



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE, CIUDAD DE MÉXICO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR



**CÁLIDAD DE LA COMUNICACIÓN EMPÁTICA EN MEDICOS RESIDENTES DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA DELEGACION NORTE**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. VÁSQUEZ SALVADOR MARIA GUADALUPE

Médico Residente del tercer año del curso de especialidad en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"

ASESOR:

DR. ANDRÉS ROCHA AGUADO.

Médico Familiar y Coordinador clínico de educación en investigación y salud
Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"

CIUDAD DE MEXICO

JULIO 2018



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.

AUTORIZACIONES

DR. ANDRÉS ROCHA AGUADO.

Médico familiar y Coordinador clínico de educación en investigación y salud
Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"
ASESOR DE TESIS

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL.

Médico familiar y Profesora titular del curso de especialización en medicina familiar.
Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"

DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO.

Médico familiar y Profesora adjunta del curso de especialización en medicina familiar.
Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"

DRA. VÁSQUEZ SALVADOR MARIA GUADALUPE

Médico Residente del tercer año del curso de especialidad en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"

AGRADECIMIENTOS.

- Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, proporcionarme capacidad y valentía para cumplir mis metas. Gracias por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad
- A mis padres Antonio y Guadalupe los cuales son un excelente ejemplo de vida, con quienes estaré eternamente agradecida por su apoyo incondicional durante mi trayectoria académica, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Gracias por llenarme de motivación para mejorar mi desempeño, ser parte de mis decisiones y enseñarme que en los momentos difíciles la familia es el pilar fundamental para salir adelante.
- A mis hermanas Ivette e Ivonne por ser parte importante de mi vida representando un ejemplo de desarrollo y superación profesional a seguir, además de llenar mi vida de alegrías y amor cuando más lo he necesitado.
- A el Dr. Andrés Rocha mi asesor de tesis por su valioso tiempo, paciencia y conocimientos invertidos, así como por su orientación y vigilancia durante la elaboración de este trabajo.
- A mis compañeros del curso, por compartir vivencias, experiencias y momentos que siempre recordare.

ÍNDICE

1.	RESUMEN	1
2.	INTRODUCCIÓN	2
3.	ANTECEDENTES	3
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
5.	OBJETIVOS	14
6.	MATERIAL Y MÉTODOS	15
7.	RESULTADOS	16
8.	TABLAS Y GRÁFICAS	18
9.	DISCUSIÓN	28
10.	CONCLUSIONES	32
11.	BIBLIOGRAFÍA	33
12.	ANEXOS	36

1.- RESUMEN

Rocha AA 1, Vásquez SG2. “Calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la delegación norte. México 2017.”

Introducción: Durante la relación médico paciente se busca otorgar una atención integral, a través de una comunicación empática, lo cual se ha deteriorado por falta de capacidad del médico para interactuar con el paciente, siendo de importancia detectar aquellas dimensiones y factores que perjudican el desarrollo de esta habilidad social en residentes de medicina familiar. Objetivo: Evaluar la calidad empática en la comunicación de médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte, mediante la escala de empatía médica de Jefferson. Material y métodos: estudio observacional y transversal, no se realizó cálculo de la muestra trabajando con el universo de 152 residentes. Para establecer la relación entre variables se utilizaron las pruebas T Student y Anova ($p < 0.05$) empleando el programa estadístico SPSSv22. Resultados: La media de empatía global fue 87.09 ± 11.3 puntos. Se encontraron diferencias significativas entre la media de empatía con el tipo de familia ($p = 0.011$) y una correlación positiva entre la edad y la dimensión atención con compasión ($p = 0.018$, $\rho = 0.192$). Conclusión: Aproximadamente 90% de los residentes de medicina familiar no consideran importante la habilidad empática en la relación con sus pacientes, siendo importante proponer una estrategia para conocer los beneficios de implementar esta habilidad en la consulta.

Palabras clave: Empatía, comunicación, relación médico-paciente, médico familiar

1 Médico residente de tercer año del CEMF de la UMF 33 “El Rosario”

2 Médico familiar y Coordinador clínico de educación e investigación en salud de la UMF 33 “El Rosario”

2.- INTRODUCCIÓN

La comunicación efectiva, es uno de los pilares de la Medicina Familiar, ya que con ello, logramos establecer vínculos en la diada médico – paciente, con la finalidad de mejorar la atención del paciente propiciando el apego terapéutico, para un adecuado control de las diversas patologías, evitando complicaciones y el uso de pruebas diagnósticas innecesarias que generan muchos gastos tanto para el paciente como para la Institución. Se ha demostrado que la presencia de empatía mejora la satisfacción y complacencia del paciente, incrementa la habilidad del médico en el diagnóstico y tratamiento e incluso reduce significativamente el riesgo de demandas.^{17,20}

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se otorgan de forma diaria alrededor de 350 000 consultas de atención primaria, cada una es el reflejo de la relación médico – paciente y la oportunidad de otorgar una atención integral con calidad empática, sin embargo actualmente esta habilidad se ha deteriorado no solo por la falta de tiempo y recursos económicos, sino también por la nula capacidad del médico para satisfacer las necesidades de los pacientes en todas sus dimensiones, las cuales pueden estar influenciadas por percepciones, sentimientos y emociones.³³

Esta situación está condicionada por diversos factores emocionales y psicosociales, por lo que su reconocimiento es uno de los retos que afronta el profesional de atención primaria, pudiéndose lograr por medio del desarrollo de una habilidad o atributo cognitivo, conocido como empatía. Esta es considerada un elemento esencial de la personalidad para alcanzar la competencia clínica y el profesionalismo, ya que facilita la comunicación y la comprensión, hecho que genera confianza, así como una actitud participativa y estable en los planes de tratamiento por parte del paciente permitiendo mejorar el quehacer profesional en aspectos básicos de la atención primaria.^{9,33}

Es por esto que el desarrollo de la empatía en los residentes de medicina familiar se ha convertido en una necesidad y preocupación de las organizaciones educativas y profesionales, por lo que recomiendan que los atributos humanísticos, incluida la empatía junto con habilidades de comunicación, se establezcan y evalúen entre los residentes en adiestramiento clínico. Lo anterior no solamente para mejorar la relación médico-paciente sino también para aumentar la calidad de la atención a los pacientes.^{29,33}

Por lo que la motivación para realizar esta investigación fue la necesidad de realizar la medición de la calidad empática en nuestros residentes en formación, a través de la escala de empatía médica de Jefferson la cual cuenta con un alto nivel de validez y confiabilidad, que nos permita detectar aquellas áreas en las cuales empezar a trabajar con el uso de estrategias para mejorar las capacidades comunicativas; además de la detección de aquellos factores que favorecen o perjudican el desarrollo de esta habilidad social, con la finalidad de preparar médicos capaces de brindar una atención de calidad en donde el humanismo y lo subjetivo del enfermar sean elementos esenciales para mantener la salud de sus pacientes

El objetivo de este estudio fue evaluar los niveles de empatía en la comunicación y su relación con factores sociodemográficos, familiares y académicos en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte.

3.- ANTECEDENTES

Subsiste la idea generalizada de que los médicos no se comunican bien con sus pacientes, que estos no les comprenden y siempre se quedan con dudas de su padecimiento, aceptando ciegamente lo que el médico les dice o buscan por distintas fuentes, entre las que internet es hoy el protagonista indiscutible, información entendible.¹⁹

Con la modernidad, la tecnología, y la institucionalización de la salud, la relación médico-paciente ha sufrido cambios, por un lado los profesionales de la medicina han abandonado la sensibilidad humana propia de la medicina tradicional para adherirse al modelo racional-cientificista imperante y a las tecnologías de vanguardia, que han convertido la salud en un producto costoso, impersonal y susceptible de mercantilización, transformado la relación médico-paciente en un contrato donde la economía juega un papel transcendental.¹⁶

Actualmente la crisis económica prolongada en asociación con la existencia de terceras partes en el ámbito de la salud como el sistema público de salud y empresas sanitarias privadas, han reorientado los objetivos clásicos del desempeño profesional hacia una relación costo – beneficio que permita un mayor rendimiento en términos de salud con el menor gasto posible, aunque ello suponga sacrificar la calidad humana de la asistencia. Por tanto, la evolución que ha experimentado la medicina, aunque abre oportunidades e introduce mejoras, también puede ocasionar un perjuicio social.¹⁶ Esta situación ha condicionado que la relación con los pacientes este migrando, de médica a sanitaria, de ser un paciente a ser un consumidor y las relaciones con el paciente, más que personales, son institucionales. Visto así, la despersonalización de la relación entre el médico y el paciente debilita la antigua relación de confianza con el médico, lo cual condiciona que este proporcione una atención más estandarizada, acercándose a la aplicación de una medicina defensiva.¹⁸

Esta situación está influyendo en la nueva formación profesional la cual continua basada en el paradigma biomédico haciéndonos incurrir en errores, con una actitud demasiado racional apoyada en lo científico-técnico, en busca de un agente causal específico que genera la enfermedad, dándole poca importancia al sentimiento humano. El nuevo modelo de Salud Familiar propone un enfoque holístico, donde importa no sólo el individuo sino su entorno, que inciden fuertemente en su salud física y mental.³

Para lograr esto requerimos de una formación diferente que permita desarrollar habilidades interpersonales y comunicacionales en la búsqueda de un trato más humano; considerando la aptitud comunicativa del médico como parte de la competencia requerida para afrontar la diversa y compleja problemática que presenta el paciente.^{21,25}

Ya que como parte del perfil profesional del médico especialista en medicina familiar, se debe poseer un espíritu humanista con una apertura para las necesidades de comunicación del paciente y su familia, así como una disposición para transmitir sus conocimientos y

experiencias no solo a sus pacientes , sino también a los alumnos y miembros del equipo de trabajo.¹⁷

Concluyendo que la comunicación es la base del cambio, siendo la única posibilidad de reestablecer el rumbo perdido, utilizándola no únicamente como la herramienta, para obtener información, sino, el vehículo para lograr un enfoque cien por ciento humano al enfatizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales del entrevistado para comprender mejor el proceso salud- enfermedad, todo bajo el fundamento ético de la medicina, la empatía, el respeto y la figura tradicional del médico de cabecera con la finalidad de aprovechar al máximo el efecto terapéutico.¹⁷

La importancia de la comunicación en la relación médico-paciente, está determinada por las necesidades del enfermo de ser entendido y conocido, esto es que el médico debe desarrollar cualidades humanísticas, basadas en una conducta afectiva que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes todo esto con el fin conseguir la satisfacción de ambos actores (médico y paciente) y con ello la calidad de la atención.¹⁷

El éxito de cualquier entrevista clínica depende de la calidad de la comunicación médico-paciente. Kurtz en el artículo “La comunicación en la relación médico-paciente, ¿Cuáles son las habilidades efectivas? ”; plantea que la comunicación efectiva se caracteriza por asegurar una interacción, en vez de una transmisión directa o simple entrega de información, reduce la incertidumbre innecesaria, requiere planificación, demuestra dinamismo y sigue un modelo helicoidal más que lineal es decir llegar y hacer no es suficiente si se quiere lograr una comprensión completa y precisa, se tiene que volver nuevamente sobre la información a un nivel de comprensión diferente. La repetición, la reiteración, la retroalimentación, son elementos esenciales de una comunicación efectiva.²⁵

El contacto directo con las personas obliga a los profesionales de la salud a adquirir un aprendizaje que permita desarrollar habilidades que incluyen las de tipo social. Estas representan un conjunto de comportamientos emitidos por un individuo en un contexto interpersonal, en el que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación y en el que respeta estas mismas conductas en los demás; además, generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación con el propósito de minimizar la probabilidad de futuros problemas. Las habilidades sociales tienen el propósito de aumentar la precisión diagnóstica, la eficacia en términos de adherencia al tratamiento y principalmente construir un apoyo para el paciente.^{7, 29.}

Dentro de las habilidades sociales que forman parte de un correcto proceso de comunicación, se encuentran las siguientes:

ESCUCHA ACTIVA: es la habilidad que se adquiere con el tiempo, en la cual el profesional debe centrar la atención absoluta y totalmente en el mensaje que el paciente está transmitiendo, hasta el punto de ser capaz de comprender y elaborar el significado del

mensaje y dar una respuesta adecuada, es decir entender la comunicación desde el punto de vista del que habla, centrándonos en las necesidades del otro, en los sentimientos, pensamientos e ideas que no expresa directamente pero que manifiesta a través de lo que está diciendo.^{5,21}

ACEPTACION INCONDICIONAL: Aceptar sin condiciones al otro, sin juicios de valor, supone confiar en los recursos de los que dispone la persona para afrontar su situación, siempre teniendo en cuenta la situación concreta que valoramos.²¹

COMUNICACIÓN NO VERBAL: La comunicación no verbal es una importante fuente de comunicación, el profesional debe aprender a descubrir aquellos datos que el paciente nos trasmite con un gesto o con la mirada para poder saber, se debe primero aprender a mirar y a escuchar. Comprender lo que nos comunican y saber transmitir mensajes según las necesidades del paciente son habilidades esenciales que se deben conocer.²¹

ASERTIVIDAD: es la habilidad social más importante, siendo susceptible de ser aprendida, entrenada y mejorada. El estilo de comunicación asertivo permite que la persona se encuentre bien consigo misma y con los demás. Las características conductuales de las personas asertivas son: respetar su propia persona ya que cuentan con autoestima positiva, controlan sus emociones ya que saben el momento y lugar adecuado para expresarlas respetando el derecho de los demás, asumen errores y aumenta el número de ocasiones en las que consigue alcanzar sus objetivos.^{5,21}

EMPATIA: Es el secreto de la comunicación, se entiende como aquella capacidad para saber comprender y transmitir los sentimientos del otro, es decir, tener sensibilidad para captar sus sentimientos en ese momento, sin emitir juicios, críticas, evaluaciones sobre su situación o el problema por el que está atravesando. Para que la empatía sea eficaz, no basta con que comprendamos a esa persona, sino que esa persona debe percibir que es así. La empatía es una actitud fundamental para lograr una escucha eficaz.⁵

Dentro de la psicología un autor destacable es J. Alexander quien demostró que 50% del éxito terapéutico se atribuía a las habilidades de relación, es decir, a la empatía. De esta manera la empatía construye el camino hacia la conexión interpersonal entre médicos y pacientes, la cual es un tipo especial de sistema de apoyo social, con todos sus poderes curativos benéficos.¹⁴

Por lo tanto al empatía es un término que proviene del griego ἐμπάθη'ς empátheia (emocionado) y se refiere a la capacidad cognitiva de percibir, en un contexto común, lo que otro individuo puede sentir. Según Stein la define como “la experiencia de la conciencia ajena en general. Es la experiencia que un yo tiene de otro yo, experiencia en la que aprehende la vida anímica de su próximo”.¹⁵

A partir de 1968 Southard incorporo la empatía en la relación médico paciente permitiendo ver y entender al sujeto como un ser anímico-corporal dialogante, el cual aportaría elementos

que, junto a los entregados por el médico, darían una versión más completa de la realidad del enfermar.^{10,15}

Es por esto que la empatía es una actitud que forma parte de la conducta humana. Y en el contexto de la atención sanitaria esta se define desde una visión integradora como un atributo predominantemente cognitivo y no sólo emocional, que involucra la habilidad de entender las experiencias, las inquietudes y las perspectivas del paciente, combinado con la capacidad de comunicar dicho entendimiento. Tres elementos resultan importantes en esta definición: cognición, entendimiento y comunicación, los cuales son claves para que esta pueda ser enseñada, ejercitada y pueda transformarse en un hábito; ya que ha sido considerada una de las competencias básicas en el aprendizaje de la atención médica debido a su importancia en la relación médico- paciente.^{9,10,26}

Para demostrar que nos hemos percatado y compartimos la emoción del paciente, se utiliza como herramienta un marcador empático el cual depende de la comunicación ya que funciona como unidad de significación. La empatía puede manifestarse mediante marcadores gestuales (una expresión facial de pena, tocar el brazo del paciente en señal de apoyo emocional.) o marcadores verbales (“ve lo mal que lo está pasando”, “comprendo cómo te sientes”), la forma y el momento que se escoge para aplicar estos mensajes darán el valor funcional de estos marcadores.²

Por lo tanto el médico familiar debe desarrollar una relación empática la cual se caracteriza por evitar ser arrogante, contener el sentido de superioridad y en su lugar tornarse amistoso, confiado, relajado, sin prisa y capaz de comunicar su entendimiento empático y sus genuinas inquietudes al paciente, así como a la familia de este.³²

La importancia de promover el desarrollo de la empatía en el entrenamiento médico y clínico, es por el hecho de que altos niveles de empatía se relacionan con mayor facilidad de los pacientes para expresar sus síntomas y preocupaciones, con lo que no solo se obtiene una mejor anamnesis y precisión diagnóstica, sino también una mayor participación del paciente y educación en salud, permitiendo disminuir el malestar emocional incrementando su calidad de vida.^{10,11.}

Asimismo, ya que la empatía es un factor de la habilidad interpersonal y un componente de la competencia clínica, es trascendental contar con un instrumento para medir operacionalmente la empatía en profesionales de la salud en el área médica. Es por eso que el grupo de la Universidad de Jefferson, del Centro de investigación en educación y Atención Médica, con más de 30 años de experiencia, ha desarrollado una Escala de Empatía Médica (EEMJ). Originalmente fue creada para medir las orientaciones o actitudes de los estudiantes de medicina hacia las relaciones empáticas durante la atención al paciente, posteriormente se modificó ligeramente de tal manera que existen 2 versiones, una aplicable a médicos y otros profesionales de la salud (versión PS); la otra a estudiantes de medicina y otras profesiones de la salud (versión E).^{1, 14,30}

La versión PS está más orientada hacia el comportamiento empático del médico en encuentros con paciente e incluye 20 ítems a evaluar mediante escala Likert de siete puntos (siendo 1= muy en desacuerdo, 7= muy de acuerdo), 10 elementos se redactaron positivamente y los otros 10 negativamente. Los niveles de empatía están en relación directa con los puntajes obtenidos, pudiendo ser 20 puntos el menor y 140 puntos el máximo, en estos 20 ítems se valoran 3 factores: ^{1,14}

1.- Toma de perspectiva. Ha sido descrito como el ingrediente cognitivo central de la empatía y se evalúa con las 10 primeras preguntas realizadas en sentido positivo.

2.- Atención o cuidado compasivo. Este factor incluye ocho elementos redactados negativamente

3.- Ponerse en los zapatos del paciente. En el cual se incluye dos elementos redactados en modo negativo.

Se determinó su validez de constructo, de criterio, consistencia interna y estabilidad de puntuaciones, estableciéndose correlación significativa y confiabilidad aceptable (alfa 0.89 para médicos residentes), ha sido traducida y validada al español por el grupo de investigación de Alcorta-Garza, en un estudio realizado en México en el 2005. ^{1, 30,32.}

Estudios que comparan la EEMJ con otro instrumento que mide la empatía como el IRI (Interpersonal Reactivity Index), demuestran que la EEMJ es el único instrumento que mide la orientación empática en todas sus dimensiones con factores que son relevantes para situaciones que involucren el cuidado de pacientes. La EEMJ ha sido aplicada en diversos estudios, entre ellos: Relación entre el género con la especialidad del médico (Hojat y cols. 2002); medición de la empatía en los diferentes años de carrera en medicina (Mangione y cols. 2002); medición de la disminución de la empatía durante los años de estudio en escuelas de medicina (Hojat y cols. 2004); midiendo la orientación empática de estudiante de Odontología (Sherman y Cramer, 2005).¹⁴

En América Latina la Escala de empatía médica de Jefferson ha sido incorporada en la validación y medición de la empatía en México en estudiantes de medicina (Alcorta-Garza y cols. 2005), también se empleó en un estudio con médicos del servicio de urgencias de un hospital de la Ciudad de México (Loyola-Duran y cols, 2015) y en Venezuela se empleó para determinar la empatía en los estudiantes de medicina y enfermería, así como su relación con el género, edad y nivel del área clínica (Montilva y cols, 2015).

Es sabido que la empatía es una característica vital en la relación terapéutica, que se observa cada día más precaria, debido a múltiples factores, entre ellos, los grandes avances en la ciencia y la tecnología médica, los medios de comunicación, la cultura, las creencias, aspectos individuales del médico, del paciente, de la familia, las experiencias previas en la relación terapéutica y el modelaje de los docentes en el proceso de la formación académica,

entre otros.²² Por lo que se detallaran algunos factores que influyen en la habilidad empática del médico.

Factores sociodemográficos.

Género: Se ha sugerido que el rol del género en la relación médico - paciente puede ejercer una influencia basada en la forma de abordar las relaciones interpersonales. En este sentido las mujeres poseen mayores niveles de empatía siendo más receptivas a las señales emocionales que los hombres, ya que estas suelen pasar más tiempo con sus pacientes utilizando medidas de apoyo emocional y entendimiento, las cuáles ayudan a reforzar sus relaciones mejorando su comprensión sobre la realidad del paciente.³³ En contraste, los hombres se inclinan más a menudo a ofrecer soluciones racionales. Sin embargo también se ha relacionado con hallazgos en la morfo-fisiología cerebral. Individuos con más fibras nerviosas y áreas conectadas entre los dos hemisferios cerebrales, como ocurre en las mujeres, realizan mejor las tareas que requieren una transferencia de información rápida (como son la comunicación y la empatía). A si mismo las mujeres tienden a utilizar las neuronas en espejo más que los varones, lo cual explicaría por qué pueden, de manera natural, sincronizarse con las emociones de otros expresadas en el lenguaje no verbal.²⁴

Edad: En el estudio realizado por Delgado- Bolton, et al (2016) de tipo transversal, observacional en donde participaron 188 médicos residentes tanto de España como de Latinoamérica se identificaron los factores ambientales que intervienen en su desarrollo empático, encontrando que la edad presentaba una asociación inversa con la empatía, es decir a mayor edad menor nivel de empatía, siendo estadísticamente significativo con una $p < 0.03$.⁹

Cultura: La cultura es una determinante para el deterioro de la empatía a lo largo del tiempo, lo cual se pone de manifiesto con el complejo entorno cultural de la realidad educativa y sanitaria de América Latina en donde los factores sociales tales como la desigualdad en el acceso a la salud, sistemas altamente jerarquizados, abuso de autoridad, discriminación, problemas de corrupción, o sobrecarga laboral, pueden explicar el bajo desarrollo de la empatía entre aquellos médicos latinoamericanos.⁹

Factores familiares: La familia tradicionalmente se ha concebido como una fuente que provee a los jóvenes de valores, creencias, costumbres, entre otros aspectos que ayudan a mantener su integridad física y emocional. Además otorga entrenamiento en la habilidad comunicativa cuando enfrenta a los jóvenes a relacionarse y resolver discrepancias con otros individuos que difieren en personalidad, edad, género y creencias.²⁹

En diversos estudios se han identificado la importancia de la familia y las relaciones entre sus miembros para el desarrollo de la capacidad de interacción con la sociedad, ya que los estudiantes que tuvieron en la infancia una relación satisfactoria con sus madres poseen mayores niveles de empatía. Y por otra parte la influencia de una familia funcional podría ser responsable de que los médicos en formación reproduzcan esta conducta cuando forjan la

relación médico-paciente, mostrando cierto grado de sensibilización y comprensión hacia la percepción o sentir de su paciente.²⁹

Factores académicos: Para los profesionales en el área de la salud una motivación frecuente para seleccionar su profesión es el interés social o el interés por ayudar a los demás, ya que estas profesiones requieren de esta habilidad que algunos médicos creen poseer y que sin lugar a dudas constituye un elemento inherente a la relación empática.³³ Es por eso que los médicos en especialidades “orientadas al paciente” como medicina familiar, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, medicina de urgencias, psiquiatría y subespecialidades medicas correspondientes, obtienen niveles de empatía más altos que sus contrapartes en especialidades “orientadas en la tecnología”¹

Dentro de los factores académicos que se relacionan con un alto nivel de empatía son el buen rendimiento académico, un promedio alto en el transcurso de la carrera y la elección de la profesión como primera opción de estudio, pues se podría pensar que quien selecciona una profesión de primera intención es motivado por la afinidad y preferencia hacia la misma.³³

Otro factor es el año de residencia medica ya que los alumnos experimentan una disminución de las puntuaciones obtenidas en la escala de empatía de Jefferson al avanzar la carrera, esto debido posiblemente a un estado de defensa que acompaña al miedo y la inseguridad que sienten los alumnos novatos cuando empiezan por primera vez a enfrentarse a los pacientes.³⁰

En el estudio realizado por Delgado-Bolton (2016), se detectan tres factores relacionados con el desarrollo de empatía profesional; el primero es el desarrollo de modelos profesionales, el segundo es el encuentro positivo con otros profesionales ya sea en la vida personal o durante la formación profesional y por último los residentes con una formación médica continuada.⁹

Actualmente durante el desempeño profesional el proceso de enseñanza aprendizaje es inconstante desde el punto de vista humanista porque se continua priorizando el modelo biomédico, con tecnología de punta sin integrarlo con lo humanístico. Tal vez por todas estas razones se describe que gran parte de los reclamos en salud se relacionan con una mala atención profesional demostrando que existe una disminución en el humanitarismo, entusiasmo e idealismo, y una disminución de la empatía en los profesionales de la salud a medida que avanzan en su formación.^{8,22}

El modelo "clásico" de enseñanza centra la comunicación dentro de límites, moviéndose en un marco rígido que focaliza la enseñanza en un contenido teórico – práctico, que dando en segundo plano las emociones, la curiosidad y creatividad, potenciando la competitividad frente a la cooperación.⁸

Por esta razón es importante considerar la empatía como una competencia clínica que necesita ser aplicada y evaluada entre los residentes en adiestramiento clínico, lo anterior no solamente para mejorar la relación médico-paciente, sino también para aumentar la calidad de la atención médica.

De la misma forma las organizaciones educativas y profesionales recomiendan que las escuelas de medicina que imparten cursos de especialización cuenten con programas que se fundamenten en el objetivo de preparar a los estudiantes de la mejor manera posible para que se desarrollen eficientemente en la práctica profesional con base en acciones eficientes y responsables que respeten los principios de la buena práctica humana, ética y científica.²⁹

La capacidad empática de los médicos en formación se desarrolla en función del seguimiento de un modelo, ya sea su profesor u orientador, los cuales deben fortalecer la empatía para que pueda ser imitada y reproducida por los médicos residentes. Es alentador conocer algunas investigaciones realizadas con estudiantes de las Ciencias de la Salud, que indican que la aptitud empática puede aumentar significativamente mediante un enfoque humanista durante la enseñanza, particularmente si el docente está inmerso en las experiencias de los estudiantes con pacientes tanto en el ámbito hospitalario como en el ambulatorio.²²

Una de las limitaciones que enfrenta el proceso de enseñanza de la empatía, es que los profesores asumen que el desarrollo de esta se logra mediante referencias culturales o teóricas, dificultando el proceso. Ya que muchas veces durante la consulta cuando el estudiante habla con el paciente sobre aspectos psicosociales, es reorientado por el profesor a la discusión biológica, lo que transmite el mensaje de que carece de importancia, dando a entender que la reacción empática del alumno es ajena al campo médico.^{1,8}

Con respecto a la visión de lograr cambios en el comportamiento empático, algunos estudios publicados son inconsistentes en lo referente a las intervenciones educacionales en los estudiantes, mientras que otros afirman que la empatía es una cualidad de la personalidad que se puede modificar con estrategias educacionales. Se ha observado durante la práctica clínica la posibilidad de la empatía en personas con características de personalidad que apuntan hacia la capacidad para entablar relaciones interpersonales y para la auto-observación, aseverando además, que la experiencia adquirida por el alumno es el vehículo ideal cuando es desarrollada con un docente que posee el conocimiento natural o está entrenado para ello.^{1, 22}

En nuestra sociedad, los estudios sobre la empatía médica en residentes de medicina familiar son escasos, sin embargo se cuenta con:

El estudio realizado por Sandoval Miranda et al (2011) de tipo no experimental de campo o ex post facto, con una muestra de 235 médicos residentes de 35 cursos de especialidad del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, en el cual se detectó la existencia de

una alta relación entre el funcionamiento familiar y la empatía con una $r= 0.456$, siendo la expresión de afecto, apoyo familiar y desinhibición emocional los factores con mayor correlación. Mientras que el género, el tipo de residencia y el grado académico no ocasionaron diferencias significativas en el funcionamiento familiar y la empatía ($p<0.05$).

En un estudio, publicado por Montilva, Garcia, Torres, Puertas & Zapata (2015) en la revista de Investigación en Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, realizado en estudiantes de Medicina y enfermería de Venezuela se encontró que el puntaje promedio de empatía según la escala de Jefferson en los Estudiantes de Medicina fue 120.3 y en los Estudiantes de Enfermería fue 117.9; no observándose diferencias significativas entre ambos grupos ni en las etapas de la carrera de ambos programas ni según la edad, únicamente se detectó que los alumnos del género femenino presentaron mayores puntajes que los masculinos (120.67 vs. 115.19, respectivamente, $p = 0.02$).

Madera Anaya et al (2015) realizó un estudio de corte transversal realizado con una muestra de 256 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cartagena, seleccionados aleatoriamente, con el objetivo de determinar los niveles de empatía y su relación con factores sociodemográficos familiares y académicos. En donde la media de empatía global de los participantes fue de 114,3 puntos, según sus dimensiones la media de la “toma de perspectiva” fue de 61,4 puntos, para el “cuidado con compasión” de 41,7 puntos y “ponerse en el lugar del paciente” de 11,2 puntos. Al comparar los niveles de empatía global y sus dimensiones con las características sociodemográficas se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el sexo en la empatía global ($p=0,0033$) y en la dimensión “cuidado con compasión” ($p=0,001$), en donde las mujeres reportaron mayores niveles de empatía, también en la funcionalidad familiar ($p=0,0017$), Medicina como primera opción de estudio ($p=0,03$), rendimiento académico ($p=0,0464$) y promedio académico acumulado ($p=0,003$; $r=0,19$).

En el estudio realizado por Delgado- Bolton, et al (2016) de tipo transversal, observacional en donde participaron 188 médicos residentes tanto de España como de Latinoamérica se identificó que la puntuación media de empatía de los médicos españoles fue mayor que la de los latinoamericanos ($p = 0,01$). Entre los factores ambientales que intervienen en su desarrollo empático, encontrando que la edad presentaba una asociación inversa con la empatía, siendo estadísticamente significativo con una $p < 0.03$. Tomando en cuenta otros factores se encontraron diferencias en el desarrollo de la empatía asociadas al desarrollo de modelos profesionales ($p < 0,001$), al encuentro positivo con otros profesionales ($p = 0,001$), y al desarrollo de una formación profesional continuada ($p = 0,008$).

Saucedo-Chinchay, et al, (2012) llevaron a cabo un estudio descriptivo, transversal en 183 estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, en el cual se realizó la comparación entre factores como la edad, el género, año de estudios y especialidad médica con los promedios de las puntuaciones de empatía; concluyendo que los estudiantes

varones, el grupo de edad < 25 años, que cursan el 3° año y que eligieron especialidades “vinculadas al paciente”, obtuvieron mayores puntuaciones de empatía, considerándose factores protectores para desarrollar niveles adecuados de empatía, sin embargo no se encontró significancia estadística ya que se presentó una $p > 0.5$.

El estudio de Loyola-Duran et al (2015) de tipo observacional, descriptivo y transversal con una muestra de 51 médicos residentes, internos y adscritos al servicio de Urgencias, con el objetivo de identificar el nivel de empatía en su relación médico-paciente encontrando que el 33.3% de los médicos fueron no empáticos, 19.6% medianamente empáticos y 47.1% empáticos. Y los factores que condicionaron un mayor nivel de empatía presentando diferencia estadísticamente significativa fueron la edad mayor de 40 años ($p= 0.000$), el nivel profesional siendo los médicos adscritos ($p=0.000$) y el contar con otro empleo ($p=0.000$). El autor menciona que su estudio demuestra que a pesar de la carga de trabajo y la rapidez del actuar del personal médico en el servicio de urgencias, se puede ser empático.

Si un estudio como el anterior se realizara para conocer el nivel de empatía que tienen los residentes de medicina familiar se podrán desarrollar estrategias, que permitan la enseñanza de esta habilidad. En nuestro medio se ha descrito técnicas que ayudan a favorecer en estudiantes y residentes la mejora de la empatía tales como: potenciar las habilidades de relación interpersonal, el análisis de entrevistas con pacientes y teatralización de entrevistas médico-paciente con cambios de rol.⁸ Así mismo actualmente Gallardo Vidal (2011) realizó un estudio cuasi experimental, con una población de 18 residentes de la especialidad en Medicina Familiar, implementándose una intervención educativa en bioética con enfoque participativo y reflexivo basada en la crítica de las experiencias; logrando concluir que mediante el uso de esta estrategia fue posible mejorar la relación médico – paciente, la comunicación y la empatía de los residentes de medicina familiar.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La humanización en el cuidado de la salud es un arte que permite contribuir con la calidad de vida de los usuarios en las diferentes instituciones de salud. Sin embargo la relación médico-paciente ha cambiado de ser un vínculo basado en la confianza mutua, a convertirse solamente en la prestación de un servicio siendo el paciente un usuario.¹⁰

En México esta situación es evidente por la insatisfacción por parte de los pacientes condicionando demandas por mala práctica ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, siendo la principal causa una comunicación poco asertiva dentro de la relación médico-paciente, lo cual ha provocado falta de habilidades sociales siendo la empatía una de ellas; presentándose con mayor frecuencia en los médicos especialista de medicina familiar.¹⁷

Existen pocos estudios, que evalúen la calidad empática en estudiantes de medicina, en particular con médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar, en donde esta habilidad comunicativa es de especial importancia tomando en cuenta que su atención se basa en la continuidad y seguimientos de la mayor parte de la población, lo cual permitirá un aumento de la participación y educación del paciente, así como en la disminución del malestar emocional incrementando su calidad de vida.

Establecida la necesidad de la empatía como parte de la relación médico-paciente, es que los médicos deben aprender a empatizar. Sin embargo, hay demasiados obstáculos que dificultan dicho aprendizaje: entre estos se encuentran tanto factores sociodemográficos, familiares o académicos, así como un entorno muy demandante con mucha carga laboral, la poca importancia que se le da a la empatía y el propio comportamiento tal vez prepotente e idealizado.²⁶

Es por esto que para la trasmisión efectiva de la empatía así como el proceso de comunicación, es necesaria la enseñanza formal con un currículo integrado, así como el uso de nuevas estrategias educacionales en las cuales la evaluación del residente incluya la empatía como requisito.¹⁰ Mientras esto se cumple, es responsabilidad del médico familiar identificar desde su práctica diaria, sus propias dificultades y reflexivamente transformarlas para poder incidir positivamente en el cuidado de la salud de sus pacientes.¹⁷ Por todo lo anterior es importante identificar la calidad en la comunicación empática de los médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte, lo cual permitirá mejorar la relación médico-paciente e identificar una comunicación poco asertiva y la insatisfacción por parte del paciente, para incidir en ellas con el objetivo de proporcionar una atención integral y de calidad a la población, por lo que me permito plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad empática en la comunicación de médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte?

5.- OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la calidad empática en la comunicación de médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte, mediante la escala de empatía médica de Jefferson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Comparar la calidad empática en la comunicación de los médicos residentes de las tres unidades de medicina familiar que conforman la Delegación Norte
2. Comparar la calidad empática en la comunicación de acuerdo al año académico cursado de la especialidad en Médicos Residentes de las tres unidades que conforman la Delegación Norte.
3. Evaluar la calidad en la toma de perspectiva en médicos residentes de medicina familiar.
4. Evaluar la calidad en los cuidados con compasión en médicos residentes de medicina familiar.
5. Evaluar la capacidad de los médicos residentes de medicina familiar para ponerse en el lugar del otro.
6. Determinar la calidad empática en la comunicación de acuerdo al año académico cursado de la especialidad en Médicos Residentes de medicina familiar
7. Determinar la calidad empática en la comunicación de acuerdo al género en Médicos Residentes de medicina familiar
8. Determinar la calidad empática en la comunicación de acuerdo a la edad en Médicos Residentes de medicina familiar.
9. Determinar la calidad empática en la comunicación de acuerdo al tipo de familia de los Médicos Residentes de medicina familiar.

6.- MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio se realizó en tres unidades de medicina familiar, las cuales pertenecen a la delegación 1 norte de la Ciudad de México. La Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”; la cual es una unidad de primer nivel de atención, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en la delegación Azcapotzalco; ubicada en Avenida de Las Culturas Esquina Renacimiento s/n Unidad Habitacional, El Rosario. Es sede del curso de Especialización en Medicina Familiar, contando con 20 residentes de primer grado, 20 de segundo grado, y 7 de tercer grado. La Unidad de Medicina Familiar N° 20 localizada en la delegación Gustavo A. Madero; ubicada sobre calzada Vallejo, colonia Magdalena de las Salinas. Cuenta con 24 residentes de primer año, 20 residentes de segundo año y 13 residentes de tercer año. Y la Unidad de Medicina Familiar N° 94 localizada en la delegación Gustavo A. madero; ubicada en calle Camino Antiguo a San Juan de Aragón, colonia casas alemán. Sede del curso de especialización en Medicina Familiar, contando con 18, 19 y 11 residentes de primer, segundo y tercer año respectivamente.

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo y prolectivo; con un total de 152 residentes de las tres unidades de medicina familiar que representan a la delegación norte, no se realizó cálculo del tamaño de la muestra ya que fue factible trabajar con el universo total.

Se realizó la visita a cada una de las unidades de medicina familiar para captar a los residentes de los tres grados, previo consentimiento informado (Anexo 1), se procedió a la aplicación de un formulario que contenía información sociodemográfica, académica y familiar y posteriormente de un instrumento conocido como “Escala de empatía medica de Jefferson” (Anexo 2 y 3) de autoadministración compuesta por 20 ítems que explora la actitud empática del profesional sanitario, en este caso médico residente, en su trato con el paciente. La escala presenta 3 dimensiones: toma de perspectiva, atención compasiva y la disposición de ponerse en los zapatos del paciente. Cada ítem se puntúa mediante una escala Likert de 7 puntos (1: totalmente en desacuerdo; 7: totalmente de acuerdo) con un rango global de respuesta entre 20 y 140 puntos.

Una vez recolectados los datos se utilizó el programa estadístico SPSS V22, con el cual se obtuvieron frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, para el análisis inferencial se evaluó el supuesto de normalidad con la prueba de Kolmogórov-Smirnov y para la comparación de las variables edad y sexo se utilizó la prueba t de Student y en grado de estudio y tipo de familia la prueba ANOVA de un factor. En el caso de la dimensión “atención con compasión” en el grupo global y en la UMF 94 se utilizaron pruebas no paramétricas como U de Mann Whitney y Kruskal-Wallis. La información se recopiló en cuadros para posteriormente ser representados en gráficas. Los datos obtenidos se compararon con la literatura existente y se discutieron sus implicaciones con el propósito de conocer el nivel de empatía de los médicos residentes de la delegación norte y los factores que influyeron en esta habilidad, con el propósito de diseñar estrategias que involucren la

enseñanza de la empatía como parte de la formación profesional para brindar atención integral y de calidad a los derechohabientes.

El presente trabajo de investigación se llevará a cabo conforme a los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación a nivel internacional, nacional e institucional previo consentimiento informado de las personas que participaran en el estudio.

7.- RESULTADOS

De los 152 médicos encuestados, 54 fueron hombres (35.5 %) y 98 mujeres (64.5%) (Figura 1); la media de edad fue de 29.3 años (DE: 3.1), la edad más frecuente con el 21.7% fue 27 años. Y con una edad mínima de 24 años y máxima de 44 años. (Figura 2).

Del total de residentes encuestados, 62 iniciaban su primer año de residencia (40.8 %), el 59 el segundo año (38.8%) y 31 el tercer año (20.4%). (Figura 3)

Con relación a las características familiares un 75% (N: 114) pertenecían a una familia nuclear, le siguió la familia extensa con el 15.8% (N: 24) encontrándose en último lugar la familia extensa compuesta con el 2.6% (N: 4). Figura 4

La media de empatía global de los participantes fue de 87.09 (DE: 11.3) puntos, según sus dimensiones la media de la “toma de perspectiva” fue de 58.39 (DE: 8.1) puntos, para el “cuidado con compasión” de 16.39 (DE: 8.4) puntos y “ponerse en el lugar del paciente” de 12.29 (DE: 3.1) puntos.

Al clasificar la media de empatía por cuartiles; 137 médicos fueron no empáticos (90.1%), 12 medianamente empáticos (7.9%) y 3 empáticos (2 %), por lo que de manera global los residentes de medicina familiar de la Delegación Norte no son empáticos en su comunicación médico-paciente. (Fig. 5)

Tomando en cuenta cada una de las unidades de medicina familiar, se concluye que no existe empatía representado un porcentaje mayor del 80%, siendo los residentes de la UMF 20 los que presentan un porcentaje mayor en la categoría de “no empático” como se muestra en la Tabla 6.

La diferencia en la puntuación de empatía entre los residentes de las tres unidades de medicina familiar mostro que los pertenecientes a la UMF 94 presentaron un puntaje de empatía mayor en comparación con las otras dos unidades sin embargo no fue significativa ($p = 0.118$). En el caso de las dimensiones empáticas, la UMF 94 obtuvo mayor media de puntuación en “toma de perspectiva” (M: 59.6 DE: 8) y “atención con compasión” (M: 18 DE: 10) en comparación con las otras dos unidades, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.023$ y $p=0.039$ respectivamente).Tabla 7

Al comparar los niveles de empatía global y sus dimensiones con las características sociodemográficas, académicas y familiares, se encontró que no existe diferencia significativa al comparar la empatía entre hombres y mujeres ($p=0.430$), como se observa en la tabla 8. En el caso de la edad, el análisis de correlación confirmo que no existe una asociación entre esta variable y la empatía ($p=0.092$) sin embargo existe una correlación baja positiva entre la edad y la dimensión “atención con compasión” ($\rho = 0.192$; $p =0.018$). Las puntuaciones de empatía según el año de residencia muestran que la puntuación media más alta apareció en el grupo que cursaba su tercer año (M = 87.9 DE = 11), seguida por el

grupo que se encontraba en su segundo año ($M = 87.1$; $DE = 12$). La puntuación media más baja apareció en el grupo que iniciaba el primer año de residencia ($M = 86.6$; $DE = 10$). No obstante, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas en empatía global ($p = 0.860$) ni en sus dimensiones con una $p > 0.05$. En el caso del tipo de familia de origen de los residentes comparado con la empatía global se concluyó que los médicos que provienen de una familia semi-nuclear presentan mayor nivel de empatía con una media de 95.5 puntos ($p = 0.011$), con respecto a sus dimensiones: toma de perspectiva, atención con compasión y ponerse en los zapatos del paciente; no se encontraron diferencias significativas. Tabla 8

Por otro lado durante la comparación del nivel de empatía global y sus dimensiones en cada una de las Unidades de medicina familiar (UMF 33, 94 y 20) se concluyó que con respecto a las medias del nivel de empatía global comparadas con el género, la edad y el grado académico no existen diferencias significativas con valores de $p > 0.05$, lo cual se puede observar en las tablas 9, 10 y 11.

Sin embargo con la variable de tipo de familia se determinó que en la UMF 33 los residentes con familia de origen seminuclear presentaron un puntaje mayor de media de empatía ($M: 96.3$ $DE: 7$) (Tabla 9) y en la UMF 94 el mayor puntaje se obtuvo en residentes con familia nuclear ($M: 91.5$ $DE: 12$) ambas diferencias resultaron estadísticamente significativas ($p = 0.024$ y $p = 0.009$ respectivamente).

En el caso de las dimensiones de la comunicación empática se detectó que solamente en la UMF 94 se encontraron diferencias estadísticamente significativas, una de ellas fue en la dimensión “toma de perspectiva” comparada con el tipo de familia; concluyendo que los residentes que provienen de una familia nuclear presentan mayor nivel de empatía ($M: 60.5$ $DE: 6$) con una $p = 0.027$. En la dimensión de “ponerse en los zapatos del paciente” al compararse con el tipo de familia, se identificó que el tipo de familia nuclear obtuvo un mayor puntaje de empatía ($M: 12.5$ $DE = 2$) siendo estadísticamente significativa con $p = 0.003$. también se encontró que existe una correlación baja positiva entre la edad y la dimensión “ponerse en los zapatos del paciente”, es decir a mayor edad mejor puntuación en la dimensión empática mencionada. ($\rho = 0.319$; $p = 0,027$). (Tabla 10)

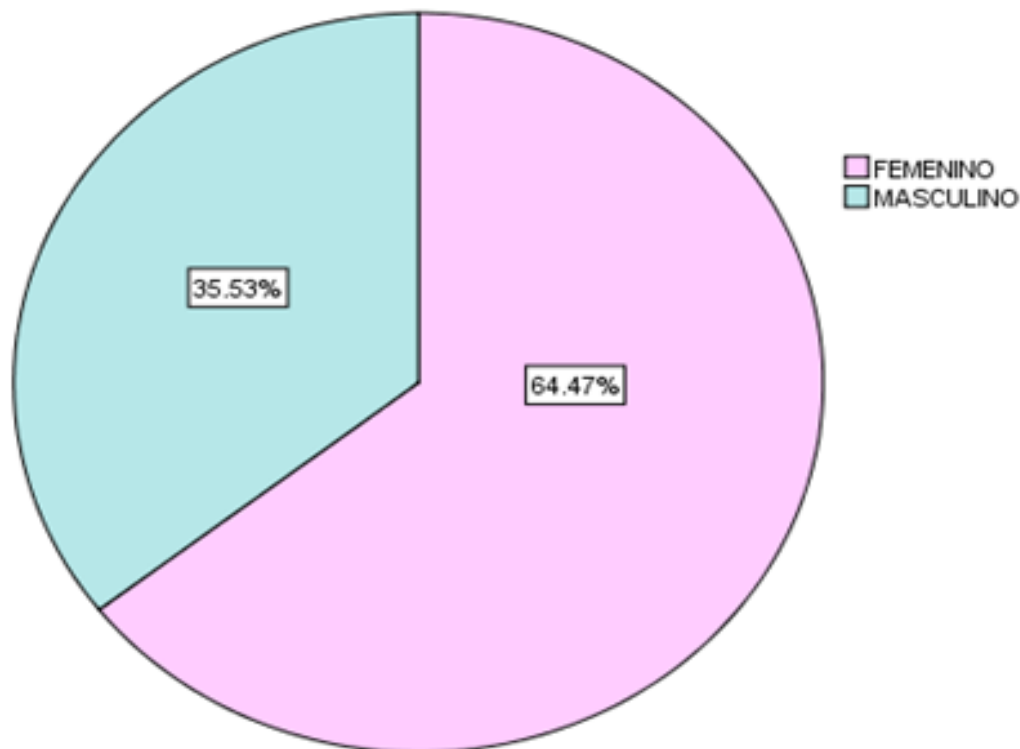
8.- TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Frecuencia de género en residentes de medicina familiar de la delegación Norte, para determinar la calidad de comunicación empática en su relación médico-paciente.

GENERO	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
MASCULINO	54	35.5
FEMENINO	98	64.5
TOTAL	152	100

Fuente: Cuestionario calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte

Figura 1. Distribución porcentual del género de residentes de medicina familiar de la delegación norte para determinar la calidad de la comunicación empática en su relación medico paciente. (N=152)



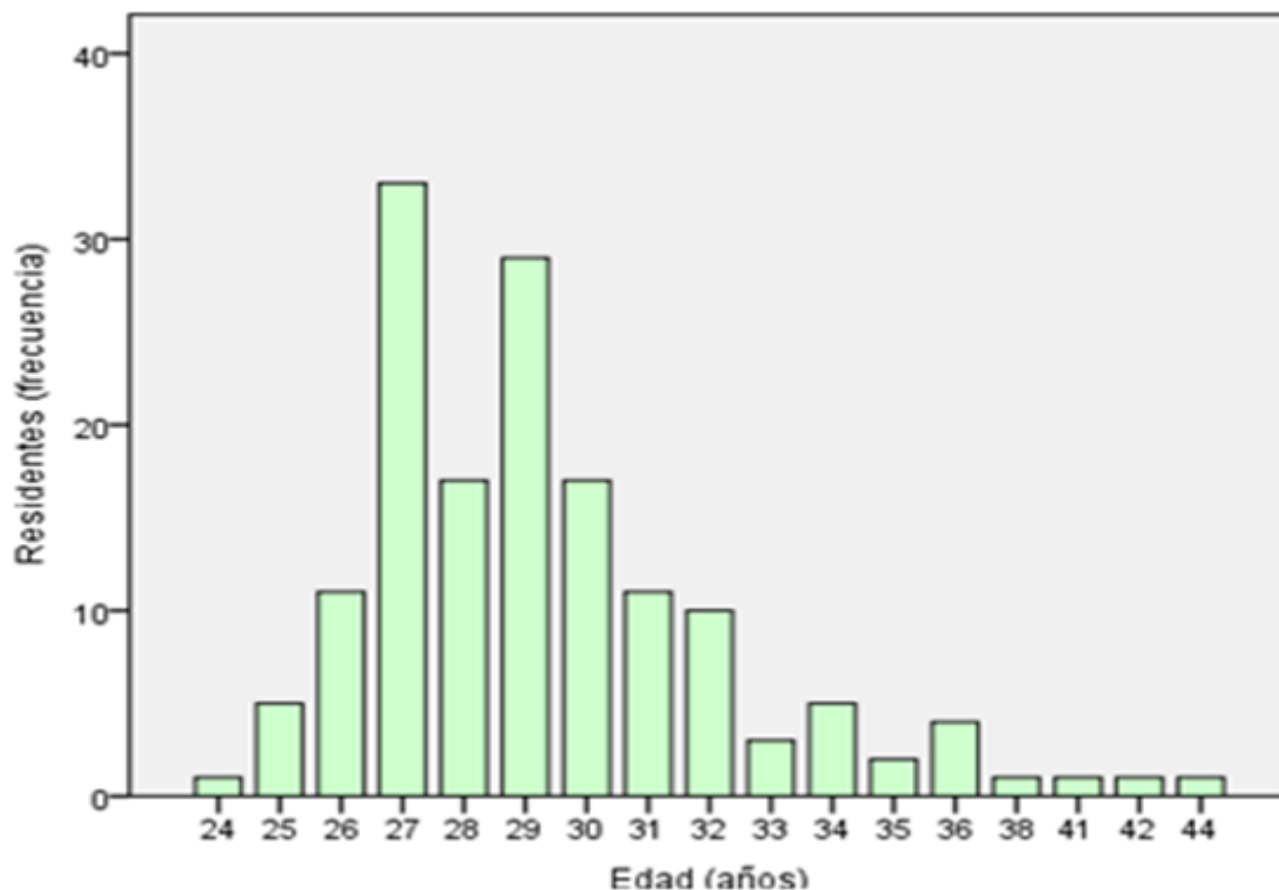
Fuente: Cuestionario calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte

Tabla 2. Frecuencias de edad en residentes de medicina familiar de la delegación Norte.

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
24	1	.7
25	5	3.3
26	11	7.2
27	33	21.7
28	17	11.2
29	29	19.1
30	17	11.2
31	11	7.2
32	10	6.6
33	3	2.0
34	5	3.3
35	2	1.3
36	4	2.6
38	1	.7
41	1	.7
42	1	.7
44	1	.7
Total	152	100.0

Fuente: Cuestionario calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte

Figura 1. Prevalencia de edad en residentes de medicina familiar de la delegación norte.



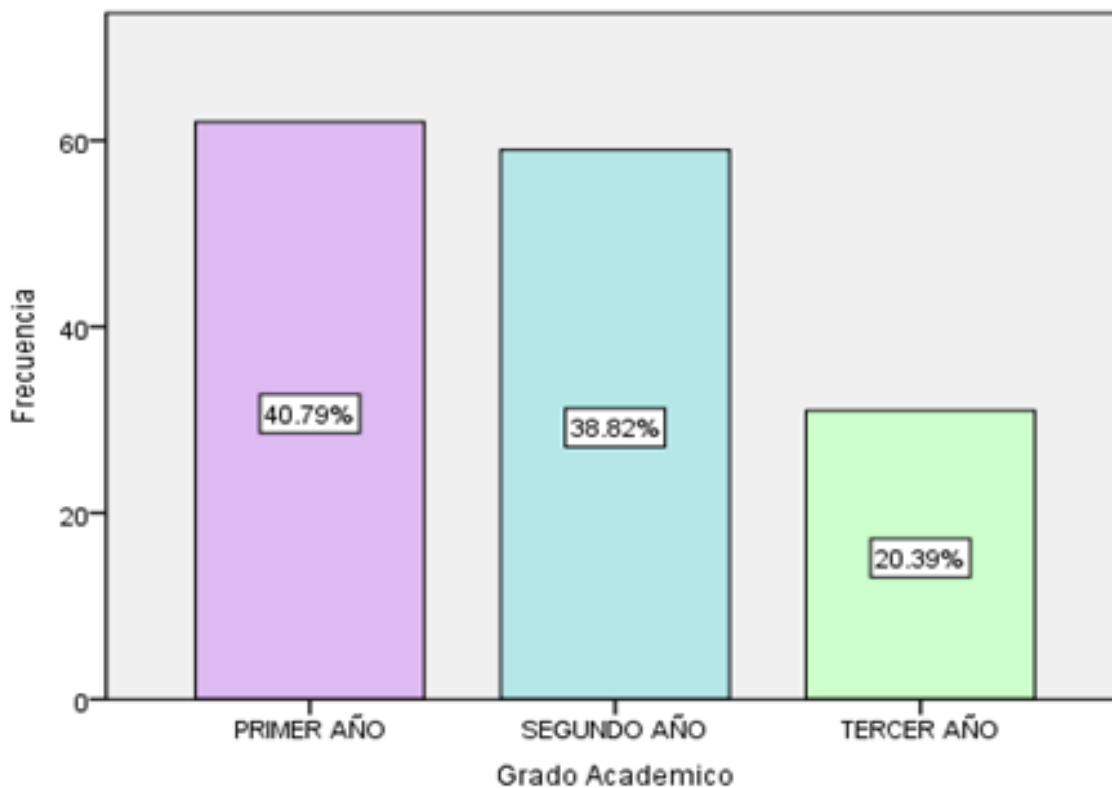
Fuente: Cuestionario calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte

Tabla 3. Frecuencia por grado académico en residentes de medicina familiar de la delegación Norte, para determinar la calidad de comunicación empática en su relación médico-paciente.

GRADO ACADEMICO	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
PRIMER AÑO	62	40.8
SEGUNDO AÑO	59	38.8
TERCER AÑO	31	20.4
TOTAL	152	100

Fuente: Cuestionario calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte

Figura 3. Distribución porcentual según el grado académico de residentes de medicina familiar de la delegación norte para determinar la calidad de la comunicación empática en su relación médico paciente.



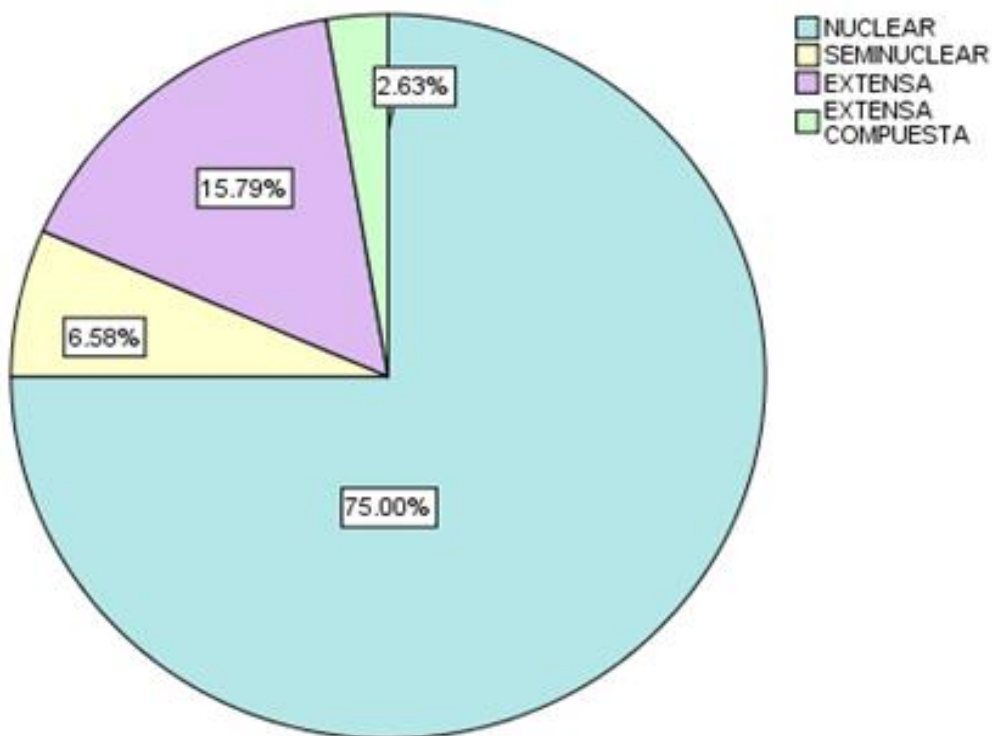
Fuente: Cuestionario calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte

Tabla 4. Frecuencia del tipo de familia de origen de los residentes de medicina familiar de la delegación Norte, para determinar la calidad de comunicación empática en su relación médico-paciente.

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
NUCLEAR	114	75.0
SEMI- NUCLEAR	10	6.6
EXTENSA	24	15,8
EXTENSA COMPUESTA	4	2.6
TOTAL	152	100

Fuente: Cuestionario calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte

Figura 4. Distribución porcentual del tipo de familia de origen en residentes de medicina familiar de la delegación norte para determinar la calidad de la comunicación empática en su relación médico paciente.



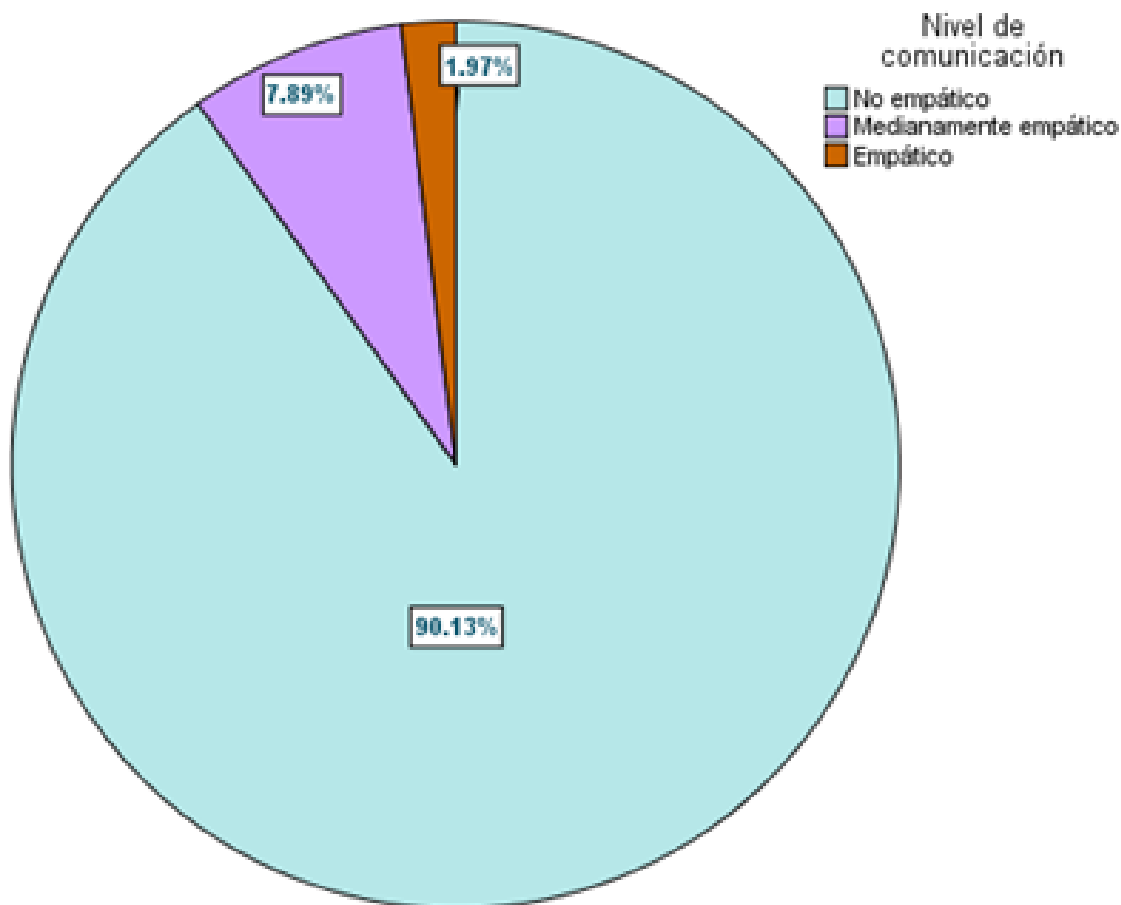
Fuente: Cuestionario calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte

Tabla 5. Frecuencia del nivel de comunicación empática en residentes de medicina familiar de la delegación Norte.

NIVEL DE COMUNICACIÓN EMPÁTICA	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
NO EMPÁTICO	137	90.1
MEDIANAMENTE EMPÁTICO	12	7.9
EMPÁTICO	3	2
TOTAL	152	100

Fuente: Cuestionario calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte “Escala Jefferson de actitudes de empatía del médico”

Figura 5. Distribución porcentual del nivel de comunicación empática de residentes de medicina familiar de la delegación norte. (N=152)



Fuente: Cuestionario calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte “Escala Jefferson de actitudes de empatía del médico”

Tabla 6. Frecuencias y porcentajes del nivel de empatía en las tres unidades de medicina familiar

NIVEL DE EMPATÍA	UMF 33 (N=47)		UMF 94 (N=48)		UMF 20 (N=57)	
	N	%	N	%	N	%
NO EMPÁTICO (80-100 p)	42	89.4	40	83.3	55	96.5
MEDIANAMENTE EMPÁTICO (101-117 p)	5	10.6	5	10.4	2	5.3
EMPÁTICO (118-140 p)	0	0	3	6.3	0	0

Fuente: Cuestionario calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte “Escala Jefferson de actitudes de empatía del médico”

Tabla 7. Tabla de comparación entre los residentes de las tres unidades de medicina familiar y la media de empatía global y sus dimensiones.

COMUNICACIÓN EMPÁTICA GLOBAL	N	MEDIA (DE)	VALOR P *
UMF 33	47	85.40 (11)	0.118 ^{&}
UMF 94	48	89.8 (13)	
UMF 20	57	86.16 (8)	
1. Dimensión: Toma de perspectiva			0.023 ^{&}
UMF 33	47	55.6 (9)	0.039 ⁺
UMF 94	48	59.6 (8)	
UMF 20	57	59.5 (6)	
2.- Dimensión: Atención con compasión			0.039 ⁺
UMF 33	47	17.6 (8)	0.538 ^{&}
UMF 94	48	18 (10)	
UMF 20	57	13.9 (6)	
3.- Dimensión: ponerse en los zapatos			0.538 ^{&}
UMF 33	47	12 (3)	0.538 ^{&}
UMF 94	48	12.1 (2)	
UMF 20	57	12.6 (3)	
Datos en frecuencia (N). Media (M) y desviación estándar (DE); *Estadísticamente significativo p<0,05; &Prueba Anova y + Prueba Kruskal-Wallis			

Fuente: Cuestionario calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte “Escala Jefferson de actitudes de empatía del médico”

Tabla 8. Comparación entre la media de empatía global y sus dimensiones en Residentes de la Delegación Norte (N: 152) con las variables sociodemográficas, académicas y familiares.

RESIDENTES DE LA DELEGACION NORTE VARIABLES	Empatía global N= 152			Toma de perspectiva			Atención con compasión			Ponerse en los zapatos del paciente		
	N	M (DE)	p *	N	M (DE)	p *	N	M (DE)	p *	N	M (DE)	p *
EDAD			0.172 #			0.797 #			0.141 U			0.582 #
Menor o = 30 años	11 2	86.3 (10)		11 2	58.2 (8)		11 2	15.7 (8)		11 2	12.2 (3)	
Mayor de 30 años	40	89.2 (13)		40	58,6 (7)		40	18,1 (9)		40	12.5 (3)	
GENERO			0.430 #			0.302 #			0.823 U			0.506 #
Masculino	54	88.0(10)		54	59.3 (8)		54	16 (8)		54	12.5 (3)	
Femenino	98	86.5 (11)		98	57.8 (8)		98	16.5 (8)		98	12.1 (2)	
GRADO ACADÉMICO			0.860 &			0.523 &			0.328 +			0.393 &
Primer año	62	86.6(10)		62	59.1 (7)		62	15.4(8)		62	11.8 (3)	
Segundo año	59	87.1(12)		59	57.4 (9)		59	17.1 (8)		59	12.6 (2)	
Tercer año	31	87.9 (11)		31	58.6 (7)		31	16.9 (8)		31	12.3 (3)	
TIPO DE FAMILIA			0.011 &			0.064 &			0.661 +			0.163 &
Nuclear	11 4	87.5 (10)		11 4	58.8 (7)		11 4	16.2 (8)		11 4	12.3 (3)	
Semi-nuclear	10	95.5 (8)		10	62.2 (5)		10	19.4 (8)		10	13.9(2)	
Extensa	24	82.1 (12)		24	55.2 (11)		24	15.6 (7)		24	11.2(3)	
Extensa compuesta	4	82.5 (11)		4	54.2 (13)		4	16 (8)		4	12.2(4)	
Datos en frecuencia (N). Media (M) y desviación estándar (DE); *Estadísticamente significativo p<0,05; # Prueba T Student, &Prueba Anova, U: Prueba de U de Mann Whitney y + Prueba Kruskal-Wallis												

Fuente: Cuestionario calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte “Escala Jefferson de actitudes de empatía del médico”

Tabla 9. Comparación entre la media de empatía global y sus dimensiones en Residentes de la UMF 33 (N: 152) con las variables sociodemográficas, académicas y familiares.

RESIDENTES DE LA UMF 33 VARIABLES	Empatía global N= 47			Toma de perspectiva			Atención con compasión			Ponerse en los zapatos del paciente		
	N	M (DE)	p *	N	M (DE)	p *	N	M (DE)	p *	N	M (DE)	p*
EDAD			0.312#			0.140#			0.909#			0.686#
Menor o = 30 años	33	84.3 (11)		33	54.3 (9)		33	17.7(8)		33	11.8(3)	
Mayor de 30 años	14	88 (11)		14	58.7 (7)		14	17.4(6)		14	12.2(2)	
GENERO			0.364#			0.158#			0.520#			0.916#
Masculino	12	88 (11)		12	58.9 (8)		12	16.3(9)		12	11.9(4)	
Femenino	35	84.5 (11)		35	54.5 (9)		35	18 (7)		35	12 (2)	
GRADO ACADÉMICO			0.694&			0.591&			0.934&			0.535&
Primer año	20	84.4 (11)		20	55 (8)		20	17.4(9)		20	11.4(3)	
Segundo año	20	85.2 (12)		20	55.2 (9)		20	18.1(7)		20	12.2(2)	
Tercer año	7	88.7 (8)		7	59 (8)		7	16.8(8)		7	12.8(2)	
TIPO DE FAMILIA			0.024&			0.123&			0.539&			0.346&
Nuclear	32	85 (11)		32	56.2 (7)		32	17 (8)		32	11.6(3)	
Semi-nuclear	6	96.3 (7)		6	60.5 (5)		6	22(9)		6	13.8(2)	
Extensa	7	80.8 (9)		7	52.2 (13)		7	16.1(6)		7	12.4(3)	
Extensa compuesta	2	73.5 (3)		2	44.5 (10)		2	19 (9)		2	10 (2)	
Datos en frecuencia (N). Media (M) y desviación estándar (DE); *Estadísticamente significativo p<0,05; # Prueba T Student y &Prueba Anova.												

Fuente: Cuestionario calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte “Escala Jefferson de actitudes de empatía del médico

Tabla 10. Comparación entre la media de empatía global y sus dimensiones en Residentes de la UMF 94 (N: 48) con las variables sociodemográficas, académicas y familiares.

RESIDENTES DE LA UMF 94 VARIABLES	Empatía global N= 48			Toma de perspectiva			Atención con compasión			Ponerse en los zapatos del paciente		
	N	M (DE)	p *	N	M (DE)	p *	N	M (DE)	p *	N	M (DE)	p*
EDAD			0.405 [#]			0.540 [#]			0.270 ^U			0.057 [#]
Menor o = 30 años	31	88.6 (13)		31	60.1 (7)		31	16.8(9)		31	11.5(2)	
Mayor de 30 años	17	92.1 (17)		17	58.6 (7)		17	20.2(10)		17	13.2(3)	
GENERO			0.838 [#]			0.759 [#]			0.305 ^U			0.871 [#]
Masculino	18	90.3 (11)		18	59.1 (9)		18	19.1(8)		18	12 (2)	
Femenino	30	89.5 (15)		30	59,9 (7)		30	17.4(11)		30	12.2(3)	
GRADO ACADÉMICO			0.473 ^{&}			0.694 ^{&}			0.110 ⁺			0.288 ^{&}
Primer año	18	86.8 (11)		18	60.9 (6)		18	14.6(8)		18	11.2(3)	
Segundo año	19	92.4 (15)		19	58.6 (10)		19	21 (11)		19	12.7(2)	
Tercer año	11	90.3 (14)		11	59.2 (7)		11	18.5(10)		11	12.5(2)	
TIPO DE FAMILIA			0.009 ^{&}			0.027 ^{&}			0.543 ⁺			0.003 ^{&}
Nuclear	43	91.5 (12)		43	60.5 (6)		43	18.4 (10)		43	12.5(2)	
Semi-nuclear	0	0		0			0	0		0	0	
Extensa	5	75 (18)		5	52 (16)		5	14.4(6)		5	8.6(3)	
Extensa compuesta	0	0		0			0	0		0	0	

Datos en frecuencia (N). Media (M) y desviación estándar (DE); *Estadísticamente significativo p<0,05; # Prueba T Student, &Prueba Anova, U: Prueba de U de Mann Whitney y + Prueba Kruskal-Wallis

Fuente: Cuestionario calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte “Escala Jefferson de actitudes de empatía del médico

Tabla 11. Comparación entre la media de empatía global y sus dimensiones en Residentes de la UMF 20 (N: 57) con las variables sociodemográficas, académicas y familiares.

RESIDENTES DE LA UMF 20 VARIABLES	Empatía global N= 57			Toma de perspectiva			Atención con compasión			Ponerse en los zapatos del paciente		
	N	M (DE)	p *	N	M (DE)	p *	N	M (DE)	p *	N	M (DE)	p *
EDAD			0.819 [#]			0.670 [#]			0.486 [#]			0.287 [#]
Menor o = 30 años	48	86.2 (7)		48	59.7 (6)		48	13.6(5)		48	12.8(3)	
Mayor de 30 años	9	85.5 (9)		9	58.6 (8)		9	15.3(9)		9	11.5(3)	
GENERO			0.871 [#]			0.953 [#]			0.719 [#]			0.321 [#]
Masculino	24	86.3(8)		24	59.6 (6)		24	13.5(5)		24	13.1(3)	
Femenino	33	86.0(8)		33	59.5 (6)		33	14.2 (6)		33	12.2(2)	
GRADO ACADÉMICO			0.252 ^{&}			0.291 ^{&}			0.381 ^{&}			0.704 ^{&}
Primer año	24	88.2 (7)		24	61.2 (6)		24	14.3(7)		24	12.7(2)	
Segundo año	20	84.0 (8)		20	58.6 (7)		20	12.4(4)		20	13 (3)	
Tercer año	13	85.5(10)		13	58 (7)		13	15.5(7)		13	12 (3)	
TIPO DE FAMILIA			0.172 ^{&}			0.295 ^{&}			0.608 ^{&}			0.552 ^{&}
Nuclear	39	85.1 (7)		39	59.2 (6)		39	13.2(5)		39	12.6(3)	
Semi-nuclear	4	94.2 (10)		4	64.7 (4)		4	15.5(6)		4	14(4)	
Extensa	12	85.9(11)		12	58.2 (7)		12	15.9(8)		12	11.7(3)	
Extensa compuesta	2	91.5 (7)		2	64 (5)		2	13(8)		2	14.5(4)	
Datos en frecuencia (N). Media (M) y desviación estándar (DE); *Estadísticamente significativo p<0,05; # Prueba T Student y &Prueba Anova.												

Fuente: Cuestionario calidad de la comunicación empática en médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte “Escala Jefferson de actitudes de empatía del médico

9.- DISCUSIÓN

La interacción que se genera entre el médico y la persona enferma es una relación compleja entre dos seres humanos cuya esencia reside en acompañar al paciente, darle aliento y esperanza, para ello, la empatía resulta fundamental. De los múltiples instrumentos desarrollados para su medición, solo la escala de empatía médica de Jefferson ha sido diseñada para su medición en el contexto particular de la relación entre médico y paciente. Respecto a esta, todos los estudios revisados la utilizaron aunque con diferentes modalidades y en diferentes poblaciones.^{9, 20}

Madera³³ en su estudio transversal con una muestra de 256 estudiantes de medicina reporto una media de empatía global de 114.3 puntos. Loyola²⁰ llevo a cabo un estudio transversal con 51 médicos del servicio de urgencias en el cual la puntuación media de la escala de empatía fue similar con 115 puntos. Montilva²⁴ realizo una investigación con 246 alumnos conformados por estudiantes de medicina y enfermería de Venezuela encontrando que el puntaje promedio de empatía en los estudiantes de medicina fue de 120.3 y en los de enfermería de 117.9, siendo el único estudio en donde se reporta una puntuación mayor de empatía. En este estudio, obtuvimos un promedio de 87.9 puntos, considerándose una puntuación baja, determinando que los residentes de medicina familiar no son empáticos en su relación médico-paciente. Sin embargo es el primer estudio que utiliza esta población, sin contar con otros para realizar su comparación.

Es importante mencionar que solo en el trabajo de Loyola²⁰ se clasifico por cuartiles la media de empatía en médicos del servicio de urgencias determinando que una tercera parte no eran empáticos (33.3%), en contraste con nuestro estudio en residentes de medicina familiar el 90% obtuvieron puntuaciones que los situaron en la categoría de “no empáticos”.

En este estudio se exploró la relación entre los niveles de empatía con las características sociodemográficas, familiares y académicas, con respecto al género no se obtuvieron diferencias significativas, lo cual se manifiesta en estudios como el realizado por Sandoval²⁹ con 235 residentes del área médica, quirúrgica y médico quirúrgica, así como el de Delgado-Bolton⁹ llevado a cabo en España con una muestra de 180 residentes del área de atención primaria y medicina hospitalaria, Saucedo-Chinchay³⁰ en su estudio transversal de 183 estudiantes de medicina y Loyola-Duran²⁰ con su investigación en 51 médicos de urgencias de hospital público de la Ciudad de México, lo que muestra concordancia entre autores. Sin embargo estos resultados son inconsistentes con los resultados reportados en los estudios de Madera- Anaya³³ y Montilva²⁴, ya que en población de médicos latinoamericanos las mujeres tuvieron en la Escala de empatía un puntaje significativamente superior a los hombres. Lo anterior no se contrapone con las ideas establecidas por diversas literaturas de que las mujeres son más receptivas a las señales emocionales que los hombres, pasan más tiempo con sus pacientes además de ofrecerles más atención.

Al analizar las puntuaciones de empatía alcanzadas por los residentes de medicina familiar según la edad, observamos que los médicos mayores de 30 años presentan puntuaciones más altas de empatía, siendo un resultado no significativo, sin embargo se detectó la presencia de una correlación positiva en la dimensión de “Atención con compasión”, resultado similar reportó Loyola- Duran²⁰ en donde el grupo de edad mayor de 40 años fue el que presentó mayor puntuación de empatía, observándose misma analogía que en nuestro estudio. En los estudios reportados por Montilva y Saucedo no se encontró diferencia significativa respecto a la edad, siendo resultados compatibles con nuestro estudio. Al contrario de todo lo mencionado anteriormente Delgado – Bolton en su estudio reportó una asociación inversa entre la edad y la empatía global tal resultado se fundamenta con las investigaciones de Hojat y cols, y Sherman- Cramer, en donde explican que los alumnos experimentan una disminución de las puntuaciones obtenidas en la EEMJ al avanzar la carrera, esto debido posiblemente a un estado de defensa que acompaña al miedo y la inseguridad que sienten los alumnos novatos cuando empiezan por primera vez a enfrentarse a los pacientes, sería lógico suponer que conforme los estudiantes avanzan en la carrera tendrían una mayor edad, y por lo tanto una menor empatía³⁰.

La diferencia obtenida en el puntaje de empatía según el grado académico del residente no fue significativa, al igual que el estudio realizado por Delgado- Bolton⁹, Saucedo³⁰, Vidal- Madera³³ y Montilva²⁴. Sin embargo otros estudios de corte longitudinal o transversal señalaron una disminución de la empatía a partir del último año o conforme avanza la carrera médica. Estos resultados se han atribuido a factores como el modelo biológico-tecnológico de ejercicio y enseñanza de la medicina al priorizar la racionalidad y la objetividad; también por la falta de docentes modelo, los sentimientos de tristeza ante las tragedias humanas que llevan al alumno a alejarse del dolor y angustia, las largas horas de servicio y la falta crónica de sueño, la excesiva presión por las actividades y evaluaciones, la depresión ante procedimientos inútiles, las relaciones transitorias y apresuradas entre alumnos y pacientes que impiden la intimidad, las situaciones de estrés, y la falta de oportunidades del estudiante para manejar sus emociones.²⁴ Un resultado contrario se evidenció en el estudio de Loyola²⁰ realizado a médicos del servicio de urgencias en el cual refiere una mayor empatía en médicos de grados académicos superiores, independientemente de que sean alumnos de grado o posgrado, siendo estadísticamente significativos.

Dentro del contexto académico hizo falta incluir algunos factores que en diversos estudios mostraron diferencias significativas como fueron el rendimiento y promedio académico ya que en el estudio realizado por Vidal- Madera³³ se reportó que los médicos con un rendimiento excelente obtuvieron una puntuación media de 127, otro factor es haber elegido como primera opción la carrera de medicina o la especialidad de su preferencia, ya que en el mismo estudio se evidenció que los estudiantes que tenían la profesión de medicina

como primera opción reportaron mayores niveles de empatía. Esto demuestra la influencia que genera la elección de la profesión como primera opción de estudio sobre los niveles de empatía, pues se podría pensar que quien selecciona una profesión de primera intención es motivado por la afinidad y preferencia hacia la misma. Además una motivación frecuente para seleccionar la profesión es el interés social o el interés por ayudar a los demás, que sin lugar a dudas constituye un elemento inherente a la relación empática³³.

Otros factores con efecto positivo en el desarrollo de empatía según el estudio de Delgado-Bolton⁹ son los encuentros positivos con otros profesionales sanitarios, ya sea en la vida personal o durante la formación profesional y contar con una formación médica continuada es decir sin existir interrupciones entre el término de los estudios de grado y el inicio de la residencia médica.

Al comparar los niveles de empatía global con las características familiares de los residentes de la delegación norte, se evidenció una relación significativa con el tipo de familia, determinando que el residente que proviene de una familia semi-nuclear es más empático en su relación médico paciente. En el caso de la UMF 94 también se encontraron mayores puntuaciones de empatía global y en la dimensión de toma de perspectiva en familias con estructura nuclear. El único estudio consultado que evaluó esta característica fue el de Vidal-Madera³³ que comparó el nivel de empatía con el tipo de familia sin encontrar diferencias significativas. En diversos estudios se dan a conocer otros factores que influyen en la comunicación empática del médico, Vidal-Madera evidenció una relación significativa con la funcionalidad familiar utilizando el instrumento Apgar, esto es debido a que la familia funcional es concebida como una fuente que provee a los jóvenes de valores, creencias, costumbres, entre otros aspectos que ayudan a mantener su integridad física y emocional. Además otorga entrenamiento en la habilidad comunicativa cuando enfrenta a los jóvenes a relacionarse y resolver discrepancias con otros individuos que difieren en personalidad, edad, género y creencias. Esta influencia podría ser responsable de que los estudiantes de Medicina reproduzcan esta conducta cuando forjan la relación médico-paciente, mostrando cierto grado de sensibilización y comprensión hacia la percepción o sentir de su paciente.³³

Además, algunos estudios han evaluado otros factores familiares, como las características de los padres, encontrando que los niveles de empatía están relacionados con el nivel de educación de la madre y con la relación que tienen los estudiantes con su madre, concluyendo que los estudiantes que tienen y que tuvieron en la infancia una relación satisfactoria con sus madres poseen mayores niveles de empatía. Asimismo se concluyó que los niveles de empatía en los médicos son directamente proporcionales a los niveles de satisfacción con la relación de la madre, lo que demuestra la importancia de la familia y las relaciones entre sus miembros para el desarrollo de la capacidad de interacción con la sociedad.³³ Se ha podido comprobar que la formación recibida en la familia y el clima familiar en general repercutirán en el tipo de aspectos que los individuos valoran y en las capacidades que los individuos desarrollan, como la empatía²⁹.

El resultado de nuestro estudio es alarmante ya que la especialidad de medicina familiar implica que los médicos cuenten con un sentido humanístico para establecer una conexión interpersonal con su paciente constituyendo con esto un tipo especial de apoyo social, al ser el médico de primer contacto es necesario que desarrolle la habilidad de entender las experiencias, las inquietudes y las perspectivas del paciente, ya que de esta manera no solo se obtiene un diagnóstico preciso si no también una mayor participación del paciente en su estado salud con el propósito de incrementar su calidad de vida^{10, 11, 32}. Así que la falta de esta habilidad podría deberse como ya se mencionó anteriormente a la influencia de determinados factores sociales y familiares que afectan a los médicos conforme avanzan en su carrera profesional o puede ser secundario a la falta de una intervención educativa positiva respecto a su desarrollo empático en los pacientes, siendo importante recalcar que la empatía es una habilidad que puede ser enseñada, ejercitada y transformada en un hábito.^{9, 10, 26}

Una de las limitaciones que presenta este estudio se asocia a su diseño transversal, que plantea la imposibilidad de hacer una valoración evolutiva del desarrollo de la empatía a lo largo de la residencia médica, además de que no fue posible evaluar de manera práctica la empatía del médico dentro de su contexto laboral. De la misma forma no se tomaron en cuenta las suficientes características familiares y académicas que según la literatura influyen en el desarrollo de la habilidad empática. Sin embargo fue posible detectar que los residentes en medicina familiar de la delegación norte cuenta con una puntuación baja según escala de empatía de Jefferson la cual es un instrumento que cuenta con alto nivel de confiabilidad, ya validado en México (por lo que sus resultados son confiables) estableciendo que 90% de los médicos no consideran importante aplicar la habilidad empática en su relación con el paciente, identificando como factor protector provenir de una familia semi-nuclear.

10.- CONCLUSIONES:

En conclusión la empatía es una cualidad importante para que el residente logre formarse como un médico familiar de excelencia, siendo el enfoque humanístico el pilar necesario para contribuir al bienestar del paciente.

Desde esta perspectiva y teniendo en cuenta los hallazgos de este estudio, que posiblemente pueden reflejar el comportamiento de los futuros médicos familiares debido a que la relación empática con sus pacientes podría depender de la formación integral que han recibido, es pertinente destacar a la familia como grupo de apoyo social, cuya influencia puede favorecer el desempeño de los estudiantes y futuros profesionales tras mejorar los niveles de empatía³³, como lo observado en nuestro estudio en el cual los residentes que provienen de una familia semi-nuclear presentaron mayor empatía, por lo que se sugiere abrir nuevas líneas de investigación y detectar si otros factores como la funcionalidad familiar aumenta el puntaje de empatía en los residentes de medicina familiar, ya que según Sandoval relaciones familiares que expresan los afectos, se adaptan o flexibilizan las reglas y comparten una comunicación abierta y clara pueden generar una percepción positiva o funcional que está altamente relacionada con el desarrollo de la empatía y con otras habilidades personales y sociales, como lo demuestran los estudios de calidad de vida, asertividad y autoestima, todos ellos relacionados con una práctica médica²⁹. Así mismo la empatía se considera una habilidad social, compartiendo la misma importancia que la inteligencia y otras destrezas, la cual puede ser enseñada y transformada en un hábito, por lo cual esta debería ser parte de la evaluación del perfil profesional de médico familiar.²²

Actualmente, diferentes organismos tales como la Asociación Estadounidense de Escuelas de Medicina y el Colegio Estadounidense de Medicina Interna destacan la importancia de la formación de médicos altruistas, compasivos y empáticos para con sus pacientes, con la finalidad no sólo de mejorar la relación médico-paciente, sino también de aumentar la calidad de atención al paciente. Esto denota la trascendencia del carácter humanista en la formación del médico, para que pueda tener competencias necesarias y sobretodo ejercer la medicina de manera integral y humana.³⁰

A partir de lo anterior, es importante recalcar que en nuestra población de residentes en medicina familiar de la delegación norte el 90% no considera importante esta habilidad social, por lo cual se sugiere dar paso a la apertura de nuevas investigaciones como el detectar por medio de la observación de su consulta, si el médico lleva a cabo una comunicación empática con su paciente. Por otro lado se podría proponer la aplicación de diversos proyectos y el desarrollo de técnicas con el objetivo de potencializar y conocer la importancia de las habilidades de la relación interpersonal, así como poner en práctica lo recomendado por Gallardo Vidal¹³ con la implementación de una intervención educativa con enfoque participativo y reflexivo basado en la crítica de las experiencias ya que se posible con esto mejorar la perspectiva la comunicación empática en residentes de medicina familiar.

11.- BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Alcorta Garza, A., González Guerrero, J. F., Tavitás Herrera, S., Rodríguez Lara, F., & Hojat, M. Validación de la escala de empatía medica de Jefferson en estudiantes de medicina Mexicanos. *Salud Mental*, 2005; 28(5): 57-63.
- 2.- Borrell Carrio, F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136(9):390–397.
- 3.- Carvajal Guerrero, C. & Rojas Pérez, A. Empatía y comunicación efectiva en el usuario. En: *Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción*. La Serena; 2005:1-14.
- 4.- Castaño Castrillón JJ., Florido JD., Galvis J., Maya D., Paneso LM., Torres J., & Vivas LM. El perfil psicosocial de los estudiantes de medicina de la universidad de Manizales y su relación con el rendimiento académico, 2011. *Archivos de Medicina*. 2012; 12(1); 62-72.
- 5.- Cerda Romero, A. Habilidades sociales que mejoran la comunicación interpersonal. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*. 2010; 7: 1-12.
- 6.- Ceriani Cernadas, J. M. ¿Podemos revertir el deterioro de la relación médico paciente? *Arch Argent Pediatr*. 2016; 114(4):290-291.
- 7.- Cófreces, P., Ofman, S. D., & Stefani, D. La comunicación en la relación médico - paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*. 2014; 4:19-34.
- 8.- Colomer, AC. , Martínez de la Iglesia, J., Ruiz Rejano, S. &Lobo Marín, M. La empatía y su importancia en la docencia médica. *Boletín doctutor de educación médica*. 2017: 1-5. *Formación Docentes y Tutores Clínicos / Bol docTutor educ med. / ISSN 2173-8262*. <http://www.doctutor.es/2016/02/04/5556/>
- 9.- Delgado-Bolton, R., San-Martín, M., Alcorta-Garza, A. & Vivanco, L. Empatía médica en médicos que realizan el programa de formación médica especializada. Estudio comparativo intercultural en España. *Atención primaria*. 2016; 48(9):565-571.
- 10.- Donoso-Sabando, CA. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. *Persona y Bioética*. 2014; 18 (2): 184-193.
- 11.- Esquerda, M., Yuguero, O., Viñas, J. & Pifarré, J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Aten Primaria*. 2016; 48(1):8-14.
- 12.- Estrella Sinche E. & Suárez Bustamante M. Introducción al estudio de la dinámica familiar. *RAMPA*. 2006; 1(1):38-47.
- 13.- Gallardo Vidal, LS. Cambio de actitud en la relación médico paciente en el residente de medicina familiar. Posterior a una intervención educativa en bioética con enfoque participativo y reflexivo. Querétaro, México. 2011: 1-52.

- 14.- García Reyes, GA. Empatía médica según grado académico en personal médico del hospital general de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez, 2012”. Toluca, México, 2013:1-46.
- 15.- García Solís, E. La empatía en la medicina. [Carta de editor]. Rev Latinoam Patol Clin Med Lab. 2015; 62 (4): 204-205
- 16.- Hernández Jerez, Antonio. Deshumanización de la práctica médica. Opinión Médica, Revista de la Fundación Educativa y Científica del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Granada. 2017; 101: <http://www.opinionmedica.es/secciones/opinion/82-deshumanizacion-de-la-practica-medica.html>
- 17.- Hernández Torres, I., Fernández Ortega, M. A., Irigoyen Coria, A., & Hernández Hernández, M. A. Importancia de la comunicación médico - paciente en Medicina Familiar. Archivos en Medicina Familiar. 2006; 8(2): 137-143.
- 18.- Inostroza Mandriaza, J. A. Aspectos legales en un cambio de cultura en la relación médico - paciente. Revista Chilena de Pediatría. 2017; 88(2):207-208.
- 19.- “La comunicación médico-paciente” (2014, mayo). En estudio de comunicación. Disponible <http://www.estudiodecomunicacion.com/extranet/wpcontent/uploads/2014/07/140508ISO-ESTUDIO-Com-MedPac-V3.pdf>
- 20.- Loyola-Durán L, Landgrave-Ibáñez S, Ponce-Rosas ER, González-Pedraza Avilés A. Nivel de empatía en médicos del servicio de urgencias de un Hospital público de la ciudad de México. Aten Fam. 2015; 22(2):43-45.
- 21.- Maqueda Martínez, AM. & Martín Ibañez, L. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. Rev Esp Comun Salud. 2012; 3(2): 158-166.
- 22.- Mejía de Díaz, M. A. Conducta empática en los estudiantes de las Ciencias de la Salud. Mérida, Valenzuela. Mayo, 2012: 1-125.
- 23.- Mendoza, Pedro. Los Grados Académicos: Surgimiento y Evolución. Anales de la Facultad de Medicina. 2000; 61 (4): 278-284.
- 24.- Montilva, M., García, M., Torres, A., Puertas, M., & Zapata, E. Empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina y Enfermería en Venezuela. Investigación en Educación Médica. 2015; 4(16):223-228.
- 25.- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. La comunicación médico - paciente ¿Cuáles son las habilidades efectivas? Rev Med Chile. 2010; 138: 1047-1054.
- 26.- Moreno Vilet, R. Empatía en medicina: enseñarla o adquirirla. Glosa Revista de Divulgación, coordinación de Investigación. 2015; 3(4):1-8.

- 27.- Olmedo Carrillo, P & Montes Berges, B. Evolución conceptual de la empatía. Rev. Iniciación a la investigación. 2009; 4(r3): 1-4.
- 28.- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española (23.a ed.) Madrid, España. Consultado en: <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola>.
- 29.- Sandoval Miranda, LG., Reducindo Vázquez, R., & Islas García, A. Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2011; 16(4):221-228.
- 30.- Saucedo-Chinchay, JL., Bravo,V., Guevara-Cotrina, Y., Salazar,R., Vásquez, DC., & Díaz-Vélez, C. Empatía en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Mayo- Junio del 2011. Rev. Cuerpo méd. HNAAA. 2012; 5(3):17-21.
- 31.- “Sexo”(s/f.).En QueSignificado.com. Disponible en: <http://quesignificado.com/sexo/> [Consultado: 5 de diciembre de 2017].
- 32.- Vera Cruz Mendoza, B., & Márquez Hernández, A. D. Empatía y satisfacción de la "Relación médico - paciente" en la UMF No. 66 de Xalapa. Xalapa, Veracruz, México. 2016:1-30.
- 33.- Vidal Madera Anaya, M., Tirado Amador, LR., & González Martínez, F. Factores relacionados con la empatía en estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena. Rev Clin Med Fam. 2015; 8(3): 185-192.

12.- ANEXOS.

ANEXO NO.1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
Nombre del estudio:	"CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN EMPATICA EN MEDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA DELEGACION NORTE"
Lugar y fecha:	AZCAPOTZALCO, D.F. UMF No. 33 "EL ROSARIO"
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se le invita a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo de evaluar la calidad empática en la comunicación de médicos residentes de medicina familiar de la Delegación Norte así como la identificación de aquellos factores que perjudican el desarrollo de esta habilidad social, con la finalidad de mejorar la atención con enfoque biopsicosocial para reducir la insatisfacción y mal apego al tratamiento del paciente.
Procedimientos:	Su participación implica responder a dos cuestionarios, de tal forma que en el primero se le pedirá que responda sobre aspectos socios demográficos como es su edad, genero, grado de estudio y tipo de familia. Y el segundo cuestionario se trata de la escala de empatía medica de Jefferson en el cual se le darán indicaciones precisas para su llenado. Los cuestionarios se llevaran a cabo de manera individual y confidencial. Pudiera ser que dentro de las preguntas en el cuestionario, alguna de estas le hiciera sentir incómodo(a), usted tiene todo el derecho de no responder a cualquier pregunta que le incomode.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos ni molestias asociados ya que se trata de un estudio no invasivo, en el cual solo se pide su colaboración para responder honestamente las preguntas de ambos cuestionarios.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. El beneficio se obtendrá al detectar aquellas áreas o dimensiones en las cuales será necesario trabajar con el uso de estrategias para mejorar las capacidades comunicativas, entre ellas la empatía. Propiciando que sus pacientes reciban una atención de calidad enfocado en sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede no contestar el cuestionario.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios, para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Andrés Rocha Aguado. Matrícula: 98150508 Médico Familiar y Coordinador de Enseñanza e Investigación Clínica en salud UMF No. 33 TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33, El Rosario
Colaboradores:	Dra. María Guadalupe Vásquez Salvador Matrícula: 98353989 Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33, El Rosario
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p> <p>_____ Testigo 1</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Dr. Andrés Rocha Aguado. Matrícula: 98150508</p> <p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>_____ Testigo 2</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p> <p>Clave: 2810-009-013</p>

ANEXO N°2

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.33 “EL ROSARIO”**

“CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN EMPÁTICA EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA DELEGACIÓN NORTE”.

El motivo de este cuestionario es obtener información acerca de factores sociodemográficos que pudieran influir en la comunicación empática de los médicos residentes durante la atención médica al derechohabiente. Por ello, le pedimos conteste por favor las siguientes preguntas, escribiendo sobre la línea o señalando con una X, según corresponda. Toda la información que usted nos proporcione será confidencial.

1. Edad: _____ años.

2. Sexo: Femenino _____ Masculino _____

3. Año de residencia:

1° año _____ 2° año _____ 3° año _____

4.- Indique el tipo de familia al cual pertenece.

1.- Nuclear _____

2.- Semi-nuclear _____

3.- Extensa _____

4.- Extensa compuesta _____

¡GRACIAS!

ANEXO NO. 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.33 “EL ROSARIO”

“CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN EMPÁTICA EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA DELEGACIÓN NORTE”.

ESCALA JEFFERSON DE ACTITUDES DE EMPATÍA DEL MÉDICO

Instrucciones:

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes afirmaciones escribiendo el número apropiado en la línea que se encuentra antes de cada oración. Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número en la escala indica un mayor acuerdo):

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

1. ___ El entendimiento de los profesionales de las Ciencias de la salud: Médico, Personal de Enfermería y odontólogos, sobre los sentimientos del paciente y sus familiares es un factor que no influye en el tratamiento médico o quirúrgico.
2. ___ Los pacientes se sienten mejor cuando sus médicos/Equipo de salud, comprenden sus sentimientos.
3. ___ Es difícil para el médico u otro profesional de la salud vea las cosas desde la perspectiva de los pacientes.
4. ___ Entender el lenguaje corporal es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.
5. ___ El sentido del humor de los profesionales de las Ciencias de la salud contribuye a un mejor resultado clínico.
6. ___ Porque la gente es diferente, es difícil ver las cosas desde la perspectiva del paciente.
7. ___ Poner atención a las emociones del paciente no es importante al tomar su historia clínica.
8. ___ Atender con cuidado las experiencias personales del paciente no influye en los resultados del tratamiento.
9. ___ Los profesionales de la salud debería tratar de ponerse en los zapatos del paciente cuando les proveen de cuidado.
10. ___ El paciente valora al profesional que entiende sus sentimientos, lo cual es terapéutico por sí mismo.
11. ___ La enfermedad del paciente puede ser curada solamente por el tratamiento médico o quirúrgico; por lo tanto, lazos emocionales del profesional de la salud con su paciente no tienen influencia significativa en el tratamiento médico o quirúrgico.
12. - ___ Preguntar al paciente que es lo que está pasando en su vida personal no es útil en el entendimiento de sus quejas físicas.
13. ___ Los profesionales de las Ciencias de la Salud deberían de tratar de entender que está pasando en la mente de los pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.
14. ___ Yo creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de la enfermedad
15. ___ La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito como profesional de la salud puede estar limitada.
16. ___ El entendimiento del profesional de la salud del estado emocional de los pacientes tanto como el de sus familias, es un importante componente de la relación con el paciente.
17. ___ El profesional de la salud debería tratar de pensar como sus pacientes para poder darles un mejor cuidado.
18. ___ El profesional de la salud no debería permitirse a sí mismo ser influido por fuertes ligas personales entre sus pacientes y los miembros de la familia.
19. ___ No disfruto leer literatura no médica o de arte.
20. ___ Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento integral del enfermo.

¡GRACIAS!