

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“EMPATÍA MÉDICA EN RESIDENTES DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL -IGSS-”**

Estudio transversal realizado en las especialidades médicas de:
Medicina Interna, Pediatría, Gineco Obstetricia, Traumatología y Ortopedia,
Cirugía, Anestesiología, Psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación

julio-agosto 2016

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Flor Estefania García López
Alejandra Madelleine Rosales García
Edgardo Guillermo Cueva Lopez**

Médico y Cirujano

Guatemala, septiembre de 2016

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Flor Estefania García López	200817115
Alejandra Madelleine Rosales García	200817190
Edgardo Guillermo Cueva Lopez	200880027

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

“EMPATÍA MÉDICA EN RESIDENTES DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL -IGSS-”

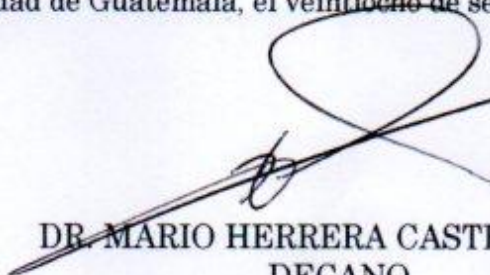
Estudio transversal realizado en las especialidades médicas de:
Medicina Interna, Pediatría, Gineco Obstetricia, Traumatología y Ortopedia,
Cirugía, Anestesiología, Psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación


julio-agosto 2016

Trabajo asesorado por el Dr. José Pablo de León Linares y revisado por el Dr. Jency Octavio Monterroso Monzón, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el veintiocho de septiembre del dos mil dieciséis


DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Flor Estefania García López	200817115
Alejandra Madelleine Rosales García	200817190
Edgardo Guillermo Cueva Lopez	200880027

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

**“EMPATÍA MÉDICA EN RESIDENTES DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL -IGSS-”**

Estudio transversal realizado en las especialidades médicas de:
Medicina Interna, Pediatría, Gineco Obstetricia, Traumatología y Ortopedia,
Cirugía, Anestesiología, Psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación

julio-agosto 2016

El cual ha sido revisado por el Dr. José Pablo de León Linares y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el veintiocho de septiembre del dos mil dieciséis.

César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador



Guatemala, 28 de septiembre del 2016

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotros:

Flor Estefania García López
Alejandra Madelleine Rosales García
Edgardo Guillermo Cueva Lopez



Presentamos el trabajo de graduación titulado:

“EMPATÍA MÉDICA EN RESIDENTES DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL -IGSS-”

Estudio transversal realizado en las especialidades médicas de:
Medicina Interna, Pediatría, Gineco Obstetricia, Traumatología y Ortopedia,
Cirugía, Anestesiología, Psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación

julio-agosto 2016

Del cual el asesor y revisor se responsabilizan de la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de
la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Firmas y sellos

Revisor: Dr. José Pablo de León Linares

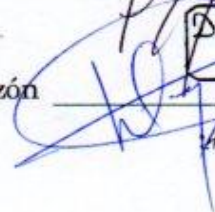
No. de registro de personal

20151539

Asesor: Dr. Jency Octavio Monterroso Monzón



Dr. José Pablo De León Linares
MEDICO Y CIRUJANO
Col. 18824



Jency Octavio Monterroso Monzón
Médico Especialista "A"
Colegiado 12,205
C.A.I.S.M. - I.G.S.S.

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los niveles de empatía médica en los residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, de julio a agosto 2016. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, realizado con 158 residentes, mediante la Escala de Empatía Médica de Jefferson. **RESULTADOS:** Características Sociodemográficas: 80 (51%) residentes de sexo masculino (μ : 28; \pm 2); 105 (66%) católicos y 140 (87%) solteros. Características académicas: Únicamente 10 (6.33%) no se encuentran realizando su primera opción de especialidad médica; 76 (48.10%) repitieron algún año durante el pregrado, la mayor proporción de residentes se encontró en cirugía (18.9%). Con relación a la empatía médica se observó que únicamente 17 (10.7%) (IC95%: 12-31) presentaron un nivel alto; se evidenció asociación entre este nivel y el sexo masculino (X^2 4.62; OR 2.73 (IC95% 1.06-7.03) P 0.045. **CONCLUSIONES:** La especialidad médica con mayor proporción de residentes es cirugía; del total de los encuestados únicamente diez no se encuentran realizando su primera opción de posgrado. Cuatro de cada diez repitieron algún año durante su pregrado. Una minoría de los encuestados evidenció nivel alto de empatía; las especialidades en las que se encuentran los niveles de empatía más altos son: medicina física y rehabilitación y pediatría. Los residentes del sexo masculino presentan 2.73 veces más probabilidad de tener un nivel de empatía catalogado como alto según el test de Jefferson en comparación a las residentes de sexo femenino.

Palabra Clave: Empatía médica, médicos residentes, Escala de empatía médica de Jefferson.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
2.1. Objetivo general	5
2.2. Objetivos específicos	5
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1. Empatía médica	8
3.2. Ciclos de empatía.....	9
3.3. Comunicación médico paciente.....	10
3.3.1. Problemas	11
3.3.2. Estrategias para mejorar.....	12
3.4. Bases neuronales de la empatía	13
3.5. Neuronas espejo	15
3.6. Aplicaciones en el ámbito clínico.....	17
4.7. Instrumentos de medición.....	18
4.8. Antecedentes.....	21
4.9. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	24
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	25
4.1. Enfoque y diseño	25
4.2. Unidad de análisis.....	25
4.2.1. Unidad primaria de muestreo.....	25
4.2.2. Unidad de análisis	25
4.2.3. Unidad de información	25
4.3. Población y muestra	26
4.3.1. Población o universo.....	26
4.3.2. Marco muestral.....	26
4.3.3. Muestra.....	26
4.3.3.1Tamaño de la muestra	26
4.3.3.2 Métodos y técnicas de muestreo.....	28
4.4 Selección de los sujetos a estudio	28
4.4.1 Criterio de inclusión	28

4.4.2 Criterios de exclusión.....	28
4.4. Medición de variables.....	29
4.5. Técnicas, procesos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos.....	32
4.5.1. Técnica de recolección de datos.....	32
4.5.2. Procesos.....	32
4.5.3. Instrumentos de medición.....	33
4.6. Procesamiento de datos.....	34
4.6.1. Análisis de datos.....	34
5. RESULTADOS.....	35
6. DISCUSIÓN.....	43
7. CONCLUSIONES.....	47
8. RECOMENDACIONES.....	49
9. APORTES.....	51
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
11. ANEXOS.....	63
11.1. Instrumento de evaluación.....	63
11.2. Consentimiento informado.....	71

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de empatía se refiere a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente. No obstante, la misma se ha asociado en forma teórica o empírica con una serie de atributos como el respeto, el comportamiento pro social, el razonamiento moral, las actitudes positivas hacia las personas de edad avanzada, la habilidad para recabar la historia clínica y la ejecución del examen físico, la satisfacción del paciente, la satisfacción del médico, la mejor relación terapéutica y los buenos resultados clínicos.^{1,2,3.}

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.^{4,5,6.}

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.^{7,8,9.}

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.^{10,11,12,13.}

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 ($r = 0,07$).¹¹

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).^{10,11.}

Delgado-Bolton R, Cols (2012) ejecutaron un estudio en el que participaron 104 médicos residentes (67 españoles y 32 latinoamericanos) los cuales realizaban los programas de formación médica especializada en los servicios de atención primaria y hospitalaria. La empatía se midió mediante el cuestionario de empatía médica de Jefferson, la puntuación media de empatía de los médicos españoles fue mayor que la de los latinoamericanos ($p = 0,01$). La puntuación más alta de empatía según el año de residencia apareció en el grupo que iniciaba su formación, seguida del grupo que entraba en su último año de residencia, la puntuación media más baja apareció en el grupo que iniciaba el tercer año de residencia. No se encontraron diferencias significativas al comparar la empatía entre hombres y mujeres. En el caso de la edad, el análisis de correlación confirmó la existencia de una asociación inversa entre esta variable y la empatía. Se concluyó que los

resultados observados ponen en evidencia la necesidad de mejorar el desarrollo de esta habilidad en profesionales sanitarios latinoamericanos.^{14,15,16.}

Park C. (2015) evaluó a 317 médicos residentes de diferentes especialidades de la Universidad de Kyung Hee en la que completaron una encuesta de la Escala de Empatía de Jefferson. Los participantes se clasificaron por especialidad médica: Especialidades orientadas a personas (Grupo EOP) o especialidades orientadas a tecnología (Grupo EOT). Ser mujer, casada, y tener hijos fueron factores relacionados con una mayor empatía (género, $t = -2,129$, $P = 0,034$; matrimonio, $t = -2,078$, $p = 0,038$; niños, $t = 2,86$, $p = 0,005$). Dentro del grupo de especialidad, los residentes de EOP mostraron puntuaciones más altas de empatía en el cuarto año, en comparación con el primer año, $F = 3,166$, $p = 0,026$. La comparación de grupo EOP y grupos EOT por año, cuarto año EOP residentes tenían puntuaciones significativamente más altas que hizo el cuarto año los residentes de EOT, $t = 3.349$, $P = 0,002$. Las puntuaciones fueron significativamente mayores cuando las participantes fueron mujeres, casadas y si tuvieron hijos (mujeres versus hombres, $t = -2,129$, $P = 0,034$; casados versus solteros, $t = -2,078$, $p = 0,038$; hijos versus sin hijos, $t = 2,860$, $p = 0,005$). Los resultados revelaron que los participantes con dos o más hermanos tenían puntuaciones más altas que los que tenía un hermano o eran hijos únicos ($F = 5,042$, $p = 0,007$).¹⁷

Tomando en cuenta los antecedentes antes descritos, en la presente investigación se trazó el objetivo general de determinar la empatía médica en los residentes de las diferentes especialidades médicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el cual se procedió a alcanzar mediante un estudio de diseño transversal realizado durante los meses de julio y agosto. 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.^{18,19,20,21}

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar los niveles de empatía médica en los residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- de julio a agosto 2016.

2.2. Objetivos específicos

- 2.2.1. Identificar las características sociodemográficas de la muestra según: Sexo, edad, religión y estado civil.
- 2.2.2. Identificar las características académicas de la muestra según: Especialidad médica, año de especialidad, especialidad médica actual como primera opción y repitencia en pregrado.
- 2.2.3. Categorizar los niveles de empatía mediante el test de Jefferson
- 2.2.4. Cuantificar la asociación entre el nivel de empatía alto, y las variables sexo, especialidad médica y año de residencia.

3. MARCO TEÓRICO

A través de la historia, se ha demostrado que 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.²⁵ 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.²² 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.²²

Juan Rof Carballo, considerado el padre de la medicina psicosomática cita a Siebeck para decir: “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.”²²

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.^{22,23}

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.

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.

La relación entre el médico y el paciente influye determinadamente en el curso de la enfermedad.²⁵

El profesor López Sánchez de la Universidad de Granada afirma que “la medicina psicosomática no es una especialidad médica sino una necesaria actitud del clínico en general”. Así mismo el psicólogo Luis Cencillo dice “la medicina solo puede ser psicosomática, cuando deja de serlo, se convierte en veterinaria”.²⁶

El fortalecimiento de la relación médico paciente permitirá un mayor éxito en la terapéutica medica englobando al paciente en su totalidad. En la actualidad, los adelantos científicos nos permiten gozar de tecnología que facilitan diagnósticos y tratamientos cada vez más efectivos, sin embargo, poco a poco se ha descuidado esa parte donde se entiende al ser humano que sufre y muere, es decir, la empatía.

3.1. Empatía médica

Robert Viscer fue un historiador del arte y filósofo alemán que uso formalmente el termino de empatía en el siglo XVIII empleando la palabra de Einfülung que se traduciría como “sentirse dentro de” para referirse a los sentimientos del observador provocados por obras de arte. No fue hasta 1909 cuando Titchener, acuñó el término “empatía” tal y como se conoce actualmente, valiéndose de la etimología griega (εμπάθεια) a lo que se refiere como la cualidad de sentirse dentro.²⁷

El término empatía fue introducido en 1909 por el psicólogo inglés Edward Bradner Titchener como traducción de la palabra alemana einfühlung. Southard fue el primero en incorporar la empatía en 1918 a la relación médico-paciente como un recurso para facilitar el diagnóstico y la terapéutica.²⁸

El concepto de empatía se refiere a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinando la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente.²⁷ Además se ha descrito como el proceso de comprensión de la experiencia subjetiva de una persona al compartir dicha experiencia al observador.²⁸ Eduardo García Solís lo define como los actos mediante los cuales se aprende de la vivencia ajena; como expresa Stein “es la

experiencia de la conciencia ajena en general. Es la experiencia que un yo tiene de otro yo, experiencia en la que aprehende la vida anímica de su prójimo.²⁹

3.2. 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.

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.

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.

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.³⁰

3.3. Comunicación médico 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.

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.

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.

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.

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.³¹

3.3.1. Problemas

Hay muchas barreras para una buena comunicación en la relación médico paciente, incluyendo los pacientes la ansiedad y el miedo, la carga de trabajo de los médicos, el miedo de litigios, miedo al abuso físico o verbal, y expectativas poco realistas de los pacientes.³²

- El deterioro de las habilidades comunicativas del médico:

Se ha observado que las habilidades de comunicación de los estudiantes de medicina tienden a disminuir a medida que progresan en su educación médica. Por otra parte, la brutalidad de la formación médica tanto física y emocional, sobre todo durante el internado y residencia, tiende a suprimir sus niveles de empatía.

- La no divulgación de información:

La interacción médico- paciente es un proceso complejo y la falta de comunicación sería una falla potencial, especialmente en términos del pronóstico del paciente, el propósito de la atención, las expectativas, y participación en el tratamiento. Buena habilidad de comunicación practicadas por los médicos permitió a los pacientes percibirse como un participante completo durante discusiones relativas a su salud.

- La conducta de evitar por parte de los médicos:

Hay observaciones reportadas de los médicos evitando la discusión del impacto emocional y social de los problemas del paciente, ya que les angustiaba cuando no podían manejar estas cuestiones o no tenían el tiempo para hacerlo adecuadamente. Esta situación afectada negativamente a los médicos y ha tendido a aumentar la angustia de los pacientes.

- La poca colaboración:

La actitud de los médicos tiende a desanimar a los pacientes a expresar sus preocupaciones y expectativas, así como las solicitudes de más información. Esta influencia negativa del comportamiento de los médicos y el resultante deterioro de la comunicación médico-paciente ha disuadido a los pacientes de afirmar su necesidad de información y explicaciones. Los pacientes pueden sentirse impotentes e incapaces de alcanzar sus objetivos de salud.

3.3.2. 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.³¹

Habilidades de comunicación básicas:

- 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:

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

Habilidades de comunicación avanzadas:

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

Las habilidades de comunicación implican la capacidad de escuchar atentamente, la empatía, y el uso de preguntas abiertas. Una mejora de la comunicación entre médico y paciente, tiende a aumentar la participación de los pacientes y la adhesión a la terapia recomendada. A menudo los pacientes consideran a los médicos como una de sus fuentes más importantes de apoyo psicológico. La empatía es una de las maneras más poderosas de proporcionar este apoyo para reducir sentimientos de aislamiento y la validación de los pacientes de sus sentimientos o pensamientos de forma normal y de esperarse.

3.4. Bases neuronales de la empatía

La respuesta empática incluye la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar a partir de lo que se observa, de la información verbal o de la información accesible desde la memoria, y la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que puede producir tristeza, malestar o ansiedad. Así, la empatía debe favorecer la percepción tanto de las emociones (alegría, tristeza, sorpresa) como de las sensaciones (tacto, dolor) de otras personas.

Al hablar de cognición social, se hace referencia al conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales, y que incluye la percepción, interpretación y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de otros. La cognición social incluye las áreas de procesamiento de emociones, la percepción social, el conocimiento de las reglas sociales, y la teoría de la mente. Se cree las habilidades cognitivas y sociales capacitan a los sujetos para interactuar de forma efectiva con su ambiente social, y que un fallo en ciertos aspectos de la cognición social llevaría al sujeto a percibir menos lo social, a reacciones inesperadas hacia el otro y, con el tiempo, a la retirada social.

La teoría de la mente, también denominada inteligencia social, implica la habilidad para inferir las intenciones y creencias de los demás, y fue definida por Premack y Woodruff como la habilidad para conceptualizar los estados mentales para así poder explicar y predecir gran parte de su comportamiento.³³

Componentes clave de la cognición social son la capacidad de reconocer correctamente los estados y las intenciones de otras personas y ser capaz de empáticamente sentir lo que sienten. Hay mucha evidencia que muestra que la oxitocina aumenta la capacidad de reconocer las expresiones emocionales en caras. Mientras algunos estudios encontraron un efecto específico de oxitocina en el reconocimiento de caras felices, otros encontraron un efecto específico para el reconocimiento miedo. Interesantemente, no sólo se observaron estos efectos durante una presentación normal de caras, sino también en una muy breve presentación con enmascarados.

La prueba de lectura de la mente a los ojos (RMET) requiere la capacidad de detectar estados emocionales de las imágenes representadas exclusivamente en la región de los ojos de diferentes individuos. Mientras que algunos utilizan esta prueba para el reconocimiento de emociones, adicionalmente cubre las funciones cognitivas sociales, como la teoría de la mente. En este específico paradigma, administraron 24 unidades de oxitocina a los participantes y se observó una mejora en su rendimiento. Este efecto se observa específicamente en individuos con alexitimia, las cuales son personas con reducidas habilidades de empatía, lo que señala el papel de la oxitocina en la empatía.³⁴

Preston y Waal sugieren que la observación y la imaginación de los demás en un estado emocional activan automáticamente la correspondiente representación en el observador, a lo largo de sus respuestas autonómicas y somáticas. El descubrimiento de las neuronas espejo, una clase de neuronas corticales motoras y parietales activadas durante la ejecución y observación de acciones, brinda un mecanismo neural para representaciones compartidas en el dominio de la comprensión de acción.³⁵

Se ha demostrado que estas neuronas espejo del lóbulo parietal inferior no sólo codificaban los actos motores observados, sino que además permitían al observador entender las intenciones del otro. Se ha comprobado que una parte de las neuronas espejo de la corteza pre motora se activaba durante la presentación de una acción, pero también cuando se escondía la parte final de la acción y, por tanto, sólo podía inferirse. Esto significa que la representación motora de una acción realizada por otros puede generarse internamente en la

corteza pre motora del observador, incluso cuando la descripción visual de la acción no está completa. Estos hallazgos recientes en monos muestran que las neuronas espejo no sólo se relacionan con la representación de la acción, sino que también facilitan la comprensión de los otros y sus intenciones, lo que estaría muy relacionado con el componente cognitivo de la empatía y con la teoría de la mente.

En los seres humanos, las representaciones neuronales compartidas entre uno mismo y los otros se describió por primera vez en el campo de la acción y la emoción. Estudios recientes mostraron el papel de las representaciones compartidas en el área del procesamiento del dolor y del tacto. Las neuronas espejo de las áreas pre motoras, que se creía que estaban implicadas únicamente en el reconocimiento de una acción determinada, están también involucradas en la comprensión de la conducta de los otros. Los individuos con mayor empatía han mostrado tener una mayor activación del sistema motor de las neuronas espejo que los de puntuaciones bajas. Como se ha recientemente, las neuronas espejo explicarían cómo podemos acceder a las mentes de otros y entenderlas, facilitando de este modo la conducta social.³⁶

3.5. Neuronas espejo

La capacidad para sentirse en la piel del otro es posible gracias a la existencia de las neuronas espejo. Rizzolatti y Sinigaglia describen meticulosamente, el proceso de su descubrimiento en monos y en humanos, así como la trascendencia y límites que su conocimiento supone para comprender mejor algunos aspectos de la naturaleza humana, desde la empatía hasta la capacidad para el lenguaje. Determinadas neuronas cercanas al área de Broca, o de la corteza pre motora o del lóbulo parietal inferior, se excitan cuando el investigado observa una acción de otro individuo, de forma parecida a si actuasen ellos. Se les denomina neuronas espejo.

A mediados de los años noventa, se descubrió que, al colocar electrodos en la corteza cerebral del mono, algunas áreas frontales posteriores había neuronas que reaccionaban tanto cuando el mono realizaba una acción determinada como cuando observaba a otro individuo que realizaba la misma acción.

Cuando el mono agarraba una fruta de la mesa se activaban unas neuronas de la zona frontal posterior, pero cuando era el experimentador quien agarraba la fruta para llevársela a la boca también se activaban las mismas neuronas en el mono. Se les denominó neuronas espejo. El cerebro del animal era capaz de revivir la acción de otro en sus propios circuitos neuronales. Por medio de estas neuronas espejo el animal tenía comprensión motora de las acciones de otro, a pesar de estar inmovilizado.

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.

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.

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.

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.³⁷

3.6. Aplicaciones en el ámbito clínico

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.^{41,42}

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.^{2, 43}

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.^{44,45}

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 mide 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.⁴⁷

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.

4.7. Instrumentos de medición

En el transcurso de los años 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 diferentes poblaciones de los países de América Latina, es la Escala Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), este instrumento fue desarrollado 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 escala fue realizada con el propósito de obtener un instrumento capaz de operacionalizar el concepto de empatía en

estudiantes y profesionales de la salud. Esta investigación 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. En su primera versión se realizaron pruebas piloto con estudiantes de medicina, residentes y profesionales en práctica.

La versión final del instrumento define el concepto de empatía como multidimensional que se engloba en 3 factores: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para “ponerse en el lugar del paciente “. ^{7, 48}

La versión final de la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) cuenta con 20 ítems, de los cuales 10 elementos se evalúan de forma positiva y 10 elementos negativamente. La respuesta se obtiene mediante una escala de Likert, en la cual los elementos positivos reciben una puntuación de 1 a 7, en donde el 7 representa totalmente de acuerdo y el 1 totalmente desacuerdo; en cuanto a los elementos negativos su puntuación también es una escala de Likert de 1 a 7 puntos, calificados inversamente. Los puntajes de EEMJ pueden fluctuar en un mínimo de 20 puntos y un máximo de 140 puntos; mientras más alto el resultado más empático la orientación del individuo. ^{7, 49}

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 ha 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. ⁵⁰ Específicamente en el campo de la medicina se ha aplicado esta escala en el estudio de la Relación entre el género con la especialidad del médico, la medición de la empatía en los diferentes años de carrera en medicina y la medición de la disminución de la empatía durante los años de estudio en escuelas de medicina.

Se han desarrollado otras escalas, sin embargo no han tenido tanto éxito como la EEMJ, debido al enfoque multidimensional de esta, entre los instrumentos de evaluación de empatía podemos mencionar el Índice de Reactividad

Interpersonal de Davis, el cual fue creado en 1980 y adaptado en su versión española en 1983, es un cuestionario de auto-administración el cual cuenta con 28 ítems e integra 4 sub-escalas que permiten evaluar las diferentes dimensiones de la empatía en un concepto global: Toma de perspectiva, Fantasía, Preocupación empática y Malestar personal, cada una de ellas con 7 ítems. La principal característica de este instrumento es que permite evaluar el aspecto cognitivo al mismo tiempo que evalúa la reacción emocional de individuo al adoptar una actitud empática.

El formato de respuesta de este instrumento, escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, de 0 a 4, según el grado de afirmación.⁵¹

El cuestionario de Empatía de Toronto, o TEQ por sus siglas en inglés, tiene como fin evaluar únicamente el aspecto emocional de la empatía y no toma en cuenta las dimensiones de la misma, ya que intenta ofrecer un valor de la empatía como definición conceptual. Para desarrollar esta escala se analizaron las dimensiones y sub-escalas de otros instrumentos ya validados y reconocidos para medir la empatía. De esta manera los autores de dicho instrumento agruparon las dimensiones y sub-escalas que tuvieran similitudes para poder agrupar los conceptos de empatía. En estudios pilotos, realizados por los autores del cuestionario se observó congruencia con otros instrumentos de evaluación de empatía.⁵²

El Test de empatía cognitiva afectiva, o -TECA- por sus siglas, es el único instrumento elaborado originalmente en español; este instrumento se divide en sub-escalas y ofrece una puntuación por cada escala y una puntuación de empatía global. Este test se desarrolló para ser utilizado en adultos. Consta de 33 ítems, divididos en 4: adopción de perspectivas, comprensión emocional, estrés empático y alegría empática. Los creadores de este test también desarrollaron una versión simplificada la cual se denomina Escala de Experiencias Vicarias, que mide la capacidad para sentir empatía y el estrés causado por un estímulo determinado; el principal aporte de esta escala es que permitió observar las diferencias intrapersonales que se puede encontrar entre las sub-escalas.⁵³

La escala de empatía de Hogan, fue el instrumento más usado en años anteriores, la cual se elaboró por Hogan en 1969. Esta escala se basó en la

definición conceptual de empatía, como “la aprehensión intelectual o imaginaria de la condición o estado mental del otro”. Este instrumento cuenta con 64 ítems, que se subdividen en las escalas de autoestima, temperamento, sensibilidad y no conformismo; tiene como objetivo vincular el desarrollo moral con el comportamiento socialmente aceptado. La escala de Hogan fue utilizada por mucho tiempo para medir la empatía cognitiva, sin embargo, esta fue reemplazada por el Índice de Reactividad Interpersonal de Davis.⁵⁰

4.8. Antecedentes

La empatía médica actualmente es considerada en el siglo XXI una de las competencias básicas en el aprendizaje de medicina, la cual se define como la capacidad de entender las emociones, experiencias y perspectivas de los pacientes. Múltiples estudios relacionan altos niveles de empatía con mayor facilidad de los pacientes para expresar sus síntomas y preocupaciones, con lo que se obtiene una mayor participación del paciente, educación en salud, mejor calidad de vida y reducción del estrés.^{2,22}

En el año 2014, la facultad de medicina de la Universidad de LLeide, España, realizó un estudio en estudiantes de medicina de primero, tercero, cuarto y quinto curso. Se evaluaron un total de 191 estudiantes: 142 mujeres (74,6%) y 49 hombres (25,6%), con una edad media de 20 años (rango 17-35 años, DE 2,2 años). Como medida de empatía, se utilizó el cuestionario TECA, instrumento validado de evaluación de la empatía en adultos, el cual se eligió porque proporciona información tanto de los componentes cognitivos como afectivos de la empatía. Se ha considerado como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Respecto a la medida de empatía, la puntuación global tuvo una media del 58,9%, una mediana del 60% y una desviación típica del 26,7%, lo que corresponde a una empatía global moderada con una gran dispersión. En relación con el género, las mujeres mostraban una mayor puntuación en empatía global ($t = 3,2$; $p = 0,002$). Así mismo se observó un incremento de empatía en los cursos de medicina en relación con el género, se observó en las mujeres un aumento significativo de la empatía global (Spearman: 1,95; $p = 0,02$) mientras que en los varones no se encontró ningún incremento significativo.¹⁶

Park C, Cols (2015) evaluó a 317 médicos residentes de diferentes especialidades de la Universidad de Kyung Hee en la que completaron una encuesta de la Escala de Empatía de Jefferson. Los participantes se clasificaron por especialidad médica: Especialidades Orientadas a Personas (Grupo EOP) o especialidades orientadas a Tecnología (Grupo EOT). Ser mujer, casado, y tener hijos fueron factores relacionados con una mayor empatía (género, $t = -2,129$, $P = 0,034$; matrimonio, $t = -2,078$, $p = 0,038$; niños, $t = 2,86$, $p = 0,005$). Dentro del grupo de especialidad, los residentes de EOP mostraron puntuaciones más altas de empatía en el cuarto año, en comparación con el primer año, $F = 3,166$, $p = 0,026$. La comparación de grupo EOP y grupos EOT por año, cuarto año EOP residentes tenían puntuaciones significativamente más altas que hizo el cuarto año los residentes de EOT, $t = 3.349$, $P = 0,002$. Las puntuaciones fueron significativamente mayores cuando los participantes eran mujeres, casados, si tuvieron hijos (mujeres versus hombres, $t = -2,129$, $P = 0,034$; casados versus solteros, $t = -2,078$, $p = 0,038$; hijos versus sin hijos, $t = 2,860$, $p = 0,005$). Los resultados revelaron que los participantes con 2 o más hermanos tenían puntuaciones más altas que la empatía hicieron los que tenía 1 hermano o eran hijos únicos ($F = 5,042$, $p = 0,007$).¹⁷

Delgado-Bolton R, Cols (2012) ejecutaron un estudio transversal observacional en el que participaron 104 médicos residentes (67 españoles y 32 latinoamericanos) los cuales realizaban los programas de formación médica especializada en los servicios de atención primaria y hospitalaria. La empatía se midió mediante el cuestionario de empatía médica de Jefferson. La puntuación media de empatía de los médicos españoles fue mayor que la de los latinoamericanos ($p = 0,01$). La puntuación más alta de empatía según el año de residencia apareció en el grupo que iniciaba su formación, seguida del grupo que entraba en su último año de residencia. La puntuación media más baja apareció en el grupo que iniciaba el tercer año de residencia. No se encontraron diferencias significativas al comparar la empatía entre hombres y mujeres. En el caso de la edad, el análisis de correlación confirmó la existencia de una asociación inversa entre esta variable y la empatía. Se concluyó que los resultados observados en el desarrollo de la empatía ponen en evidencia la necesidad de desarrollar esfuerzo en mejorar el desarrollo de esta habilidad en profesionales sanitarios latinoamericanos.¹⁴

Hojat M, Cols (2002) estudiaron a 704 médicos en el Sistema de Salud de Jefferson está afiliada a la Universidad Thomas Jefferson Hospital y Jefferson Medical College. Se utilizó en el estudio una versión revisada de la escala de empatía médica de Jefferson. Se compararon las puntuaciones de empatía para 507 hombres y 179 las mujeres que informaron de su género. 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 ($r = 0,07$).²

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la empatía entre médicos de diferentes especialidades ($F = 1,99$, $df = 11$, 493 , $p < 0,05$). Los psiquiatras tenían la puntuación media más alta de empatía (media = 127,0), seguido por los médicos en medicina interna general (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).²

Loyola L, Cols (2014) aplicaron el instrumento escala de empatía de Jefferson a 51 médicos, seis de los encuestados fueron internos de pregrado (11.8%), 22 residentes (43.1%), y 23 médicos adscritos (45.1%); 35.3% del total dijo tener otro trabajo. La puntuación media de todo el grupo fue de 115 puntos, con una desviación estándar de 16.7, y mediana de 117. Las puntuaciones identificaron 17 médicos no empáticos (33.3%) ,10 medianamente empáticos (19.6%) y 24 empáticos (47.1%). De acuerdo al 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 ($p=0.000$).³

Actualmente en Guatemala no se cuenta con estudios en el que se evalué con la escala de empatía médica de Jefferson a médicos residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por lo que este estudio nos puede brindar información valiosa para identificar los niveles de empatía médica en base a sus características sociodemográficas.

4.9. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

El instituto Guatemalteco de Seguridad Social fue creado de manera oficial el 30 de octubre de 1946, por medio del Decreto 295, referido a la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de seguridad Social en el Congreso de la República de Guatemala: durante el gobierno de Juan José Arévalo, quien gestiona el arribo al país de dos técnicos en materia de Seguridad Social, lo cuales realizaron un estudio el cual publicaron como “Bases de la Seguridad Social en Guatemala” , que permitió el inicio de esta institución autónoma, cuya función principal es dar cumplimiento a determinado tipo de derechos económicos y sociales, a sus afiliados, los cuales son reconocidos constitucionalmente. En el año de 1985 se ratifica pro medio de la Constitución Política de la República De Guatemala el derecho a la seguridad social para el beneficio de los habitantes de la Nación. Actualmente en Guatemala existe alrededor de 1,2 millones de habitantes afiliados al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.¹⁸ El resto de la población dentro del mercado laboral trabaja en la informalidad, por lo que carece de acceso al IGSS, de acuerdo a datos oficiales de 2014.¹⁹

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1. Enfoque y diseño

- Cuantitativo
- Descriptivo transversal.

4.2. Unidad de análisis

4.2.1. Unidad primaria de muestreo

Médicos residentes de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Traumatología y Ortopedia, Cirugía, Anestesiología, Psiquiatría y Medicina física y Rehabilitación del Instituto Guatemalteco De seguridad Social.

4.2.2. Unidad de análisis

Datos sociodemográficos, académicos y nivel de empatía recolectados mediante el instrumento de evaluación diseñado para el efecto.

4.2.3. Unidad de información

Médicos Residentes que cursen su postgrado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que deseen participar respondiendo voluntariamente el instrumento de evaluación y hayan firmado el consentimiento informado.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población o universo

287 Médicos Residentes que cursan actualmente el postgrado de las especialidades médicas ya mencionadas, en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

4.3.2. Marco muestral

Registro de Médicos residentes asignados al posgrado de las especialidades de médicas ya mencionadas, en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

4.3.3. Muestra

4.3.3.1 Tamaño de la muestra

Para el cálculo de esta muestra se utilizó la fórmula para muestra de poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * (1 - p)}{(N - 1) * e^2 + Z^2 * p * (1 - p)}$$

Partiendo de esta fórmula para cálculo de poblaciones finitas, se obtuvo la muestra para esta población, después de lo cual se calculó el porcentaje de cada subgrupo para el cálculo respectivo de cada muestra correspondiente al subgrupo estudiado.

Tabla 4.1.
Distribución proporcional de la muestra con base a la población de médicos por año de
residencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-.

Pediatría	N	%	n	TOTAL
1	22	7.67	13	
2	14	4.88	8	
3	15	5.23	9	30
Medicina Interna				
1	20	6.97	11	
2	11	3.83	6	
3	15	5.23	9	26
Gineco - Obstetricia				
1	22	7.67	13	
2	15	5.23	9	
3	14	4.88	8	30
Traumatología y Ortopedia				
1	15	5.23	9	
2	8	2.79	5	
3	7	2.44	4	
4	5	1.74	3	21
Cirugía				
1	20	6.97	11	
2	13	4.53	7	
3	13	4.53	7	
4	9	3.14	5	30
Anestesiología				
1	12	4.18	7	
2	9	3.14	5	
3	9	3.14	5	17
Psiquiatría				
1	4	1.39	2	
2	2	0.70	1	
3	2	0.70	1	4
Medicina Fisca y Rehabilitación				
1	5	1.74	3	
2	3	1.05	2	
3	3	1.05	2	7
TOTAL	287	100	165	165

Fuente: Registro de Médicos residentes asignados al posgrado de las especialidades de médicos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Obteniendo como resultado una muestra total de 165 médicos residentes; correspondiendo a cada especialidad de la siguiente manera 30 médicos residentes en pediatría, 26 en Medicina Interna, 30 en Gineco-Obstetricia, 21 en Traumatología y

Ortopedia, 30 en Cirugía, 17 en anestesiología, 4 en Psiquiatría y 7 en Medicina Física y Rehabilitación.

4.3.3.2 Métodos y técnicas de muestreo

Se utilizó una técnica de muestreo aleatorio utilizando la lista de asistencia al posgrado.

4.4 Selección de los sujetos a estudio

4.4.1 Criterio de inclusión

- Médicos residentes que se encontraban asignados al posgrado de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Traumatología y Ortopedia, Cirugía, Anestesiología, Psiquiatría y Medicina Física Rehabilitación en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Médicos Residentes de cualquier sexo.
- Médicos residentes de cualquier edad.
- Médicos residentes que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Médicos residentes que se encontraban en periodo de vacaciones, en el momento que se realizó el estudio.
- Médicos residentes que se encontraban que, por alguna situación de índole laboral o académica, no disponían de tiempo para contestar el cuestionario.

4.4. Medición de variables

Macro Variable	Variable	Definición	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Características sociodemográficas	Sexo	Características fisiológicas del cuerpo humano.	Percepción de sexualidad propia.	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo.	Cantidad en años anotado en la encuesta.	Cuantitativa	Razón	Años
	Estado civil	Situación del individuo establecida por la relación familiar, proveniente del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes.	Respuesta obtenida a través del instrumento de evaluación	Cualitativa	Nominal	Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo

	Religión	Creencias existenciales, morales y sobrenaturales que practica el individuo.	Respuesta obtenida a través del instrumento de evaluación	Cualitativa	Nominal	Cristiana -Evangélica Cristiana- católica Testigo de Jehová Mormón Otras
Características Académicas	Especialidad Medica	Campo de aplicación del conocimiento científica	Disciplina de la medicina que estudia un campo específico.	Cualitativa	Nominal	Medicina Interna Pediatría Gineco-obstetricia Traumatología Cirugía Anestesiología Psiquiatría Medicina Física y Rehabilitación
	Año de residencia	Periodo en el que Médico residente realiza actividades académicas dentro de un posgrado	Nivel de educación que cursa actualmente	Cualitativa	Ordinal	Primero Segundo Tercero Cuarto

	Primera Opción de Especialidad Medica	Especialidad médica en la que el sujeto de estudio se interesó en cursar como primera opción	Respuesta a la pregunta: La especialidad médica que cursa actualmente fue su primera opción.	Cualitativa	Nominal	Si No
	Repitencia en pregrado	Perdida de algún curso o año durante su carrera de pregrado.	Respuesta a la pregunta: reprobó y repitió algún año durante su formación de pregrado.	Cualitativa	Nominal	Repitente No repitente
Nivel de empatía medica		Habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona.	Calificación obtenida por el medico al responder la Escala de Jefferson para empatía médica, Nivel alto: corresponde a +1 desviación estándar, entre Nivel medio: corresponde a +1 y -2 desviaciones estándar Nivel bajo: corresponde a - 2 desviaciones estándar.	Cualitativa	Ordinal	Alto Medio Bajo

4.5. Técnicas, procesos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos

4.5.1. Técnica de recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario auto aplicable diseñado por los investigadores, tomando como base el Test de Empatía de Jefferson, al cual se le agregaron datos sociodemográficos y académicos.

4.5.2. Procesos

Paso 1: Se solicitó la autorización al Departamento de Capacitación y Desarrollo del Instituto Guatemalteco de Seguridad social, para recolectar información a través de los instrumentos de recolección de datos a los médicos residentes

Paso 2: Se informó a las diferentes jefaturas de especialidades médicas, acerca del estudio que será llevado a cabo y se solicitará colaboración del mismo para poder pasar el instrumento de evaluación a los médicos residentes, previo al finalizar las respectivas clases de posgrado de cada especialidad.

Paso 3: contando con el visto bueno de cada jefe de departamento se procedió, al finalizar la clase de posgrado de cada especialidad, a realizar una descripción del estudio a los médicos residentes. Después de lo cual se utilizó la lista de asistencia al posgrado para seleccionar aleatoriamente a los participantes.

Paso 4: A todo participante de la investigación, se le entregó el consentimiento informado, en el cual se explicaba detalladamente en que consistía la investigación.

Paso 5: A todos los participantes que firmaron el consentimiento informado, se les entregó el instrumento de evaluación elaborado para el efecto, el cual tuvo una duración estimada de 10 minutos.

Paso 6: Al finalizar de responder todos los participantes, se procedió a recoger los cuestionarios y dar las gracias por la colaboración a todos los sujetos de estudio.

4.5.3. Instrumentos de medición

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 cuatro preguntas las cuales indagaban sobre: Especialidad médica, año de especialidad médica, especialidad médica actual como primera opción y rendimiento académico durante su formación de pregrado.

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.⁴⁵

Esta escala consta de 20 preguntas, cada una se responde a través de una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta, en donde el valor de cada opción de respuesta es de:

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

Los puntajes de EEMJ para médicos pueden variar entre un rango mínimo de 20 y un máximo de 140. Las preguntas se plantean de dos formas, 10 preguntas en forma negativa, las cuales son 1,3,6,7,8,11,12,14, 18 y 19, las otras 10 preguntas restantes se plantean en forma positiva, dichas preguntas son 2,4,9,10, 13,15,16,17 y 20.

Con los resultados obtenidos a través de las respuestas de los participantes, se procedió a estratificar los niveles de empatía en tres niveles, a través de tres grupos en tres percentiles diferentes, el nivel alto corresponde a +1 desviación estándar, entre +1 y -2 desviaciones estándar corresponde al nivel medio y el nivel bajo corresponde a - 2 desviaciones estándar.

4.6. Procesamiento de datos

- Previo a iniciar el procesamiento de datos, se realizó una revisión minuciosa a cada uno de los instrumentos de recolección de datos, con la finalidad de verificar que estén correctamente llenados
- Se procedió a realizar una base de datos con el programa Excel.

4.6.1. Análisis de datos

Por medio de los datos recabados y recopilados en la base de datos se procedió a exponer por medio de tablas las características sociodemográficas y académicas 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 del estudio se procedió a realizar las medidas de asociación Ji cuadrado, Odds Ratio, así como el intervalo de confianza y la significancia estadística de esta investigación.

5. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos mediante el análisis de las encuestas realizadas en médicos residentes de las distintas especialidades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, los cuales se presentan según el orden de los objetivos establecidos anteriormente en este estudio.

5.1. Características sociodemográficas

Tabla 5.1.
Características sociodemográficas de los residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- julio - agosto 2016

Variables	f	%
Sexo		
Femenino	78	49
Masculino	80	51
Total	158	100
Edad		
* μ : 28; \pm :2	f	%
24- 26 años	49	31
27-29 años	89	56
\geq 30 años	20	13
Total	158	100
Religión		
	f	%
Católica	105	66
Evangélica	37	23
Otras	16	11
Total	158	100
Estado Civil		
	f	%
Soltero	140	87
Casado	18	13
Total	158	100

n: 158

μ : Media; \pm : desviación estándar

5.2. Características académicas

Tabla 5.2.
Especialidad médica según sexo de los residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- julio - agosto 2016

Especialidad médica	Sexo				
	Masculino		Femenino		Total
	f	%	f	%	
Medicina Interna	13	8.2	12	7.5	25
Pediatría	7	4.4	21	13.2	28
Gineco- Obstetricia	3	1.9	24	15.1	27
Cirugía	23	14.5	7	4.4	30
Anestesiología	10	6.3	7	4.4	17
Traumatología y Ortopedia	17	10.7	4	2.5	21
Psiquiatría	3	1.9	1	0.6	4
Medicina Física	4	2.5	2	1.2	6
Total	80	50.6	78	49.3	158

n: 158

Tabla 5.3.
Primera opción de especialidad médica según sexo de los residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- julio - agosto 2016

Sexo	Primera opción de especialidad médica				
	Si		No		Total
	f	%	f	%	
Masculino	76	48.10	4	2.53	80
Femenino	72	45.57	6	3.80	78
Total	148	93.67	10	6.33	158

n: 158

Tabla 5.4.
Repitencia en pre-grado según sexo de los residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- julio - agosto 2016

Sexo	Repitencia en pre-grado				
	Si		No		Total
	f	%	f	%	
Masculino	40	25.32	40	25.32	80
Femenino	36	22.78	42	26.58	78
Total	76	48.10	82	51.90	158

n: 158

5.3. Empatía

Tabla 5.5
Empatía según sexo en los residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- julio - agosto 2016

Sexo	Nivel de empatía									Total
	Alto			Medio			Bajo			
	f	%	IC95%	f	%	IC95%	f	%	IC95%	
Masculino	17	10.7	12-31	47	29.7	46-69	16	10.1	11-30	80
Femenino	7	4.4	3-17	53	33.5	50-79	18	11.3	14-33	78

n:158

*IC: Intervalo de confianza

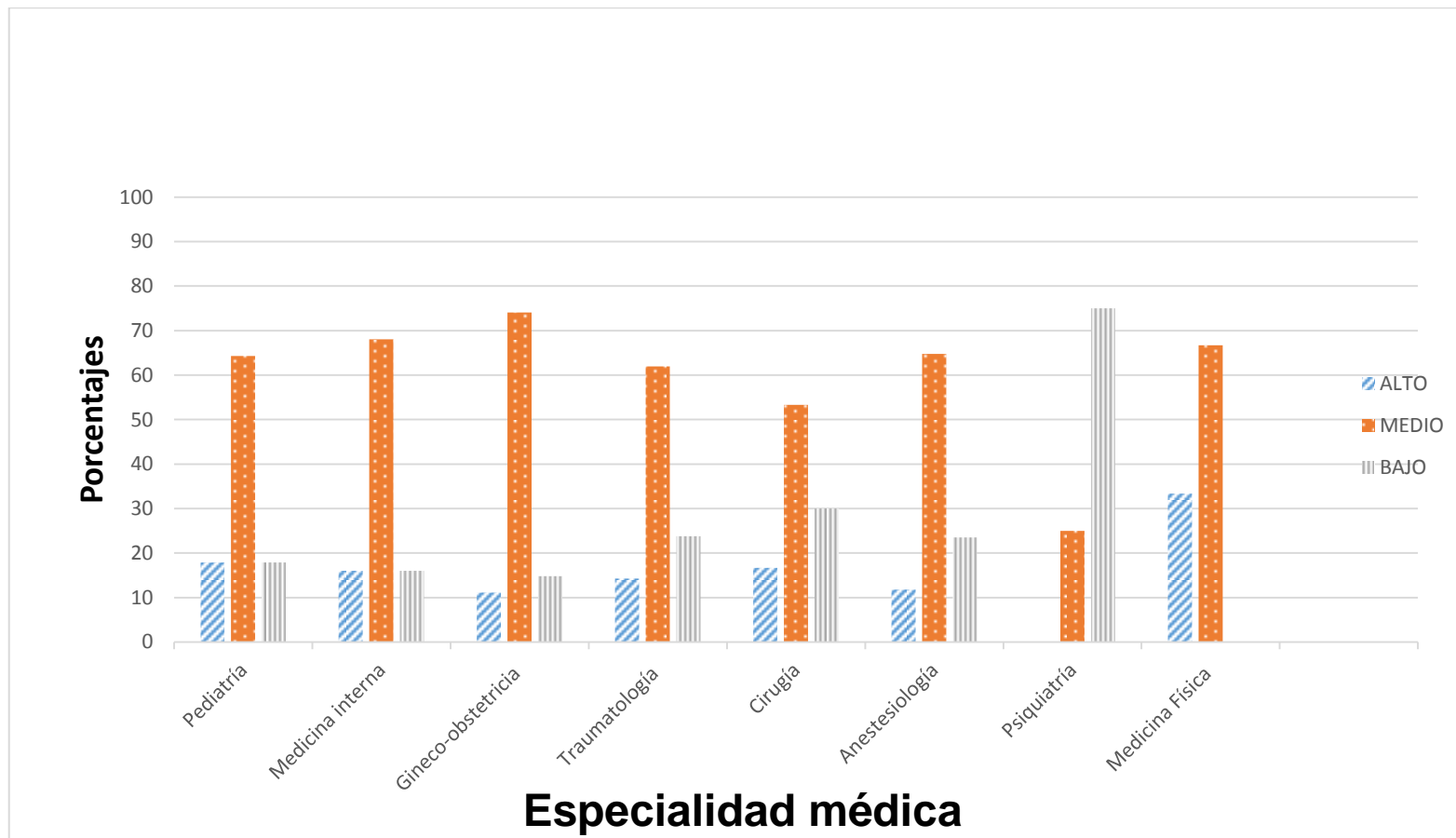
Tabla 5.6 A
Empatía según especialidad y año de residencia en los residentes
del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-
julio - agosto 2016

Especialidad		Nivel de empatía médica							
		Alto		Medio		Bajo		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Pediatria	1er	3	10.71	8	28.57	--	--	11	39.28
	2do	1	3.57	6	21.42	1	3.57	8	28.57
	3er	1	3.57	4	14.28	4	14.28	9	32.14
Total		5	17.85	18	11.39	5	17.85	28	100
Medicina interna		f	%	f	%	f	%	f	%
	1er	1	4	8	32	2	8	11	44
	2do	2	8	3	12	--	--	5	20
	3er	1	4	6	24	2	8	9	36
Total		4	16	17	68	4	16	25	100
Psiquiatria		f	%	f	%	f	%	F	%
	1er	--	--	--	--	2	50	2	50
	2do	--	--	1	25	--	--	1	25
	3er	--	--	--	--	1	25	1	25
Total		--	--	1	25	3	75	4	100
Medicina Física y rehabilitación		f	%	f	%	f	%	f	%
	1er	--	--	3	50	--	--	3	50
	2do	2	33.33	--	--	--	--	2	33.33
	3er	--	--	1	16.67	--	--	1	16.67
Total		2	33.33	4	66.67	--	--	6	100

Tabla 5.6 B
Empatía según especialidad y año de residencia en los residentes
del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-
Julio - agosto 2016

Especialidad		Nivel de empatía médica							
		Alto		Medio		Bajo		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Gineco- obstetricia	1er	--	--	9	33.33	3	11.11	12	44.44
	2do	1	3.70	5	18.52	1	3.70	7	25.93
	3er	2	7.42	6	22.22	--	--	8	29.63
	Total	3	11.12	20	74.07	4	14.81	27	100
Traumatología y ortopedia		f	%	f	%	f	%	f	%
	1er	2	9.52	5	23.82	2	9.52	9	42.86
	2do	--	--	3	14.29	2	9.52	5	23.81
	3er	1	4.76	2	9.52	1	4.76	4	19.04
	4to	--	--	3	14.29	--	--	3	14.29
Total	3	14.28	13	61.92	5	23.8	21	100	
Cirugía		f	%	f	%	f	%	F	%
	1er	5	16.67	5	16.67	1	3.33	11	36.67
	2do	--	--	4	13.33	3	10	7	23.33
	3er	--	--	4	13.33	3	10	7	23.33
	4to	--	--	3	10	2	6.67	5	16.67
Total	5	16.67	16	53.33	9	5.7	30	100	
Anestesiología		f	%	f	%	f	%	f	%
	1er	1	5.88	4	23.53	2	11.76	7	41.17
	2do	--	--	3	17.66	2	11.76	5	29.42
	3er	1	5.88	4	23.53	--	--	5	29.41
Total	1	11.76	11	64.72	4	23.52	17	100	

Gráfica 5.1
Empatía según especialidad médica de los residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- julio – agosto 2016



n: 158

Tabla 5.7.
Asociación entre nivel alto de empatía y sexo, especialidad médica y año de residencia
de los residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-
julio - agosto 2016

Variables	Nivel alto de empatía médica			
Sexo	*X²	*OR	*IC95%	*P
Masculino	4.62	2.73	1.06 – 7.03	0.045
Especialidad	X²	OR	IC95%	P
Pediatría	0.18	1.27	0.43 – 3.75	0.77
Medicina Interna	0.15	1.07	0,33 – 3.47	1.00
Ginecología y Obstetricia	0.42	0.66	0.18 – 2.37	0.77
Traumatología y Ortopedia	0.02	0.92	0.25 – 3.40	1.00
Cirugía	0.06	1.14	0.39 – 3.37	0.78
Anestesiología	0.17	0.72	0.15 – 3.38	1.00
Psiquiatría	0.74	1.03	1.00 – 1.06	1.00
Medicina Física y Rehabilitación	1.59	2.96	0.51 – 17.11	0.22
Año de residencia	X²	OR	IC95%	P
Primero	0.79	1.48	0.62 – 3.54	0.38
Segundo	0.001	0.98	0.36 – 2.67	1.00
Tercero	0.11	0.84	0.31 – 2.28	0.81
Cuarto	1.51	1.06	1.02 – 1.11	0.61

X²: Chi cuadrado; OR: Odds ratio; IC: Intervalo de confianza; P: significancia estadística

Se evidenció que los individuos de sexo masculino presentan 2.73 veces más probabilidad (p: 0.045) de tener un nivel de empatía alto en relación a el sexo femenino, el cual presentó un valor OR de 0.36; p >0.05.

6. DISCUSIÓN

En un estudio que se realizó en la facultad de medicina de la Universidad de LLeide, España, se evaluaron un total de 191 estudiantes: 142 mujeres y 49 hombres, evidenciando que España presenta un predominio de estudiantes de medicina del sexo femenino. Este hallazgo no concuerda con el presente estudio, ya que más de la mitad de los residentes encuestados fueron del sexo masculino. Sin embargo, esta diferencia de razón con relación al sexo es mínima.¹⁶

Al evaluar las características sociodemográficas como religión y estado civil, se evidenció que seis de cada diez son católicos, y más de tres cuartas partes son solteros, contrario a lo que se observa en el estudio Park C, Cols (2015) en el que se evidenció una tendencia a ser casado. Respecto a la edad de los participantes, se aprecia que la mayoría se encuentra en un rango de 24 y 30 años, mientras que en el estudio de la Universidad de LLeide, España; la población estudiada presentó una edad media de 20 años; por lo que se evidencia una tendencia similar en referencia a la edad entre ambos estudios, realizados en población joven que se encuentra en proceso de formación médica.¹⁷

Con relación a la especialidad médica se observó un mayor número de médicos residentes del sexo masculinos en cirugía general con un total de 23, seguido de traumatología ortopédica y medicina interna. Mientras que la especialidad de gineco–obstetricia, evidenció una mayoría de médicos residentes del sexo femeninos con un total de 24, seguido de pediatría, por lo tanto, con estos datos se presume que los médicos del sexo masculino del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social tienen la tendencia a elegir especialidades de práctica quirúrgica, mientras que los médicos residentes del sexo femenino se inclinan más por el área materno infantil. Según las características académicas, nueve de cada diez residentes están en la especialidad a la cual aplicaron como primera opción. Con lo que se puede deducir que el mayor porcentaje de los residentes tuvo éxito durante el proceso de oposición al posgrado de elección.

Al evaluar la repitencia en pregrado según el sexo, cinco de cada diez médicos residentes del sexo masculino, repitió a nivel de pregrado un ciclo académico, en contraparte, el 46% de los médicos residentes del sexo femenino reprobó a nivel de pregrado; lo cual pone en evidencia el alto porcentaje de repitencia que se tiene durante el pregrado, principalmente en los primeros dos años de la carrera. Un estudio realizado en el año 2010 por la Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil (UNADE) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San

Carlos de Guatemala, en el que se observó que en los años del 2002 y 2007 la tasa de éxito de primo cursantes fue de entre 19.2% y 30.62%. Al correlacionar estos datos con el presente estudio, se confirma la alta repitencia en estos años académicos.

Con relación al nivel de empatía medica según sexo, se observó una tendencia a nivel medio de empatía en ambos sexos, reflejado en un 58.7% al sexo masculino y un 67.94% al sexo femenino, sin embargo solo una minoría de los residentes femeninos obtuvo puntuación alta de empatía, este nivel fue aunque bajo en frecuencia, más prevalente en el grupo de residentes masculinos. Al compararlo con el estudio realizado en Corea del Sur, Park C, Cols (2015), en el cual se observó que ser mujer fue un factor relacionado con mayor empatía, se evidenció que no existe concordancia con lo observado en el presente estudio, de igual manera con el estudio realizado en la Universidad de Lleide, España, en el cual, al igual que en Corea se determinó que las mujeres mostraban una mayor puntuación en la empatía global. Así mismo, Hojat M, Cols (2002) compararon las puntuaciones de empatía para 507 hombres y 179 mujeres que informaron de su sexo. La puntuación media de empatía para los hombres fue ligeramente inferior a la de las mujeres. En el presente estudio, al analizar conjuntamente a ambos géneros, los residentes tanto masculino como femenino, en su mayoría tienen un nivel medio de empatía, sin embargo es el sexo masculino quien tiene puntuaciones más altas de empatía, lo que probablemente se podría deber a que los hombres pueden tener un mejor manejo de estrés laboral, lo cual se traduce en una mejor empatía.^{2,17}

Al evaluar la empatía según especialidad y año de residencia, se identificó que, en la mayoría de especialidades en los primeros años de residencia médica, es donde se presentan las mejores puntuaciones de empatía médica. Al comparar este resultado con el observado en el estudio de Park C, Cols (2015); en el cual se clasificaron a los sujetos de estudio por año y especialidad médica, se observó que mostraron puntuaciones más altas de empatía en el cuarto año de la residencia, en comparación con el primer año, dato que no concuerda con lo observado en el presente estudio.¹⁷ Sin embargo en el estudio Delgado-Bolton R, Cols (2012), el cual se ejecutó en 104 médicos residentes (67 españoles y 32 latinoamericanos), que cursaban los programas de formación médica especializada en los servicios de atención primaria y hospitalaria, se observó que la puntuación más alta de empatía según el año de residencia apareció en el grupo que iniciaba su formación y, la puntuación media más baja en el grupo que iniciaba el tercer año de residencia, resultados que concuerdan con lo observado en el presente estudio; lo cual probablemente se deba a que el médico residente conforme

avanza en su posgrado, acumula cansancio físico y mental por los años que lleva realizando exhaustivos periodos de entrenamiento, aunado a las responsabilidades adquiridas conforme avanza el ejercicio de su formación profesional, lo que puede reflejarse en una disminución de sus niveles de empatía médica.¹⁴

Sobre los niveles de empatía relacionados a la especialidad médica, se determinó que los residentes de las especialidades de ginecología y obstetricia, medicina interna y pediatría, presentaron los niveles más altos de empatía, en contraposición los más bajos se observaron en la psiquiatría, seguido por la cirugía. Estos resultados al ser comparados con estudios anteriores como Hojat M, Cols (2002), en el que se evidenció que los psiquiatras tenían la puntuación media más alta de empatía, seguido por los médicos en medicina interna general, pediatría general, medicina de emergencia, y medicina familiar; y las medias más bajas se obtuvieron por los médicos en anestesiología, cirugía ortopédica, neurocirugía, radiología, y cirugía cardiovascular, nos muestra que para la población de estudio de esta investigación la variable de especialidad médica no obtuvo el comportamiento esperado.²

Se debe mencionar que una de las debilidades del presente estudio, fue que a pesar de obtener casi la totalidad de la muestra calculada (rechazo de 4.24%), 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 presente investigación marca un precedente en la investigación científica en el campo de la empatía médica en Guatemala, apertura un nicho de investigación el cual si se explota traerá grandes beneficios en la relación médico paciente. Así mismo, la información obtenida podrá ser usada por las autoridades de los diferentes programas de posgrado del Instituto Guatemalteco de Seguridad 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.

7. CONCLUSIONES

- 7.1. De las características sociodemográficas: Cinco de cada diez residentes son del sexo masculino, con un promedio de edad de 26 años, en su mayoría de estado civil soltero y de religión cristiana católica.
- 7.2. Las especialidades médicas con mayor proporción de residentes son: cirugía, seguida por pediatría; del total de los encuestados únicamente diez no se encuentran realizando su primera opción de posgrado. Cuatro de cada diez repitieron algún año durante su pregrado.
- 7.3. Seis de cada diez encuestados presentan un nivel de empatía catalogado como medio; las especialidades médicas en las que se encuentran los niveles de empatía más altos son: medicina física y rehabilitación y pediatría; y los más bajos en: psiquiatría y cirugía. En general se observa una tendencia a disminuir el nivel de empatía conforme avanza el año del posgrado en todas las especialidades.
- 7.4. Los residentes de sexo masculino presentan 2.73 veces más probabilidad de tener un nivel de empatía catalogado como alto según el test de Jefferson en relación a las residentes de sexo femenino.

8. RECOMENDACIONES

8.1. Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-:

A todas las jefaturas de departamento incentivar e inculcar la empatía en el programa de estudios de sus residentes médicos, a través de charlas y talleres para fomentar una mejor relación médico – paciente.

8.2. A la Universidad de San Carlos de Guatemala:

Crear cursos y evaluaciones de aprendizaje de empatía médica en los estudiantes de medicina de pregrado, ya que al inculcar la importancia de dicho concepto a este nivel académico, se puede reflejar en la práctica diaria profesional.

8.3. A los médicos residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social:

Identificar la importancia de saber entender, escuchar y comprender a sus pacientes, fomentando una buena relación médico – paciente, la cual se verá reflejada en un mejor diagnóstico y tratamiento de las situaciones a estudio.

9. APORTES

Se realizó el primer estudio y base de datos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en la que se evaluaron los niveles de empatía médica de los residentes, brindando una plataforma para comparar con estudios posteriores para poder potenciar dicha cualidad y brindar un mejor servicio médico profesional.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castaño Castrillon JJ. El perfil psicosocial en estudiantes de medicina. Archivos de Medicina (Colombia) [en línea]. 2011 Jul-Dic [citado 3 Abr 2016]; 11 (2): 89-90. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273821489001>
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 [en línea]. 2002 Sep [citado 3 Abr 2016]; 159 (9): 1563-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12202278>
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 Familiar [en línea]. 2015 Abr-Jun [citado 3 Abr 2016]; 22 (2): 43-45. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300463>
4. Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. Atención Primaria [en línea]. 2016 Ene [citado 3 Abr 2016]; 48 (1): 8-14. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671500058X>
5. Spiro H. Commentary: The practice of empathy. Acad Med [en línea]. 2009 Sep [citado 3 Abr 2016]; 84 (9): 1177-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19707052>
6. Zolnierek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med care [en línea]. 2009 Aug [citado 3 Abr 2016]; 47 (8): 826-34. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19584762>
7. Moreto G, González-Blasco P, Pessini L, Craice-de Benedetto MA. La erosión de la empatía en estudiantes de medicina: reporte de un estudio realizado en una universidad en São Paulo, Brasil. Atención Familiar [en línea]. 2014 Ene

[citado 11 Abr 2016]; 21 (1): 16-19. Disponible en:
http://www.journals.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/43584

8. Montilva M, Garcia M, Torres A, Puerta M, Zapata E. Empatía en estudiantes venezolanos de medicina y enfermería según género, nivel de la carrera y antecedentes de hospitalización. *Revista de Bioética Latinoamericana* [en línea]. 2015 Mar [citado 11 Abr 2016]; 15 (1): 44-67. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/39972>
9. Mejia MA, Poveda JM, Paoli M, Díaz VA. Comportamiento empático en los estudiantes de las ciencias de la salud. *FERMENTUM* [en línea]. 2013 Mayo-Ago [citado 11 Abr 2016]; (67): 203-220. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/39917/1/articulo4.pdf>
10. Hojat M, Erdmann JB, Gonnella JS. Personality assessments and outcomes in medical education and the practice of medicine: AMEE Guide No. 79. *Med Teach* [en línea]. 2013 Jul [citado 3 Abr 2016]; 35 (7): e1267-301. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23614402>
11. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ* [en línea]. 2002 Jun [citado 3 Abr 2016]; 36 (6): 522-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12047665>
12. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* [en línea]. 1984 Nov [citado 3 Abr 2016]; 101 (5): 692-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6486600>
13. García Reyes AG. Empatía medica según grado académico en personal médico del Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez". [tesis de Maestría en línea]. México: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina; 2013. [citado 11 Abr 2016]; Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14205/401922.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Delgado-Bolton R, San-Martín M, Alcorta-Garza A, Vivanco L. Empatía médica en médicos que realizan el programa de formación médica especializada. Estudio comparativo intercultural en España. Atención Primaria [en línea]. 2015 Dec [citado 9 Abr 2016]; 21 (1): 1-7 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715003340>
15. Shashikumar R, Chaudhary R, Ryali Vs, Bhat PS, Srivastava K, Prakash J, et al. Cross sectional assessment of empathy among undergraduates from a medical college. Med J Armed Forces India [en línea]. 2014 Apr [citado 3 Abr 2016]; 70 (2): 179-85. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24843209>
16. Manwai C. Ku. When does gender matter? gender differences in specialty choice among physicians. Work and Occupations [en línea]. 2011 Mayo [citado 3 Abr 2016]; 38 (2): 221-262. Disponible en: <http://wox.sagepub.com/content/38/2/221.abstract>
17. Park C, Lee Y, Hong M, Jung C, Synn Y, Kwack Y, et al. A multicenter study investigating empathy and burnout characteristics in medical residents with various specialties. J Korean Med Sci [en línea]. 2016 Apr [citado 9 Abr 2016]; 31 (4):590 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4810343/>
18. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social [en línea]. Guatemala: IGSS; [actualizado 2016; citado 6 Abr 2016]; Historia del IGSS; [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <http://www.igssgt.org/historia.php>
19. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social [en línea]. Guatemala: IGSS; [actualizado 2015; citado 11 Abr 2016]; Informe estadístico del comportamiento de la afiliación al régimen de seguridad social; [aprox. 10 pant.]. Disponible en: http://www.igssgt.org/images/informes/subgerencias/informe_comportamiento_afiliacion_mayo2015.pdf

20. Sandoval Miranda LG, Reducindo Vázquez R, Islas García A. Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [en línea]. 2011 Oct-Dic [citado 11 Abr 2016]; 16 (4): 221-228. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47321154006.pdf>
21. Madera Anaya MV, Tirado Amador LR, González Martínez F. Factores relacionados con la empatía en estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena. Rev Clin Med Fam [en línea]. 2015 Oct [citado 11 Abr 2016]; 8 (3): 185-192. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2015003300003
22. Alby JC. La concepción antropológica de la medicina hipocrática. Enfoques [en línea]. 2004 [citado 11 Abr 2016]; XVI (1): 5-29. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=25900102>
23. Cabrera C. Intersubjetividad a priori y empatía. Ideas y Valores [en línea]. 2013 [citado 11 Abr 2016]; 62 (152): 71-93. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/idval/article/view/25521>
24. Barbado Alonso JA, Aizpiri Díaz JJ, Coñones Garzon PJ, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, et al. Aspectos históricos-antropológicos de la relación médico-paciente. Habilidades en Salud Mental [en línea]. 2005 Feb [citado 11 Abr 2016]; (70): 31-36. Disponible en: http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_70/pdf/31_36.pdf
25. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica. Medicina psicosomática y psicología de la salud [en línea]. Madrid: SEMP y PM; 2012. [citado 11 Abr 2016]; Disponible en: http://psiquex.com/tecnicas/pdf/Medicina_Psicosomatica_y_Psicologia_de_la_Salud.pdf

26. Fernández Pinto I, López Pérez B, Márquez M. Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *anales de psicología* [en línea]. 2008 Dic [citado 11 Abr 2016]; 24 (2): 284-298. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711589012>
27. García SE. La empatía en la medicina. *Rev Latinoamer Patol Clin* [en línea]. 2015 [citado 13 Abr 2016]; 62 (4): 204-205. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=61690>
28. Ioannidou F, Konstantikaki V. Empathy and emotional intelligence: What is it really about?. *International Journal of Caring Sciences* [en línea]. 2008 Sep-Dec [citado 11 Abr 2016]; 1 (3): 118–123. Disponible en: http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/Vol1_Issue3_03_Ioannidou.pdf
29. Hernández Torres I, Fernández Ortega M, Irigoyen Coria A, Hernández Hernández M. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar* [en línea]. 2006 Mayo-Ago [citado 11 Abr 2016]; 8 (2): 137-143. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062k.pdf>
30. Fong Ha J, Longnecker N. Doctor-patient communication: A review. *Ochsner J* [en línea]. 2010 [citado 11 Abr 2016]; 10 (1): 38-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>
31. Campo-Cabal G, Álvarez J, Morales A. La entrevista medica con un enfoque terapeutico. *rev.colomb.psiquiater* [en línea]. 2006 Oct-Dic [citado 11 Abr 2016]; 35 (4): 547-569. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000400008
32. Moya-Albiol L, Herrero N, Consuelo Bernal M. Bases neuronales de la empatía. *Rev Neurol* [en línea]. 2010 [citado 11 Abr 2016]; 50 (2): 89-100. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5002/bd020089.pdf>

33. Kirsch P. Oxytocin in the socioemotional brain: implications for psychiatric disorders. *Dialogues Clin Neurosci* [en línea]. 2015 Dec [citado 11 Abr 2016]; 17 (4): 463-76. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26869847>
34. Bernhardt BC, Singer T. The Neural basis of empathy. *Annu Rev Neurosci* [en línea]. 2012 [citado 11 Abr 2016]; 35 (1): 1-23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22715878>
35. Rizzolatti G, Sinigaglia C. Las neuronas espejo: Los mecanismos de la empatía emocional. Barcelona: Paidós Iberica; 2006.
36. Bermejo Higuera JC, Carabias Maza R, Villacieros Durbán M, Moreno Lorite C. Humanización de la atención sanitaria. Importancia y significado en una muestra de población de la comunidad de Madrid. *Ética de los Cuidados* [en línea]. 2011 Jul-Dic [citado 10 Abr 2016]; 4 (8): 1-7. Disponible en: http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/Investigacion/Humanizacion_de_la_Atencion_Sanitaria.pdf
37. Castillo Ramírez PJ. "Nivel de empatía de los estudiantes practicantes de psicología clínica" (estudio realizado con estudiantes practicantes de licenciatura en psicología clínica de la Universidad Rafael Landívar y Mariano Gálvez) [tesis Licenciatura Psicología Clínica en línea]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades; 2012. [citado 11 Abr 2016]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Castillo-Pedro.pdf>
38. Gentry E. [Blog en línea]. Florida: Gentry E. 2003 Jun [citado 11 Abr 2016]; Desgaste por empatía. [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <http://www.psicotrauma.com.ar/jun03/genty-desgaste%20por%20empatia.htm>
39. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof* [en línea]. 2004 Sep

- [citado 3 Abr 2016]; 27 (3): 237-251. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15312283>
40. Gordon GH, Baker L, Levinson W. Physician-patient communication in managed care. *West J Med* [en línea]. 1995 Dec [citado 3 Abr 2016]; 163 (6): 527-531. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1303255/>
41. Castillo A, Benavente S, Arnold J, Cruz C. Presencia de síndrome de burnout en hospital el pino y su relación con variables epidemiológicas. *Revista Anacem* [en línea]. 2012 [citado 11 Abr 2016]; 6 (1): 9-13. Disponible en:
<http://www.revistaanacem.cl/wp-content/uploads/2015/10/TI2.-Presencia-de-S%C3%ADndrome-de-Burnout-en-Hospital-El-Pino.pdf>
42. Rodríguez Collar TL, Blanco Aspiazu MA, Parra Vigo IB. Las habilidades comunicativas en la entrevista médica. *Rev Cub Med Mil* [en línea]. 2009 Jul-Dic [citado 11 Abr 2016]; (38): 3-4. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000300009
43. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The relationship between physician empathy and disease complications. *Acad Med* [en línea]. 2012 Sep [citado 11 Abr 2016]; 87 (9): 1243-9. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22836852>
44. McGlashen A, Sarinopoulos I. Listen up, doc: Empathy raises patients pain tolerance. Michigan State University [en línea]. 3 Dec 2012 [citado 11 Abr 2016]; Health: [aprox. 2 pant.]. Disponible en:
<http://msutoday.msu.edu/news/2012/listen-up-doc-empathy-raises-patients-pain-tolerance/>
45. Barsky AJ 3rd. Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med* [en línea]. 1981 Apr [citado 3 Abr 2016]; 94 (4pt1): 492-8. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7212508>

46. Hojat M, Mangione S, Nasca T, Cohen M, Gonnella J, Erdmann J, et al. The Jefferson scale of physician empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement* [en línea]. 2001 Apr [citado 11 Abr 2016]; 61 (2): 349-365. Disponible en: <http://epm.sagepub.com/content/61/2/349.abstract>
47. Alcorta Garza A, González Guerrero JF, Tavitás Herrera SE, Rodríguez Lara FJ, Hojat M. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental* [en línea]. 2005 Oct [citado 11 Abr 2016]; 28 (5): 57-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252808>
48. Mestre Escrivá V, Frías Navarro MD, Samper García P. La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema* [en línea]. 2004 [citado 9 Abr 2016]; 16 (2): 255-260. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72716213>
49. Spreng RN, McKinnon MC, Mar RA, Levine B. The Toronto empathy questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *J Pers Assess* [en línea]. 2009 Jan [citado 9 Abr 2016]; 91 (1): 62-71. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19085285
50. Oceja L, López Pérez B, Ambrona T, Fernández I. Measuring general dispositions to feeling empathy and distress. *Psicothema* [en línea]. 2009 Mayo [citado 9 Abr 2016]; 21 (2): 171-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19403067>
51. Hogan R. Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psychol* [en línea]. 1969 Jun [citado 9 Abr 2016]; 33 (3): 307-16. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4389335>

52. Olivera J, Braun M, Roussos A. Instrumentos para la evaluación de la empatía en psicoterapia. Revista Argentina de Clínica Psicológica [en línea]. 2011 Ago [citado 9 Abr 2016]; XX (2): 121-132. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281922823003.pdf>

11. ANEXOS

11.1. Instrumento de evaluación



Universidad San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Dirección de Investigación
Coordinación de Trabajos de Graduación



“Niveles de empatía médica en residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social”

Descripción: La empatía médica se basa en el proceso de comprensión de la experiencia subjetiva del paciente al compartir dicha información al médico. Esta se representa como la habilidad para entender los sentimientos de otra persona, asociado a la capacidad de comunicar dicho entendimiento. Nuestra investigación tiene como fin determinar los niveles de empatía médica y observar si existe una relación con las características sociodemográficas y académicas de los participantes las cuales pudieran afectar el nivel de empatía de los médicos encuestados.

Instrucciones de llenado: A continuación se presenta el siguiente cuestionario, el cual cuenta con tres series de preguntas, las cuales deberán responder de forma clara y concisa, no se cuenta con límite de tiempo y el participante puede abandonar dicha prueba cuando lo desee.

No. de correlativo _____

Punteo _____

Serie I

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

Sexo _____

Edad _____

Estado civil _____

Religión _____

Serie II

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

Especialidad Médica _____ Año de Residencia _____

La especialidad que cursa fue su primera opción?

Sí

No

Si su respuesta es no especifiqueCuál?_____

Reprobó algún año durante su formación de pregrado?

Repitente

No Repitente

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.
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Algo de acuerdo
 - d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
 - e. Algo en desacuerdo
 - f. En Desacuerdo
 - g. Totalmente en desacuerdo

- 2) Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos?
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Algo de acuerdo
 - d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
 - e. Algo en desacuerdo
 - f. En Desacuerdo
 - g. Totalmente en desacuerdo

- 3) Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes?
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Algo de acuerdo
 - d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
 - e. Algo en desacuerdo
 - f. En Desacuerdo
 - g. 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?
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Algo de acuerdo
 - d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
 - e. Algo en desacuerdo
 - f. En Desacuerdo
 - g. Totalmente en desacuerdo
- 5) Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico?
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Algo de acuerdo
 - d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
 - e. Algo en desacuerdo
 - f. En Desacuerdo
 - g. Totalmente en desacuerdo
- 6) La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente?
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Algo de acuerdo
 - d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
 - e. Algo en desacuerdo

- f. En Desacuerdo
 - g. Totalmente en desacuerdo
- 7) Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica?
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Algo de acuerdo
 - d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
 - e. Algo en desacuerdo
 - f. En Desacuerdo
 - g. Totalmente en desacuerdo
- 8) La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento?
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Algo de acuerdo
 - d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
 - e. Algo en desacuerdo
 - f. En Desacuerdo
 - g. Totalmente en desacuerdo
- 9) . Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo?
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Algo de acuerdo
 - d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
 - e. Algo en desacuerdo
 - f. En Desacuerdo
 - g. Totalmente en desacuerdo
- 10) Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma?
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Algo de acuerdo
 - d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo

- e. Algo en desacuerdo
- f. En Desacuerdo
- g. 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?

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Algo de acuerdo
- d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
- e. Algo en desacuerdo
- f. En Desacuerdo
- g. 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?

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Algo de acuerdo
- d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
- e. Algo en desacuerdo
- f. En Desacuerdo
- g. 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?

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Algo de acuerdo
- d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
- e. Algo en desacuerdo
- f. En Desacuerdo
- g. Totalmente en desacuerdo

- 14) Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica?
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Algo de acuerdo
 - d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
 - e. Algo en desacuerdo
 - f. En Desacuerdo
 - g. Totalmente en desacuerdo
- 15) Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica?
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Algo de acuerdo
 - d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
 - e. Algo en desacuerdo
 - f. En Desacuerdo
 - g. 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?
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Algo de acuerdo
 - d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
 - e. Algo en desacuerdo
 - f. En Desacuerdo
 - g. Totalmente en desacuerdo
- 17) Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado?
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Algo de acuerdo
 - d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
 - e. Algo en desacuerdo

- f. En Desacuerdo
- g. Totalmente en desacuerdo

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

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Algo de acuerdo
- d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
- e. Algo en desacuerdo
- f. En Desacuerdo
- g. Totalmente en desacuerdo

19) No disfruto leer literatura no médica o arte?

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Algo de acuerdo
- d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
- e. Algo en desacuerdo
- f. En Desacuerdo
- g. Totalmente en desacuerdo

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

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Algo de acuerdo
- d. Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo
- e. Algo en desacuerdo
- f. En Desacuerdo
- g. Totalmente en desacuerdo

11.2. Consentimiento informado



Universidad San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Dirección de Investigación
Coordinación de Trabajos de Graduación



“Niveles de empatía médica en residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social”

Somos un grupo de estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, estamos investigando sobre la empatía médica. La empatía se define como la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, asociado a la capacidad de comunicar dicho entendimiento. La empatía es vista como un atributo del médico, la cual se considera de gran beneficio para la adherencia de recomendaciones médicas, satisfacción del paciente, aumento de bienestar y salud y reducción de errores médicos.

Estamos invitando a participar en este estudio a residentes de las especialidades de: Medicina Interna, Pediatría, Gineco-obstetricia, Traumatología y Ortopedia, Cirugía, Anestesiología, Psiquiatría y Medicina Física y Rehabilitación. Usted no fue previamente seleccionado para participar en este estudio, su participación será de forma voluntaria, lo que significa que usted puede elegir participar o no hacerlo, además puede cambiar de idea más adelante y dejar de participar en cualquier momento, sin que esto represente alguna repercusión para su persona

El procedimiento para participar en esta investigación será llenar una encuesta la cual tiene una duración aproximada de 10 minutos, esta se le entregará

exclusivamente a los residentes que consientan su participación voluntaria, la misma será anónima y su utilización será completamente confidencial.

Agradecemos su participación en esta investigación, tenga en cuenta que los datos que proporcionara serán de mucha utilidad porque permitirán la creación de información que en un futuro podrá ser utilizada para la implementación de programas que ayuden a los médicos a mejorar su relación con los pacientes.

Formulario de consentimiento informado

He sido invitado a participar en la investigación “**Niveles de empatía médica en residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**”. Entiendo que debo contestar una serie de preguntas por medio de una encuesta y se me ha informado acerca de los valores éticos que respaldan dicha información.

He leído y comprendido la información proporcionada, por lo que consiento voluntariamente mi participación en dicha investigación y que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que esto afecte mi residencia.

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____