatía. Esto es posible incluso en medios estresantes si se hace un esfuerzo consciente. De manera frecuente, el estrés y las presiones que son intrínsecas a la práctica de la medicina son usados para racionalizar los comportamientos inapropiados de parte del médico hacia el paciente.

La cuarta característica esencial del médico empático es la habilidad en el arte de la medicina. El llorar al lado del paciente incontrolablemente puede representar una empatía

llevada a los máximos exponentes, pero el paciente requiere de una empatía efectiva, para poder lograr esto, se necesita un buen entrenamiento tanto en las habilidades diagnósticas como terapéuticas. Mientras es muy difícil el alterar actitudes básicas y rasgos de carácter, las habilidades pueden y deben de ser enseñadas. Muchos médicos aún creen que tales habilidades se adquieren de manera espontánea a través de la experiencia, pero a pesar de sus muchos años en la práctica médica, muchos médicos nunca se sienten cómodos al lidiar con problemas psicosociales. Mucha de la reticencia y duda por parte de los médicos para enfrentarse con el componente emocional de las enfermedades de sus pacientes es debido a su sentimiento generalizado de incompetencia en este ramo. La mayoría de nosotros disfrutamos hacer lo que hacemos bien y evitamos aquellas áreas en las que nos sentimos menos competentes. Durante los años recientes un número cada vez mayor de escuelas de medicina ha iniciado una instrucción formal en habilidades de comunicación interpersonal, tanto para los maestros como para los estudiantes, con resultados impresionantes.

Finalmente, como quinta característica, los médicos compasivos poseen una conciencia hipertrofiada y se esfuerzan constantemente por alcanzar la excelencia ética. Ellos examinan y reexaminan su desempeño y lo comparan con un ideal preconcebido.

El Dr. Glick y sus colegas recientemente han completado un estudio para el hospital Israelí Ben Gurion, el cual pretende caracterizar los factores personales, sociales, y organizacionales que contribuyen a la creación y sostenimiento de los médicos empático-compasivos, como lo definen sus colegas. Se distribuyó un cuestionario a 324 médicos de tiempo completo en el mencionado hospital de enseñanza, el cual consta de 750 camas y se les pidió a cada uno de ellos el identificar en orden jerárquico los 5 médicos residentes y los 5 médicos adscritos los cuales, en su opinión, llenasen la descripción de médicos empático-compasivos (E-C). Se recibieron 231 cuestionarios completos (71.3% de respuesta). Entonces se jerarquizaron a los médicos del hospital de acuerdo al número de veces que fueron citados

por sus colegas. Aquellos que fueron citados por al menos 10 colegas (27 médicos adscritos y 19 médicos residentes), fueron clasificados como médicos E-C. Posteriormente se identificaron dos grupos control, uno que incluía a los médicos que nadie citó, y un grupo intermedio con aquellos que citaron pocas veces.

En la fase dos del proyecto se distribuyeron cuestionarios detallados (270 preguntas) a 308 médicos y se recibieron respuestas totales de 214 (69.5% de respuesta). El cuestionario evaluó mediante una variedad de mediciones estándar la autoestima, ansiedad, actitudes sociales, empatía, grado de consulta con otros profesionales, actitudes hacia el trabajo, socialización, entorno del hogar, modelos de rol, motivación en la selección de la especialidad, hábitos de trabajo, actitudes acerca del lugar de trabajo, satisfacción laboral y burnout.

El Dr. Glick y sus colegas encontraron que los médicos E-C tendían a ser más jóvenes, con educación israelí, con un mayor grado de autoconfianza, menores niveles de ansiedad, actitudes más universales y menos estereotipadas hacia los pacientes, y más conscientes de los factores psicosociales. En caracterizar a un "buen médico", los médicos E-C tendieron a enfatizar la devoción, la voluntad de asumir la responsabilidad, e invertir mucho tiempo y esfuerzo en su profesión; y pusieron significativamente menos énfasis en el status, la recompensa monetaria, la apariencia personal y la autoconfianza. En la selección de la especialidad, los médicos E-C pusieron menos énfasis en el prestigio de la especialidad, el estilo de vida, el tipo de pacientes, los logros y la investigación. Los médicos E-C tendieron a consultar a otros médicos de manera más frecuente y estuvieron menos ofendidos por las solicitudes de los pacientes de dicha consulta. Ellos reportaron mayor tiempo en enseñar y estudiar en el hospital y menor tiempo en la realización de otras actividades para conseguir más ingresos. Los médicos E-C, más frecuentemente que otros, reportaron una influencia dominante materna en su comportamiento. Entre las ideologías que influenciaron el comportamiento del grupo E-C tuvieron una mayor proporción con la religión como influencia

dominante en comparación con otros grupos. Los médicos E-C estuvieron más contentos con sus relaciones con los colegas y mostraron más confianza en el sistema y en su habilidad de influenciar en él. Sin embargo se mostraron menos satisfechos que los demás con la falta de tiempo para trabajar y APRA estar con sus familias.^{XXII}

4.3.- CREANDO AL MÉDICO EMPÁTICO

Claramente, la tarea de crear un médico empático no comienza en la escuela de medicina. Para este tiempo, la mayoría de los estudiantes de medicina, impregnan en su estudio sus actitudes e inclinaciones básicas las cuales reflejan las primeras dos décadas en la formación de sus vidas. Por lo tanto, una de las tareas críticas de las escuelas de medicina, si es que están interesadas en promover la empatía en su producto final, es la selección apropiada de estudiantes de entre los muchos candidatos que aplican. A pesar de que no existe un método infalible para predecir el comportamiento empático subsecuente en un candidato al momento de su aplicación a la escuela de medicina, parece probable que, a través de un esfuerzo conciente por parte del comité de admisiones, uno puede obtener una concentración de estudiantes con tendencias mucho mas empáticas que haciéndolo de manera aleatoria o confiando únicamente en los logros académicos.

5.- EMPATÍA SELECTIVA

5.1.- LA EMPATÍA EN EL CONTEXTO DEL CONOCIMIENTO CIENTIFICO

ACTUAL

A medida que el conocimiento científico acerca de varias enfermedades progresa a través del tiempo, es inevitable que se presenten conflictos entre convicciones previamente sostenidas acerca del cuidado empático apropiado en la relación médico-paciente y la información científica de vanguardia. Mientras más rápido se acumule nuevo conocimiento científico, es más probable que se presenten conflictos entre los viejos y los nuevos métodos de cuidado. El reto del médico moderno es integrar a los más nuevos conocimientos científicos dentro de una relación médico-paciente previamente establecida.

Uno de los más importantes ejemplos de un conflicto actual entre una relación médico-paciente previa y los nuevos descubrimientos científicos, ha ocurrido en la psiquiatría durante la última década. Una revolución en las ciencias neurobiológicas nos ha llevado a una nueva interpretación de muchas de las más serias enfermedades mentales en niños y adolescentes. Esta revolución ha ocurrido tan rápidamente que existe ahora un severo conflicto transicional entre las viejas formas de terapia basadas en teorías psicodinámicas y psicoanalíticas y los nuevos modelos basados en evidencia científica verificable y reproducible. Muchos trabajadores de la salud, usando los viejos métodos, tienen genuina empatía por aquellos individuos que sufren de enfermedades psiquiátricas y, creen firmemente que están actuando en nombre de los intereses del paciente. Las relaciones médico-pacientes empáticas deben en todo momento ser evaluadas a la luz del conocimiento científico actual.

Existe ahora suficientes datos para documentar que muchas enfermedades psiquiátricas infantiles severas, por ejemplo, autismo, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo compulsivo, síndrome de Tourette, esquizofrenia, trastornos de ansiedad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad, son enfermedades físicas caracterizadas por anomalías significativas neuroanatómicas y neuroquímicas.^{XXIII}

Estos trastornos neurobiológicos son actualmente definidos y entendidos de acuerdo a las observaciones científicas reproducibles relevantes para cada trastorno. Esta nueva base de

datos representa una diferencia significativa al enfoque tradicional de la enfermedad mental infantil, más aún, las nuevas aproximaciones de tratamiento para cada una de las enfermedades mencionadas deben de estar basadas en modelos y principios científicos, en lugar de opiniones, teorías, creencias y algunas pocas experiencias anecdóticas.

5.2 LA FALTA DE EMPATÍA BASADA EN LA IGNORANCIA

Se ha convertido en socialmente aceptable el discutir abiertamente únicamente dos tipos de enfermedades neurobiológicas: La depresión mayor y el trastorno bipolar. Como resultado, diversas personalidades públicas han dado testimonios en diferentes medios de comunicación en relación a su lucha en contra de los trastornos mencionados. No hay duda que este tipo de discusión abierta contribuye a un mejor entendimiento de éstas dos enfermedades, sin embargo, que tan frecuentemente los foros de comunicación, que alcanzan a millones de personas, se abren para la discusión de otras entidades nosológicas de carácter neurobiológico, a pesar de el hecho de que todos los trastornos neurobiológicos tienen una raíz patofisiológica similar centrada en anormalidades neuroquímicas y neuroanatómicas. Inevitablemente, esta aproximación tan prejuiciosa resulta en una *empatía selectiva* para pacientes con ciertos trastornos mentales (Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Bipolar), con la consecuente falta de empatía para los pacientes con otras enfermedades mentales igualmente serias, como Esquizofrenia, Trastorno Obsesivo Compulsivo, por citar algunos ejemplos.

Ninguna otra profesión ejemplifica el fenómeno de la empatía selectiva de manera más clara que la profesión médica. Algunos médicos hacen observaciones sumamente crueles hacia algunos pacientes con ciertas patologías mentales como Esquizofrenia, Trastornos de Ansiedad y Trastorno Obsesivo Compulsivo, sin embargo, éstos mismos médicos muestran una relación empática y cálida con pacientes que padecen otras enfermedades físicas que

llevan a la pérdida de la independencia y esperanza para quienes las padecen, como el cáncer de páncreas o cáncer metastático. Estos mismos médicos también parecen mostrar adecuada empatía para los pacientes que sufren de depresión. Estos son ejemplos de empatía selectiva, ya que los mismos médicos permanecerían distantes para la mayoría de los pacientes con las patologías mentales ya mencionadas que además cursaran con cáncer pancreático o metastático. De hecho, estos son los doctores que pueden hacer bromas acerca de los comportamientos idiosincrásicos de los pacientes psiquiátricos a pesar del hecho que estos comportamientos son parte de los síntomas que se manifiestan como consecuencia de su neuroanatomía aberrante o neuroquímica disfuncional.^{xxiv}

Por un lado, la mayoría de los médicos comprenden el sentido de la pérdida, el dolor y la ansiedad experimentada por los pacientes con cáncer. Por otro lado, permanecen ignorantes del mismo sentido de pérdida y sufrimiento que viven la mayoría de los pacientes con trastornos mentales. Tanto los pacientes con cáncer como aquellos con patología neurobiológica están sufriendo de una enfermedad física, sin embargo, un grupo es tratado con empatía selectiva, ¿por que?

La respuesta más importante para el problema de la empatía selectiva para los pacientes con enfermedad neurobiológica es la falta de conocimiento acerca de la naturaleza biológica de dichos trastornos por parte de un buen sector de la profesión médica en general.

La empatía selectiva, sin embargo, no es nada nuevo en la profesión médica. Los profesionistas de la salud, de igual manera que el público en general, han mostrado prejuicio contra las personas con diversos tipos de enfermedades físicas antes de que el conocimiento científico acerca de dichas enfermedades fuese integrado dentro de la práctica médica y la misma sociedad. Para ilustrar este punto tenemos varios ejemplos: Lepra, cáncer, peste bubónica, epilepsia, retraso mental y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida por mencionar algunos.^{xxv}

En los tiempos presentes, queda claro que muchos de los pacientes que sufren de enfermedades mentales -como lo hacían los pacientes con lepra o cáncer antes de que estas enfermedades fuesen entendidas y aceptadas a la luz de la ciencia- continuarán siendo víctimas de la empatía selectiva por parte de la profesión médica y de la sociedad. Sólo cuando los hallazgos de la revolución de las neurociencias se encuentren completamente integrados dentro de los sistemas de educación médica, disminuirá el prejuicio en contra de los seres humanos con enfermedades mentales.

6. LA TRANSFORMACIÓN DE LA EMPATÍA EN MEDICINA

6.1 ENFERMEDADES Y ENFERMOS

Durante el s. XVII el médico inglés Thomas Sydenham fue cuestionado por parte de su alumno Richard Blackmore acerca de los libros que debía de leer para mejorar su práctica como médico a lo que el maestro respondió “Lea *Don Quijote*, es un gran libro, yo aún lo leo”.^{XXVI}

Durante esta época, la medicina estaba cruzando la frontera entre su pasado filosófico y su futuro científico, siendo Sydenham un factor crucial en esta transición. El mismo Sydenham al momento de construir sus historias clínicas identificó dos tipos de síntomas: los síntomas “constantes” y los “ocasionales”. Los fenómenos constantes eran síntomas patognomónicos que definían las entidades nosológicas y que eran compartidos por la población afligida con la enfermedad. Los fenómenos ocasionales o adventicios se trataban de síntomas idiosincrásicos únicos para cada individuo, estos síntomas expresaban las diferentes personalidades y respuestas de los individuos ante la enfermedad. El legado de Sydenham a la medicina ha sido el elevar lo patognomónico sobre lo idiosincrásico. Este procedimiento ha permitido el que

la meta de la evaluación de las enfermedades sea el colocar a los pacientes dentro de grupos definidos de síndromes, lo cual permite a los médicos el poder estudiar a poblaciones completas de pacientes en lugar de individuos, marcando así un hito dentro de la medicina que permite el distanciarse de las características únicas de los pacientes, disminuyendo con esto la habilidad para entender e identificarse con los pacientes y por lo tanto reduciendo la preocupación empática.

Resulta, de esta manera, paradójico como las aportaciones de una de las figuras en la historia de la medicina con una mayor preocupación el mantenimiento de la empatía con el paciente, resultaran en la aplicación de técnicas que entorpecen la práctica de esta característica.

6.2 TECNOLOGIA Y EMPATÍA

Los médicos enfocan a la enfermedad a través de técnicas de diagnóstico que se interponen entre ellos y los pacientes. Estas técnicas filtran la evidencia, bloqueando algunas de sus características y enfatizando otras. Esta selección permite que se puedan crear perfiles característicos de cada enfermedad. A principios del s. XIX, el perfil característico se derivaba de los comentarios de los pacientes, los cuales narraban sentimiento y eventos de manera subjetiva. Lo que distinguió a la narrativa del siglo XVII a la del XIX fue precisamente aquellas características especiales en las cuales Sydenham se había enfocado. En el s. XIX, los médicos supieron establecer un patrón mediante el cual elaboraban el diagnóstico del paciente a través de enfocarse en síntomas patognómicos en lugar de idiosincrásicos.^{xxvii}

A pesar de esta modificación en la forma de escuchar la historia del paciente para producir un punto de vista de la enfermedad estandarizado, los médicos aún dependen de los testimonios del paciente para obtener datos médicos esenciales. Los pacientes pueden resultar poco confiables, pueden olvidar, distorsionar o confundir evidencia esencial y los médicos

pueden no enterarse que están cometiendo estos errores. Aun si el personal médico tiene sospechas acerca de la historia, usualmente no pueden confirmar estas sospechas.

Esta situación se transformó en el s. XIX por una nueva gama de tecnologías encabezadas por el estetoscopio, introducido en 1819, al cual le siguió pronto el oftalmoscopio, el laringoscopio y el gastroscopio. Todos estos artefactos tienen un denominador común: Extienden los sentidos del médico hacia el interior del cuerpo, lo cual da como resultado que a través de estos hallazgos el médico puede elaborar un retrato del padecimiento que sustitúan a aquellos que se derivaban de las historias de los pacientes.

Los instrumentos de diagnóstico físico redirigieron la atención del médico del foco de la experiencias del paciente hacia el foco de la estructura del cuerpo. Una vez más, la habilidad del médico de ser empático en una relación médica se volvió más difícil, esta vez con un cambio en lo que significaba la evidencia de la enfermedad.

La tecnología diagnóstica del s. XX ha intensificado este alejamiento de la persona del paciente. Su foco permanece en las características físicas del cuerpo y sus enfermedades, y la evidencia que estos generan se registran como números, gráficas e imágenes anatómicas. Los retratos de enfermedad que hacen los médicos con estos datos siguen siendo tan impersonales como aquellos que eran hechos a partir de datos arrojados por los artefactos diagnósticos. Pero las perspectivas creadas por las nuevas tecnologías (imágenes de rayos X, gráficas de EKG y los números del analizador químico automático) colocan al médico un paso más alejado de su paciente que aquellos generadas por tecnologías más antiguas. El examen médico a través de un estetoscopio por lo menos requería de un paciente en un extremo y el doctor en el otro. La toma de una placa de rayos X puede realizarse en la ausencia del médico. Por lo tanto, la tecnología moderna introduce una dimensión impersonal dentro de la historia de la enfermedad; también favorece el crecimiento de la cada vez más grande distancia entre

médicos y pacientes. Cada vez se ven menos los unos a los otros y más a los técnicos y a los reportes de los estudios.

6.3 ¿CÓMO CREAR ACTITUDES EMPÁTICAS EN MEDICINA?

La habilidad para entrar en la vida del paciente, la esencia de la empatía, es practicada menos frecuentemente que la habilidad para adentrarse dentro del cuerpo del paciente a través de la tecnología médica. Este desequilibrio puede y debe de ser corregido. Los médicos necesitan de ambos tipos de conocimiento. El conocimiento tecnológico crea un retrato del ser humano. El conocimiento empático crea un retrato del significado. Los dos conocimientos juntos recrean de la mejor manera posible la persona que es el paciente.

Para tratar de realizar un análisis completo de la enfermedad, el médico se debe de sentir predispuesto, esta predisposición está fuertemente influenciada por la educación médica recibida. Una educación tecnológica, llevada a cabo a expensas de ignorar a la persona que es el aprendiz, es menos frecuente que produzca médicos que dedique el tiempo necesario para sintetizar los aspectos relativos al ser y a los significados de la evaluación médica.

Las ganancias de la ciencia no deben serlo a expensas del humanismo, esto no debe de pasar en ningún aspecto de la vida, pero en especial no debería de pasar en la profesión médica, ya que se trata de una institución social única en la cual sus miembros diariamente deben de probarse a ellos mismos merecedores de una confianza crucial: la de que ellos jamás van a tomar ventaja de la vulnerabilidad que es un factor esencial de los pacientes que acuden con ellos. Sin la empatía que se gana a través de la preocupación ética, el conocimiento médico y los agentes a los que se tiene acceso son peligrosos e indignos de confianza.

La dimensión humanística del entrenamiento médico es tan importante como su aspecto científico. Los dos deberían ser considerados como partes iguales de un total médico.

El Dr. Stanley Joel Reiser, en su libro *La Medicina y el Reino de la Tecnología*, propone un código ético para la enseñanza de la medicina, el cual exponemos a continuación:

- 1.- Los maestros deberían de tratar a los alumnos como quieren que ellos traten a sus pacientes.
- 2.- Existen dos grandes ramas en el aprendizaje de la medicina. Una es científica y la otra es humanística. Cada una debe de ser enseñada con el mismo compromiso y conocimiento.
- 3.- El aprendizaje científico es necesario para que los estudiantes no dañen a los pacientes que tratan y tiene la habilidad de crear nuevo conocimiento. El aprendizaje humanístico es necesario por las mismas razones.
- 4.- Un maestro debe de ser un educador y un amigo para el estudiante. Como educador el maestro busca el crecimiento intelectual. Como un amigo busca fomenta la seguridad de integrar este crecimiento.
- 5.- Predominan tres obligaciones esenciales de los maestros hacia los alumnos:
Candor: Hacia los estudiantes y hacia ellos mismos. Sin una visión honesta de sus esfuerzos, los estudiantes no pueden saber en que aspectos es necesario mejorar. Sin una revelación honesta de sus propias limitaciones, los maestros presentan una imagen falsa de los límites del conocimiento. *Confianza*: Fortaleciendo la confianza en los aprendices provoca que sus esfuerzos se conviertan en confiables, un valor esencial para el practicante tanto en la clínica como en el laboratorio. *Respeto*: Hacia la diversidad, esfuerzo, logros, puntos de vista y límites de los estudiantes. Esto les da a ellos una dignidad esencial para el crecimiento y la autoestima.
- 6.- Predominan tres obligaciones esenciales de los alumnos hacia los maestros:
Reciprocidad: Reconocer la necesidad de recompensar los esfuerzos por educar con el compromiso por aprender. *Honestidad*: En la adquisición del conocimiento y en admitir

donde es necesario más aprendizaje. *Apertura:* Ser receptivo y tener consideración para escuchar ideas.

- 7.- Un maestro siempre debe de luchar por crear un ambiente humano hacia los estudiantes dentro de las instituciones en las cuales estudian. Tanto el personal como las reglas con características humanas fomentan una atmósfera dentro de la cual los valores de bondad y consideración por los demás son transmitidos.
- 8.- Los profesores académicos no son la única fuente de aprendizaje para los alumnos. El personal institucional también proporciona importantes lecciones acerca del respeto y preocupación por los demás a través de las políticas que siguen y las acciones que toman; ellos también son educadores.
- 9.- La enseñanza debe de ser valorada por los miembros de la facultad académica. Esto combina la responsabilidad por el bienestar de los estudiantes a su cuidado y por el conocimiento honestamente valorado y cuidadosamente transmitido. Esta responsabilidad dual hacia la persona y el aprendizaje es central en la misión de las instituciones médicas.
- 10.- Las instituciones educativas en turno deben de considerar a la enseñanza como el puente entre el conocimiento y la acción, como un arte y una ciencia equivalentes en valor y complejidad para estudiar y servir a los pacientes.^{xxviii}

7.- CONSIDERACIONES TEÓRICAS DE LA EMPATÍA

7.1 EMPATÍA: LITERATURA, ARTE Y MEDICINA

La empatía o la habilidad por ser afectado por un evento externo a nosotros mismos, es una cualidad indiscutiblemente deseable en un médico, sin embargo, no todos los doctores tienen esta capacidad. Es probable que nunca la hayan aprendido ni en sus casas, ni en sus escuelas, ni en la facultad de medicina. El historiador griego Herodoto escribió la siguiente frase *“ta de moi pathemata mathemata gegone”*, que literalmente significa *“Mis sufrimientos han sido mis lecciones”^{XXIX}*, si Herodoto estaba en lo correcto, los médicos que han experimentado el sufrimiento se van a diferenciar de los demás por ser más empáticos que aquellos que no ha sufrido. ¿Deberíamos entonces someter a los médicos con vidas relativamente libres de sufrimiento a que experimenten el mismo? Absolutamente no. La negación es una respuesta natural ante el sufrimiento. En lugar del sufrimiento, el médico tiene la posibilidad de aprender empatía a través del regocijo en la literatura y el arte.

En este punto es importante diferenciar entre dos diferentes tipos de empatía: empatía empírica y empatía natural. Herodoto alude a la empatía empírica cuando describe el valor didáctico de sus propios sufrimientos. Una crisis personal, tal como lo es una enfermedad física o mental, puede crear empatía empírica en un individuo que no ha sido previamente sensible hacia el dolor de otras personas. Sin embargo, una crisis personal no ocurre en demanda y no todo mundo se beneficia del sufrimiento. Al contrario, la agonía mental o física severa puede obnubilar los sentimientos. De hecho son pocos los individuos que desarrollan la empatía a través de su propio sufrimiento, algunas veces el sufrimiento es solo dolor sin ninguna lección que aprender. Pero en el caso de la empatía empírica, una lección es sustraída del sufrimiento propio: uno aprende a sentir hacia los demás y a mostrar estos sentimientos.

El segundo tipo de empatía, la empatía natural, se encuentra con mayor frecuencia en la mayoría de la gente, no requiere de un sufrimiento personal, únicamente de la voluntad de usar la imaginación para entrar en el mundo del otro y comprenderlo. El entrenamiento y la educación médica pueden favorecer un entendimiento de la empatía tanto empírica como

natural haciendo disponible para los estudiantes, internos y residentes cursos y grupos de discusión que se enfoquen en trabajos importantes de literatura y arte, ya que a través del sufrimiento de los personajes plasmados en ambos podemos ejercitar la capacidad de poder situarnos en el lugar de los demás y experimentar las emociones de dichos personajes, lo cual indiscutiblemente enriquece nuestra gama de emociones, listas para salir al auxilio del médico en busca de empatía para con sus pacientes.^{xxx}

7.2 LA EMPATÍA Y LA NARRATIVA

Irreducible la una hacia la otra y ambas esenciales para la práctica efectiva de la medicina, el conocimiento narrativo y el conocimiento lógico-científico juntos permiten al ser humano el recolectar y comprender información acerca del mundo.^{xxxi}

El conocimiento médico-científico es utilizado para recolectar y evaluar información universal, replicable, generalizable, y empíricamente verificable. Guiado por hipótesis y principios y generado por los llamados observadores distanciados emocionalmente, el conocimiento lógico-científico se apoya en operaciones formales tales como la conjunción y disyunción para establecer propuestas reproducibles sobre causas generales. Las herramientas de dicho conocimiento son las matemáticas, la lógica y las ciencias; su lenguaje debe de ser no alusivo, no ambiguo y confiable y de ninguna manera carente de creatividad ya que este tipo de conocimiento ejercita la imaginación en ver la solución de un problema incluso antes de que éste exista.

El conocimiento narrativo, por el otro lado, se preocupa por las motivaciones y las consecuencias de las acciones humanas. Siempre particularizado, el conocimiento narrativo busca el examinar y comprender los eventos singulares, contextualizados dentro de su tiempo y espacio. Las historias de los periódicos, mitos, cuentos de hadas, novelas, ensayos y los casos clínicos son narrativos: todos ellos recuentan e interpretan eventos, unidos en alguna

forma de cronología y que acontecen a seres humanos o a sustitutos de éstos. Todos estos relatos llevan la estampa de sus narradores, los cuales no son observadores distanciados emocionalmente, sino que participan activamente en la generación de las historias que cuentan. Ellos confían en tales características como la metáfora y la alusión para transportar mensajes sobre lo particular y para sugerir conexiones causales entre eventos aleatorios. El lenguaje narrativo resuena con múltiples significados contradictorios, hace alusión a historias previamente relatadas, y revela las dimensiones afectivas y cognoscitivas del narrador y de los personajes.

Si el conocimiento lógico-científico es utilizado para establecer características universales verdaderas del mundo al trascender lo particular, el conocimiento narrativo es utilizado para revelar lo particular y, de paso, de pistas de las verdades universales. A través del conocimiento narrativo, los seres humanos se reconocen a sí mismos y entre sí, contando historias con el propósito de saber quienes son, de donde vienen y hacia donde van.

Sólo a través de la competencia narrativa puede un médico proporcionar cuidado empático. Sin el robusto mundo narrativo del paciente, el médico no puede entrar dentro del mundo de sufrimiento del paciente, no puede ofrecer alivio y tampoco puede acompañar al paciente a través de la experiencia de la enfermedad. Únicamente los doctores que han desarrollado el conocimiento narrativo pueden reconocer las motivaciones y deseos de sus pacientes, permiten a los pacientes contar su historia completa de enfermedad y se pueden ofrecer a sí mismos como instrumentos terapéuticos.

7.3 EMPATÍA Y GÉNERO

Existen varias teorías que afirman que existen ciertas diferencias entre la forma en la cual se entiende y se practica la empatía según el género. Consistente con los hallazgos de estudios empíricos previos y con un estudio de literatura sobre diferencias sexuales en

empatía, las mujeres mostraron un mayor nivel de empatía que los hombres.^{xxxii} Esto coincide con la revisión de *Hoffman*, quien reportó que hombres y mujeres difieren menos con las medidas de empatía cognitiva (toma de perspectiva) que con aquellas que involucran emociones (tendencia a experimentar una reacción afectiva de compasión y simpatía por los demás), es decir, tendencia a experimentar sentimientos personales de disgusto e inquietud en reacción a la aflicción de otros.^{xxxiii} Mino Vianello en su libro "Género, espacio y poder" oposición entre el pensamiento estratégico, típico de la mente masculina, que se encarna en la racionalidad formal, y el pensamiento ovular, típico de la mente femenina, que encuentra su expresión en la empatía.^{xxxiv} Por su parte Helen Fisher, la famosa antropóloga neozelandesa en su libro *The First Sex*, expone que las mujeres poseen muchas facultades excepcionales cuyo origen viene de lo más profundo de la Historia: talento para comunicarse; capacidad para interpretar claves de comunicación no verbales; mayor sensibilidad emocional; empatía; paciencia; habilidad para hacer y pensar en varias cosas simultáneamente; un don especial para hacer amigos –relaciones– y negociar; habilidad y predisposición para planificar a largo plazo, y también una clara predisposición a trabajar en equipo, cooperar, buscar consenso y dirigir equipos humanos con gran ecuanimidad.^{xxxv}

8.- ESTUDIOS PREVIOS

8.1.- OTRAS PUBLICACIONES

En 1985, en el *Medical Malpractice Review*, se publicó un artículo llamado “Los Abogados Nos Cuentan Qué Vuelve A Los Pacientes Beligerantes”. Se detectó que más del 80% de las demandas son debidas a problemas de comunicación. De este 80% las demandas fueron por:

- 35% → actitudes en el médico (con prisa, aires de superioridad).

- 35% → fallas de comunicación.

- 7% → menosprecio en cuidado previo.

- 5% → expectativas no realistas de los pacientes.^{xxxvi}

En 1989 se publica el artículo “El papel de la empatía en la elección de la especialidad medica”.

En este estudio, se aplicó la Escala Hogan de Comunicación Personal a 185 estudiantes de medicina. Se recibieron 129 (70%) cuestionarios contestados. Los resultados de los alumnos que querían estudiar especialidades de no-contacto con pacientes (patología, radiología, medicina nuclear y salud pública), fueron las más bajas, sin embargo, las diferencias con las demás especialidad, no fueron significativas.^{xxxvii}

En 1994, se publicó en el JAMA el artículo “La Comunicación Medico-Paciente: La Llave Para Prevenir Demandas Legales”, en donde se investigó la relación entre la historia de demandas contra un grupo de obstetras y la satisfacción de sus clientes con su práctica profesional. Se separó a los sujetos en un grupo de alta y baja frecuencia de demandas. Entre los resultados se encontró que los pacientes del grupo de altas demandas estuvieron menos satisfechos con sus médicos, ya que reportaron el sentirse apresurados, ignorados, excluidos, mal informados y haber tenido menor tiempo en las consultas.^{xxxviii}

En el 2001, se publicó un artículo titulado “Clarificación de la conceptualización de la empatía”, En este estudio se trató de conceptualizar la empatía mediante un análisis de concepto, el cual incluyó una revisión literaria, un análisis del concepto en la literatura, así como el identificar, describir, comparar y contrastar los atributos y reglas de cada categoría en la que se encuentra. Se identificaron 5 conceptualizaciones: Empatía como un rasgo humano, como un

estado profesional, como un proceso de comunicación, como cuidado o protección y como una relación especial.^{XXXIX}

En septiembre de 2002, se publicó en el *American Journal of Psychiatry*, un artículo titulado "Empatía médica: definición, componentes, medición y su relación con el género y la especialidad". En este estudio, una versión revisada de la *Escala Jefferson de Empatía Médica*, fue enviada por correo a 1,007 médicos de distintas especialidades, afiliados al Sistema de Salud Jefferson, en la región urbana de Filadelfia y sus alrededores. Respondieron el cuestionario 704 médicos (70%). La edad promedio de los participantes fue de 46.8 ± 10.5 y el rango de 29 a 87 años. Con el fin de investigar los componentes de base de la *Escala Jefferson de Empatía Médica*, los datos fueron sometidos a un análisis de factor de sus principales componentes, utilizando una rotación ortogonal con el fin de obtener una estructura factorial más simple. Se utilizó una prueba t para comparar las puntuaciones entre géneros. Y se usó análisis de varianza para examinar las puntuaciones promedio entre los médicos de diferentes especialidades. Debido al pequeño número de mujeres en algunas especialidades, se utilizó un análisis de covariables (ANCOVA), siendo el género una covariable; en lugar de un análisis de variables de 2 vías (género y especialidad como variables independientes), con el fin de controlar el efecto del género en las puntuaciones de empatía para los médicos de diferentes especialidades. Después de realizar un análisis factorial exploratorio, se identificaron tres factores significativos con valores-*eigen* mayor a uno. Primer factor: "Adquisición de la perspectiva del paciente" con un 21% de la varianza total. Segundo factor: "Cuidado compasivo" con un porcentaje de 8%. Tercer factor: "Habilidad para pararse en los zapatos del paciente" con un porcentaje de 7%. El coeficiente de confiabilidad arrojó un alfa de Cronbach de 0.81, indicando que este instrumento es internamente consistente. La confiabilidad *test-retest* arrojó un coeficiente de 0.65, lo cual sugiere que las puntuaciones de la escala son relativamente estables a lo largo del tiempo. Se compararon las puntuaciones de 507 hombres

y 179 mujeres. La puntuación promedio de los hombres fue de 119.1 ± 11.8 , ligeramente menor que la de las mujeres que fue de 120.9 ± 12.2 . La diferencia entre géneros fue casi significativa ($t=1.71$, $df=684$, $p=0.08$). La edad no se correlacionó significativamente con las puntuaciones ni en los hombres ni en las mujeres. Se compararon los resultados promedio de 12 especialidades médicas diferentes. Para obtener comparaciones consistentes, únicamente se tomaron en cuenta las especialidades con más de 20 médicos respondedores. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de los médicos de diversas especialidades. Los psiquiatras tuvieron la puntuación promedio más alta (127.0), seguidos de los médicos internistas (121.7), los pediatras (121.5), los urgenciólogos (121.0) y los médicos familiares (120.5). Las puntuaciones promedio más bajas las tuvieron los anesthesiólogos (116.1), los ortopedistas (116.5), los neurocirujanos (117.3), los radiólogos (117.9) y los cirujanos cardiovasculares (118.0). Los promedios de los cirujanos generales (119.3) y de los ginecobstetras (119.2), estuvieron en el medio de las especialidades con altas y bajas calificaciones en la escala. Mediante un análisis de una variable dependiente y una covariable (ANCOVA), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de los médicos de diversas especialidades ($F=1.99$, $dF=11$, 493 , $p<0.05$), mientras que el género no arrojó diferencias significativas ($t=1.71$, $dF=684$, $p<0.08$).^{XL}

9.- MEDICION DE LA EMPATÍA EN LOS MÉDICOS RESIDENTES EN EL DISTRITO FEDERAL

9.1. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo tiene como justificación la demostración de los puntos expuestos a continuación:

- 1) Existen especialidades que requieren de más empatía que otras o simplemente las características de los médicos residentes que cursan estas especialidades son las de aquellos médicos más empáticos.
- 2) Existe una relación de la empatía en la práctica médica de acuerdo con el tipo de actividad clínica y esto se refleja en los médicos residentes cursando las diferentes especialidades médicas.
- 3) Hay una relación entre el género y el grado de empatía médica.
- 4) Hay una relación entre el año en curso de residencia médica y el grado de empatía médica.
- 5) Determinar si la Escala Jefferson de Empatía Médica es un instrumento válido para la población en estudio.

9.2.- HIPÓTESIS

Como hipótesis del presente trabajo, esperamos encontrar los siguientes resultados:

- 1) Hay especialidades médicas que puntuarán más alto en la escala Jefferson de Empatía Médica.
- 2) Habrá diferencias significativas entre las puntuaciones de empatía médica y el género de los residentes estudiados.
- 3) Existirán diferencias significativas entre el año de residencia en curso y la calificación obtenida de empatía médica.

- 4) El instrumento aplicado probará ser válido y confiable para la población en la cual se aplicó.

9.3.- OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

- a) Medir la empatía médica de una muestra de residentes del Distrito Federal que se encuentran cursando diferentes especialidades médicas a través de la Escala Jefferson de Empatía Médica (EJEM).
- b) Se realizará una evaluación de la consistencia interna (análisis de confiabilidad) del instrumento a través del cálculo de alfa de Cronbach.
- c) Se explorará el comportamiento del instrumento en la población a través de un análisis factorial, con el fin de identificar las características del médico que determinan la varianza de los resultados.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- 1.- Comparar los resultados de la EJEM entre las especialidades
- 2. Comparar los resultados de la EJEM entre y el género.
- 3.- Comparar los resultados de la EJEM entre el año de especialidad.

9.4.- MATERIAL Y MÉTODOS

POBLACION EN ESTUDIO

Se realiza una pesquisa intencional de sujetos en las sedes de psiquiatría, psicología y salud mental, dependiente de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de México, así como de los médicos residentes del Hospital General de México, dependiente de la Secretaría de Salud y Asistencia, de los meses de octubre del 2002 a junio del 2003 de acuerdo a los siguientes criterios establecidos.

CRITERIOS DE INCLUSION

1.- Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría que se encuentren cursando la especialidad en una de las sedes avaladas por la Universidad Autónoma de México y que se encuentren tomando clases en el departamento de psiquiatría, psicología médica y salud mental de la UNAM en el momento del estudio.

2.- Médicos residentes de cualquier especialidad asignados al Hospital General de México dependiente de la SSA

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1.- Médicos adscritos de cualquier especialidad médica ya que este estudio está analizando las puntuaciones de los médicos residentes.

2.- Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría que se encuentren cursando la especialidad en una sede no avalada por el departamento de psiquiatría, psicología médica y salud mental de la UNAM.

3.- Aquellos médicos residentes que no tuvieron por lo menos 5 individuos representando la especialidad que se encontraban cursando.

PROCEDIMIENTO

Con el consentimiento del jefe del departamento de psiquiatría y salud mental de la UNAM, el Dr. Alejandro Díaz, y habiéndose solicitado la colaboración de los alumnos, se realizó la aplicación de la Escala Jefferson de Empatía Médica a los alumnos de 1o, 2o, 3o y 4o años de la especialidad de psiquiatría.

En total 105 médicos residentes de psiquiatría respondieron a la escala: Edad promedio: 27.9 años. Rango: 24 a 40 años.

De la misma manera, un total de 180 médicos residentes de 17 diferentes especialidades médicas, todos pertenecientes al Hospital General de México, dependiente de la SSA, contestaron la escala: Edad promedio: 28.8 años. Rango: 21 a 38 años.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Género

Variable dicotómica que se definió como masculino y femenino; se obtuvo por medio de la escala aplicada.

Edad

Determinada por el número en años que tiene el paciente, tomando como punto de partida su fecha de nacimiento. Se coleccionó el dato mediante la escala de empatía médica aplicada.

Especialidad médica

Determinada por el nombre de la especialidad médica en curso en el momento de la aplicación de la escala de empatía médica, siempre y cuando se trate de una especialidad avalada por la SSA.

Año en curso de la especialidad

Determinado por el número de años que lleva el residente cursando su especialidad médica (R1, R2, R3, etc.). Se obtiene mediante el llenado de la escala aplicada.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

El instrumento de medición de la empatía más utilizado es una versión revisada de la *Escala Jefferson de Empatía Médica* (EJEM), adaptada para ser contestada por profesionales de la salud (versión HP). La escala fue diseñada originalmente para medir las actitudes de los estudiantes de medicina hacia la empatía médica en las situaciones de cuidado de pacientes (versión S). La escala fue construida tomando como base una amplia revisión de la literatura; seguida de estudios piloto con grupos de médicos adscritos, residentes y estudiantes de medicina. La *Escala Jefferson de Empatía Médica* incluye 20 reactivos, que se responden en una escala de 1 a 7 puntos (1=fuertemente en desacuerdo, 7= fuertemente de acuerdo). En reportes anteriores, se obtuvieron datos psicométricos suficientes para apoyar la validez de constructo, mediante un análisis factorial; la validez de criterio al compararlo con otros instrumentos; y la confiabilidad en la consistencia interna de la escala, mediante la determinación del α de Cronbach, la cual resultó ser bastante alta (0.81). La traducción de la escala estuvo a cargo de la Dra. Adelina Alcorta, médico adscrito del servicio de psiquiatría de la Universidad Autónoma de Nuevo León por indicación específica del Dr. Hojat, creador de la mencionada escala.

Para el presente estudio se utilizó una versión revisada de la *Escala Jefferson de Empatía Médica*, adaptada para ser contestada por profesionales de la salud (versión HP). La contestación de la escala se realiza con absoluta confidencialidad y guardando el estado de anonimato del médico evaluado. Se descartaron aquellas escalas no contestadas o contestadas incompleta o incorrectamente

**Jefferson Scale of Physician Empathy
(HP-Version R)**

1. **Specialty:** _____ 2. **Gender:** [1] *Male*. [2] *Female*. 3. **Age:** _____ years.

Instructions: Please indicate the extent of your agreement or disagreement with *each* of the following statements by writing the appropriate rating number on the underlined space provided before each statement. Please use the following 7-point scale (*a higher number on the scale indicates more agreement*):

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Strongly Disagree *Strongly Agree*

-
1. ___ My understanding of how my patients and their families feel does not influence my medical or surgical treatment.
 2. ___ My patients feel better when I understand their feelings.
 3. ___ It is difficult for me to view things from my patients' perspectives.
 4. ___ I consider understanding my patients' body language as important as verbal communication in caregiver-patient relationships.
 5. ___ I have a good sense of humor that I think contributes to a better clinical outcome.
 6. ___ Because people are different, it is difficult for me to see things from my patients' perspectives.
 7. ___ I try not to pay attention to my patients' emotions in history taking.
 8. ___ Attentiveness to my patients' personal experiences does not influence treatment outcomes.
 9. ___ I try to imagine myself in my patients' shoes when providing care to them.
 10. ___ My patients value my understanding of their feelings which is therapeutic in its own right.
 11. ___ Patients' illnesses can be cured only by medical or surgical treatment; therefore, emotional ties to my patients do not have a significant influence on medical or surgical outcomes.
 12. ___ Asking patients about what is happening in their personal lives is not helpful in understanding their physical complaints.
 13. ___ I try to understand what is going on in my patients' minds by paying attention to their non-verbal cues and body language.
 14. ___ I believe that emotion has no place in the treatment of medical illness.
 15. ___ Empathy is a therapeutic skill without which my success in treatment is limited.

16. ___ An important component of the relationship with my patients is my understanding of their emotional status, as well as that of their families.
17. ___ I try to think like my patients in order to render better care.
18. ___ I do not allow myself to be influenced by strong personal bonds between my patients and their family members.
19. ___ I do not enjoy reading non-medical literature or the arts.
20. ___ I believe that empathy is an important therapeutic factor in medical or surgical treatment.

© Jefferson Medical College, 2001.

El documento, posterior a la traducción de los reactivos y de las instrucciones, toma el siguiente aspecto:

Escala Jefferson de Empatía Médica (HP-Versión R)
--

1. **Especialidad:** _____ 2. **Género:** [1] *Masc.* [2] *Fem.* 3. **Edad:** _____ años.

Instrucciones: Por favor indique el grado de su acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes declaraciones escribiendo el número de calificación apropiado en el espacio subrayado previo a cada frase. Por favor utilice la siguiente escala de 7 puntos (A mayor grado de acuerdo, mayor el número):

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Fuertemente en desacuerdo *Fuertemente de acuerdo*

1. ___ Mi comprensión acerca de cómo mis pacientes y sus familias sienten es un factor irrelevante en el tratamiento médico.
2. ___ Mis pacientes se sienten mejor cuando comprendo sus sentimientos.
3. ___ Me es difícil ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.
4. ___ Considero que comprender el lenguaje corporal de mis pacientes es tan importante como la comunicación verbal en las relaciones médico-paciente.
5. ___ Tengo un buen sentido del humor, el cual pienso que contribuye para lograr mejores resultados clínicos.
6. ___ Debido a que la gente es diferente, me es imposible ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.
7. ___ Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante las entrevistas e historias clínicas.
8. ___ El grado de atención hacia las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante en la efectividad del tratamiento.

9. ___ Trato de imaginarme el estar en los zapatos de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.
10. ___ Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les otorga un sentido de validación el cual es terapéutico por sí mismo.
11. ___ Las enfermedades de los pacientes pueden ser únicamente curadas con tratamiento médico o quirúrgico; por lo tanto, los lazos emocionales con mis pacientes no pueden tener un lugar significativo en esta tarea.
12. ___ Considero el preguntarle a mis pacientes acerca de lo que está aconteciendo en sus vidas como un factor no importante en el entendimiento de sus quejas físicas.
13. ___ Trato de entender que está sucediendo en las mentes de mis pacientes poniendo atención en su lenguaje corporal y no verbal.
14. ___ Creo que la emoción no tiene un lugar en el tratamiento de las enfermedades médicas.
15. ___ La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual, mi éxito como médico estaría limitado.
16. ___ Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión del estado emocional de los pacientes y sus familias.
17. ___ Trato de pensar como mis pacientes con el fin de proporcionar la mejor atención.
18. ___ No me permito a mí mismo el ser afectado por relaciones emocionales intensas con mis pacientes y los miembros de sus familias.
19. ___ No disfruto leyendo literatura no médica o experimentando las artes.
20. ___ Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico o quirúrgico.

9.5.- ANALISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis estadístico descriptivo con el fin de determinar la consistencia interna del instrumento en base a la aplicación en los médicos residentes.

El análisis multivariado utilizó como covariable la edad y con interacciones sexo con el año de residencia. Dentro de los resultados arrojados, no se encuentra diferencia significativa en ninguna de las variables ($p > 0.05$).

El instrumento obtuvo un Alfa Cronbach de 0.85, lo cual es consistente con lo encontrado en los estudios anteriores (0.86).

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD - ESCALA (A L F A)

MATRIZ DE CORRELACIÓN

	V6	V7	V8	V9	V10
V6	1.0000				
V7	-.0176	1.0000			
V8	.2082	.1364	1.0000		
V9	.1738	.3190	.1458	1.0000	
V10	-.0212	.2669	.0744	.2269	1.0000
V11	.2569	.2019	.5272	.2022	.0192
V12	.3537	.2140	.3234	.1839	-.0597
V13	.4367	.2253	.2286	.2478	-.0097
V14	.1089	.1984	.1154	.2357	.2310
V15	.1489	.3195	.1687	.4020	.1147
V16	.4065	.1837	.3725	.1911	-.0588
V17	.2928	.1765	.2623	.1910	.0191
V18	.1061	.2142	.1594	.3948	.1702
V19	.4269	.2199	.3263	.2680	.0405
V20	.1354	.0922	-.0854	.2501	.0743
V21	.1691	.2660	.0537	.3784	.0380
V22	.0709	.3441	.1466	.2666	.1238
V23	.2518	-.0338	.2446	.0251	.0461
V24	.2946	.1350	.4219	.2608	.0043
V25	.1804	.1821	.1846	.1959	-.0050

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD - ESCALA (A L F A)

MATRIZ DE CORRELACIÓN

	V11	V12	V13	V14	V15
V11	1.0000				
V12	.4019	1.0000			
V13	.4176	.5446	1.0000		
V14	.2288	.1262	.1067	1.0000	
V15	.2553	.2465	.3132	.4026	1.0000
V16	.4187	.2907	.3234	.2048	.2102
V17	.4823	.3934	.3783	.1484	.2708

V18	.2279	.2227	.2311	.2716	.3419
V19	.4721	.4652	.5306	.0564	.2840
V20	.1134	.1204	.0645	.3121	.2541
V21	.2445	.1688	.2248	.3059	.3780
V22	.1786	.0479	.1188	.4032	.3213
V23	.0802	.1464	.2536	.0839	-.0153
V24	.5292	.3858	.3852	.0626	.1225
V25	.2071	.1219	.2369	.1805	.2900

V16 V17 V18 V19 V20

V16	1.0000				
V17	.5099	1.0000			
V18	.1329	.1809	1.0000		
V19	.3669	.5119	.3464	1.0000	
V20	.1203	.2303	.3428	.1756	1.0000
V21	.2910	.3225	.3560	.3405	.3978
V22	.1929	.1549	.2320	.1665	.2417
V23	.0672	.0857	.0175	.1876	-.0388
V24	.4382	.4632	.2500	.5806	.0798
V25	.1316	.1995	.2690	.3424	.2182

V21 V22 V23 V24 V25

V21	1.0000				
V22	.3966	1.0000			
V23	-.0580	.1195	1.0000		
V24	.2314	.0829	.1934	1.0000	
V25	.2871	.2885	-.0248	.2570	1.0000

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD – ESCALA (A L F A)

N de casos = 285.0

Correlaciones

Inter.-ítem	Media	Mínimo	Máximo	Rango	May/Min	Varianza
	.2224	-.0854	.5806	.6660	-6.8023	.0192

Análisis de Varianza

Fuente de Variación	Suma de cuad.	DF	Media cuad.	F	Prob.
Entre las personas	5157.7200	284	18.1610		
Dentro de las personas	16713.2000	5415	3.0865		

Entre las medidas	2102.2884	19	110.6468	40.8633	.0000
Residual	14610.9116	5396	2.7077		
Total	21870.9200	5699	3.8377		
Gran Media			5.3800		

Coeficiente de correlación intraclase

Modelo de efecto mixto de dos vías (Definición de Consistencia):

Efecto de población aleatorio, Efecto de medida fijo

Correlación de medida única intraclase = .2220*

95.00% C.I.: Menor = .1903 Mayor = .2591

F = 6.7071 DF = (284, 5396.0) Sig. = .0000 (Test Value = .0000)

Correlación de medida promedio intraclase = .8509**

95.00% C.I.: Lower = .8246 Upper = .8749

F = 6.7071 DF = (284, 5396.0) Sig. = .0000 (Test Value = .0000)

Coeficientes de confiabilidad 20 ítems

Alpha = .8509 alpha estandarizada por ítems = .8512

9.6.- ANÁLISIS FACTORIAL

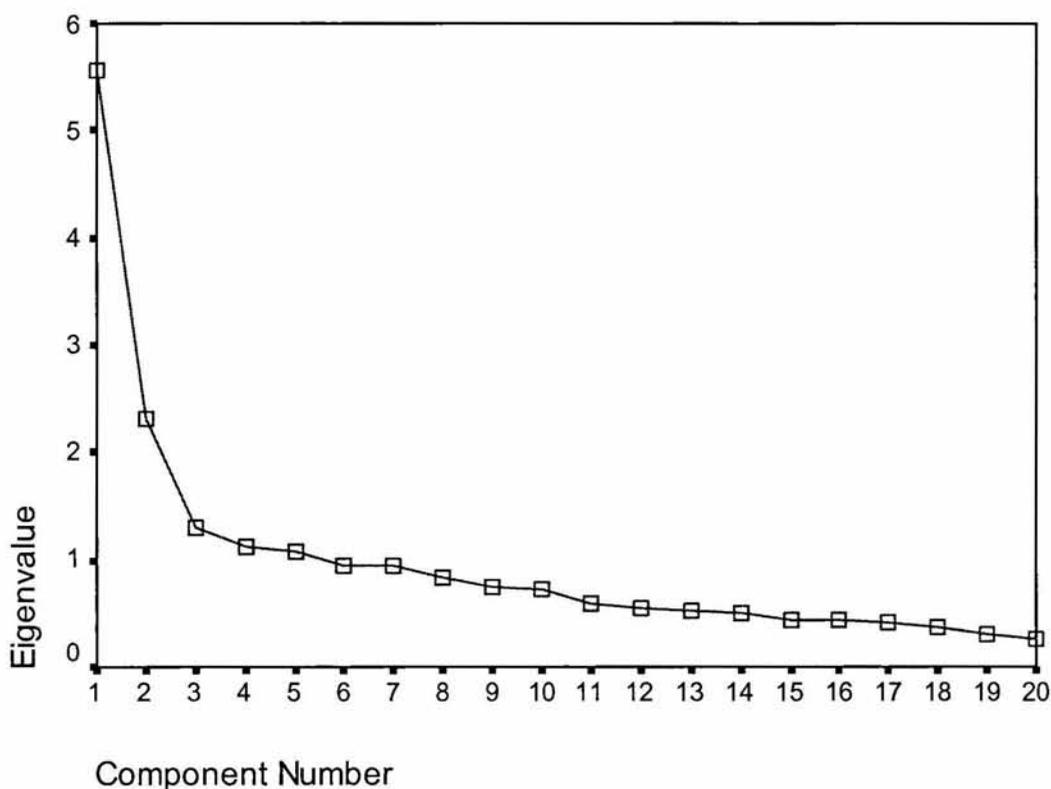
De la misma manera, se pueden aislar 5 factores con un valor-eigen mayor a uno, en la siguiente gráfica se describe la relación de cada factor aislado con cada uno de los reactivos de la escala:

Componentes	Eigen valores iniciales			Suma de extracciones cuad.	
	Total	% de Varianza	% Acumulativo	Total	% de la Varianza
1	5.564	27.818	27.818	5.564	27.818
2	2.318	11.591	39.409	2.31	11.59
3	1.302	6.508	45.917	1.30	6.508
4	1.127	5.635	51.552	1.127	5.63
5	1.084	5.420	56.972	1.084	5.42
6	.951	4.755	61.727		
7	.939	4.695	66.422		
8	.829	4.143	70.565		
9	.743	3.717	74.283		
10	.738	3.692	77.975		
11	.598	2.992	80.967		
12	.544	2.721	83.688		
13	.529	2.646	86.333		

14	.505	2.525	88.858
15	.452	2.259	91.117
16	.441	2.206	93.323
17	.410	2.048	95.371
18	.367	1.833	97.204
19	.301	1.505	98.709
20	.258	1.291	100.000

De esta manera, nos encontramos que el factor número 1 explica el 27.818% de la varianza, el factor 2 explica el 11.591% de la varianza, el factor 3 explica el 6.508% de la varianza, el factor 4 explica el 5.635% de la varianza y, por último, el factor 5 explica el 5.420% de la varianza.

Scree Plot



A continuación se exponen los componentes de la matriz rotada con método de rotación varimax y con un método de extracción de análisis de componentes principales, en donde se aprecia cuales son los ítems que más se relacionan con cada uno de los factores:

MATRIZ ROTADA DE COMPONENTES

Componentes

	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
ITEM 15	<u>.722</u>	-.123	.141	E-02	E-02	ITEM 19	E-02	<u>.588</u>	.489	E-02	E-02
ITEM 16	<u>.713</u>	.165	.171	E-02	-.145	ITEM 12	.280	<u>.564</u>	.374	E-02	E-02
ITEM 9	<u>.607</u>	.187	-.200	.234	.362	ITEM 8	.112	.223	<u>.724</u>	.104	.182
ITEM 17	<u>.595</u>	.248	-.204	.255	.254	ITEM 14	.200	.376	<u>.696</u>	E-02	E-03
ITEM 10	.542	.138	.194	.337	E-03	ITEM 7	E-02	.300	<u>.647</u>	E-02	E-02
ITEM 13	<u>.453</u>	-2.205	.368	.362	E-02	ITEM 1	.192	.172	<u>.550</u>	-.235	.413
ITEM 20	.436	.176	.220	E-02	-.113	ITEM 5	E-02	E-02	E-02	<u>.712</u>	.181
ITEM 6	.126	<u>.734</u>	.279	.118	E-02	ITEM 2	.203	.223	E-02	<u>.650</u>	-.161
ITEM 3	-.116	<u>.720</u>	.113	.232	.219	ITEM 4	.400	E-02	.323	<u>.486</u>	E-02
ITEM 11	.263	<u>.688</u>	.172	-.148	E-02	ITEM 18	-.108	E-02	.232	E-02	<u>.822</u>

De esta manera podemos identificar que los 5 factores juntos explican el 56.972% de la varianza y cada uno de los factores está relacionado con las siguientes características:

A) FACTOR 1 (27.818% de la varianza) “EMPATIA”

15__ La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual, mi éxito como médico estaría limitado.

16__ Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión del estado emocional de los pacientes y sus familias.

9__ Trato de imaginarme el estar en los zapatos de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.

17__ Trato de pensar como mis pacientes con el fin de proporcionar la mejor atención.

10__ Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les otorga un sentido de validación el cual es terapéutico por sí mismo.

13__ Trato de entender que está sucediendo en las mentes de mis pacientes poniendo atención en su lenguaje corporal y no verbal.

20__ Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico o quirúrgico.

B) FACTOR 2 (11.591% de la varianza) “NO EMPATIA”

6__ Debido a que la gente es diferente, me es imposible ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.

3__ Me es difícil ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.

11__ Las enfermedades de los pacientes pueden ser únicamente curadas con tratamiento médico o quirúrgico; por lo tanto, los lazos emocionales con mis pacientes no pueden tener un lugar significativo en esta tarea.

19__ No disfruto leyendo literatura no médica o experimentando las artes.

12__ Considero el preguntarle a mis pacientes acerca de lo que está aconteciendo en sus vidas como un factor no importante en el entendimiento de sus quejas físicas.

C) FACTOR 3 (6.508% de la varianza) “FALTA DEL COMPONENTE AFECTIVO DE LA EMPATIA”

8__ El grado de atención hacia las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante en la efectividad del tratamiento.

14__ Creo que la emoción no tiene un lugar en el tratamiento de las enfermedades médicas.

7__ Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante las entrevistas e historias clínicas.

1__ Mi comprensión acerca de cómo mis pacientes y sus familias sienten es un factor irrelevante en el tratamiento médico.

D) FACTOR 4 (5.635% de la varianza) “COMPONENTE AFECTIVO DE LA EMPATIA”

5__ Tengo un buen sentido del humor, el cual pienso que contribuye para lograr mejores resultados clínicos.

2__ Mis pacientes se sienten mejor cuando comprendo sus sentimientos.

4__ Considero que comprender el lenguaje corporal de mis pacientes es tan importante como la comunicación verbal en las relaciones médico-paciente.

E) FACTOR 5 (5.420% de la varianza) “NO INVOLUCRAMIENTO”

18__ No me permito a mí mismo el ser afectado por relaciones emocionales intensas con mis pacientes y los miembros de sus familias.

10.- RESULTADOS

10.1.- RESULTADOS DE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE EMPATÍA JEFFERSON POR ESPECIALIDAD

<u>ESPECIALIDAD</u>	<u>NUM.</u> <u>MASC</u>	<u>SUMA</u> <u>MASC.</u>	<u>PROM.</u> <u>MASC.</u>	<u>NUM.</u> <u>FEM.</u>	<u>SUMA</u> <u>FEM.</u>	<u>PROM.</u> <u>FEM.</u>	<u>SUMA</u> <u>TOTAL</u>	<u>PROM</u> <u>TOTAL</u>
Psiquiatría	52	6354	122.2	53	6575	124.1	12929	123.1
Dermatología	2	227	113.5	6	664	110.7	891	111.4
Audiología	2	208	104	4	449	112.3	657	109.5
Otorrinola- ringología	4	451	112.8	8	860	107.5	1311	109.3
Cirugía	25	2564	102.6	11	1154	104.9	3718	103.3
Coloproctología	4	426	106.5	3	285	95	711	101.6
Anatomía Patológica	5	420	84	8	853	106.6	1273	97.9
Anestesiología	3	250	83.3	4	432	108	682	97.4

G y O	2	175	87.5	10	993	99.3	1168	97.3
Oncología	4	399	99.8	2	183	91.5	582	97
Ortopedia	14	1354	96.7	—	—	—	1354	96.7
Gastroenter.	2	196	98	3	285	95	481	96.2
Medicina Interna	11	1003	91.2	10	1003	100.3	2006	95.5
Oftalmología	5	491	98.2	2	177	88.5	668	95.4
Genética	3	249	83	3	310	103.3	559	93.2
Radiología	4	349	87.3	2	190	95	539	89.8
Cardiología	3	257	85.6	2	165	82.5	422	84.4
Pediatría	4	281	70.3	5	404	80.8	685	76.1
No Psiquiatras	97	9300	94.8	83	8407	101.3	17707	98.4
Totales	149	15654	105.1	136	14982	110.2	30636	107.5

10.2.- RESULTADOS POR AÑO DE RESIDENCIA

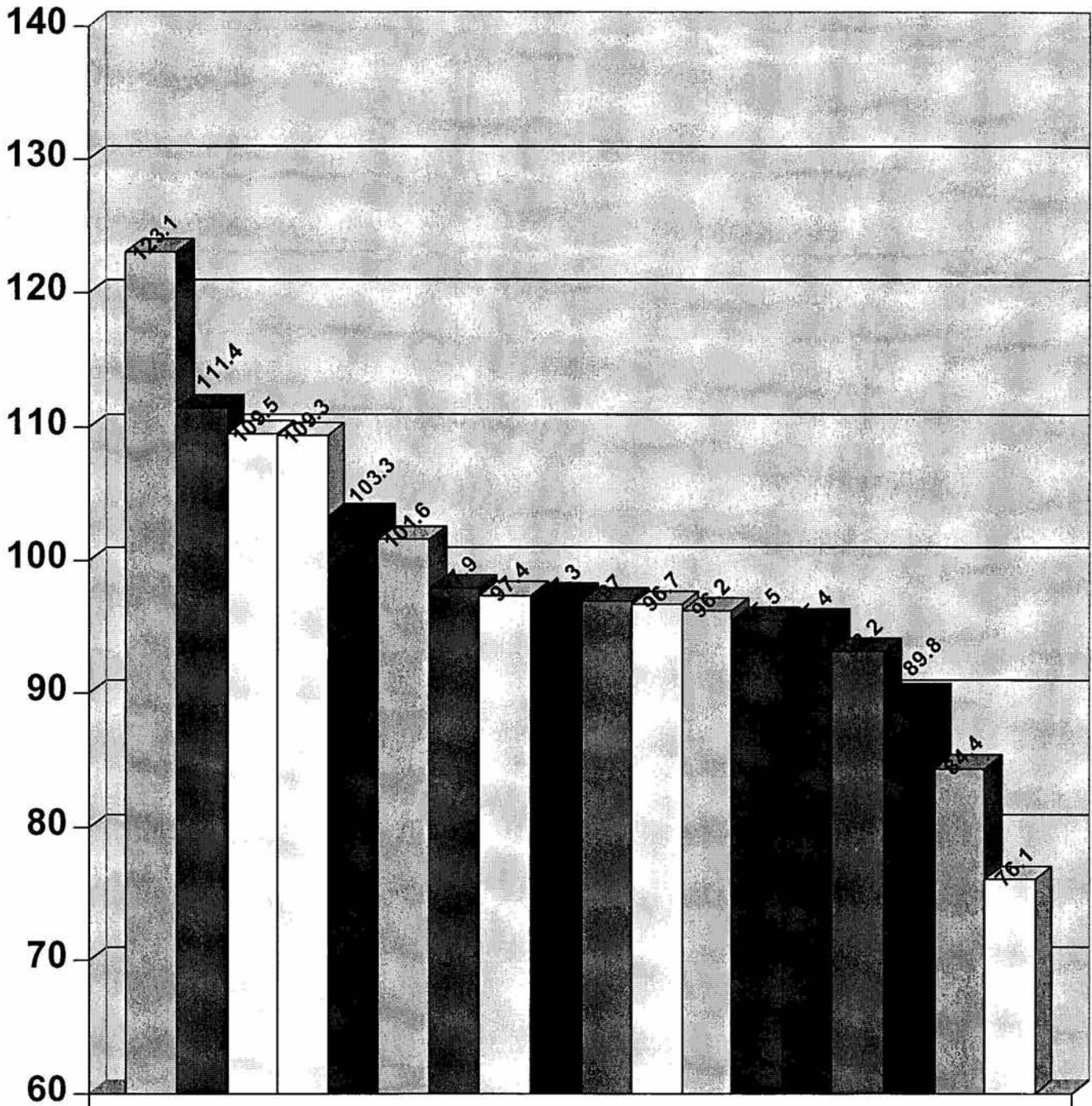
<u>AÑO DE RESIDENCIA</u>	<u>NUMERO DE RESIDENTES</u>	<u>VALORES</u>	<u>PROMEDIOS</u>
--------------------------	-----------------------------	----------------	------------------

<i>PRIMER AÑO</i>	73	8024	109.9
<i>SEGUNDO AÑO</i>	76	8312	109.4
<i>TERCER AÑO</i>	69	7317	106
<i>CUARTO AÑO</i>	49	5199	108.3
<i>QUINTO AÑO</i>	18	1784	99.1
TOTAL	285	30636	107.5

10.3.- GRÁFICAS

GRÁFICA 1

En esta gráfica, que es meramente descriptiva ya que el reducido número de algunas de las especialidades no permitió realizar un análisis estadístico confiable, podemos observar la descripción de los promedios de las 18 diferentes especialidades que se están midiendo. Se puede observar que la especialidad de psiquiatría fue la que obtuvo el mayor promedio de puntuación en la EJEM, siendo en este caso los residentes en pediatría los que menor promedio tuvieron.



PUNTUACIONES EMPATÍA

■ Psiq.	■ Derma.	□ Audio.	□ ORL	■ Qx	■ CLP
■ Pat.	□ Anest.	■ G y O	■ Oncol.	□ Ortop.	■ Gastro.
■ Med. Int.	■ Oftal.	■ Genet.	■ Rx	■ Cardiol.	□ Pediat.

GRÁFICA 2

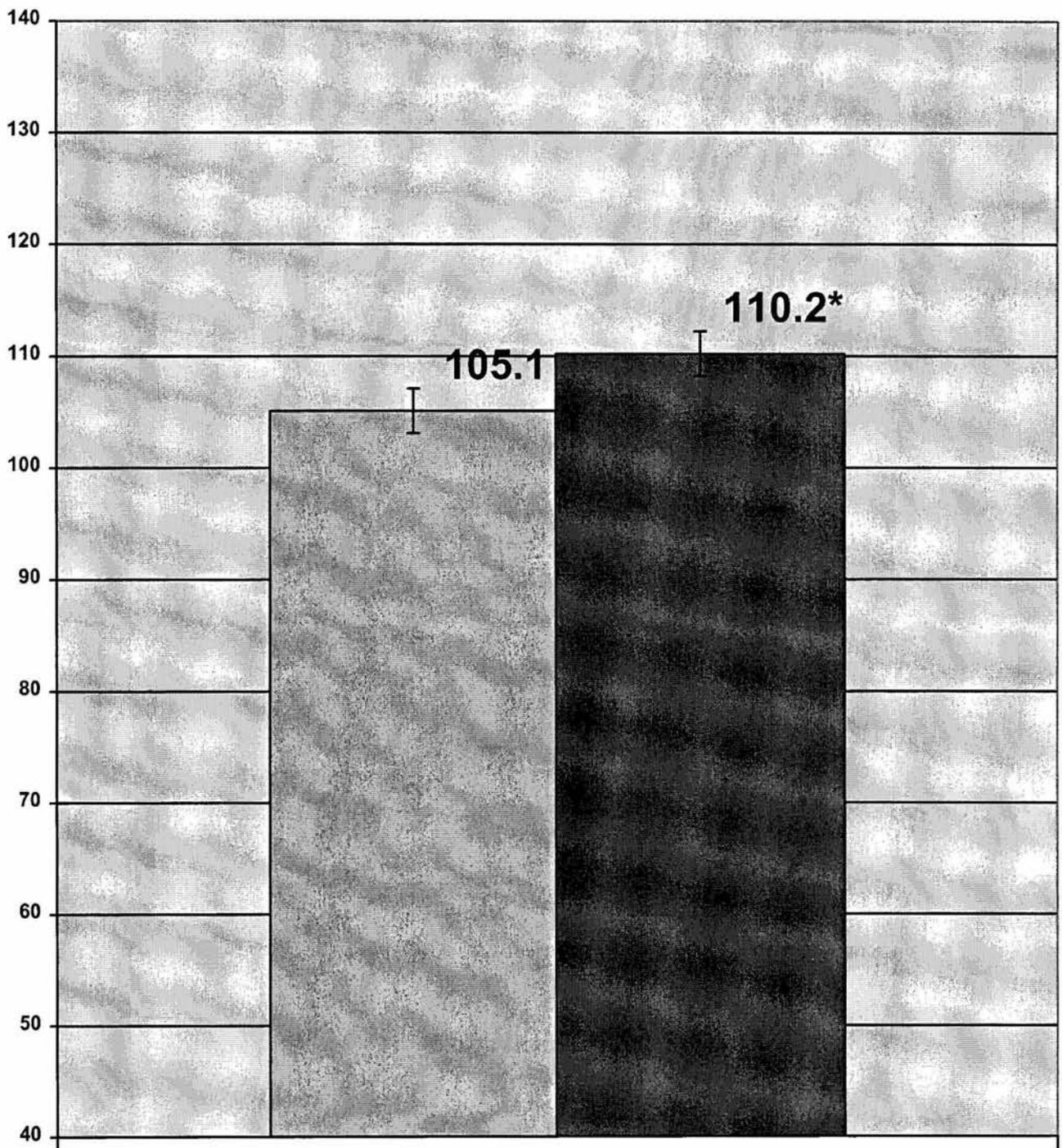
En esta gráfica se establece la diferencia que existe entre los promedios de puntuación entre los médicos residentes del sexo femenino y los del sexo masculino, en donde encontramos que existe una diferencia entre los hombres y las mujeres apuntando a que las mujeres resultaron ser más empáticas, siendo esta diferencia de carácter significativo ($p = 0.026$), con una desviación estándar de 18.37 para las mujeres y de 19.41 con un error estándar de 1.58 para las residentes del sexo femenino y 1.59 para los del sexo masculino.

Estadísticas de grupo

	Sexo	N	Media	Desviación Std.
TOTALES	fem	135	110.2370	18.3698
	masc	150	105.2267	19.4129

Prueba de muestras independientes

	F	Sig.	t	df	Sig.	Dif. 1/2 (2 colas)	Error Std.	95% CI	
								Menor	Mayor
TOT	1.18	.276	2.232	283	.026	5.0104	2.2453	.5908	9.4300
			2.238	282.2	.026	5.0104	2.2388	.6036	9.4172

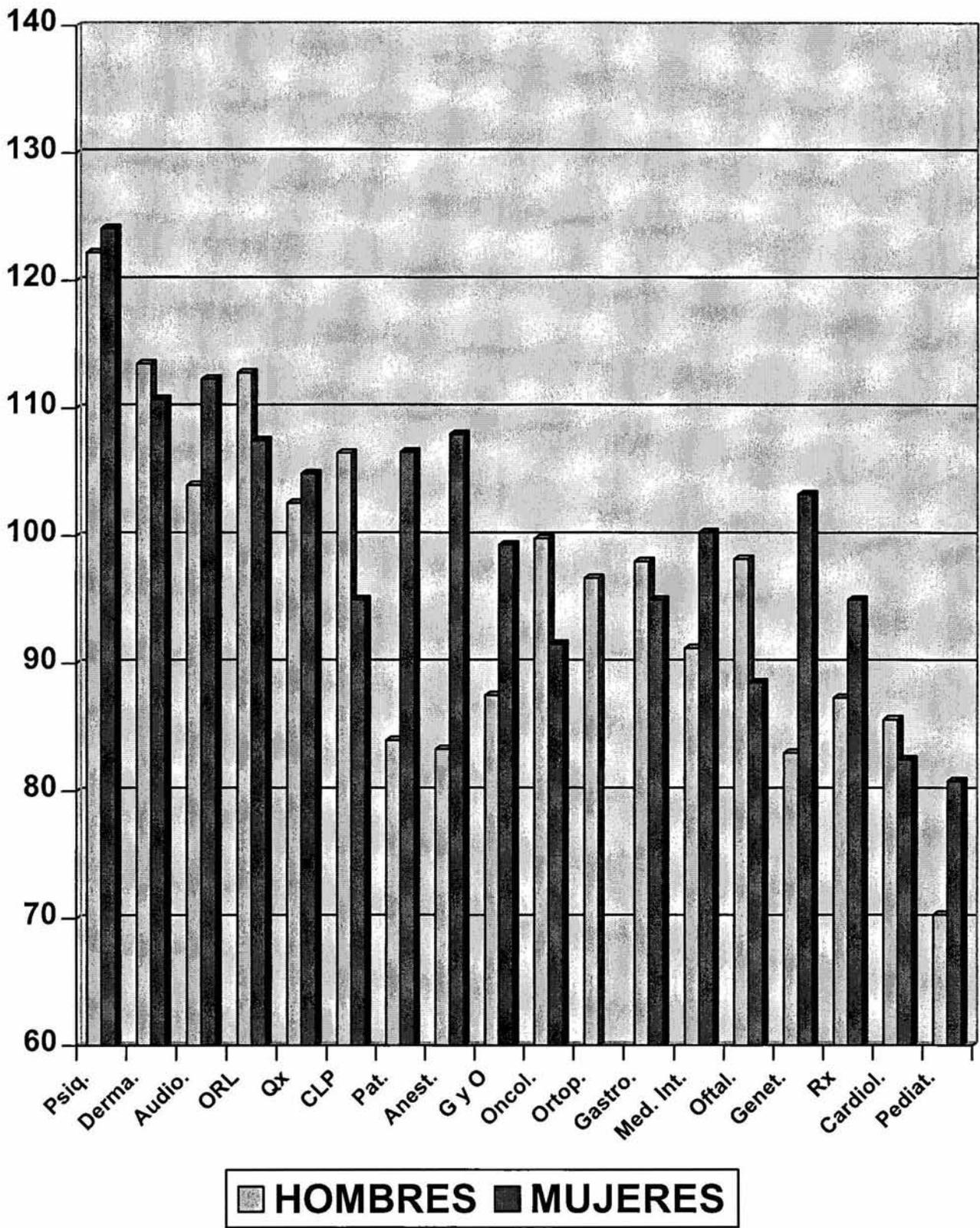


■ HOMBRES ■ MUJERES

* $p < 0.05$

GRÁFICA 3

En esta gráfica de características descriptivas, en donde se observan las comparaciones que existen entre los residentes del sexo masculino y los del sexo femenino, evaluados por especialidad. En la mayoría de las especialidades no existe una disparidad evidente entre los sexos a excepción de tres especialidades (patología, anestesiología y genética) en donde existe una diferencia de más de 20 puntos entre las medias de puntuación de la escala de empatía, diferencia que se da a favor de las mujeres en los tres casos. También tenemos el caso especial de la especialidad de Traumatología y Ortopedia, en donde no existieron mujeres residentes que evaluar.



GRÁFICA 4

La gráfica 4 nos presenta a las diferentes especialidades médicas repartidas 4 grandes grupos que son: Psiquiatría, Especialidades Médicas (Conformada por las especialidades de Dermatología, Audiología, Anestesiología, Oncología, Gastroenterología, Medicina Interna, Oftalmología, Genética, Cardiología y Pediatría), Especialidades Quirúrgicas (Conformadas por Otorrinolaringología, Cirugía, Coloproctología, Ginecología y Obstetricia y Ortopedia), y Especialidades Paraclínicas (Anatomía Patológica y Radiología e Imagen). Se procedió a dividir a los grupos de esta manera ya que había especialidades que no reunían un número suficiente de residentes para lograr un análisis estadístico consistente.

En la gráfica podemos apreciar que existe diferencia significativa entre la especialidad de psiquiatría comparándola contra los otros tres grupos de especialidades ($p < 0.000$), también existe una diferencia significativa entre las especialidades quirúrgicas comparándolas contra las especialidades medicas ($p = 0.25$), a favor de las primeras.

A continuación expongo las tablas de comparaciones entre los diferentes grupos de especialidades en donde se observan las cifras de desviaciones estándar, de error estándar y los intervalos de confianza.

Estimados

		Media	Error Std.	95% C I	
	ESPECIALIDAD			Menor	Mayor
TOTALES	Espec. Médicas	95.475	1.623	92.280	98.670
	Espec. Qx	102.152	1.650	98.904	105.400
	Paraclínicas	96.039	3.335	89.473	102.604
	Psiquiatría	123.164	1.417	120.375	125.953

Comparaciones Pareadas

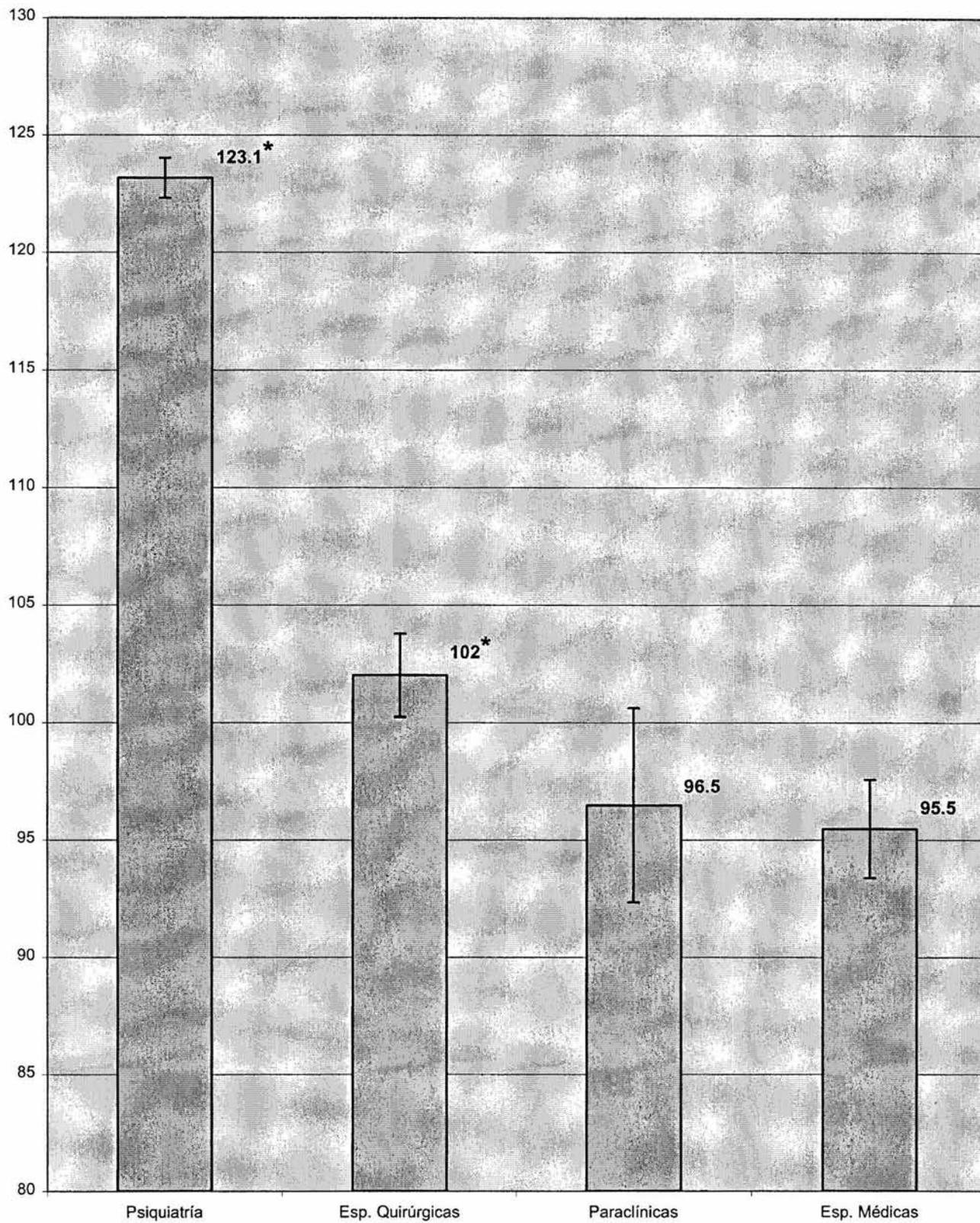
(I)	(J)	Dif. 1/2 (I-J)	Error Std.	Sig.	95% C I	
					Menor	Mayor
TOTALES						
Espec. Médicas						
	Espec. Qx	-6.677	2.314	.025	-12.827	-.527
	Paraclínicas	-.564	3.709	1.000	-10.420	9.293
	Psiquiatría	-27.689	2.155	.000	-33.414	-21.964
Espec. Qx						
	Espec. M.	6.677	2.314	.025	.527	12.827
	Paraclínicas	6.113	3.721	.609	-3.775	16.001
	Psiquiatría	-21.012	2.175	.000	-26.791	-15.233
Paraclínicas						
	Espec. M.	.564	3.709	1.000	-9.293	10.420
	Espec. Qx	-6.113	3.721	.609	-16.001	3.775
	Psiquiatría	-27.125	3.624	.000	-36.754	-17.496
Psiquiatría						
	Espec. M.	27.689	2.155	.000	21.964	33.414
	Espec. Qx	21.012	2.175	.000	15.233	26.791
	Paraclínicas	27.125	3.624	.000	17.496	36.754

Basado en medias estimadas marginales

* La diferencia media es significativa al nivel menor de 0.05

a Ajuste par alas comparaciones múltiples: Bonferroni.

Estadística: Programa SPSS 11.0 Standard Version Copyright © SPSS Inc., 1989– 2001



* $p < 0.05$

GRÀFICA 5

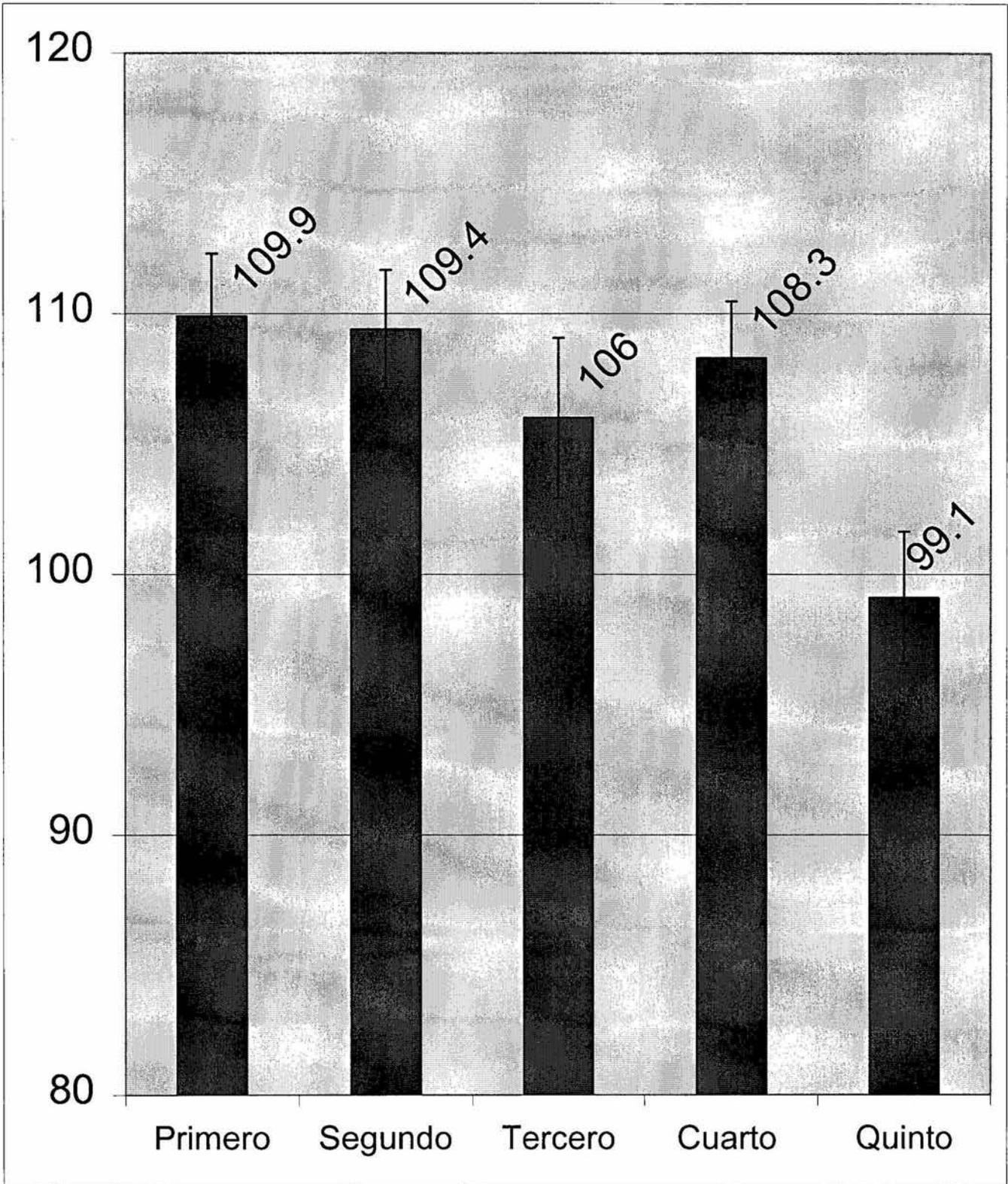
En la siguiente gráfica se despliegan los promedios de las puntuaciones de los médicos residentes de todas las especialidades evaluadas organizadas de acuerdo al año de la residencia que se encuentren cursando al momento de la aplicación de la escala.

No se encontraron diferencias significativas entre los diferentes años de residencia, a continuación se muestran las desviaciones y errores estándar de las mediciones mencionadas:

	N	Media	Desv. Std.	Std. Erro	95% C I	
					Mayor	Menor
Primero	49	108.3878	16.8025	2.4004	103.5615	113.2140
Segundo	73	109.9178	19.4142	2.2723	105.3881	114.4475
tercero	18	99.1111	13.0649	3.0794	92.6141	105.6082
cuarto	76	109.3684	18.9489	2.1736	105.0384	113.6984
quinto	69	104.8551	21.0589	2.5352	99.7962	109.9140
Total	285	107.6000	19.0583	1.1289	105.3779	109.8221

Comparaciones Múltiples
Bonferroni

(I)	(J)	Dif. 1/2 (I-J)	Std. Error	Sig.	95% C I	
					Mayor	M nor
primero	segundo	-1.5301	3.5019	1.000	-11.4386	8.3785
	tercero	9.2766	5.2262	.770	-5.5108	24.0641
	cuarto	-.9807	3.4741	1.000	-10.8103	8.8490
	quinto	3.5327	3.5425	1.000	-6.4905	13.5559
segundo	primero	1.5301	3.5019	1.000	-8.3785	11.4386
	tercero	10.8067	4.9901	.312	-3.3126	24.9260
	cuarto	.5494	3.1075	1.000	-8.2431	9.3419
	quinto	5.0627	3.1838	1.000	-3.9457	14.0711
tercero	primero	-9.2766	5.2262	.770	-24.0641	5.5108
	segundo	-10.8067	4.9901	.312	-24.9260	3.3126
	cuarto	-10.2573	4.9706	.400	-24.3213	3.8067
	quinto	-5.7440	5.0186	1.000	-19.9439	8.4560
cuarto	primero	.9807	3.4741	1.000	-8.8490	10.8103
	segundo	-.5494	3.1075	1.000	-9.3419	8.2431
	tercero	10.2573	4.9706	.400	-3.8067	24.3213
	quinto	4.5133	3.1531	1.000	-4.4082	13.4349
quinto	primero	-3.5327	3.5425	1.000	-13.5559	6.4905
	segundo	-5.0627	3.1838	1.000	-14.0711	3.9457
	tercero	5.7440	5.0186	1.000	-8.4560	19.9439
	cuarto	-4.5133	3.1531	1.000	-13.4349	4.4082



GRÁFICA 6

En esta gráfica podemos observar los cuatro diferentes grupos de especialidades divididos por el género en cada uno de ellos.

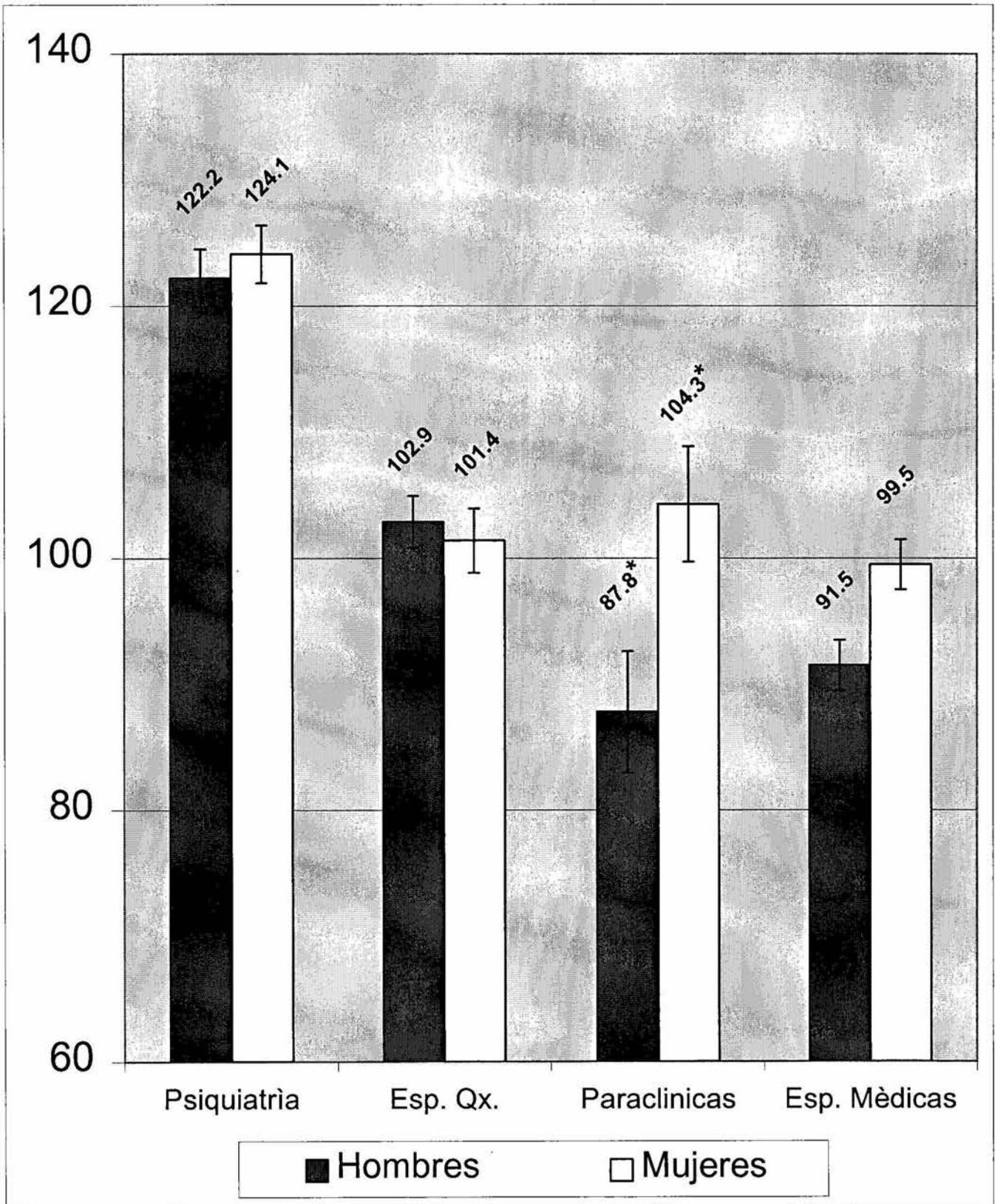
Solo encuentran diferencias significativas entre los hombres y mujeres residentes en el grupo de las especialidades paraclínicas ($p = 0.034$).

Los demás grupos de especialidades no mostraron diferencias significativas entre sus residentes del sexo masculino y femenino.

A continuación se describen las desviaciones para cada grupo de especialidad y género valorados:

Estadísticas Descriptivas				
Sexo	Especialidad	Media	Desv. Std.	Error Std.
TOTALES Fem				
	Espec. Médicas	99.4500	17.9686	2.295
	Espec. Qx	102.8750	17.3331	2.566
	Paraclínicas	104.3000	19.0791	4.591
	Psiquiatría	123.9434	8.0130	1.994
Masc				
	Espec. Médicas	91.5000	18.7261	2.295
	Espec. Qx	101.4286	14.9094	2.074
	Paraclínicas	87.7778	10.9062	4.839
	Psiquiatría	122.3846	9.4582	2.013

Estadística: Programa SPSS 11.0 Standard Version Copyright © SPSS Inc., 1989– 2001



* $p < 0.05$

GRÀFICA 7

En esta gráfica podemos observar que existe una diferencia significativa entre el promedio de las puntuaciones del grupo de residentes de psiquiatría y los demás grupos homogeneizados ($p < 0.000$).

Estos resultados son consistentes con los hallazgos de estudios previos al respecto como ya se hizo evidente dentro de los antecedentes.

Estadísticas Descriptivas

ESPECIALIDAD	Media	Desv. Std.	N
Espec. Médicas	95.4750	18.6683	80
Espec. Qx	102.0000	15.8209	81
Paraclínicas	96.4737	17.5131	19
Psiquiatría	123.1714	8.7513	105
Total	107.6000	19.0583	285

Comparaciones Pareadas

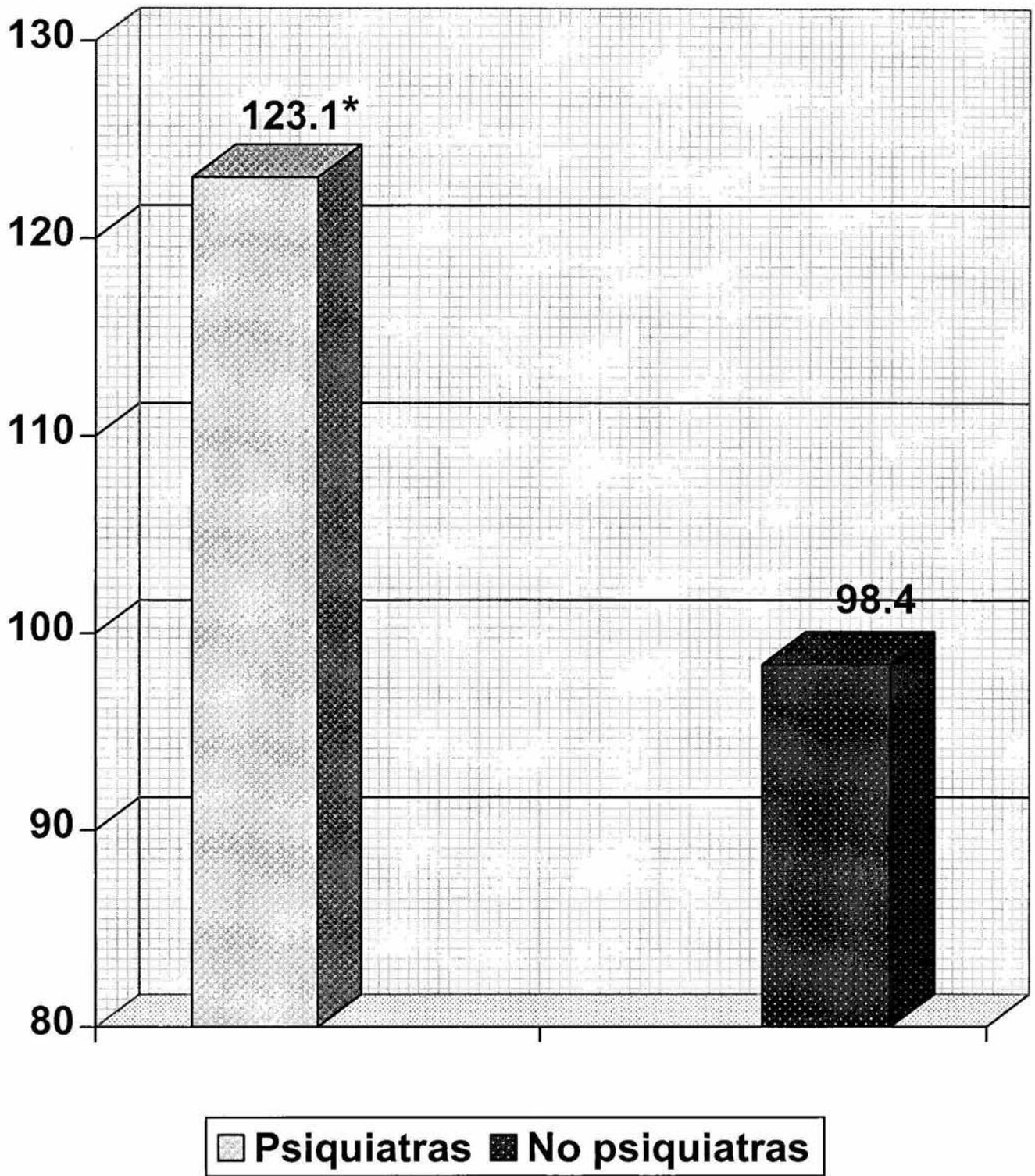
(I)	(J)	Dif. 1/2 (I-J)	Error Std.	Sig.	95% C I Mayor
Menor					
Psiquiatría	Espec. Méd.	27.689	2.155	.000	21.964
33.414					
	Espec. Qx	21.012	2.175	.000	15.233
26.791					
	Paraclínicas	27.125	3.624	.000	17.496
36.754					

Basado en medias marginales terminales

* La diferencia media es significativa al nivel de 0.05.

a Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Estadística: Programa SPSS 11.0 Standard Version Copyright © SPSS Inc., 1989– 2001



* p < 0.005

GRÁFICA 8

En esta última gráfica se separan los grupos de los residentes en psiquiatría vs. los residentes de los demás grupos de especialidades divididos en los 20 diferentes ítems que se miden en la escala Jefferson de Empatía Médica.

Los ítems 1, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19 y 20 probaron tener diferencias significativas al compararlos entre los residentes de psiquiatría y los de los demás grupos.

Comparaciones Pareadas

	(I)	(J)	Dif.	½ Error	Std. Sig.	95% C I	
						(I-J)	Mayor
ITEM 1	Psiq	Espec. Méd.	3.076	.308	.000	2.258	3 .89
		Espec. Qx	3.049	.311	.000	2.224	3 .875
		Paraclínicas	1.866	.517	.002	.491	3 .241
ITEM 6	Psiq	Espec. Méd.	1.911	.274	.000	1.182	2 .640
		Espec. Qx	1.325	.277	.000	.589	2 .060
		Paraclínicas	1.575	.461	.004	.349	2 .801
ITEM 7	Psiq	Espec. Méd.	2.268	.283	.000	1.515	3 .021
		Espec. Qx	1.624	.286	.000	.863	2 .384
		Paraclínicas	1.714	.477	.002	.447	2 .981
ITEM 8	Psiq	Espec. Méd.	2.523	.268	.000	1.810	3 .236
		Espec. Qx	2.239	.271	.000	1.520	2 .958
		Paraclínicas	2.640	.451	.000	1.441	3 .838
ITEM 10	Psiq	Espec. Méd.	1.038	.225	.000	.440	1 .635
		Espec. Qx	1.001	.227	.000	.398	1 .605
		Paraclínicas	1.548	.378	.000	.543	2 .553
ITEM 11	Psiq	Espec. Méd.	1.699	.262	.000	1.003	2 .395
		Espec. Qx	1.816	.264	.000	1.114	2 .519
		Paraclínicas	1.633	.440	.002	.462	2 .803
ITEM 12	Psiq	Espec. Méd.	1.838	.280	.000	1.094	2 .581
		Espec. Qx	1.032	.282	.002	.281	1 .782
		Paraclínicas	1.325	.471	.031	7.4492	.576
ITEM 13	Psiq	Espec. Méd.	1.007	.256	.001	.327	1 .686
		Espec. Qx	.938	.258	.002	.252	1 .623
		Paraclínicas	1.644	.430	.001	.502	2 .786
ITEM 14	Psiq	Espec. Méd.	2.536	.269	.000	1.820	3 .251
		Espec. Qx	1.576	.272	.000	.854	2 .298
		Paraclínicas	1.868	.453	.000	.664	3 .071

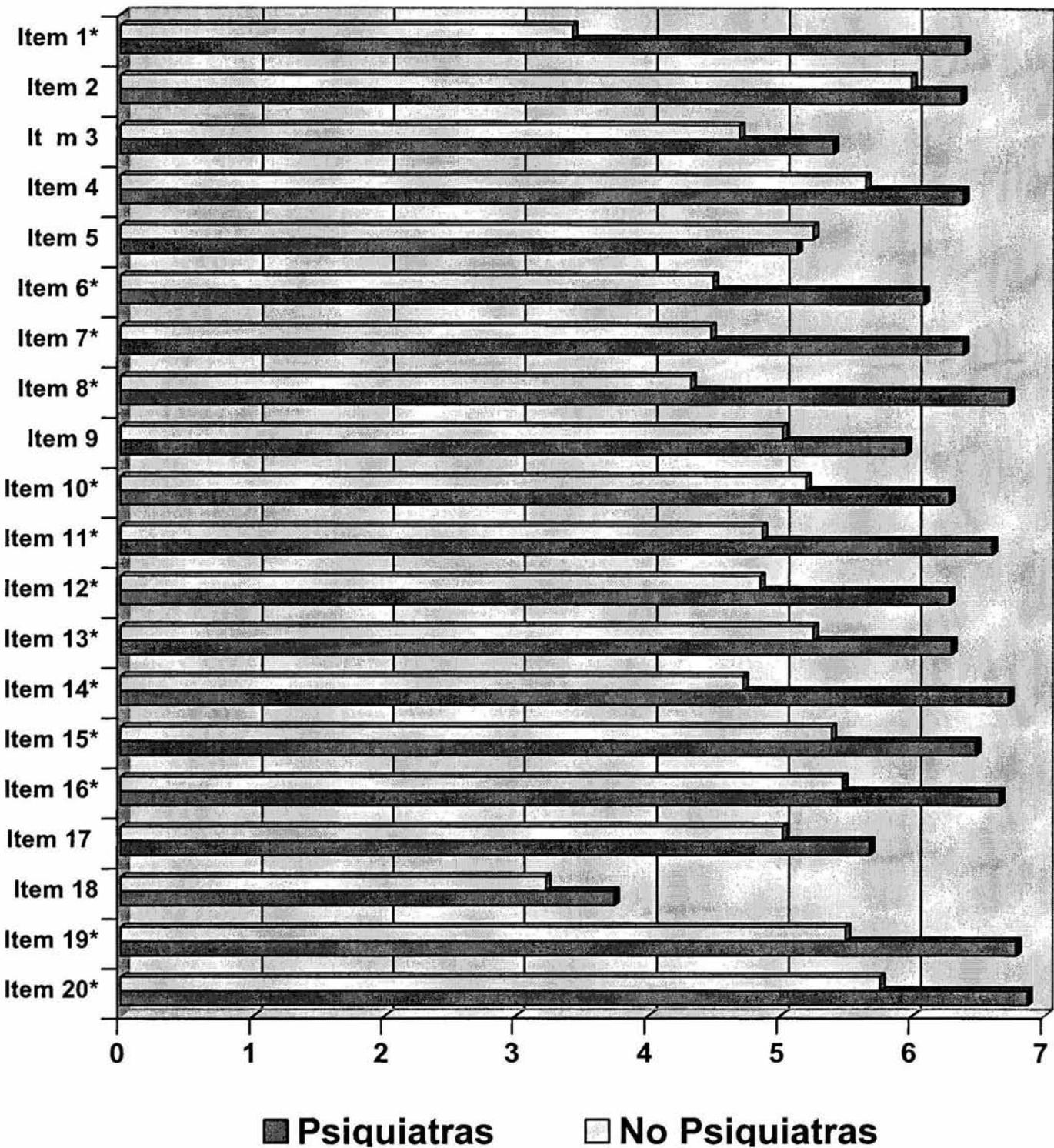
ITEM 15	Psiq	Espec. Méd.	1.362	.234 .000	.740 1	.985
		Espec. Qx	.825	.236 .003	.197 1	.454
		Paraclínicas	1.069	.394 .042	2.204 2	.116
ITEM 16	Psiq	Espec. Méd.	1.294	.203 .000	.755 1	.833
		Espec. Qx	.952	.205 .000	.408 1	.496
		Paraclínicas	1.490	.341 .000	.583 2	.396
ITEM 19	Psiq	Espec. Méd.	1.518	.253 .000	.845 2	.191
		Espec. Qx	.869	.256 .005	.190 1	.549
		Paraclínicas	2.247	.426 .000	1.115 3	.379
ITEM 20	Psiq	Espec. Médicas	1.141	.203 .000	.602 1	.680
		Espec. Qx	.866	.205 .000	.322 1	.410
		Paraclínicas	2.044	.341 .000	1.137 2	.951

Based on estimated marginal means

* The mean difference is significant at the .05 level.

a Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Estadística: Programa SPSS 11.0 Standard Version Copyright © SPSS Inc., 1989– 2001



$p < 0.05$

11.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

11.1.- LIMITANTES DEL PRESENTE TRABAJO

- **DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LA EMPATÍA:**

Siendo un término tan complejo y con tan diferentes definiciones, es difícil establecer una conceptualización precisa del mismo, además de la dificultad que representa el tratar de hacer una disección entre éste y el término *simpatía*.

- **SE MIDE LA EMPATÍA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y NO COMO RECURSO PSICOTERAPEUTICO:**

Este punto es muy importante ya que en la estructuración de la escala se trata de medir la empatía como uno de los factores que componen a la relación médico-paciente, y no se trata de evaluar el beneficio terapéutico que esta podría tener en un proceso como la psicoterapia.

- **ALGUNAS DE LAS ESPECIALIDADES MEDIDAS TIENEN UNA n MUY PEQUEÑA:**

Debido a que algunas de las especialidades médicas aquí evaluadas son representadas por un número muy pequeño de representantes fue necesario al acomodar las especialidades en 4 grandes grupos para poder realizar los análisis estadísticos correspondientes.

11.2.- CONCLUSIONES

Los resultados arrojados por el presente estudio de acuerdo a las hipótesis planteadas son los siguientes:

- 1) Se encontraron diferencias en los promedios de puntuación para la EJEM entre las diferentes especialidades médicas estudiadas, aunque no todas las diferencias fueron significativas.
- 2) Encontramos que la especialidad de psiquiatría resultó ser significativamente diferente en sus puntuaciones en relación al grupo de las demás especialidades médicas, siendo los médicos psiquiatras más empáticos que el resto de las especialidades.
- 3) El conjunto de especialidades quirúrgicas también probó ser significativamente más empático que el conjunto de especialidades médicas.
- 4) Se encontraron diferencias significativas entre el género de los médicos residentes y las puntuaciones de la EJEM, probando ser más empáticas las mujeres que los hombres.
- 5) No se encontraron diferencias significativas entre el año de residencia en curso y el grado de empatía de los médicos residentes.
- 6) El instrumento utilizado para la medición de la empatía (EJEM) probó ser válido y confiable (α de Cronbach de 0.85) para la población estudiada.
- 7) El análisis factorial del instrumento utilizado demostró tener una adecuada consistencia interna al encontrar 5 factores que explicaron el 56.972% de la varianza.

11.3.- DISCUSION

La relación médico-paciente es un elemento esencial en la práctica de la medicina y en el arte de aliviar, sin embargo, la economía en la práctica médica así como los desarrollos más recientes en la administración de los cuidados de salud la ha relegado a un segundo término, dando un lugar preponderante a las estadísticas de productividad basándose en la cantidad antes que en la calidad o incluso calidez de la atención médica.

La reestructuración de la aplicación de la empatía en la práctica de la medicina, debe venir de la educación, incluso de aquella que se recibe al ingresar a la facultad de medicina, de otra manera, nos veremos divididos en dos dominios, el de los técnicos de la medicina y el de los proveedores de cuidados.

Un factor en el aparente declive de la compasión es que, mientras la ciencia es neutral en lo que se refiere a los aspectos humanos de la medicina, los éxitos de la intervención científica en la medicina han servido para otorgarle un papel cada vez más importante en la interacción médico-paciente. Los avances extraordinarios de la ciencia y la tecnología han deslumbrado a la profesión médica, han virtualmente monopolizado nuestros énfasis y educación, y han, casi inevitablemente, relegado los aspectos humanos de la medicina a un rol secundario.

Un médico sentado día y noche al lado de la cama de un paciente con neumonía neumocócica está haciendo muy poco para curar al paciente. Pero una inyección de penicilina por un médico que puede no saber, o incluso no importarle, el nombre del paciente, status social o estado emocional, y sin embargo, está ofreciendo una cura. Por lo tanto, resulta natural que el mundo dramático, fascinante y rápidamente creciente de la medicina científica, atraiga cada vez más a los mejores estudiantes y mentes profesionales. El público en general, de igual manera, demanda cuidados médicos

modernos y técnicamente sofisticados. Es únicamente cuando este cuidado tecnológicamente superior es otorgado de una manera fría y mecánica, que los pacientes se quejan.

Esto se refleja también en el mundo académico, la política de “publica o perece”, naturalmente enfatiza el descubrimiento de nuevo conocimiento. Es relativamente fácil el publicar un artículo describiendo una nueva enzima o técnica, pero más difícil el publicar un artículo sobre la compasión o la empatía. Los miembros de una facultad aprenden rápidamente que una hora en el laboratorio puede lograr que avancen mucho más en las consideraciones de promociones de la facultad, que días al lado de la cama de un paciente. Mientras que la sociedad lanza quejas acerca de las cualidades de sus médicos, la jerarquización del cuidado de la salud favoreciendo a la tecnología es un producto de la misma sociedad, y no solamente el resultado de la distorsión de la profesión médica.

Una segunda dificultad que resulta de los avances médicos ha sido la inevitable fragmentación de la profesión en subespecialidades. La división de un paciente entre un número de médicos, cada uno preocupado por un órgano o sistema, hace muy difícil para cualquiera de estos médicos el asumir la responsabilidad para la totalidad del cuidado del paciente. Por lo tanto, un paciente asustado con un infarto al miocardio estará frustrado, a pesar de la habilidad de su médico para dirigir catéteres a través de las arterias coronarias, si ese médico no es capaz de ampliar su visión clínica para brindar además tranquilidad para la abrumadora ansiedad y miedo del paciente.

Un tercer problema fundamental es el decremento de la compasión en la medicina relacionada con la compasión del médico. La motivación, de manera importante, determina el área de interés del médico y su forma de acercarse a los pacientes. Los problemas de motivación inapropiada son de una gran magnitud y no están confinados a

la profesión médica, sino que más bien reflejan las tendencias sociales de nuestros tiempos. Los sistemas de educación occidental, alguna vez estuvieron basados en valores religiosos, en el servicio a la humanidad y la sociedad, lo que daba como resultado la emergencia de individuos sensibles y preocupados, que estaban a tono con las necesidades de sus pacientes. Pero nuestro mundo occidental moderno ahora hace énfasis en la felicidad y la autosatisfacción como las metas personales principales. No es de sorprenderse entonces que en un ambiente materialista y permisivo en el cual la satisfacción personal y la actualización son los objetivos primordiales, la medicina también, atraiga a muchos individuos que quieran recibir de, en lugar de dar a la profesión. Estas personas pueden estar buscando en la medicina la gratificación intelectual, prestigio o ventajas económicas, pero a menudo el servicio no es su prioridad, así como tampoco lo son el paciente y sus necesidades emocionales.

La mayoría de las facultades de medicina occidentales han elaborado procesos de selección de sus estudiantes que enfatizan los logros académicos en los estudios previos y en los exámenes de selección. El proceso de selección, el cual favorece a los alumnos brillantes y competitivos, no está destinado a descubrir el lado empático del futuro médico. La brillantez no interfiere con la compasión, los dos están esencialmente no relacionados, pero si la meta es lograr la producción de médicos empáticos, se deben de realizar esfuerzos conscientes en el proceso de selección para identificar aquellos candidatos que puntúen alto también en esas áreas.

El proceso educacional de las escuelas de medicina, desgraciadamente, perpetúa este mensaje inicial, con énfasis en las habilidades cognitivas en lugar de en las cualidades humanas. Los estudiantes pueden ser dados de baja por no poseer suficientes conocimientos médicos o habilidad técnica, pero es muy extraño que un alumno sea expulsado por demostrar una falta de empatía. También tenemos la

deshumanización y despersonalización propias de los estresantes años de la escuela de medicina.

Otro aspecto del problema de la empatía en el médico, no completamente apreciado por el público o incluso por los profesionistas médicos, es la importancia clínica de los talentos y las habilidades. Todos estarán de acuerdo que la motivación y las buenas intenciones son insuficientes para permitir a una persona el realizar una cirugía delicada o tratar problemas metabólicos complejos. Toda la empatía y compasión del mundo no pueden reemplazar las habilidades y conocimientos de los internistas o el cirujano, de manera similar, todas las buenas cualidades del ser humano no pueden reemplazar las habilidades en la comunicación, en discernir y diagnosticar problemas emocionales, así como en el sofisticado manejo de éstas áreas difíciles y sensibles. Si los médicos son incapaces de reconocer los sutiles signos de la depresión, éstos pueden ser de poca ayuda, si están asustados de lidiar con las ansiedades de los pacientes moribundos porque nadie les enseñó como hacerlo, ellos pueden fallar, a pesar de sus mejores intenciones. La mayoría de las escuelas de medicina han puesto muy poco énfasis en la educación de los médicos en las disciplinas y técnicas necesarias para contender con este tipo de dificultades clínicas, esto a pesar de que si ha habido una mejoría en la enseñanza de esta materia en los últimos tiempos.

De cualquier manera, otro aspecto de la educación del médico tiene una naturaleza práctica en lugar de teórica. Mucha de la enseñanza se lleva a cabo al lado de la cama del paciente, y es lo que el estudiante observa, en lugar de lo que escuchan en los salones de clase, lo que más probablemente influenciará su comportamiento clínico. Los estudiantes frecuentemente imitan a sus maestros. Debido a que son pocos los profesores que han recibido entrenamiento formal de las interacciones humanas, éstos pueden no ser los modelos de rol apropiados. De hecho, la mayoría de los médicos

especialistas han obtenido su status a través del reconocimiento de sus logros científicos y académicos y no por sus dotes como médicos devotos y compasivos. Un trabajo brillante de investigación en laboratorio no necesariamente hace de un maestro un modelo de rol apropiado en las relaciones humanas.

Finalmente, existe una parte de la relación médico-paciente que demuestra mucha de la enfermedad que padece la relación médico-paciente en los tiempos actuales. Una mayor causa de tensión es la diferencia que existe entre lo que los pacientes quieren de sus médicos y como, en contraste, el médico percibe este encuentro. Existe una disonancia mayúscula entre la percepción del paciente y la de su médico. Los pacientes necesitan de cuidados tanto como de la cura, ellos insisten en recibir ambos, pero los médicos modernos cautivados por su recién descubierta capacidad de curar, han aprendido a encontrar su satisfacción en esta capacidad a menudo olvidándose del cuidado de los pacientes y en ocasiones dejando a éstos frustrados y enojados aún cuando hayan sido curados. Peabody, en su artículo clásico concluye: "La recompensa se encuentra en ese lazo personal con el paciente que constituye la más grande satisfacción de la práctica de la medicina"^{XLI}. Pero este mensaje, de una era en donde la medicina podía de hecho curar muy pocas enfermedades, ha sido eclipsado por los milagros médicos de las décadas y debe de ser resucitado con mucha habilidad y esfuerzo.^{XLII}

REFERENCIAS

- ^I Spiro HM, McCrea Curen MG, Peschel E, St James D: *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel*. New Haven, Conn, Yale University Press. 1993
- ^{II} Osler W, *Aequanimitas with other addressed to Medical Students, Nurses and Practitioners of Medicine*. 3rd ed. Philadelphia: Blakiston. 1932
- ^{III} Stoeckle, J.D., I.K. Zola, G.E. Davidson. The quantity and significance of psychological distress in medical patients. *Journal of Chronic Disease*. 17:959-70. 1964
- ^{IV} Spiro H.M. 1986. *Doctors, Patients and Placebos*. New Haven: Yale University Press
- ^V Cousins, N. How Patients Appraise Physicians. *New England Journal of Medicine*. 313:1422-24. 1985
- ^{VI} Beckman, H., and R. Frankel. The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*. 101:692-96. 1984
- ^{VII} Bellet, P., and M. J. Maloney. 1991. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *Journal of the American Medical Association*. 266:1831-32
- ^{VIII} Aring CD: Sympathy and empathy. *JAMA*; 167:448-452. 1958
- ^{IX} Blumgart HL: Caring for the patient. *N Engl J Med*; 270: 449-456. 1964
- ^X Jensen N: The empathic physician (letter). *Arch Intern Med*; 154:108. 1994
- ^{XI} Spiro HM, McCrea Curen MG, Peschel E, St James D: *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel*. New Haven, Conn, Yale University Press. 1993
- ^{XII} Wispé, L.; Empathy and Sympathy. *J. Pers and Soc Psychol*, 1986
- ^{XIII} Zinn, W. The empathetic physicians. *Archives of Internal Medicine*, 154, 108. 1994
- ^{XIV} Hunsdahl, J. Concerning einföhlung (empathy): A concept of its origin and early development. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 3, 180-191. 1967
- ^{XV} Spiro HM, McCrea Curen MG, Peschel E, St James D: *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel*. New Haven, Conn, Yale University Press, 1993
- ^{XVI} Gallop, R, W. J. Lancee, and P. E. Garfinkel. The empathic process and its mediators: A heuristic model. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 178:649-54. 1990
- ^{XVII} Platón, *La República*. Libro I. *La definición cínica de justicia*
- ^{XVIII} Cassel, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*. 306:639-45. 1982
- ^{XIX} Ehmann, V. E. Empathy: Its origin, characteristic, and process. *Perspectives in Psychiatric Care*. 9(2):72-81. 1971
- ^{XX} Glick, S. M. The impending crises in internal medicine training programs. *American Journal of Medicine*. 84:929-32. 1988
- ^{XXI} Silver, H. K., and A. D. Glick. Medical Student Abuse: Incidence, severity and significance. *Journal of the American Medical Association*. 263:527-32. 1990
- ^{XXII} Glick, S.M. et al. Ben Gurion Teaching Hospital. Tel Aviv, Israel. 1990

- xxiii Peschel, R. E., E. R. Peschel., C. W. Howe, and J. W. Howe, eds. *Neurobiological Disorders in Children and Adolescents*. New Directions for Mental Health Services, no. 54. San Francisco: Jossey-Bass. 1992
- xxiv Peschel, R. E., E. R. Peschel. *The tubercular patient in art and in life*. Medical Heritage. 1:422-33. 1985
- xxv Brady, S. N.. *The Disease of the Soul: Leprosy in Medieval Literature*. Ithaca and London: Cornell University Press. 1974
- xxvi Dewhurst, K. ed. *Dr. Thomas Sydenham (1624-1689)*, 1723. Berkeley and Los Angeles University of California Press. 1966
- xxvii Sydenham, T. *Medical observations concerning the history and the cure of acute diseases, en The Works of Thomas Sydenham, M.D.*, trad. R.G. Latham, vol 1. London: New Sydenham Society. 1850
- xxviii Reiser, S.J. 1978. *Medicine and the Reign of Technology*. New York: Cambridge University Press.
- xxix Lidell, H.G., R. Scott. *A Greek-English Lexicon*. Oxford: Clarendon Press. 1966
- xxx Mathiasen, H., Alpert, J. *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel*. New Haven, Conn, Yale University Press, 1993
- xxxi Bruner, J. *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge: Harvard University Press. 1990
- xxxii Davis, M. & Franzoi, S. Stability and change in adolescent self- consciousness and empathy. *Journal of Research in Personality*, 25, 70- 87. 1991
- xxxiii Hoffman, M.L. *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. New York: Cambridge University Press 2000.
- xxxiv Vianello, Mino. *Género, espacio y poder: para una crítica de las ciencias políticas*. Editorial Càtedra. Madrid, 2002.
- xxxv Fisher, H. *El Primer Sexo*. Editorial Suma de Letras. Madrid. 2001
- xxxvi Avery, J.K.; Lawyers tell us what turns patients belligerent, *Med Malpractice Rev*. 1985
- xxxvii Harsch H.H.: The role of empathy in medical student's choice of specialty. *Acad Psychiatry*; 13:96–98. 1989
- xxxviii Levinson W: Physician-patient communication: a key to malpractice prevention. *JAMA*; 273:1619–1620. 1994
- xxxix Kunyk D, Olson JK: Clarification of conceptualizations of empathy. *J Adv Nurs*; 35:317–325. 2001
- xl Hojat M., Gonnella J. S., Nasca T. J., Mangione S., Vergare M., and Magee M.: Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty *Am J Psychiatry* 159:1563-1569, 2002
- xli Peabody, F. W. The care of the patient. *Journal of American Medical Association*. (88:877-82) 252:813-18. (1927) 1984
- xlII Spiro HM, McCrea Curen MG, Peschel E, St James D: *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel*. New Haven, Conn, Yale University Press. 1993