



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Facultad de Medicina División de Estudios de Posgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) de
Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente
Narváez”



Título:

**“EMPATÍA MÉDICA EN RESIDENTES DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION DE ORTOPEDIA”**

Tesis para optar por el grado de especialista en:

Ortopedia Presenta:

Dra. Kaori Guadalupe Honda Partida

Tutor:

Dr. Rubén Torres González

Investigador responsable:

Lic. Estela López Martínez.

Investigadores Asociados:

Dr. David Santiago German

Registro CLIS y/o Enmienda: R-2021-3401-036

Lugar y fecha de publicación: Ciudad de México, 2021

Fecha de egreso: Febrero, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AUTORIDADES

DRA. FRYDA MEDINA RODRÍGUEZ
DIRECTORA TITULAR UMAE TOR DVFN

DR. RUBÉN TORRES GONZÁLEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMAE TOR DVFN

DR. OSCAR ULISES MORENO MURILLO
ENC. DIRECCION MEDICA HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA UMAE TOR DVFN

DRA. ELIZABETH PÉREZ HERNÁNDEZ
JEFA DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD UMAE TOR DVFN

DR. DAVID SANTIAGO GERMÁN
JEFE DE LA DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD UMAE TOR DVFN

DR. MANUEL IGNACIO BARRERA GARCÍA
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA HOVFN UMAE TOR DVFN

DR. JUAN AGUSTÍN VALCARCE LEÓN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN ORTOPEDIA UMAE TOR DVFN

DR. RUBÉN TORRES GONZÁLEZ
TUTOR DE TESIS

Índice

I. Título.....	5
II. Identificación de los autores	5
III. Resumen	7
IV. MARCO TEORICO.....	9
a. Introducción	9
b. Antecedentes	12
C. ORIGEN DE LA EMPATÍA	14
d. CICLOS DE EMPATÍA.....	16
E. NEURONAS ESPEJO.....	17
f. ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON.....	18
g. COMUNICACIÓN MEDICO PACIENTE	20
h. OBSTÁCULOS A LA ESCUCHA EMPÁTICA.....	21
i. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR.....	22
j. APLICACIONES EN EL AMBITO MEDICO.....	23
V. Justificación y planteamiento del problema	25
VI. Pregunta de Investigación.....	27
VII. Objetivos	28
a. Objetivo general.....	28
b. Objetivos específicos:	28
VIII. Hipótesis	29
IX. Material y Métodos.....	30
a. Diseño.....	30
b. Sitio	30
c. MATERIAL.....	30
d. Criterios de selección	30
i. Criterios de Inclusión	30
ii. Criterios de no inclusión.....	31
e. Calculo de tamaño de muestra.....	31
f. Metodología	31
g. Análisis estadístico	33

h.	Modelo conceptual	34
i.	Descripción de variables	35
X.	Consideraciones éticas	37
XI.	Recursos Humanos	39
a.	Recursos materiales	39
XII.	Factibilidad	40
XIII.	Cronograma de actividades	41
XIV.	RESULTADOS	42
XV.	DISCUSION	47
XVII.	Referencias	59
XVIII.	Anexos.....	61

I. Título

EMPATÍA MÉDICA EN RESIDENTES DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE ORTOPEDIA”

II. Identificación de los autores

Presenta:

Dra. Kaori Guadalupe Honda Partida

Investigador responsable:

Lic. Estela López Martínez.

Tutor:

Dr. Rubén Torres González

Investigadores Asociados:

Dr. David Santiago German

Director de Educación e Investigación en Salud. Unidad Medica de Alta Especialidad (UMAE) "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). DEIS -1er piso Hospital de Traumatología. Av. Colector 15 s/n Esq. Av. Politécnico Nacional. Col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero C.P. 07760. Ciudad de México. Tel: (55)5747 35 00 Ext. 25582/25583. Correo Electrónico: ruben.torres@imss.gob.mx

Psicóloga Clínica Estela López Martínez. Adscrita al servicio de salud mental de la UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narvaez". Instituto Mexicano Del Seguro Social (IMSS). 4to piso del Hospit@l de Traumatología. Av.colector 15 s/n Esq.Av. Politécnico Nacional. Col.Magdalena de las Salinas, delegación Gustavo A. Madero . C.P.07760. Ciudad de México. Tel. 5557473500 Ext.25550. correo electrónico. estela8392@hotmail.com.

David Santiago German Jefe en Investigación en Salud Unidad Medica de Alta Especialidad (UMAE) "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). DEIS -1er piso Hospital de Traumatología. Av. Colector 15 s/n Esq. Av. Politécnico Nacional. Col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero C.P. 07760. Ciudad de México. Tel: 99374796 Ext 25689 correo electrónico david.santiagoge@imss.gob.mx

Kaori Guadalupe Honda Partida matricula 98355548 Residente de 4to año de la especialidad de Traumatología y Ortopedia de la Unidad Medica de Alta Especialidad (UMAE) "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). DEIS -1er piso Hospital de Traumatologia. Av. Colector 15 s/n Esq. Av. Politécnico Nacional. Col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero C.P. 07760. Ciudad de México. Tel: (55)5747 35 00 correo electrónico kayoya1988@gmail.com.mx

III. Resumen

Justificación:

En la actualidad un diagnóstico no debe limitarse a identificar una enfermedad, sino a toda la situación del paciente; por lo tanto, la terapéutica debe tener en cuenta todos los factores psicosociales. Cultivar los valores humanos en general, y desarrollar las habilidades interpersonales y la empatía en particular, son elementos fundamentales para bien ejercer la profesión médica. Estudios realizados encontraron que existe la presencia de una transformación drástica durante el tiempo del curso de posgrado o especialidad médica. Siendo en los primeros años, la mayoría entusiastas e idealistas por ser médicos, más sensibles con el sufrimiento del paciente y al pasar los años, se inicia un proceso de “deshumanización”, donde el paciente ocupa un papel secundario en la práctica médica. La información técnica para transmitir es tanta, que apenas se dispone de tiempo para abordar la relación médico paciente. Se impone, por tanto, pensar en un proceso de rehumanización donde se pueda resguardar y mejorar la empatía en los futuros médicos.

Objetivo:

Determinar los niveles de empatía médica en los residentes de Ortopedia del Hospital Victorio de la Fuente Narváez”, de abril-mayo I 2021

Material y métodos:

Estudio descriptivo, realizado con residentes de 1er 2do 3er 4to de residentes, mediante la Escala de Empatía Médica de Jefferson. Este trabajo se sometió ante el comité local de investigación en Salud (CLIS) 3401 de la UMAE de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Ciudad de México, así como al comité de ética en investigación CONBIOÉTICA-09-CEI-001-20180122, mediante el sistema de registro electrónico de la coordinación de investigación en salud (SIRELCIS) para su evaluación y dictamen obteniendo el número de registro. Se realizaron encuestas apoyadas por la plataforma Survey Monkey, con el fin de obtener información de acuerdo con el nivel de empatía en médicos residentes de la especialidad de Ortopedia y Traumatología, adscritos a la Unidad Médica de Alta Especialidad “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”. Los datos fueron comparados entre las distintas categorías de los médicos residentes por medio de la prueba de Chi cuadrada de tendencia línea.

Recursos e Infraestructura:

Se cuenta con la cantidad suficiente de médicos residentes de diferentes años educativos, Además, se cuenta con el apoyo de la DEIS con personal altamente capacitado, equipo de cómputo, software, acceso a CONRICYT, aulas y áreas para trabajo académico y de investigación relacionado

Resultados

Se incluyeron 193 residentes el curso de especialización de Ortopedia del Hospital Victorio de Fuente Narváez de los cuales contestaron la encuesta basada en Escala de empatía de Jefferson, 180 residentes de todos los años R1, R2, R3, R4, respondieron la encuesta en donde se determino el nivel de empatía de acuerdo a genero en donde se observo que el nivel de empatía bajo para ambos géneros con predominio en mujeres con un 100% (n=43) el cual fue significativamente estadístico con valor de $p < 0.0001$ de la misma manera se determino el nivel de empatía de acuerdo al rango de edad en donde se tomo con referencia tres rangos <28 85% (n=80), 28-31 88% (n=63), >31 93% (n=14) en estos resultados no hubo diferencia significativa en el rango de edad sin embargo el nivel de empatía de predominio fue bajo. De la misma manera el nivel de empatía de acuerdo al año de residencia R1 87% (43), R2 89% (42), R3 79% (31); R4 87% (41) no hubo diferencia significativa ya que el tiempo transcurrido entre un residente y otro es corto, sin embargo el nivel de empatía para todos los residentes fue bajo, por ultimo tenemos si el nivel de empatía podía ser modificado por factores externos como religión, estado civil, si tiene hijo o apoyo económico los resultados arrojados son interesantes ya que ni la religión, ni el tener hijos modifica el nivel de empatía, sin embargo el vivir en unión libre 7% (n=12) en la residencia desarrolla un nivel de empatía bajo siendo significativamente estadístico con un valor de $p=0.01$, de lo contrario el recibir apoyo económico familiar 72% (n=16) influye en la empatía del residente con un nivel de empatía moderado con mayor porcentaje y siendo significativamente estadístico con valor de $p=0.01$.

IV. MARCO TEORICO

a. Introducción

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

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

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

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

Si nos remontamos históricamente a esta relación, quien pondría el mejor ejemplo sería la relación chamánica, que actualmente se refiere a la llamada “Medicina alternativa”, la cual es utilizada por muchos pacientes tras haber acudido a múltiples consultas médicas de la Medicina Pública, ocupando el mayor error, la falta de aspecto relacional, siendo éste el aspecto fundamental de la relación chamánica.²³ Levi Strauss menciona en uno de sus estudios sociológicos: “el curandero no lo es porque cura, sino que cura porque es curandero”.¹

En la actualidad, la relación médico-paciente ha disminuido en cuanto a la calidad, por el rápido incremento del diagnóstico basado en la evidencia, que es utilizado en la medicina moderna, el cambio resultante ha sido el alejamiento del contacto con el paciente, mayor uso de exámenes de laboratorio y procedimientos diagnósticos basados en las computadoras. Lo anterior ha dado lugar a la percepción general de que los médicos se han “desligado” de la atención del paciente.⁴⁵⁶

Siendo el estudio de la medicina, más que un conjunto de enfermedades, tratamiento y nuevos descubrimientos, se ha pasado por alto en los últimos años que es una profesión al servicio del ser humano, en la que cultivar valores morales, desarrollar habilidades interpersonales y fundamentalmente practicar la empatía, son recursos necesarios para ejercer como buen clínico en cualquier campo de la medicina. En Iberoamérica, se han realizado diversos estudios con el fin de evaluar la empatía que presentan los individuos relacionados en el campo de la práctica sanitaria, los cuales han concluido que se puede observar un proceso de deshumanización desde la etapa estudiantil, esto radica en la exposición al sufrimiento del paciente por largos periodos de tiempo, relegando al paciente en un papel secundario en la práctica médica.⁷

Por lo cual en años recientes se han realizado diversos instrumentos para la evaluación de la empatía, tanto médica como para el paciente, uno de los más utilizados actualmente y que cuenta con un gran número de estudios de validación en América Latina, es la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ). Esta escala fue desarrollada con el propósito de obtener un instrumento capaz de operacionalizar el concepto de empatía en estudiantes y profesionales de la salud, fue realizada en el 2001, después de una extensa revisión de la literatura existente del tema desde 1966 a 1999, en esta revisión se identificaron los conceptos y los factores que servirían como guía para desarrollar el instrumento preliminar. Esta escala fue traducida y validada en México, en el 2005 por Alcorta-Garza y colaboradores que utilizaron como sujeto de estudio a estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en Monterrey, México. Luego de esta validación se han realizado diversos estudios en diferentes grupos poblacionales, en América Latina, como estudiantes de enfermería, odontología, profesionales de la salud y también se ha correlacionado con la evaluación empática del paciente.⁸⁹¹⁰

Hojat M, Cols (2002) estudiaron a 704 médicos de Thomas Jefferson Hospital y Jefferson Medical College; se utilizó en el estudio una versión revisada de la escala de empatía

médica de Jefferson para comparar las puntuaciones de empatía para 507 hombres y 179 mujeres. La puntuación media de empatía para los hombres (media = 119,1, SD = 11.8) fue ligeramente inferior que el de las mujeres (media = 120,9, SD = 12,2). La edad no se correlacionó significativamente, las calificaciones de empatía de los hombres ($r = 0,01$) o mujeres ($r = 0,07$).

Se evidencio que los psiquiatras tenían la puntuación media más alta de empatía (media = 127,0), seguido por los médicos de medicina interna (media = 121,7), pediatría general (media = 121,5), medicina de emergencia (Media = 121,0), y medicina familiar (media = 120,5). Las medias más bajas se obtuvieron por los médicos en anestesiología (media = 116,1), cirugía ortopédica (media = 116,5), neurocirugía (media = 117,3), radiología (media = 117,9), y cirugía cardiovascular (media = 118,0).¹⁰

Tomando en cuenta los antecedentes antes descritos, en la presente investigación se trazó el objetivo general de determinar la empatía médica en los residentes del curso de especialización de ortopedia en el cual se procedió a alcanzar mediante un estudio de diseño transversal realizado en un periodo de enero 2021 a julio 2021. La participación de los residentes fue de carácter voluntario a través del instrumento de evaluación diseñado para tal efecto, tomando como base el Test de Jefferson, los resultados obtenidos fueron analizados utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 19 versión prueba para determinar los niveles de empatía

b. Antecedentes

Se hizo y realizo una busqueda sistemática en : Medlin, google academics

Palabras de búsqueda empathy, leve, scale of Jefferson, rents hospital strategies

Artículo	Pais año	Diseño del estudio	Objetivo	Tamaño de muestra	Resultados
Level of Empathy in Physicians of the Emergency Room of a Public Hospital in México City Nivel de empatía no departamento de emergencias medicas de un hospital publico na Ciudad de do México	Ciudad de México. Aten Fam. 2015	Estudio observacional, descriptivo y transversal	Identificar o nível de empatia na relação médico-paciente nos médicos efetivos, residentes e adscritos a um departa- mento de emergência de um hospital público relacionamento.	45	En el análisis por variables se obtuvo lo siguiente, género: 10 médicos del sexo masculino no fueron empáticos, ocho medianamente empáticos y 19 empáticos; del sexo femenino siete no fueron empáticas, dos medianamente empáticas y cinco empáticas; no se presentaron diferencias con significancia estadística entre ambos ($p=0.181$). El grupo de edad de más de 40 años fue el que presentó mejor empatía con diferencia estadísticamente significativa ($p=0.000$). Para el nivel profesional, el grupo de médicos adscritos presentó también mejor empatía, con diferencias significativas ($p=0.000$). Lo mismo ocurrió en los médicos que tenían otro trabajo, ya que presentaron mejor empatía con diferencia estadísticamente significativa ($p=0.000$), (tabla 1)
Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and	Filadelfia 2002	Estudio observacional, descriptivo	Este estudio se diseñó para investigar los componentes de la empatía del médico, sus propiedades de	704 médicos del Jefferson Health System	Surgieron tres factores significativos (toma de perspectiva, atención compasiva y ponerse en el lugar

Relationship to Gender and Specialty			medición y las diferencias de grupo en las puntuaciones de empatía.		del paciente) para brindar apoyo a la validez de constructo de la escala de empatía que también se encontró internamente consistente con puntajes relativamente estables a lo largo del tiempo. Las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los hombres en un grado casi significativo. Con el control por género, los psiquiatras obtuvieron una calificación de empatía media significativamente más alta que la de los médicos especialistas en anestesiología, cirugía ortopédica, neurocirugía, radiología, cirugía cardiovascular, obstetricia y ginecología y cirugía general. No se observaron diferencias significativas en los puntajes de empatía entre los médicos especialistas en psiquiatría, medicina interna, pediatría, medicina de emergencia y medicina familiar
Factores relacionados con la empatía en estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena	Universidad de Cartagena (Colombia). 2015	Estudio de corte transversal.	Determinar los niveles de empatía y su relación con factores sociodemográficos, familiares y académicos en estudiantes de Medicina.	256 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cartagena	La media de empatía global fue $114,3 \pm 12,8$ puntos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la media de empatía global con el sexo

					(p=0,0033), 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).
Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender	Estados Unidos 202	Estudio observacional, descriptivo	Diseñamos este estudio para probar dos hipótesis: en primer lugar, que los estudiantes de medicina con puntajes de empatía más altos obtendrían calificaciones más altas de competencia clínica en las pasantías clínicas básicas; y en segundo lugar, que las mujeres obtendrían puntuaciones de empatía más altas que los hombres.	371 estudiantes de tercer año de medicina (198 hombres, 173 mujeres)	Se confirmaron ambas hipótesis de investigación. Los puntajes de empatía se asociaron con calificaciones de competencia clínica y género, pero no con el desempeño en exámenes objetivos como la Prueba de Admisión a la Facultad de Medicina (MCAT) y los Pasos 1 y 2 de los Exámenes de Licencias Médicas de EE. UU. (USMLE)

C. ORIGEN DE LA EMPATÍA

El origen de la empatía lo explica la Biología evolucionista apelando a su valor adaptativo. Para que la vida de los grupos funcione de una manera organizada, debe existir algún tipo de comunicación entre sus miembros. El desarrollo de la vida del grupo está constituido por un conjunto de acciones que garantizan la supervivencia. Para que se consigan ambos objetivos debe haber algún tipo de comunicación entre los miembros del grupo. La comunicación empática, es decir, la transmisión y comunicación de los estados emocionales entre organismos, es condición necesaria para que se alcancen estos dos objetivos.¹¹

De una parte, genera patrones de comportamiento que refuerzan la vida del grupo; y de otra, aumenta las posibilidades de supervivencia, tanto individual como social, en la medida que aumenta la cohesión grupal frente a los peligros externos¹¹

Aun reconociendo la diferencia cualitativa entre los animales y el hombre, también se debe tener en cuenta nuestro engarce con el reino animal. De ahí que, con las debidas precauciones y correcciones, se pueda predicar este mismo esquema dentro del campo de la evolución biocultural del hombre. Por ello se puede hablar de la existencia de patrones innatos de comportamiento, que fundamentan la empatía humana. Y, desde este supuesto, afirmar que la empatía es un rasgo constitutivo de la naturaleza humana.¹¹

Freud habla de los conceptos de Empatía e identificación (En Stracheys, J., Freud, S., The Standard Edition of the complete Psychological Works, 1953, London, HogarthPress).¹¹

Según Freud el “animal humano” tiene el afán de identificarse para construir su estructura personal, ello, yo y super-yo, con el fin de evitar la ansiedad que le ocasiona no tener desarrollada la personalidad. Este proceso resulta más fácil, al modelar nuestra conducta en comparación con la de algún otro. Freud afirma que el éxito de nuestras identificaciones durante la infancia, ayuda al individuo a adquirir un sentido de su propia identidad. Además completa esta idea diciendo que esta identificación puede ser sana (cuando se alcanza el punto de vista de la otra persona, haciéndose más cooperativa y armoniosa la relación con los otros) o patológica, ya sea debido a que el propio yo quede absorbido en el ajeno o, por el contrario, a que el sujeto no pueda abandonar su rígido campo de referencia, temiendo que la proximidad a los otros pueda dañarle.¹¹

La Identificación consta de tres elementos: Introyección(residuo del animal del que procede el hombre, por el cual se tiene la necesidad de poseer lo demás), Imitación(por poseer y por parecerse a los demás) y Regresión(capacidad de identificarse con contemporáneos, así como con aquellos que hayan significado algo en nuestra vida. Identificación retroactiva).¹¹

La comprensión psicológica de la empatía, propuesta por Reik, el cual en su obra (Reik, T., Listening with the thir dear, 1949, Nueva York, Farrar, Strauss & Co.), pretendía investigar

el proceso del subconsciente del propio psicoanalista, basándose en los pensamientos de Nietzsche, y la cualidad del psicoanalista de comprender a los pacientes. Apunta que la peculiaridad de la voz o de la mirada en numerosas ocasiones nos revela más que las palabras. Reik establece una serie de fases en el proceso empático:¹¹

- a) Identificación: fase ya tratada por Freud y en la que mediante la relajación de nuestro control consciente, podemos llegar a ser absorbidos en la contemplación de la otra persona y de sus experiencias, perdiendo así la consciencia de nuestro yo, nos proyectamos dentro del otro y experimentamos lo que el otro siente.
- b) Incorporación: esta fase resulta en ocasiones difícil de separar de la anterior; en ella, incorporamos al otro en nuestro interior y asumimos sus experiencias como nuestras.
- c) Reverberación: supone saber lo que significa lo que estamos sintiendo, para lo cual comienza a interactuar nuestro yo con el yo interiorizado.
- d) Separación: este concepto se relaciona, como mencionábamos anteriormente, con el concepto antropológico de la empatía; así, una vez realizado todo el proceso anterior, nos separamos de nuestras implicaciones y usamos la razón, ganando distancia psíquica y social, permitiéndonos realizar un análisis objetivo.

d. CICLOS DE EMPATÍA

Los pacientes pueden llegar a la entrevista con diferentes grados de voluntariedad: desde los que se ven forzados legalmente hasta los que verdaderamente se muestran interesados en beneficiarse de los servicios médicos. La actitud del profesional también puede variar desde el gran entusiasmo hasta la marcada indiferencia, bien por la curiosidad desmedida hacia ciertas áreas o el desinterés hacia lo que le ocurre al paciente. La actitud más apropiada del médico debe ser la de recordar, comprender y aceptar que se está ganando la vida a través de un trabajo complejo escogido libremente, y que la actitud que trae el paciente a la consulta puede guiar al entrevistador a intentar amoldarse a ella inicialmente.

¹²

Cuando el paciente y el médico desarrollan un sentimiento de comprensión mutua o rapport es un indicador importante del éxito de la entrevista. Para llegar a este estado de comprensión es indispensable que haya empatía. Un buen rapport promueve un adecuado proceso de comunicación, que permite comprender mejor al paciente. Esta sensación generada va permitir que perciba que ya se está obteniendo un beneficio de la entrevista.¹³

Shea, en su libro *La entrevista psiquiátrica, el arte de comprender*, resalta los conceptos de la empatía y el establecimiento de un compromiso recíproco (rapport), al forjarse entre el entrevistador y el entrevistado el ciclo de la empatía.¹³

Dicho ciclo está constituido por cinco fases:

1. La expresión de un sentimiento por parte del paciente
2. El reconocimiento de ese sentimiento por parte del clínico
3. La transmisión de tal reconocimiento al paciente
4. La recepción de dicho reconocimiento por parte del paciente
5. La retroalimentación por parte del paciente al clínico de que el conocimiento se ha recibido.¹³

E. NEURONAS ESPEJO

Conjunto de neuronas que controla nuestros movimientos y, además, responde de forma específica a los movimientos e intenciones de movimiento de otros sujetos. Estas neuronas no sólo responden a los movimientos de otros, sino que participan en la generación de nuestros propios movimientos, y tienen respuestas que se han denominado bimodales: visuales y motoras. Fueron descubiertas originalmente por el neurocientífico Giacomo Rizzolatti y sus colaboradores a principios del decenio de 1990, a nivel de la corteza motora de los primates superiores, en la Universidad de Parma, en Italia. Posteriormente, su existencia ha sido demostrada en otros animales y se tienen evidencias por Marco Iacoboni y otros neurocientíficos, en la Universidad de California Los Ángeles, de que en el ser humano constituyen un complejo sistema neuronal que participa de forma muy importante en la capacidad que tenemos para reconocer los actos de los otros, identificarnos con ellos y, eventualmente, imitarles, razón por la cual se les ha denominado “neuronas espejo”.¹⁴

Las neuronas espejo parecen indicar que la observación de la acción llevada a cabo por otros individuos provoca en el cerebro del observador el diseño de un acto motor análogo al activado por voluntad propia.¹⁵

En 1954 Henri Gastaut, había demostrado que la observación de acciones realizadas por otros individuos provocaba una alteración característica del electroencefalograma, como si fuese la persona estudiada quien realizara la acción. Pero los estudios con electroencefalografía no podían conducir más allá. Sin embargo, en los últimos años, gracias a los trabajos con técnicas de imagen cerebral, se han identificado algunas zonas cerebrales donde las neuronas espejo son activas, especialmente en el lóbulo parietal, área 40 de Brodman, y en el lóbulo frontal posterior, área 44 de Brodman, junto al área de Broca.¹⁵¹⁶

El sistema de las neuronas espejo en los humanos codifica actos motores transitivos e intransitivos, en tanto que las neuronas espejo del mono no responden a la observación de actos intransitivos. Como si el cerebro del mono valorase la acción tan sólo cuando “entiende” su finalidad o su objetivo, o su utilidad. En el humano, el sistema también se activa con la observación de una acción imitada, cuando el experimentador aparenta que agarra un objeto sin que éste exista. En los humanos el sistema de las neuronas espejo es capaz de codificar y discriminar incluso la intención con la que se lleva a cabo un determinado acto.¹⁵

Llama la atención que las neuronas espejo se descubren inicialmente en zonas próximas al área de Broca, la cual es competente en la articulación lingüística, por lo que el sistema de neuronas espejo pudo ser uno de los mecanismos que coadyuvó al desarrollo del lenguaje oral. Sin embargo, se admite que habrá que esperar nuevos estudios para establecer el papel de las neuronas espejo en el origen del lenguaje.¹⁵¹⁷

Este mecanismo cerebral conocido como sistema de neuronas espejo, sirve como un puente que se relaciona con el entendimiento de las acciones de alguien más y es considerado como la base neural de la cognición social. Con estos nuevos estudios se sugiere la posibilidad de que, en el futuro, la empatía pudiera ser definida en términos neuroanatómicos y ser medida mediante indicadores fisiológicos.¹⁸¹⁴

f. ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON

El concepto de empatía ha sido bien discutido en la literatura que habla sobre el cuidado de la salud, sin embargo, profesionales de la salud siguen esperando investigaciones empíricas que involucren este mismo tema. Una de las razones de esta falta de información es la carencia de un instrumento psicométrico contundente para operacionalizar el concepto de empatía, pues aunque se han desarrollado numerosos para la medición de esta, ninguno era utilizado para medir la empatía en estudiantes y profesionales de la salud. En respuesta a la necesidad de operacionalizar la empatía en el ámbito de la salud, fue desarrollada la Escala de Empatía Médica de Jefferson en el Jefferson Medical College de Thomas Jefferson University de Philadelphia por el Center for Research in Medical Education and HealthCare, dirigido por Mohammadreza Hojat y sus colegas. Esta fue traducida y validada al español por un estudio realizado en México, EEMJ por Alcorta-Garza y cols.(2005).¹⁷

La Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) fue construida en base a una extensa revisión de literatura, siguiendo estudios pilotos con grupos de estudiantes de medicina, residentes y profesionales en práctica. El primer paso fue el desarrollo de un marco conceptual para comprender y definir el concepto de empatía, mediante la recolección de experiencias subjetivas de pacientes y sus familias, que involucra desde la relación interpersonal hasta la comunicación no verbal.¹⁷¹⁹²⁰

La versión final de la escala define el concepto multidimensional de la empatía incluyendo 3 factores: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para “ponerse en los zapatos del paciente”. La EEMJ incluye 20 ítems, donde para balancear la puntuación se cuenta con 10 elementos positivamente y los otros 10, negativamente. Los elementos redactados positivamente son calificados según su peso Likert, medidos en una escala de 7 puntos(1: totalmente desacuerdo y 7: totalmente de acuerdo), mientras que los elementos redactados negativamente son calificados inversamente (7: totalmente desacuerdo y 1: totalmente de acuerdo). Los puntajes de la EEMJ pueden fluctuar entre un mínimo de 20 a un máximo de 140; mientras más alto sea el puntaje, más empática la orientación del individuo.¹⁷²¹

Estudios que comparan la EEMJ con otro instrumento que mide la empatía como el IRI (Interpersonal Reactivity Index), demuestran que la EEMJ es el único instrumento que mide la orientación empática en todas sus dimensiones con factores que son relevantes para situaciones que involucren el cuidado de pacientes. La EEMJ ha sido aplicada en diversos estudios, entre ellos: Relación entre el género con la especialidad del médico (Hojat y cols.

2002); medición de la empatía en los diferentes años de carrera en medicina (Mangione y cols. 2002); medición de la disminución de la empatía durante los años de estudio en escuelas de medicina (Hojat y cols. 2004); midiendo la orientación empática de estudiante de Odontología (Sherman y Cramer, 2005) y Enfermeras (Hojat y cols. 2003).¹⁷⁸⁴

En América Latina ha sido incorporada en la validación y medición de la empatía en México en estudiantes de medicina (Alcorta-Garza y cols. 2005 y Novelo, 2010). En Chile ha sido empleada en la medición de empatía de estudiantes de Kinesiología en la Región Metropolitana (Castañeda y Parraguez, 2006), dos estudios en la estudiantes de medicina (Carvajal y cols. 2004, Junge y Navarrete, 2003); Venezuela (Delgado, 2005, Delgado, 2010); Perú (Ubillús, 2010), entre otros.¹⁷

g. COMUNICACIÓN MEDICO PACIENTE

Dos de las principales funciones clínicas que debe cumplir todo médico ante su paciente son el diagnóstico y el tratamiento, para cumplirlas de manera satisfactoria, el médico debe incursionar no sólo en el aspecto biológico del paciente, sino también en las dimensiones psicológica y social, lo cual le obliga a internarse en aspectos de elevado contenido afectivo para el paciente, gran apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo, así como transmitir experiencias y conocimientos tanto al paciente como a la familia y al equipo de salud.¹⁶

Al médico, la comunicación sirve de vehículo para obtener información que necesita en el cumplimiento de sus funciones, que el paciente se sienta escuchado y comprendido enteramente en el significado de su enfermedad, y para que se sienta copartícipe de su atención durante el proceso de salud enfermedad.¹⁶

La comunicación centrada en el paciente, puede lograr que el paciente perciba haber encontrado puntos comunes de acuerdo con su médico, que la experiencia de su enfermedad haya sido explorada, y que su nivel de molestias y preocupación hayan sido evaluadas. Esta relación se traducirá en una mayor recuperación del estado de salud del paciente con mejor recuperación de sus molestias y preocupaciones, contribuyendo a disminuir la necesidad de realizar pruebas diagnósticas o referencias a otros niveles de atención.¹⁶

Se ha observado que la comunicación efectiva influye tanto en la fase de obtención de datos para la historia clínica, como para la discusión del plan de manejo. Los resultados suelen ser: la salud emocional del paciente, control del dolor, y mejoría en ciertas medidas fisiológicas como la presión sanguínea y niveles de glucemia.¹⁶

Acerca de la posible influencia de los malos entendidos entre el médico y el paciente, se ha detectado que obedece a una falta de intercambio de información adecuada, que existe mucha información en conflicto, y que el enfermo no comprende algunas implicaciones de su diagnóstico ni las acciones que el médico toma con la intención de preservar la relación médico-paciente.¹⁶

Siendo el escuchar en forma activa, una de ellas, haciéndolo con una concentración intensa y total. Escuchar en su totalidad, tanto en la parte verbal como en la no verbal, con afecto, de forma tal que el paciente sienta respuesta por parte del médico a su petición, tanto física como psicológicamente, y como se ha observado, con esto se obtendrá mayor recuperación del estado de salud del paciente con mejor recuperación de sus molestias y preocupaciones, ya que se obtiene mayor cantidad de datos para la historia clínica, como para el plan de manejo, y en consecuencia la salud emocional del paciente, control del dolor y mejoría en ciertas medidas fisiológicas (presión arterial, glucemia), disminuyendo con esto la necesidad de realizar pruebas diagnósticas o referencias a otros niveles de atención, beneficiando a su vez a las instituciones de salud.²²

h. OBSTÁCULOS A LA ESCUCHA EMPÁTICA

- Falta de disposición: En la enseñanza tradicional de la medicina y durante el ejercicio de ésta, se valora la objetividad y la intelectualidad. La empatía es una técnica que implica un compromiso afectivo, y es completamente subjetiva, por lo tanto puede ser considerada como “poco científica”.²³²⁴
- También es posible que genere el temor de que, al implementarla, el médico no pueda tomar distancia de la emoción y quede atrapado frente al paciente en una posición inadecuada, que lo inhabilitaría para el accionar médico. Todo esto obstaculiza el desarrollo de la empatía.²⁴
- Dificultad para relajarse y concentrarse plenamente en el paciente: Esto puede ocurrirles a los profesionales de la salud por estrés laboral, dificultades en la vida personal o por corresponder a estilos de comportamiento particulares.

- Las personas con tendencia a la acción, poco reflexivas, inquietas, las muy reprimidas o rígidas, los individuos a quienes les cuesta escuchar al otro, cuando son profesionales de la salud procederán en su tarea con las mismas características que en su vida personal.²⁴
- Falta de tiempo: Si la tarea que se le impone al médico supera sus posibilidades concretas, no podrá desarrollar “escuchas empáticas” muy frecuentemente porque para ello se necesita tranquilidad y un tiempo de consulta adecuado.²⁴
- Ruidos e interrupciones: También son barreras porque impiden que se genere el clima de calma necesario.²⁴
- Personalidad del paciente: Algunos pacientes son reacios a exponerse emocionalmente, otros no pueden hacerlo por las características de su personalidad.²⁴

Los enfermos con trastornos psicóticos, si bien pueden evidenciar una emocionalidad de gran intensidad y desborde, no son empatizables porque la psicosis no es co-vivenciable.²⁴

Hay que tener en cuenta que despiertan emociones contratransferenciales intensas en el equipo médico, tales como miedo, angustia, desconfianza, enojo.²⁴

i. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR

Aparentemente no existe una clasificación clara de las características deseables para un adecuado desempeño del médico en su práctica clínica. Sin embargo, se describen las habilidades que se consideran necesarias para que el médico labore en el primer nivel de atención médica.¹⁶

Habilidades de comunicación básicas: ¹⁶

- Abrir y cerrar la entrevista
- Iniciar con una pregunta abierta
- Habilidad para obtener y cuestionar datos
- Habilidad para organizar la entrevista
- Responder a las emociones y otras habilidades de la relación

Habilidades de comunicación intermedias: ¹⁶

- Manejo de la violencia
- Negociación para cambios de conductas indeseables.

Habilidades de comunicación avanzadas: ¹⁶

- Habilidad para dar malas noticias
- Historia espiritual del paciente
- Decisiones avanzadas
- Dilemas éticos
- Confrontación del alcohólico con su diagnóstico

j. **APLICACIONES EN EL AMBITO MEDICO**

La empatía médica ha sido ampliamente estudiada en el ámbito clínico, debido a la importancia de las emociones en la práctica sanitaria, ya que esto influye en la evolución del paciente y en el grado de satisfacción que presenta los profesionales médicos, así como también en la prevención del síndrome de burnout y en la forma de tomar decisiones en conflictos éticos.^{38,39,40} Se ha podido identificar que la calidad de la interacción con los pacientes depende directamente proporcional, de la capacidad del personal sanitario para manejar sus propias emociones; no obstante se ha evidenciado que el personal de la práctica sanitaria sufre un desgaste por empatía, que se considera como un efecto disruptivo y dañino de asistir a pacientes traumatizados aunque estos mismo pueden funcionar como agentes catalizadores de cambios positivos, maduración, transformación y resiliencia de la vida profesional.²⁵²⁶

Aunque existe escasa evidencia médica que establezca la relación del síndrome de burnout y la empatía médica, los resultados de investigaciones han concluido que la capacidad de ser empático se ve afectado por el nivel de estrés y el síndrome de burnout; así como al relacionar la empatía médica con la realización, agotamiento personal y despersonalización existe una correlación positiva, la cual nos indica que a mayor despersonalización es mayor el grado de empatía.¹⁹¹⁸

En el ámbito clínico, más específicamente en la relación médico-paciente, las habilidades para establecer una relación empática tienen una mayor relevancia en cuanto a su efecto psicoterapéutico en los pacientes, ya que esto permite que el interrogatorio se realice con

mayor fluidez teniendo esto como resultado un mejor diagnóstico y apego al tratamiento.

27285

Bajo esta idea se han realizado diversos estudios, entre los más relevantes podemos mencionar el realizado por Canales y colaboradores en Parma, Italia que obtuvo como resultado que pacientes diabéticos asignados a los médicos con puntuaciones más altas de empatía presentarían una tasa de complicaciones metabólicas agudas menor que los asignados a los otros grupos de médicos.⁴⁶ Sin embargo, se han realizado estudios más exhaustivos en este campo uno de ellos fue el realizado Robert Smith e Issidoros Sarinopoulos, los cuales realizaron una investigación a la que denominaron como “el primer estudio que ha analizado la relación centrada en el paciente desde un punto de vista neurológico”. La investigación consistía en tomar a dos grupos de estudio, los cuales fueron entrevistados por médicos antes de la realización de un escáner cerebral. En el primer grupo, los médicos trataban cualquier preocupación que los pacientes pudieran tener sobre el escáner y sobre problemas personales del entrevistado. Al segundo grupo, le fueron asignados médicos que se limitaban solo a realizar preguntas sobre información clínica. Posteriormente, fueron colocados en el escáner y expuestos a una serie de descargas eléctricas leves, mientras miraban la foto del médico que, supuestamente, estaba supervisando el procedimiento. Este escáner medía la actividad en la ínsula anterior, (parte del cerebro donde se tiene consciencia del dolor). Los resultados observados fueron que los pacientes entrevistados por el médico empático mostraron menos actividad al observar una foto de éste, así como menor grado de dolor, a diferencia del otro grupo donde se observó todo lo contrario.^{20 29}

En América Latina, se ha realizado numerosas investigaciones para evaluar la influencia de la empatía médica en los consultantes a los servicios de salud, así como categorizar los niveles de empatía que presenta el personal en la práctica sanitaria, desde estudiantes de medicina, estudiantes de postgrado, profesionales médicos, odontólogos y enfermeras.²⁹

V. Justificación y planteamiento del problema

En el paso del tiempo y de nuestra historia el hombre siempre ha mantenido una relación estrecha entre la enfermedad y la salud, con visiones como la hipocrática o la galénica, las cuales definen una relación entre el hombre y la enfermedad. La teoría hipocrática se enfoca en dos objetivos: por un lado, la salud, y por el otro la actividad del médico orientada hacia ella. Si no se dispone de un concepto de salud, resulta imposible disponer de instrumentos para lograrla. El enfoque Hipocrático pretende abarcar al hombre y su totalidad para comprender la salud. Por otro lado, en el enfoque galénico la enfermedad se representa como un fenómeno autónomo de afectación corporal y, con una terapéutica concreta. Fue este último enfoque el que se impuso ante los demás y condujo al desarrollo de la medicina moderna.

El ser humano inevitablemente es un ser social al igual que biológico y psicológico, siendo la enfermedad, una afección de la totalidad humana, lo que significa que en toda enfermedad coexisten factores de orden biológico, psicológico y social. En la salud como en la enfermedad se integran todas estas manifestaciones humanas dentro de tres modos de abstracción. Por lo tanto, todo proceso patológico se debe estudiar globalmente involucrando las 3 variables antes mencionadas.

Se ha descubierto que cualquier técnica médica puede tener un efecto placebo ocupando un 30 a 40% del éxito del tratamiento, por lo que cualquier proceso patológico puede ser psicosomático, radicando en esto la importancia de estudiar al individuo en su totalidad.²⁴ Por lo que, el fortalecimiento de las habilidades interpersonales y de comunicación en la relación médico -paciente incrementara el éxito de cualquier medida terapéutica.

En Mexico hoy en día el medico ha caído en el error y la rutina de enfocarse solamente en observar los signos somáticos y “la enfermedad”, olvidándose de la parte de asistir al individuo. Un diagnostico no debe limitarse a identificar una enfermedad, sino a toda la situación del paciente; por lo tanto, la terapéutica debe tener en cuenta todos los factores psicosociales. Cultivar los valores humanos en general, y desarrollar las habilidades interpersonales y la empatía en particular, son elementos fundamentales para bien ejercer la profesión médica. Estudios realizados encontraron que existe la presencia de una transformación drástica durante el tiempo del curso de posgrado o especialidad medica . Siendo en los primeros años, la mayoría entusiastas e idealistas por ser médicos, más

sensibles con el sufrimiento del paciente y al pasar los años, se inicia un proceso de “deshumanización”, donde el paciente ocupa un papel secundario en la práctica médica. La información técnica a ser transmitida es tanta, que apenas se dispone de tiempo para abordar la relación médico paciente. Se impone, por tanto, pensar en un proceso de rehumanización donde se pueda resguardar y mejorar la empatía en los futuros médicos.

VI. **Pregunta de Investigación**

¿Cual es el nivel de empatía médica en los residentes del curso de especializacion de Ortopedia del Hospital Doctor Victorio de la Fuente Narvaez ?

VII. Objetivos

a. Objetivo general

Determinar los niveles de empatía médica en residentes del curso de especialización médica en Hospital Doctor Victorio de la Fuente Narvaez

b. Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de empatía de los médicos residentes de Ortopedia por género.
- Determinar el nivel de empatía de los médicos residentes de Ortopedia por rango de edad.
- Determinar el nivel de empatía de los médicos residentes de acuerdo al año de especialidad.
- Identificar los factores que contribuyen a modificar el nivel de empatía (religión, estado civil, hijos, apoyo económico familiar) en los médicos residentes de Ortopedia.
- Categorizar los niveles de empatía mediante el test de Jefferson.

VIII. Hipótesis

El nivel de empatía en los médicos residentes de la especialidad de Ortopedia que realizan su curso de residencias medicas en el Hospital Victorio de la Fuente Narvaez, tendra un puntaje igual o mayor a 118 de acuerdo a la Escala de Empatía Medica de Jefferson (EEMJ).

IX. Material y Métodos

a. Diseño

Se diseño un estudio descriptivo observacional cuantitativo (residentes de diferentes grados) del mes de enero 2021 a julio 2021, En esta fase se pretendió evaluar el nivel de empatía en médicos residentes del Hospital Doctor Victorio de la Fuente Narváez.

Se realizo la escala de empatía medica de Jefferson³⁴ donde se obtuvo la siguiente información: edad, sexo, grado de residencia, procedencia, religión, estado civil, hijos, apoyo económico familiar, El objetivo de recolección de esta información fue calcular la tasa de incidencia el nivel de empatía en residentes de diferentes grados y factores que la pueden modificar. Esto nos permitió evaluar el nivel de empatía en en los médicos residentes de Ortopedia

Universo de Trabajo: Para el presente estudio se incluyo consecutivamente a todos los residentes de primer, segundo, tercer y cuarto año de residencia en la especialidad de Ortopedia

b. Sitio

La investigación se llevo a cabo en el Hospital de Traumatología perteneciente a la Unidad Médica de Alta Especialidad Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, IMSS, en los departamentos clínicos de Cirugía de Cadera, Pelvis y Acetábulo, Miembro Torácico, Columna, Pie y Tobillo, Fémur y Rodilla, Polifracturados y Fracturas expuestas.Calle Avenida Colector 15 s/n (Av. Fortuna) Esq. Av. Instituto Politécnico nacional. Col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero. Ciudad de México. C.P. 07760.

c. MATERIAL

d. Criterios de selección

i. Criterios de Inclusión

- Médicos residentes que se encontraban asignados al posgrado de las especialidades Traumatología y Ortopedia,
- Médicos Residentes de cualquier sexo.
- Médicos residentes mayores de 18 años

- Médicos residentes que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

ii. Criterios de no inclusión

- Médicos residentes que no completen aciertos en la totalidad

e. Cálculo de tamaño de muestra

Se realizó el cálculo de tamaño de muestra con base en la pregunta de investigación y la hipótesis planteada, se consideró que dicho tamaño de muestra permitiría detectar una coincidencia del nivel de empatía de los médicos residentes con los pacientes en nuestra unidad de al menos 118+/-13 con lo reportado en la literatura en el artículo de Huarcaya J y cols. Con un intervalo de confianza del 95%. Se obtuvo un tamaño de muestra de 192. Se utilizó la siguiente fórmula para el cálculo de la muestra:

$$n = \frac{NZ^2S^2}{d^2(N - 1) + Z^2S^2}$$

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población=193

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal=1.96

S = varianza de la población en estudio=3.6

d = nivel de precisión absoluta=0.05 (nivel de confianza 95%)

f. Metodología

Nuestra UMAE es de tercer nivel, integrada por tres Hospitales de Alta Especialidad (Trauma, Ortopedia y Rehabilitación), cada uno en edificio de 6 pisos, y rehabilitación de una planta con territorio mayor a 4,000 metros cuadrados. Cada departamento clínico que conforma el hospital está constituido por un jefe de servicio y médicos adscritos; además de enfermería, médico internista, trabajadora social, asistencia médica, nutrición y médicos residentes, entre muchos otros.

Se estandarizo la recolección de los datos, con lista de asistencia al posgrado.

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario basado el Test de Empatía de Jefferson, al cual se le agregaron datos sociodemográficos, académicos, y factores externos, El instrumento de evaluación consistía en tres series:

Primera serie constaba de preguntas enfocadas a datos sociodemográficos del sujeto de estudio, como: Edad, sexo, religión, estado civil.

Segunda serie: constaba de 3 preguntas las cuales indagaban sobre: año de especialidad apoyo familiar e hijos.

Tercera serie: basada en la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) nos aportó información sobre la orientación empática en todas sus dimensiones con factores que son relevantes para las situaciones que involucren el cuidado de pacientes, la cual consta de 3 dimensiones, las cuales son toma de perspectiva, atención con compasión, y situarse en el lugar del otro⁴. Esta escala consta de 20 preguntas, cada una se responde a través de una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta. De acuerdo a los puntos de corte asignados por Hojat y Gonella³⁰ se determinara que para varones el punto de corte alto: ≥ 127 ; moderado: 96-126; bajo: ≤ 95 ; y en mujeres el punto de corte alto: ≥ 129 ; moderado: 101-128; bajo: ≤ 100 . Se integrará una base de datos en Excel específica para el estudio y se vaciarán los datos a SPSS para su análisis correspondiente.³¹

El presento este trabajo ante el comité local de investigación en Salud (CLIS) 3401 de la UMAE de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Ciudad de México, así como al comité de ética en investigación CONBIOÉTICA-09-CEI-001-20180122, mediante el sistema de registro electrónico de la coordinación de investigación en salud (SIRELCIS) para su evaluación y dictamen obteniendo el número de registro. Se detectarán por medio de los datos recabados y recopilados en la base de datos exponer por medio de tablas las características sociodemográficas, académicas y factores externos de los sujetos de estudio a través de frecuencias y porcentaje de los mismos. Con los resultados obtenidos y la clasificación del nivel de empatía de los participantes de la Unidad Médica de Alta Especialidad Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” Se realizará un análisis que se realizó fue descriptivo, utilizando proporciones, desviación estándar. Los resultados se expresaron en totales y porcentajes.

Tabla 4.2 Ponderación de respuestas de escala de Likert

Valor en Puntos	Opción de Respuesta
7	Totalmente de acuerdo
6	De acuerdo
5	Algo de acuerdo
4	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
3	Algo en desacuerdo
2	En desacuerdo
1	Totalmente en desacuerdo

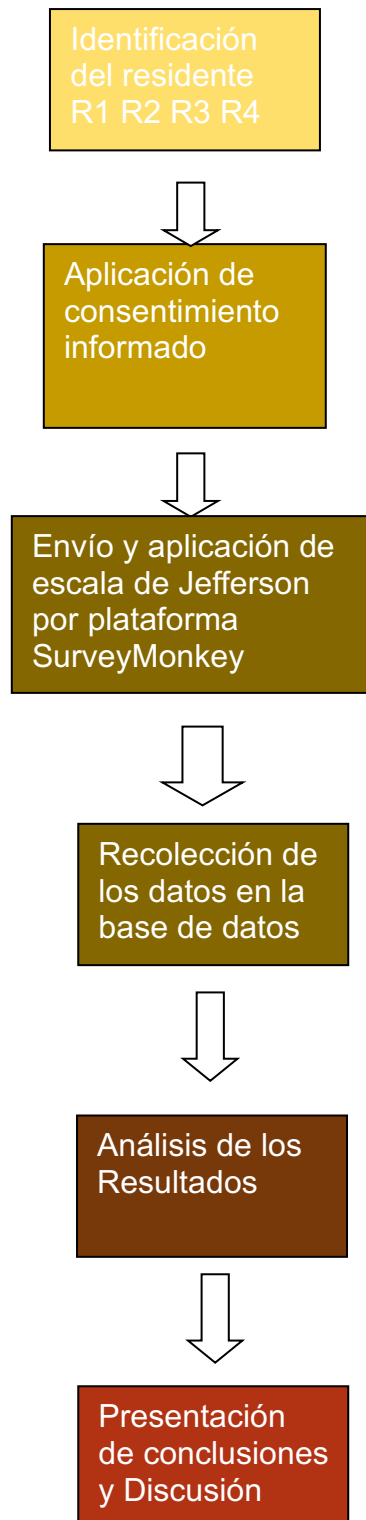
³⁰ Hojat M, Gonnella JS. Eleven years of data on the jefferson scale of empathy-medical student version (JSE-S): Proxy norm data and tentative cutoff scores. *Med Princ Pract.* 2015;24(4):344-350. doi:10.1159/000381954

g. Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se presentarán como media y desviación estándar, mientras que las variables cualitativas se presentarán como frecuencia y porcentaje. El supuesto de normalidad de los datos se verificará por medio de estadísticos de forma (asimetría y curtosis), Las comparaciones cuantitativas bivariadas se realizarán por medio de la prueba t de student o U de Mann-Whitney dependiendo de la distribución de los datos, las comparaciones en variables de más de 3 categorías se realizará por medio de un análisis de varianza (ANOVA) o ANOVA de Welch dependiendo de la homogeneidad de las varianzas, y realizando comparaciones poshoc por medio de la prueba de Tukey o de Games-Howell. Las comparaciones cualitativas se realizarán por la prueba de Chi cuadrado de tendencia lineal o la prueba exacta de Fisher.

Se considerará a un valor de $p < 0.05$ como significancia estadística. Todos los análisis se realizarán en el programa estadístico SPSS v.21.

h. Modelo conceptual



i. Descripción de variables

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLE

SEXO

Definición: características fisiológicas del cuerpo humano

Definición: operacional: percepción de sexualidad propia

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Criterios de clasificación: hombre mujer

EDAD

Definición: tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo

definición operacional: cantidad en años anotado en la encuesta

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: discreta

Criterios de clasificación: años

ESTADO CIVIL

Definición: situación del individuo establecida por la relación familiar, proveniente del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes

Definición operacional: respuesta obtenida a través del instrumento de evaluación

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Criterios de clasificación: soltero, unión libre, casado, divorciado, viudo

RELIGION

Definición: creencias existenciales morales y sobrenaturales que practica el individuo

Definición operacional: respuesta obtenida a través del instrumento de evaluación

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Criterios de clasificación: cristiana-evangélica, cristiana-católica, testigo de Jehová, mormón

AÑO DE RESIDENCIA

Definición: periodo en el que el médico residente realiza actividades económicas dentro de un posgrado

Definición operacional: nivel de educación que cursa actualmente

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: ordinal

Criterios de clasificación: primero segundo tercer grado

FACTORES EXTERNOS

APOYO ECONOMICO FAMILIAR

Definición: Dinero que entrega una administración o una organización para pagar gastos por una necesidad.

Definición operacional: respuesta obtenida a través de un apoyo extra al institucional

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: ordinal

Criterios de clasificación: recibe apoyo o no recibe apoyo

NUMERO DE HIJOS

Definición: individuo implica una relación consanguínea con su padre o madre

Definición operacional: numero de hijos 1 ,2, 3

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: discreta

Criterios de clasificación: 1, 2, 3 mas de 3

EMPATIA

Definición: Habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona.

Definición operacional: Calificación obtenida por el medico al responder la Escala de Jefferson para empatía médica,

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: ordinal

Criterios de clasificación: alto: 114-140, sobresaliente: 88-113, intermedio: 62-87, bajo: 61-36, deficiente: 20-35

X. Consideraciones éticas

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en apego a las normas vigentes de salud en México, en su reforma publicada DOF 02-04-2014.

ARTÍCULO 13: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14: Fracción I: Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. Fracción V: Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal. Fracción VII: Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos.

Así como también acorde a los códigos internacionales de ética: Declaración de Helsinki, Finlandia de la Asociación Médica Mundial y su actualización en 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Sección 3: La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica" Sección 4: El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica.

Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber Sección 21: La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes. Sección 24: Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

El presente trabajo se presentará ante el comité local de investigación en Salud (CLIS) 3401 de la UMAE de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Ciudad de México, así como al comité de ética en investigación CONBIOÉTICA-09-CEI-001-20180122, mediante el sistema de registro electrónico de la coordinación de investigación en salud (SIRELCIS) para su evaluación y dictamen y en caso de ser autorizado se obtendrá el número de registro correspondiente.

El presente estudio al ser observacional, los datos de fuentes secundarias, y el contraste de información es de publicaciones, no modificará la historia natural de los presentes procesos, ni tratamientos. Así mismo cumple con los principios recomendados por la declaración de Helsinki, las buenas prácticas clínicas y la normatividad institucional en materia de investigación; así también se cubren los principios de: Beneficencia, No maleficencia, Justicia y Equidad, tanto para el personal de salud, como para los pacientes, ya que el presente estudio contribuirá a identificar algunas de las características epidemiológicas de un recurso humano altamente valioso valorar el grado de empatía , contribuyendo a identificar la cantidad de los factores que influyen , lo cual contribuirá a dar elementos para la adecuada distribución de los mismos, impactando seguramente en la atención del paciente, desencadenando desenlaces muy diferentes con costos emocionales, económicos y sociales muy diversos. Acorde a las pautas del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación publicada en el diario oficial de la federación se considera una investigación sin riesgo, ya que no modifica la historia natural de la enfermedad y no tiene riesgos agregados a los inherentes a las evaluaciones de rutina.

XI. Recursos Humanos

Tutor:

Dr. Rubén Torres González

Investigador responsable:

Lic. Estela López Martínez.

Investigadores Asociados:

Licenciada Estela López Martínez

Doctora Kaori Guadalupe Honda Partida

Doctor David Santiago German

a. Recursos materiales

- Lista de posgrado.
- Computadora.
- Hojas blancas tamaño carta.
- Plumas.
- Calculadora.
- Impresora.
- Tóner para impresora.
- SPSS

Se cuenta con la cantidad suficiente de residentes, así como bases de datos en los departamentos clínicos participantes. Además, se cuenta con el apoyo de la DEIS con personal altamente capacitado, equipo de cómputo, software, acceso a CONRICYT.

XII. Factibilidad

Es un estudio factible ya que el hospital de Traumatología UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, cuenta con la cantidad necesaria de residentes para realizar este estudio para demostrar el nivel de empatía en los diferentes grados de residentes.

Cabe mencionar que la UMAE pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social, es un complejo hospitalario que esta integrado por 3 unidades de tercer nivel de atención:

- Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Ciudad de México.
- Hospital de Ortopedia “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Ciudad de México.
- Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte” Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Ciudad de México.

Esta UMAE cuenta con:

49 residentes de primer año

50 residentes de segundo año

43 residentes de tercer año

51 residentes de cuarto año

*http://edumed.imss.gob.mx/umae_dr_victorio_de_la_fuente_narvaez_df/. Ultimo acceso julio de 2018.

XIII. Cronograma de actividades

	Enero 2021	Febrero 2021	Marzo 2021	Abril 2021	Mayo 2021	Junio-Julio 2021
Estado del arte						
Diseño del protocolo						
Comité local						
Recolección de datos						
Análisis de resultados						
Redacción						
Publicación						

XIV. RESULTADOS

Del día 5 de junio al 18 de agosto del 2021 se invitaron a participar a la encuesta a 193 médicos residentes del curso de especialización de ortopedia del hospital Victorio de la fuente Narváez de los cuales solo contestaron la encuesta 180, previo consentimiento informado. Se analizo un total de 180 residentes de. Los cuales 41 % (n=75) tiene menos de 28 años , 54% (n=97) tienen de 28-31 años , 4% (n=8) son mayores de 31 años, en cuanto al genero 76% (n=137) son masculino, 24% (n=43) son femenino, con respecto en religión, la cristiana-católica presento un 75% (n=135), cristiana-evangélica 10% (n=19), del total de residentes 86% (n=156) son solteros 7%(n=12) son casados 7%(n=12) viven en unión libre, del total de residentes el 10% (n=18) tienen hijos y el 48% (n=86) cuentan con apoyo económico. **Tabla 1**

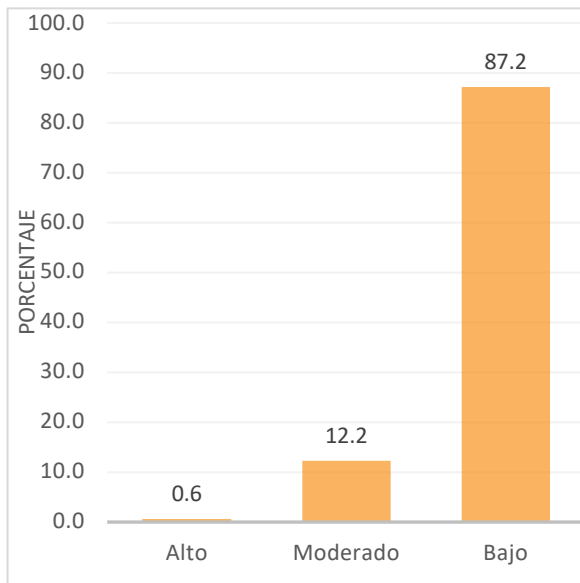
Tabla 1. Características sociodemográficas del médico residente del curso de especialización en Ortopedia de la UMAE TOR DVFN.

Característica	n=180
Edad, años ± DE	28 ± 2.1
Edad, n (%)	
<28	75 (41.7)
28-31	97 (53.9)
>31	8 (4.4)
Sexo, n (%)	
Masculino	137 (76.1)
Femenino	43 (23.9)
Religion, n (%)	
Cristiana-catolica	135 (75)
Cristiana-evangelica	19 (10.6)
Testigo de jehova	0 (0)
Mormon	0 (0)
Estado civil, n(%)	
Soltero	156 (86.7)
Casado	12 (6.7)
Union libre	12 (6.7)
Divorciado	0 (0)
Viudo	0 (0)
Con hijos, n(%)	18 (10)
Apoyo económico n(%)	86 (47.8)

n

Los resultados arrojados globalmente del total de residentes en nuestro curso de especialización de ortopedia resulto ser un nivel bajo de empatía con un 87% del total de residentes del curso de especialización comparado con un nivel moderado de empatía del 12% y bajo 0.6%, con estos resultado podemos decir que el nivel de empatía den los residentes presenta un nivel bajo con un porcentaje bajo para un nivel de empatía bajo por lo que tendremos que indagar el motivo de este acontecimiento y los factores que atribuyen en próximos estudios. **Grafica 1**

Gráfica 1. Nivel de empatía de residentes del curso de especialización de Ortopedia



Al estratificar la muestra de Residentes del curso de especialización de ortopedia por genero basándonos en la escala de empatía de Jefferson se obtuvo resultados en donde se demuestra que los hombres son moderadamente empáticos en 16% (n=22) en comparación con el mujeres0% (n=0) siendo esta diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.0001$. Sin embargo, el 83% (n=114) de hombres y el 100%(n=43) de mujeres demuestran tener un nivel de empatía bajo siendo esta diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.0001$. **Tabla 2**

Tabla 2. Nivel de empatía de residentes del curso de especialización de Ortopedia por género.

Nivel de empatia	Hombres n=137	Mujeres n=43	Valor de p
Alto, n (%)	1 (0.73)	0 (0.0)	1.0
Moderado, n (%)	22 (16.06)	0 (0.0)	<0.0001
Bajo, n (%)	114 (83.21)	43 (100.00)	<0.0001

Al estratificar la muestra de Residentes del curso de especialización de ortopedia por rango de edad se tomaron tres rangos de edad <28 años de 28-31 años y >31 años de edad de los residentes <28 15%(n=14) el nivel de empatía es moderado con respecto a los residentes de 28-31 años 95(n=7), >31 1%, sin significancia estadística, con un predominio en un nivel bajo de empatía de todos los residentes <28años 85% (n=80) , no existió una diferencia en el nivel bajo de empatía de acuerdo a la edad 28-31 88% (n=63) <31 93% (n=14) no siendo esta diferencia estadísticamente significativa . **Tabla 3**

Tabla 3. Nivel de empatía de residentes del curso de especialización de Ortopedia por rango de edad.

Nivel de empatia	<28 años n=94	28-31 años n=71	>31 años n=15	Valor de p
Alto	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0.46
Moderado	14 (15)	7 (9)	1 (1)	0.49
Bajo	80 (85)	63 (88)	14 (93)	0.59

En los resultados arrojados al estratificar el nivel de empatia por año de especialidad no dieron a conocer que los residentes del tercer año en curso R3 20%(n=8) tienen un nivel de empatia moderado con respecto a los residentes de diferentes años que presentaron niveles de empatia moderado mas bajos R1 12%(n=6), R2 6% (n=3), R4 10% (n=5), sin ser significativamente estadístico, con respecto al nivel de empatia bajo la mayoría de los residentes presentan este nivel de empatia sin embargo el R2 89% (n=42) presentan un mayor porcentaje que los R1 87% (n=43), R3 79% (n=31), R4 87% (n=41), sin significancia estadística, como resultado los residentes del curso de especialización médica de ortopedia presentan niveles bajos de

empatia medica sin embargo no hay diferencia significativamente estadistica. **Tabla 4**

Tabla 4. Nivel de empatía de residentes del curso de especialidad de Ortopedia por año de especialidad.

Nivel de empatia	R1 n=49	R2 n=47	R3 n=39	R4 n=47	Valor de p
Alto	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0.40
Moderado	6 (12)	3 (6)	8 (20)	5 (10)	0.24
Bajo	43 (87)	42 (89)	31 (79)	41 (87)	0.56

Al estraficar los factores que contribuyen a modificar el nivel de empatia en los residentes del curso de especializacion de ortopedia, se obtuvieron resultados en donde los residente con hijos 9% (n=15) tenian un nivel de empatia bajo en cuanto al estado civili que es otro factor en nivl de empatia fue bajo en union libre 7% (n=12) siendo significativamente estadistico con un valor de p=0.01, otro factor que contribuyo fue el apoyo economico familiar nivel de emapia moderado 72% (n=16) en comparacion con un nivel de ampitia bajo 44% (n=70) siendo significativamente estadistico con un valor de p=0.01. **Tabla 5**

Tabla 5.

Variables	Alto n=1	Moderado n=22	Bajo n=157	Valor de p
Religion, n (%)				
Cristiana-evangelica	0 (0)	4 (18)	15 (9.5)	0.48
Cristiana-catolica	1 ()	12 (54)	122 (77)	0.06
Testigo de jehova	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1.0
Mormon	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1.0
Estado civil, n(%)				
Soltero	0 (0)	18 (81)	137 (87)	0.74
Casado	0 (0)	4 (18)	8 (5)	0.21
Divorciado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1.0
Union libre	0 (0)	0 (0)	12 (7)	0.01
Viudo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1.0
Con hijos, n(%)	0 (0)	3 (13)	15 (9)	0.84
Apoyo economico n(%)	0 (0)	16 (72)	70 (44.5)	0.01

XV. DISCUSION

La interacción que se genera entre el médico y la persona enferma es una relación com-pleja entre dos seres humanos cuya esencia reside en acompañar al paciente, darle aliento y esperanza, para ello, la empatía resulta fundamental. El presente estudio corresponde a una primera aproximación a la medida de la empatía medica en Residentes que cursan la Especializacion de Ortopedia involucrando a todos los grados desde R1 hasta R4 de su formación academica con el proposito de medir el nivel de empatia a traves de instrumentos (EEMJ) ya propuestos en articulos, con el fin de evaluar a los presentes participantes. En el cual se obtuvo una participacion favorable con un número de respuestas obtenidas alto. Este estudio se realizó en Hospital Victorio de la Fuente Narvaez , Ciudad de Mexico , se evaluaron un total total de 193 médicos residentes del curso de especializacion de ortopedia, 180 residentes (r1 49, r2 45, r3 39, r4 47) contestaron las preguntas (tasa de respuesta = 93.7%), explorando la relación entre los niveles de empatía con las características sociodemográficas, y algunos factores que pudiesen influir.

El puntaje promedio de los niveles de empatía observado en los residentes de la especializacion de ortopedia del Hospital Victorio de la Fuente Narvaez obtenido de acuerdo al genero, a la edad, al año de residencia y de algunos factores que podrian influir en su empatia no fue el esperado, por el contrario fue un nivel de empatia bajo.

Algunas limitantes en el presente estudio debe ser entendido en el contexto de sus potenciales metodológicas. La EEMJ, al ser una escala autoadministrada, podría generar cierto sesgo en la respuesta de los médicos (p. ej., debido a la autocrítica hacia las propias actitudes poco empáticas). Nuestra muestra fue de la población de médicos residentes ortopedistas de un solo hospital, por lo que no podemos extrapolar los resultados a los médicos residentes con especialidad no quirurgica .A pesar de obtener casi la totalidad de la muestra calculada (rechazo de 7.3% por motivos vacacionales, no poder abrir la encuesta a traves de la plataforma), no se

tomó en cuenta la potencia estadística para su cálculo; por lo que para futuras investigaciones sobre el tema, se deberá tomar en cuenta este aspecto para obtener más confianza en la significancia de los resultados estadísticos. La información obtenida podrá ser usada por las autoridades de los diferentes programas de posgrado del Instituto seguro social , para implementar programas que tengan como objetivo mejorar los niveles de empatía en sus residentes, lo cual se traducirá en mejoras para la atención de sus afiliados.

Deberían realizarse estudios que sirvan para identificar las áreas o dimensiones de la comunicación en las cuales el médico residente debe ser competente, más aún, deberán conducirse dentro del contexto de la práctica de nuestro medio y dentro de la práctica institucionalizada dado que ahí se atiende a la mayor parte de la población mexicana. Sólo así se podrá estar en la posibilidad de reorientar mejor la enseñanza en esta área tan significativa en la formación del médico residente. Mientras esto se cumple, tocará al médico residente identificar desde su práctica diaria, sus propias dificultades y reflexivamente transformarlas para poder incidir positivamente en el cuidado de la salud de sus pacientes.

Al determinar el nivel de empatía de los médicos residentes de Ortopedia por género. El nivel de empatía médica fue moderado en 16.06% (n=22) de participantes del género masculino en comparación con las 100% (n=43) de mujeres esta diferencia es estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.0001$, sin embargo el nivel de empatía fue bajo, en hombres en 83.21% (n=114) y mujeres 100% (n=43) con una diferencia estadísticamente significativa en donde el valor de $p=0.0001$

Según los puntos de corte establecidos por Hojat y Gonnella , los residentes varones y mujeres de nuestro estudio obtuvieron puntajes moderados. Esto contrasta con lo reportado en otras realidades socioculturales diferentes a la peruana; por ejemplo, en estudios realizados en Turquía e Irán se encontraron niveles bajos de empatía muy similares a nuestros resultados.

Las mujeres registraron un puntaje significativamente superior al de los hombres, resultado similar a lo observado por Hojat y colaboradores en una muestra de estudiantes de tercer año de la Escuela de Medicina de Jefferson. Se ha dicho que las mujeres son más receptivas a las señales emocionales que los hombres y que las mujeres pasan más tiempo con sus pacientes y ofrecen más atención preventiva y orientada al paciente. En cambio, los hombres se inclinan más a menudo a ofrecer soluciones racionales, mientras que las mujeres lo hacen más hacia las medidas de apoyo emocional y el entendimiento que ayudan a reforzar sus relaciones empáticas. Se requieren más pruebas para relacionar las diferencias de empatía por género con factores intrínsecos (como la teoría evolutiva de inversión paternal) o factores extrínsecos (como la expectativa de rol del género), lo cual representa diferentes implicaciones para la selección y el entrenamiento durante la carrera de medicina.

En relación con las variables de estudio que se analizan en los diferentes trabajos; para el género, en este estudio no se tuvieron diferencias entre los niveles de empatía ambos sexos, lo mismo reportaron Rojas Serey y cols.,¹¹ y Novelo y col.,¹. Según Borges et al. Respecto a la diferencia entre los niveles de empatía entre varones y mujeres, se han postulado diversas teorías. Desde factores extrínsecos (p.ej., el papel esperado por la sociedad) a factores intrínsecos, como las características biológicas, dentro de las cuales tenemos las diferencias neurobiológicas. Al igual que en otros estudios, se observó que las mujeres tienen diferencias, si bien no significativas en comparación con los hombres, de niveles de empatía ya que son similares.

En comparación con otros estudios nuestros resultados son contradictorios a lo esperado con un nivel bajo de empatía en mujeres condicionado por un mayor nivel de estrés emocional y un riesgo más elevado de sufrir trastornos psicopatológicos en relación con ansiedad en residentes mujeres. Entre otras causas, la sobrecarga emocional como un factor clave en el desarrollo de conductas poco empáticas.

Podría haber una relación entre el desarrollo de trastornos por ansiedad y las dificultades de manejo del componente de la empatía de estrés empático, una mayor identificación con los problemas, sentimientos, emociones del paciente y una especialidad quirúrgica con sobrecarga de trabajo. Además de esta influenciado por una sobrecarga de trabajo además de un ambiente de predominio masculino.

Al determinar el nivel de empatía en residentes del curso de especialización de ortopedia de acuerdo a la edad, los 180 residentes, la muestra se dividió en tres rangos el primero menores de 28 años, el segundo de 28-31 y el último mayores de 31 años, se encontraron 94 residentes menores de 28 años, 71 residentes de 28-31 años y 15 residentes mayores de 31 años, se hizo una comparación entre los rangos de edad arrojando como resultado un nivel de empatía moderado en los residentes <28 años (n=14) quienes son moderadamente empáticos con respecto a los residentes de edad 28-31 años 9% (n=7) y a los >31 años (n=1) con un valor de $P=0.49$ sin significancia estadística por lo que no se apreciaron diferencias significativas en el puntaje según los grupos de edad podemos decir que los residentes jóvenes son moderadamente empáticos con respecto a los residentes de mayor edad. De la misma forma los resultados arrojados en esta evaluación el nivel bajo de empatía presenta en los residentes <28 85%(n=80) con un mayor predominio en comparación con los residentes ,28-31años 88% (n=63) y los residentes >31años 15% (n=14) años.

En estudios similares la edad es un factor que se supone influye en el nivel de empatía. Ubilús et al. encontraron que el grupo etario con mayor puntaje de orientación empática fue el de 25-28 años; Remón et al. concluyen que a mayor edad mayor puntaje empático. El rango de edades manejado en el presente estudio fue de 17 a 25 años, por lo que no puede hacerse comparación objetiva; sin embargo, puede suponerse cierta discrepancia al encontrarse una correlación negativa, donde a mayor edad, menor puntaje de empatía. Esto se atribuyó a una menor habilidad para «situarse en el lugar del otro» conforme mayor es la edad; las

habilidades para la toma de perspectiva y atención compasiva fueron similares entre los distintos grupos etarios.

En este estudio muestra contrariedad respecto a los resultados se observa que los residentes con mayor puntaje en la escala tienen edades menores a 28 años, estos resultados no concuerdan por lo reportado por Ubillus et al., quienes demuestran un mayor puntaje conforme el grupo etario aumenta en edad, los estudiantes entre 28 – 31 años fueron los que alcanzaron mayor puntaje en la EEMJ. Esto podría argumentarse, según la investigación hecha por Kramer et al.¹¹, porque las personas conforme tienen más años de edad van presentando mayor nivel de empatía. Sin embargo, en el estudio de Sherif et al., se demostró que la orientación empática según edades no tiene significación estadística. Dicho estudio explica que se debe a que cada persona tiene su propia manera de ponerse en el lugar de otras personas y una manera diferente de enfrentarse a situaciones de la vida cotidiana independiente de la edad que tenga

En el estudio efectuado los resultados obtenidos son contradictorios a lo esperado ya que en estudios ya efectuados por diferentes autores comentados anteriormente, el nivel de empatía médica aumenta conforme el paso del tiempo y una edad mayor contando con pleno conocimiento sobre la empatía y la influencia en el entorno, sin embargo también se menciona que la edad no tiene significancia estadística en estudios en . En nuestro estudio el nivel de empatía fue moderado en residentes menores de 28 años, cabe mencionar que en nuestra muestra general de residentes el nivel de empatía fue bajo en el curso de especialización de ortopedia desde el primer año hasta el cuarto año. Uno de los factores que podrían influir en nuestros resultados es la especialidad quirúrgica en comparación con los estudios ya comentados son especialidades no quirúrgicas por lo que la demanda de estrés empático podría ser un factor importante.

Al determinar el nivel de empatía de médicos residentes de acuerdo al año de residencia de los residentes del curso de especialización se encontró que hay un

nivel de empatía moderado en un porcentaje menor R1 12% (n=12), R2 6% (n=3), R3 20%(n=8), 10% n=5) en comparación con un nivel bajo de empatía en un porcentaje elevado de cada uno de los residentes por lo que podemos concluir que la empatía médica de acuerdo al año de residencia es bajo global para los residentes del curso de especialización de ortopedia con un valor de $p=0.59$ que no tiene una asociación estadísticamente significativa. Por lo que al medir el nivel de empatía médica en residentes de diversos años de residencia no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje obtenido por los encuestados de acuerdo con el año académico de residencia.

Al igual que en otros estudios realizados en médicos residentes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje obtenido por los encuestados de acuerdo con el año académico que se encuentran cursando .

Aunque Delgado et al.²³ no encontraron diferencias en las puntuaciones de empatía entre los cuatro años de residencia de medicina de familia, lo cierto es que un profesional que se sienta maltratado por el sistema tendrá menos probabilidad de ser empático. Las instituciones sanitarias tienen el reto³⁴ de favorecer ambientes laborales emocionalmente positivos, limitar las horas de trabajo excesivas y ofrecer oportunidades formativas y actividades motivadoras que contrarresten las altas tasas del síndrome de desgaste profesional entre profesionales sanitarios.

La puntuación global de empatía de los residentes en la JSE-HP es moderada según los puntos de corte propuestos por Hojat y Gonnella³⁵ para estudiantes de medicina. Otros estudios realizados a nivel nacional describen puntuaciones medias de empatía en sus residentes de 121 puntos²² y de 114 puntos²³. Sería interesante conocer los resultados de la escala aplicada en otros lugares de España, así como definir niveles de empatía que podamos clasificar como deficientes, aceptables o excelentes en nuestro medio.

Al comparar las puntuaciones globales del BP y empatía hacia los pacientes por año de residencia, estas mostraron una tendencia a disminuir conforme se avanzaba el año (de primero a cuarto) de este modo, las puntuaciones más bajas

las refirieron los residentes de cuarto año en ambas variables, muy semejante a lo encontrado en estudios previos^{24,25}. En este sentido, se observa que la educación médica puede ser un factor determinante para el desarrollo y mantenimiento de ambas variables²⁷. Observación que se refuerza con la evidencia que existe sobre la aparición de síntomas depresivos y burnout durante la formación profesional de los médicos, y que podrían estar asociados a los ambientes adversos y altamente demandantes a los que se enfrentan en su día a día⁴⁻⁶. De esta manera se explicaría que los residentes de cuarto año, que son quienes han pasado más tiempo dentro del contexto formativo, sean los que reflejaron las puntuaciones más bajas en comparación con los residentes recién ingresados a la especialidad.

Las diferencias en los puntajes de empatía según la especialidad que los estudiantes desean hacer no resultaron significativas, situación que concuerda con Carvajal et al.¹⁷. Se sugiere que los médicos en las especialidades «orientadas al paciente» (medicina interna y ciencias clínicas) obtienen puntajes más altos que sus contrapartes en especialidades «orientadas a la tecnología» (cirugía, medicina del trabajo, patología)³⁰. En el presente estudio se encontró que los estudiantes que pretenden especializarse en ciencias clínicas obtuvieron el promedio más alto, seguido en orden descendente por: medicina interna, ninguna especialidad, cirugía y otras (patología, epidemiología, medicina del trabajo y salud pública). Aunque el nivel de empatía no se relacione con la especialidad a seguir, existe una tendencia a obtener mayor puntaje si se desea estudiar alguna especialidad orientada al paciente.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio son contradictorios a en la variable de grado académico, todos los autores revisados Rojas Serey y cols.,¹¹ y Novelo y col. refieren una mayor empatía en los residentes de grados académicos superiores, independientemente de que sean alumnos de grado o posgrado de las diferentes especialidades en Medicina, lo anterior también concuerda con lo reportado en este

trabajo, y pone en duda el hecho de que los residentes de ortopedia en particular por su carga de trabajo, presenten baja empatía

Al Identificar los factores que contribuyen a modificar el nivel de empatía (religión, estado civil, hijos, apoyo económico familiar) en los médicos residentes de Ortopedia. encontramos variantes donde los residentes con religion cristiana catolica 54%(n=12) son moderadamente empaticos en comparacion con lo de religion cristiana evangelica, 18% (n=4) sin embargo la religion parece no influir en el nivel de empatia ya que en los resultados obtenidos en cunato a la religio los residentes presentan un nivel bajo de empatia en religion cristiana catolica 77% (n=122) y en religion cristiana evangelica 9% (n=15) en cuanto a nustr estado civil hay que mencionar que los residentes que se en union libre 7% (n=12) presentan un nivel de empatia bajo con valorde $p=0.01$ encontrandonos en una situacion en la que podria identificarse que el vivir sin un compromiso podria tener una repercusion en su estado empatico con asociación estadísticamente significativa, los residentes que se encuentran solteros presenta un nivel de empatia de moderado 81% (n=18) a bajo 87% (n=137) sin ninguna diferencia significativa deigual forma en los residentes que se encuentran casado. En cunato al apoyo economico a pesar de contar con un extra en la residencia los resultados arrojados son sorprendentes ya que este factor ni modifico el nivel de empatia ya que fue moderado con 72% (n=16) en comparacion con el nivel de empatia bajo 44.5% (n=70) con un valor de $p=0.01$ siendo significativamente estadistico por lo que intuimos que este factor podria modicicar el nivel de empatia en residentes el contar con un tipo de remuneracion extra .

En ealgunos estudios los residentes que se identificaron a sí mismos como pertenecientes a una religión obtuvieron mayores niveles de empatía; además, existe una correlación positiva entre el puntaje de la EEMJ y la EAR. Sabemos que la religión se ocupa de temas que son relevantes para la práctica médica, como el dilema de la vida y la muerte, el sufrimiento humano, además de estar asociados con la espiritualidad. Ouzouni y Nakakis²⁶ encontraron que la religión y la

religiosidad tuvieron un impacto en los niveles de empatía en estudiantes de enfermería: en particular, las estudiantes cristianas demostraron tener niveles más altos de empatía ($p < 0,002$). Asimismo, Pawlikowski et al.²⁷ sostuvieron que la religiosidad se correlaciona positivamente con el altruismo ($r = 0,12$; $p < 0,05$), enfoques holísticos ($r = 0,18$; $p < 0,01$) y empatía ($r = 0,20$; $p < 0,01$), pero no con el respeto por la autonomía.

Por el contrario, Santos et al. no encontraron asociación entre la creencia religiosa y los puntajes de empatía médica. En otro estudio, Francis et al.²⁸ señalaron que la identidad religiosa es menos importante que la imagen de Dios en las personas jóvenes. La imagen de un Dios de misericordia se asoció con puntajes más altos de empatía, mientras que la imagen de un Dios de justicia se asoció con puntajes más bajos de empatía. Además, en este estudio se evidenció que los ateos y los agnósticos puntuaron menos en los niveles de empatía. Esto plantea algunas hipótesis; los ateos y los agnósticos se caracterizan por algunas cogniciones y conductas: evadir explicaciones supernaturales, preferencia por construcciones lógicas y sistematizadas, evitación de lenguajes metafóricos, En cuanto al estado civil y al número de hijos, a diferencia de otros estudios¹⁵, no encontramos diferencias significativas, aunque la escasez de residentes casados y aquellos con 2 o más hijos podrían ser la causa de la falta de asociación.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación podrían ser causantes a la gran demanda de trabajo en la especialidad quirúrgica, el estrés empático y el entorno del que se rodean los residentes con el fin de resolver el problema del paciente sin percatarse de la situación de ser empáticos el tener una religión diferente o un estado civil no influye en la empatía médica sin embargo un apoyo una remuneración por el trabajo podría influir en su empatía siendo esto algo preocupante por la sociedad y las instituciones donde los pacientes ingresan con el fin de un trato digno y una relación adecuada con su médico.

XVI. CONCLUSIONES

Este es el primer estudio que evalúa los niveles de empatía médica en una población de médicos residentes del curso de especialización de ortopedia. Existe una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de empatía de acuerdo al género en donde los hombres resultaron ser moderadamente más empáticos que las mujeres sin embargo el nivel de empatía bajo es el que predominó en ambos sexos masculino y femenino por lo que este estudio puede tener resultados contradictorios según los puntos de corte establecidos por Hojat y colaboradores. Las mujeres registraron un puntaje significativamente alto de empatía al de los hombres.

En este estudio también se observa que los residentes con un nivel de empatía moderado en un porcentaje se encontraron en residentes menores de 28 años de edad sin embargo un mayor porcentaje de nivel de empatía bajo en residentes de todas las edades 28, 28-31, mayores de 31 años de edad quienes podrían por el paso del tiempo tener un nivel alto de empatía. Estos resultados no concuerdan con lo reportado por Ubillus et al., quienes demuestran un mayor puntaje conforme el grupo etario aumenta en edad. Esto podría argumentarse, según la investigación hecha por Kramer et al.¹¹, porque las personas conforme tienen más años de edad van presentando mayor nivel de empatía. Sin embargo, en el estudio de Sherif et al., se demostró que la orientación empática según edades no tiene significación estadística. Dicho estudio explica que se debe a que cada persona tiene su propia manera de ponerse en el lugar de otras personas y una manera diferente de enfrentarse a situaciones de la vida cotidiana independiente de la edad que tenga.¹²

En cuanto a los resultados ya obtenidos del nivel de empatía de acuerdo a año de residencia se concluyó que no existe una diferencia con significancia estadística ya que el tiempo en el que se lleva a cabo entre uno año y otro es corto sin embargo es de preocuparse que el mayor porcentaje de residentes el nivel de empatía fue bajo. Hojat et al.² encontraron que los residentes de otras especialidades no quirúrgicas y

que están en contacto directo con los pacientes muestran los mayores niveles de empatía (127,0), seguidos por los de medicina interna (121,7) y pediatría (121,5); en cambio, los residentes de neurocirugía puntuaron más bajo (117,3), seguidos por los de traumatología (116,5) y anestesiología (116,1). Quizá los niveles de empatía desempeñan un rol al momento de determinar la especialidad médica a seguir; así, aquellos médicos con menores puntajes de empatía se ven orientados a seguir especialidades que conlleven un menor acercamiento al paciente^{2,13}.

En cuanto a la religión y al número de hijos, a diferencia de otros estudios¹⁵, no encontramos diferencias significativas, aunque la escasez de residentes casados y aquellos con más hijos podrían ser la causa de la falta de asociación. En cuanto a la religión Santos et al.²⁵ no encontraron asociación entre la creencia religiosa y los puntajes de empatía médica. En otro estudio, Francis et al.²⁸ señalaron que la identidad religiosa es menos importante que la imagen de Dios en las personas jóvenes. La imagen de un Dios de misericordia se asoció con puntajes más altos de empatía, mientras que la imagen de un Dios de justicia se asoció con puntajes más bajos de empatía. El estado civil del médico residente fue un factor relevante, aunque otros estudios hallaron lo contrario⁹. Esto debido a que las personas casadas generalmente desarrollan determinadas habilidades como la adaptabilidad, mejor comunicación, comprensión y el manejo de emociones hacia el otro¹⁰. Asimismo, teóricamente, la tenencia de hijos afectaría favorablemente la conducta empática y psicosocial de una persona; como menciona Park et al, en su estudio multicéntrico en Corea⁹. Sin embargo, existe controversia sobre este tema. Se propone que posiblemente los médicos residentes solteros tienen más tiempo para dedicar a su bienestar personal y estar una mayor parte del tiempo con sus pacientes, desarrollando de esa manera su empatía¹¹. En nuestro estudio se halló alguna diferencia significativa, probablemente se deba a una baja proporción de personas union libre evaluadas en este estudio. Otro factor importante fue el apoyo económico familiar el cual fue significativo en donde se apreció que los que tenían un apoyo económico la empatía tenía un nivel moderado por lo tanto influye en el su estado.

Los resultados obtenidos en esta investigación son cruciales, ya que aporta una primera impresión de la orientación empática que los residentes, y no solo por las nuevas tendencias en el diseño y manejo de la salud, tal como lo propone Ubillus et al. ⁷, la cual consiste en incorporar a las prácticas clínicas lo más temprano posible a los residentes; idealmente, desde los primeros años de estudios, no solo como un intento de mejorar las habilidades clínicas, sino con un profundo conocimiento de lo que significa ser empático, término que muchas veces es confundido con simpatía, trato amable y cortés, entre otros.

Es necesario considerar que durante la formación clínica se promueva el desarrollo de la empatía para lograr con ello un personal profesional mejor capacitado, no solo en el área de las ciencias, sino también en el área humana, y con ello ayudar a mejorar la calidad en la atención de los servicios de salud.

Recomendamos evaluar la empatía como un proceso evolutivo para lo cual serían propicios diseños de estudio longitudinales o que evalúen el nivel de empatía luego de una intervención educativa. Así mismo, recomendamos utilizar herramientas que permitan medir la empatía mediante instrumentos que evalúen niveles más altos de la escala empática de Jefferson sino que también consideren el punto de vista del paciente o un observador, lo que se puede lograr con métodos como el ECOE (Evaluación Clínica Objetiva Estructurada), instrumento de entrenamiento y evaluación de competencias mediante la aplicación de escenarios de simulación clínica validados, aunque este demanda más recursos.

XVII. Referencias

1. Barbado-Alonso J. Aspectos históricos antropológicos de la relación médico-paciente. *Habilidades en salud* Published online 2005:31-36. http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_70/pdf/31_36.pdf
2. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. 2002;159(9):1563-1569. doi:10.1176/appi.ajp.159.9.1563
3. 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. *Atención Fam*. 2015;22(2):43-45. doi:10.1016/s1405-8871(16)30046-3
4. 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. doi:10.1016/j.aprim.2014.12.012
5. Spiro H. Commentary: The practice of empathy. *Acad Med*. 2009;84(9):1177-1179. doi:10.1097/ACM.0b013e3181b18934
6. Braack LE, Retief PF. Dispersal, density and habitat preference of the blow-flies *Chrysomya albiceps* (Wd.) and *Chrysomya marginalis* (Wd.) (Diptera: Calliphoridae). *Onderstepoort J Vet Res*. 1986;53(1):13-18.
7. Moreto G, Pessini L, Benedetto MAC. La erosión de la empatía en estudiantes de Medicina: reporte de un estudio realizado en una universidad en São Paulo, Brasil. 2014;21(1):16-19.
8. Hojat M, Erdmann JB, Gonnella JS. Personality assessments and outcomes in medical education and the practice of medicine: AMEE Guide No. 79. *Med Teach*. 2013;35(7):1267-1301. doi:10.3109/0142159X.2013.785654
9. Hojat M, Erdmann JB, Veloski JJ, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ*. 2002;36(6):522-527. <http://www.blackwellpublishing.com>
10. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med*. 1984;101(5):692-696. doi:10.7326/0003-4819-101-5-692
11. Inv I. Evolución conceptual de la empatía. *Iniciación a la Investig*. 2009;0(4):1.
12. J. S. *La Empatía y Su Desarrollo*. (DDB, ed.); 1992.
13. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: A review. *Ochsner J*. 2010;10(1):38-43. doi:10.3329/jbcps.v32i2.26036
14. Giacomo R, Corrado S. *Las Neuronas En Espejo: Los Mecanismos de La Empatía Emocional*. Salud Ment. Paidós; 2007.
15. Izzolatti R, Inigaglia GYS, Los C Las. RIZZOLATTI, G. Y SINIGAGLIA, C. (2006). Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. *Anu Psicol*. 2007;38(2):321-323. doi:10.1344/anuario.any.volum.numero
16. Campo-Cabal G, Álvarez J, Morales AM. La entrevista médica con un enfoque terapéutico. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2006;XXXV(4):547-569.
17. Ramírez P. "Nivel De Empatía De Los Estudiantes Practicantes De

- Psicología Clínica”(Estudio Realizado Con Estudiantes Practicantes De. *Biblio3UrlEduGt*. Published online 2012.
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Castillo-Pedro.pdf>
18. Barsky AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med*. 1981;94(4 I):492-498. doi:10.7326/0003-4819-94-4-492
 19. Canale S Del, Louis DZ, Maio V, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med*. 2012;87(9):1243-1249. doi:10.1097/ACM.0b013e3182628fbf
 20. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Adv Heal Sci Educ*. 2018;23(5):899-920. doi:10.1007/s10459-018-9839-9
 21. Igea NP. “Educar en empatía a niños de 0 a 6 años.” *Univ Navarra*. Published online 2015.
 22. Ma H. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar The Importance of Physician-Patient Communication in Family Medicine. 2006;8(2):137-143.
 23. Estado LT, Miranda S, Gabriela L, et al. Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas*. 2011;16(4):221-228.
 24. Repetto Talavera E. *Fundamentos de Orientación, La Empatía En El Proceso Orientador*. Morata; 1977.
 25. Castillo A. A, Benavente C. S, Arnold A. J, Cruz M. C. Presencia de síndrome de burnout en Hospital El Pino y su relación con variables epidemiológicas. *Rev ANACEM*. 2012;6(1):9-13.
 26. Tomás M, Rodríguez L, Ángel CM, Aspiazu B. Las habilidades comunicativas en la entrevista médica Communicative skills during the medical interview. *Rev Cuba Med Mil*. 2009;38(4):79-90.
<http://scielo.sld.cu79>
 27. Madera-Anaya M, Tirado-Amador L, González-Martínez F. Factores relacionados con la empatía en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Cartagena. *Enferm Clin*. 2016;26(5):282-289.
doi:10.1016/j.enfcli.2016.06.004
 28. Alcorta-Garza A, González-Guerrero JF, Tavitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M. Validity and reliability of the Jefferson Scale of Physician Empathy in Mexican medical students. *Salud Ment*. 2005;28(5):57-63.
 29. Escrivá VM, Navarro MDF, García PS. La medida de la empatía: Análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*. 2004;16(2):255-260.
 30. Hojat M, Gonnella JS. Eleven years of data on the jefferson scale of empathy-medical student version (JSE-S): Proxy norm data and tentative cutoff scores. *Med Princ Pract*. 2015;24(4):344-350. doi:10.1159/000381954
 31. Huarcaya-victoria J, Villanueva-ruska A. Evaluación de los niveles de empatía médica en médicos residentes de un hospital general en Perú. *Educ Medica*. 2019;20.

XVIII. Anexos

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Serie I

Instrucciones: En esta serie se presentan preguntas relativas a las características sociodemográficas de los participantes. Responda marcando en los aspectos correspondientes sus respuestas.

Sexo: femenino masculino

Estado civil : soltero casado divorciado union libre viudo

Edad _____

Religión: cristiana-evangélica, cristiana-católica, testigo de jehova, mormon

Serie II

Instrucciones: En esta serie se presentan preguntas relativas a las características académicas de los participantes. Responda marcando en los aspectos correspondientes sus respuestas.

Año de Residencia:

primero segundo tercero. Cuarto

Hijos : SI. NO.

Numero de hijos: 1. 2. 3. Mas de 3

Lugar de origen: procedente de la ciudad e mexico foraneo

¿Cuenta con algun ingreso extra al apoyo otorgado por la cede de residencia (apoyo familiar, beca externa, salario externo etc)

Si. No

Serie III

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de preguntas para evaluar su nivel de empatía médica. Responda cada pregunta eligiendo la opción de respuesta con la que se identifique.

1) Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

2) Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

3) Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

4) Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

5) Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

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

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

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

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo

3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

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

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

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

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

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

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

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

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

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

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo

3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

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

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

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

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

15) Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

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

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

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

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo

5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

18) No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

19) No disfruto leer literatura no médica o arte?


1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

20) Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Algo de acuerdo
4. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
5. Algo en desacuerdo
6. En Desacuerdo
7. Totalmente en desacuerdo

³¹ Huarcaya-victoria J, Villanueva-ruska A. Evaluación de los niveles de empatía médica en médicos residentes de un hospital general en Perú. *Educ Medica*. 2019;20.

Carta de consentimiento informado

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL	
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN “Nivel de Participación del Médico Adscrito como Profesor en la formación del Médico residente de Ortopedia”	
Nombre del estudio:	“Nivel de Participación del Médico Adscrito como Profesor en la formación del Médico residente de Ortopedia”
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México a
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se me explica que la información sobre la participación del médico adscrito en la enseñanza del médico residente es escasa, es de suma importancia conocer el nivel de participación del médico adscrito para desarrollar nuevas tácticas educativas. El objetivo del presente estudio es: Identificar el nivel de participación del médico adscrito como profesor en la formación del médico residente de Ortopedia de la Unidad Médica de Alta Especialidad “Dr. Víctor de la Fuente Narváez” del IMSS.
Procedimientos:	Se me aplicará un cuestionario en formato electrónico utilizando la aplicación SurveyMonkey, se me enviará a través del número telefónico proporcionado, a través de la aplicación Whatsapp, el cuestionario consta de 26 reactivos y es de opción múltiple, el promedio de tiempo para responderlo es de 10 min.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejora y creación de nuevas estrategias educativas para el médico residente en Ortopedia.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados del estudio los podré consultar en cualquier momento que se lo solicite al investigador. Serán presentados en su versión final a manera de Tesis.
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá en completa confidencialidad los resultados proporcionados por cada uno de los médicos residentes. Los datos solicitados son anónimos y no permitirán la identificación de los sujetos de estudio. Los resultados solo se utilizarán para fines de la presente investigación.
Autorizo el estudio:	<input type="checkbox"/> Si autoriza. <input type="checkbox"/> No autorizo.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Mejora y creación de nuevas estrategias educativas para el médico residente en Ortopedia y de capacitación para el médico adscrito como profesor.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable: Oscar Ulises Moreno Murillo, Dirección Médica de Traumatología de la Unidad Médica de Alta Especialidad “Víctor de la Fuente Narváez” IMSS. Av. Colector 15 S/N esquina Av. Instituto Politécnico Nacional, colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A Madero, CP 07760. Teléfono 57473500 ext. 25689, correo electrónico oscarmorenom@imss.gob.mx .	
Colaboradores: Rubén Torres González, Director de Educación e Investigación en Salud de la Unidad Médica de Alta Especialidad “Víctor de la Fuente Narváez” IMSS. Av. Colector 15 S/N esquina Av. Instituto Politécnico Nacional, colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A Madero, CP 07760. Teléfono 57473500 ext. 25689, correo electrónico ruben.torres@imss.gob.mx ; José Alfonso Corona De la Torre, Médico Residente de 4to año de la Especialidad de Ortopedia, Unidad Médica de Alta Especialidad “Víctor de la Fuente Narváez”, IMSS. Av. Colector 15 S/N esquina Av. Instituto Politécnico Nacional, colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A Madero, CP 07760. Teléfono 57473500 ext. 25689, correo electrónico alfonso.corona@gmail.com .	
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 4º 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	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ José Alfonso Corona De la Torre Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	

Carta de aceptación



GOBIERNO DE
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
Hospital de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación
"Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Ciudad de México



Ciudad de México a 20 de mayo de 2021

Carta de aceptación de tutor y/o investigador responsable del proyecto

División de Educación en Salud

Dra. Elizabeth Perez Hernandez

Dra. Elizabeth Perez Hernandez

Por medio de la presente con referencia al "Procedimiento para la Evaluación, Registro, Seguimiento y Modificación de Protocolos de Investigación en Salud presentados ante el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud" Clave 2810-003-002; Así como en apego en la normativa vigente en Materia de Investigación en Salud, Declaro que estoy de acuerdo en participar como tutor de trabajo de investigación del Alumno **Kaori Guadalupe Honda Partida** del curso de especialización médica en Ortopedia, avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México, vinculado al proyecto de investigación titulado:

"EMPATÍA MÉDICA EN RESIDENTES DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE ORTOPEdia"

En el cual se encuentra como investigador/a responsable el/la:

Lic. Estela López Martínez. 99350528

Psic. Estela López Martínez
PSICOLOGÍA CLÍNICA
CED. PROF. 5584893
MAT. 99350528

Siendo este el responsable de solicitar la evaluación del proyecto, así como una vez autorizado y asignado el número de registro, informar al comité local de investigación en salud (CLIS) correspondientemente, respecto al grado de avance, modificación y eventualidades que se presenten, durante el desarrollo del mismo en tiempo y forma.

Nombre y firma autógrafa del/la tutor/a

Dr. Rubén Torres González:

Nombre y firma del/la Investigador/a responsable:

Lic. Estela López Martínez. 99350528

Para el investigador responsable: Favor de imprimir, firmar, escanear el documento; posteriormente desde su bandeja como investigador responsable en SIRELCIS, se cargará en anexos. Hacer llegar la original al secretario del CLIS correspondiente.

Carta de visto bueno



GOBIERNO DE
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
Hospital de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación
"Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Ciudad de México



Ciudad de México a 20 de mayo de 2021

Carta de Visto Bueno y División de educación en salud
Dra. Elizabeth Perez Hernandez

Por medio de la presente con referencia al "Procedimiento para la Evaluación, Registro, Seguimiento y Modificación de Protocolos de Investigación en Salud, presentados ante el Comité Local de Investigación en Salud" Clave 2810-003-002; así como en apego a la normativa vigente en Materia de Investigación en Salud, declaro que estoy de acuerdo en participar en el desarrollo del trabajo de tesis del Alumno **Kaori Guadalupe Honda Partida**, de la especialidad en Traumatología y Ortopedia, vinculado al proyecto de investigación llamado:

**"EMPATÍA MÉDICA EN RESIDENTES DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
DE ORTOPEdia"**

En el cual se encuentra como investigador/a responsable:

Lic. Estela López Martínez 99350528

Siendo este el responsable de solicitar la evaluación del proyecto, así como una vez autorizado y asignado el número de registro, informar al Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) correspondientemente, respecto al grado de avance, modificación y eventualidades que se presenten, durante el desarrollo del mismo en tiempo y forma.

Nombre y firma autógrafa del/ la tutor/a:

Dr. Rubén Torres González

Vo. Bo. Del/Jefe/a de División/Subdirector/Director:

Nombre y Firma autógrafa:

Dr. Moreno Murillo Oscar Ulises

Para el investigador responsable: Favor de imprimir, firmar, escanear el documento; posteriormente desde su bandeja como investigador responsable en SIRELCIS, se cargará en anexos. Hacer llegar el original al secretario del CLIS correspondiente.

DICTAMEN DE APROBADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3401**,
Unidad Médica de Alta Especialidad De Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación Dr. Victorio de la Fuente Narváez

Registro COFEPRIS **17 CI 09 005 092**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 001 2018012**

FECHA **Viernes, 04 de junio de 2021**

Lic. ESTELA LOPEZ MARTINEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Empatía medica en residentes del curso de especialización de ortopedia** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3401-036

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dra. Fryda Medina Rodríguez
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3401

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL