



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Carrera de Psicología Clínica

Empatía en los Médicos de Atención Primaria del Cantón Cuenca

**Trabajo de grado previo a la obtención del título de:
Psicólogo/a Clínico/a**

Autores:

Juan Pablo Regalado Cordero.

Karina Alexandra Alvear Avendaño.

Directora:

Phd. Yolanda Dávila Pontón.

Cuenca – Ecuador

2019

Dedicatorias

A mi familia por haberme apoyado en todo momento durante mi formación como profesional. En especial a mi madre por haber sido un soporte de la persona que soy en la actualidad y ser una fuente de motivación personal. Finalmente, a mis profesores y compañeros quienes son personas especiales que me acompañaron durante esta etapa.

Juan Pablo Regalado Cordero

A Dios y a mi familia, en especial a mi hermano Fernando Alvear Avendaño.

Karina Alexandra Alvear Avendaño

Agradecimiento

A nuestra familia por el apoyo fundamental durante el proceso de formación académica. A nuestros profesores, por su valiosa ayuda, dedicación y conocimientos impartidos, por brindarnos las herramientas necesarias para el crecimiento en el ámbito profesional y académico; especialmente a nuestra tutora, Phd. Yolanda Dávila, por su paciencia, motivación, y dedicación, los cuales nos han servido para el desarrollo y término del presente trabajo.

Gracias a todo el equipo médico y diversos profesionales que forman parte de los diferentes Centros de Salud del cantón Cuenca, por su valioso aporte para nuestra investigación.

Finalmente, queremos agradecer a todas las personas que nos han acompañado en este proceso, que de una u otra manera, han sido claves en nuestra vida académica y personal.

Los autores

Resumen

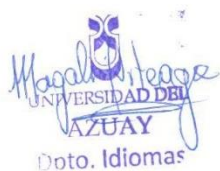
La empatía es una condición fundamental en la práctica médica, la cual posee componentes tanto afectivos como cognitivos. El objetivo del estudio fue identificar los niveles de empatía en los médicos de atención primaria del cantón Cuenca y relacionar los resultados con las variables sociodemográficas. El estudio fue descriptivo de corte transversal. Los niveles de empatía se midieron a través de la “Escala de Empatía Médica de Jefferson”, versión S (EEMJ). La muestra estuvo conformada por 99 médicos. El puntaje promedio fue de 113.7; las mujeres mostraron ser levemente más empáticas que los hombres (115.4 vs 111.2 respectivamente), aunque este factor no fue estadísticamente significativo. Lo mismo ocurrió con las demás a excepción de la especialidad.

Palabras clave: empatía, médicos, atención primaria, relación médico-paciente.

Abstract

Empathy is an essential condition in medical practice. Empathy has both effective and cognitive components. The objective of the study was to identify the levels of empathy in the primary care physicians of Cuenca and to relate the results with the sociodemographic variables. The investigation was a descriptive and cross sectional study. The levels of empathy were measured through the “Jefferson Medical Empathy Scale”, version S (EEMJ). The sample consisted of 99 doctors. The average score was 113.7. Women showed to be slightly more empathic than men (115.4 vs 111.2 respectively), although this factor was not statistically significant. The same thing happened with the others except for the specialty.

Keywords: empathy, doctor, primary care physicians, doctor-patient relationship.



Magali Arteaga
Translated by

Mg. Magali Arteaga

Índice

Dedicatoria	I
Agradecimientos.....	III
Resumen	IV
Abstract.....	V
Introducción.....	1
CAPÍTULO 1	3
1. Definición de empatía.....	3
1.1. Importancia de la empatía en la atención de salud	4
1.2. Condiciones que afectan a la conducta empática.....	6
CAPÍTULO 2	8
2. Metodología.....	8
2.1. Tipo de estudio.....	8
2.2. Participantes	8
2.3. Procedimiento	8
2.4. Instrumentos.....	10
2.4.1. Ficha Sociodemográfica	10
2.4.2. Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ)	10
2.4.3. Variables Interferentes.....	10
CAPÍTULO 3	11
3. Resultados.....	11
CAPÍTULO 4	15
4. Discusión	15
Conclusiones.....	18
Recomendaciones	19
Referencias Bibliográficas.....	20
ANEXOS.....	25
Anexo 1. Escala de Empatía Médica de Jefferson (Versión - S).....	25
Anexo 2. Encuesta sociodemográfica.....	27

Índice de tablas

Tabla 1 Valores de empatía global y género	11
Tabla 2 Valores de empatía global y edad.....	12
Tabla 3 Valores de empatía global y estado civil.....	13
Tabla 4 Valores de empatía global y especialidad	13
Tabla 5 Valores de empatía global y años de servicio	14

Introducción

El termino empatía se refiere a la habilidad para comprender las experiencias y los sentimientos de otra persona (ponerse en los zapatos del otro). La misma se ha asociado en forma empírica con una serie de atributos como el respeto, el comportamiento pro-social, el razonamiento moral y las actitudes positivas hacia las personas (Hojat, y otros, 2002).

El presente estudio pretende centrarse en la empatía manifestada por profesionales médicos de atención primaria. En el contexto de atención sanitaria, se define a la empatía como un atributo principalmente cognitivo y no solo de tipo emocional, dicho atributo involucra la habilidad de entender las experiencias, las inquietudes y las perspectivas del paciente, y a su vez involucra la capacidad de comunicar dicho entendimiento (Delgado-Bolton, San-Martín, Alcorta-Garza, y Vivanco, 2016); lo cual aporta en aspectos positivos tales como la habilidad para recabar la historia clínica, un correcto diagnóstico, mayor satisfacción del paciente y del médico, fortalecimiento de la relación terapéutica y mejor desempeño clínico (Mejía, 2012).

Desde el punto de vista de Borrell (2011), “el profesional que se muestra atento e interesado en la narración del paciente suele ser también un profesional empático”. La percepción de niveles elevados de empatía en los profesionales del sistema sanitario ayuda a los pacientes a expresar con mayor desenvoltura los síntomas que los aquejan. Esto, a su vez, ayuda al correcto diagnóstico y, a una mejor atención por parte del médico pero sobre todo al proceso de curación (Esquerda, Yuguero, Viñas, y Pifarré, 2016). Dicho de otro modo, la conducta empática es parte fundamental del proceso salud-enfermedad debido a que ayuda al médico a una mayor comprensión de los problemas del paciente.

La empatía es considerada como un componente fundamental para una adecuada relación médico-paciente, la cual se ha visto afectada a lo largo del tiempo por diversos factores entre los que se pueden destacar: los avances en la ciencia y tecnología médica, cultura, experiencias previas en la relación terapéutica y cambios en el proceso de formación académica. (Mejía, 2012)

Finalmente, durante el proceso de formación académica y el ejercicio profesional, se recomienda reconocer los niveles de empatía como un aspecto esencial de profesionalismo en el área de la medicina. (Stephenson, Higgs y Sugarman, 2001).

CAPÍTULO 1

1. Definición de empatía

El concepto de empatía ha sido bastante estudiado a lo largo del tiempo, marcado por discrepancias y desacuerdos. Ha sido estudiada durante muchos años por diversas disciplinas como la filosofía, la teología, la psicología y la etología, recientemente se han añadido las contribuciones de las neurociencias por lo cual no se ha llegado a un acuerdo respecto en relación a su definición (Moya-Albiol, Herrero, y Bernal, 2010). Por lo tanto, se mantiene la controversia de que si la empatía es un proceso el cual consiste en “ponerse mentalmente en el lugar del otro” (enfoque cognitivo) o si es el hecho de “sentir la emoción de manera vicaria” (enfoque afectivo) (Fernández-Pinto, López-Pérez, y Márquez, 2008).

Es así como algunos estudios han puesto énfasis en el carácter cognitivo de la empatía, la asociación existente entre empatía y los procesos cognitivos (Chauvie, 2015; Fernández-Pinto, López-Pérez, y Márquez, 2008). Hogan, (1969), plantea a la empatía como un intento de comprender lo que pasa por la mente de los demás. Por el contrario, Stotland (1969) postula una visión diferente, en la cual hace especial énfasis en el componente afectivo sobre el cognitivo, llegando así a definirla como un sentimiento vicario (Fernández-Pinto et al., 2008).

Davis (1980) propone una definición desde un punto de vista multidimensional. Postula que la capacidad de representar los pensamientos y motivos del otro se relaciona con la “perspectiva cognitiva”, mientras que los estados emocionales ajenos se asocian a la “perspectiva afectiva”.

En el área médica, de acuerdo con Rojas-Serey et al. (2009), definen a la empatía como el acto de reconocer el estado emocional del otro sin experimentarlo, haciendo hincapié en que la empatía es una forma de conocimiento intelectual más que emocional.

Finalmente, la empatía en la atención de salud es considerada como un factor cognitivo-conductual que permite entender cómo los sentimientos y las experiencias del individuo influyen en la enfermedad y viceversa (Dörr, 2004; Hojat, y otros, 2001).

1.1. Importancia de la empatía en la atención de salud

Una relación médico-paciente positiva es un elemento de suma importancia en la práctica médica y en el proceso de curación de la enfermedad, aportando a una disminución de problemas legales por mala praxis, debido a que incluyen factores de gran relevancia tales como el entendimiento adecuado de la perspectiva del paciente frente a la enfermedad, por lo tanto, el fallo en el mismo conduciría a una insatisfacción en quien acude a la atención en salud. El entendimiento por parte del médico acerca de lo que el paciente piensa y siente aportará para brindar una mejor atención, de esta forma la empatía cumple un papel fundamental como conductor de una adecuada relación médico-paciente (Alcorta, Gonzalez, Tavitas, Rodriguez, y Hojat, 2005).

Además existen varios estudios, (Alcorta, Gonzalez, Tavitas, Rodriguez y Hojat, 2005; Alonso Palacio, Caro, Erazo Coronado, y Díaz Narváez, 2013; Dávila, y otros, 2017; Esquerda, Yuguero, Viñas, y Pifarré, 2016; Grau, y otros, 2016; Montilva, García, Torres, Puertas, y Zapata, 2015; Moreto, González- Blasco, Pessini, y Craice-de Benedetto, 2014; Remón-Torres, Remón-Torres y Tataje-Lavanda, 2013), que relacionan a los altos niveles de empatía con varios factores de gran trascendencia en la atención en salud entre los cuales se pueden mencionar: una mayor facilidad por parte de los pacientes para expresar de manera adecuada los síntomas y preocupaciones relacionados con la

enfermedad que padecen, lo cual aporta al desarrollo de una mejor anamnesis y mayor precisión diagnóstica por parte de los profesionales, otro de los factores de importancia es la motivación a una mayor participación de los pacientes y su compromiso en educación referente a salud, a su vez favorecerá a una mayor adherencia al tratamiento médico y finalmente a una mejor calidad de vida del paciente y reducción del estrés. Por otra parte los altos niveles de empatía se han relacionado con mejor satisfacción profesional, menor estrés y menor burn-out profesional del personal de atención en salud (Grau, et al., 2016).

En opinión de varios autores existe una controversia en que si los estudiantes de medicina o médicos con baja empatía deberían desenvolver su actuación profesional en espacios donde exista un menor contacto con pacientes. Sin embargo, hay quienes afirman que aún los médicos investigadores y quienes se desenvuelven en áreas técnicas deben aplicar la empatía como pauta para un trabajo en equipo eficaz (Alcorta et al., 2005). Además, se ha generado controversia acerca de la disminución de los niveles de empatía en relación a los años de servicio, ya que hay quienes afirman que el proceso de “deshumanización” se puede observar con el pasar de los años (Remón-Torres, et al., 2013).

En conclusión, la empatía es un elemento que tiene gran importancia en la atención de salud debido a que aporta en un desarrollo positivo de los componentes de la denominada relación médico-paciente, ya que concede tanto al profesional como al paciente beneficios individuales que serán de vital importancia en el proceso de curación de la enfermedad.

1.2. Condiciones que afectan a la conducta empática

Existen varias situaciones por las que pasan los médicos y profesionales de la salud en su diario vivir y que de cierta manera podrían influir en el desgaste o pérdida de la empatía al momento de tratar con sus pacientes (Alcorta, Gonzalez, Tavitas, Rodriguez, y Hojat, 2005; Alonso y Kraftchenko, 2003; Galán, Romero, Morillo, y Alarcón, 2014; Muñoz y Chaves, 2013; Saucedo, et al., 2012).

Entre estas condiciones, se encuentra el inicio del proceso de formación de un médico. El estudiante de medicina utiliza recursos para su enseñanza como células, órganos, cadáveres, entre otros; por lo tanto, su formación se centra únicamente en el cuerpo físico y aspectos biológicos del ser humano. De allí, los alumnos empiezan sabiendo más del cuerpo y sus enfermedades que de las personas en sí. Sumado a esto, la falta de tiempo para actividades de recreación y personales, así como para compartir con los pacientes, el estrés universitario, la ansiedad de presentarse ante los pacientes y la muerte sin un adecuado apoyo emocional y la competitividad entre compañeros, pueden interferir en el desarrollo de la empatía del futuro profesional (Mejía, 2012).

Otras situaciones que pueden dar paso a bajos niveles de empatía es la lucha ante un paciente en estado de salud grave o terminal, muertes, el enfrentamiento constante al dolor de los pacientes, sumado a esto el estrés laboral, el poco descanso del profesional y la sobre carga de tareas (Acinas, 2012).

Por otro lado; Hojat, Mangione, Kane, y Gonnella (2005) describen que existe un descenso en los niveles de empatía al momento en que los estudiantes inician sus prácticas pre-profesionales y mantienen un contacto personal con los pacientes, esto debido a que han tenido una cercanía con el dolor, el sufrimiento y la enfermedad.

Según Nunes (2011) esta disminución puede ser producto de un cambio del idealismo al realismo en los estudiantes conforme van avanzando en su formación.

Un estudio propone algunos factores que pueden influenciar en el declive de la empatía en los estudiantes de medicina a lo largo de su formación profesional, como la falta de modelos adecuados de conducta en sus educadores, un ambiente educativo intimidatorio, la percepción de desprecio, la falta de actividades de ocio, el exceso de trabajos y la competitividad (Hojat et al, 2002). Igualmente Ward, Cody, Schaal, y Hojat (2012) refieren que otras causas podrían ser la demanda de tiempo, el poco apoyo afectivo por parte de sus compañeros y el estilo de personalidad de los estudiantes.

En conclusión, se puede observar que existen varios factores tanto extrínsecos como intrínsecos que están presentes desde el inicio de la formación académica y que permanecen en el ejercicio profesional, los mismos que pueden llegar a afectar los niveles de conducta empática en el personal médico de atención primaria.

CAPÍTULO 2

2. Metodología

En este capítulo se presenta y se describe la metodología de la investigación, se describe el procedimiento, la población estudiada e instrumentos utilizados en la presente investigación.

2.1. Tipo de estudio

La presente investigación es de orden cuantitativo, que corresponde a un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. Su finalidad es determinar el grado de relación existente entre los niveles de empatía y variables sociodemográficas (género, edad, años de servicio, especialidad, estado civil) consideradas en este estudio. Fue utilizada como estrategia el diseño de campo ya que los datos fueron obtenidos directamente de los sujetos investigados sin que exista manipulación o control de las variables antes nombradas.

2.2. Procedimiento

Se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) y una encuesta sociodemográfica a todos los profesionales médicos de atención primaria de los establecimientos de salud del cantón Cuenca, previa explicación detallada a los participantes de los propósitos de esta investigación y de los objetivos de la misma, de su carácter confidencial y la ausencia de incentivos materiales. La participación fue estrictamente voluntaria. La aceptación de conformidad del participante quedó reflejada con la firma de un consentimiento informado, el cual fue confeccionado de acuerdo a lo requerido.

Esta medición se realizó en una visita a cada uno de los distintos establecimientos de salud, en donde se aplicaron los instrumentos de manera individual a los profesionales.

La escala y la encuesta fueron aplicadas por investigadores neutrales quienes tuvieron como funciones fundamentales: explicar el objetivo de la investigación; aplicación de instrumentos de evaluación; responder ante posibles interrogantes de los participantes; recepción de los instrumentos de evaluación aplicados y verificación de que hayan sido respondidos en su totalidad.

Los datos recogidos fueron analizados a través del programa estadístico SPSS versión 24. En primer lugar se evaluó la consistencia interna de la escala con el coeficiente alfa de Cronbach. La estadística descriptiva se calculó para todas las variables de estudio. Posteriormente, se realizó el test de Shapiro-Wilk para hallar normalidad en los resultados. De acuerdo con la distribución no normal de los datos se utilizaron pruebas no paramétricas. Se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney para las variables dicotómicas (género), la prueba de Kruskal-Wallis para variables politómicas (estado civil y especialidad) y la correlación de Spearman para las variables continuas (edad y años de servicio). En todos los casos se consideró un $p < .05$ como significativo.

2.3. Participantes

La población estuvo conformada por 134 médicos que laboran en los establecimientos de salud del Cantón-Cuenca, finalmente la muestra estuvo conformada por 99 médicos. Los centros que formaron parte son: Centro N.2 José María Astudillo Regalado, Barrial Blanco, Checa, Chiquintad, El Paraíso, Llacao, Machángara, Mariano Estrella, Nulti, Octavio Cordero Palacio, Paccha, Ricaurte, Sidcay, Sinincay, Terminal Terrestre, Tixan, Totoracocha, Turi, UMG 1 Azuay Pumapungo, Uncovia, Baños, Centro N.4 Carlos Elizalde, Ceprondi, Cumbre, El Valle, Gullanzhapa, Molleturo, Parque Iberia, Quingeo, San Antonio Chaucha, San Gabriel Chaucha, San Pedro del Cebollar, Santa Ana, Sayausí, Tamarindo, Tarqui, Tomebamba (Monay), Victoria del Portete, Virgen del Milagro.

2.4. Instrumentos

2.4.1. Ficha sociodemográfica

Las variables que se evaluaron a través de la ficha sociodemográfica fueron: género, edad, especialidad, años de servicio y estado civil.

2.4.2. Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ)

La Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión S) fue traducida y validada al español en México por Alcorta y sus colaboradores (Gamboa y Yávar del Pino, 2007). La versión en español consta de 20 ítems organizados en una escala tipo Likert de siete niveles de respuesta, desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 7 (muy de acuerdo), otorgando puntajes entre 20 a 140. La EEMJ-S posee adecuada validez de constructo, convergente, discriminante, alta consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0.80 y 0.90) y adecuados coeficientes de estabilidad (Alcorta-Garza et al. 2005; Hojat et al., 2002).

2.4.3. Variables interferentes

Las variables que interfirieron en la medición de los factores estudiados fueron, la disponibilidad de tiempo por parte de los médicos, la poca y/o nula colaboración por parte de algunos profesionales, la lejanía existente entre los diversos establecimientos de salud, las autorizaciones pertinentes de las instituciones que son parte de la investigación.

CAPÍTULO 3

3. Resultados

Este capítulo tiene como objetivo dar a conocer los resultados que se obtuvieron en la presente investigación. Mediante el uso de representaciones gráficas se demuestra las distintas asociaciones entre los niveles de empatía obtenidos por los profesionales de atención primaria del Cantón Cuenca y las variables sociodemográficas.

3.1. Resultados del nivel de empatía global de los profesionales y la variable género

Tabla 1

Valores de empatía global y género

	n (%)	M	DE	P
<i>Género</i>				
Masculino	40 (40.4)	111.2	16.2	.12
Femenino	59 (59.6)	115.4	15.9	
Total	99 (100)	113.7	16.1	

Como se puede apreciar en la tabla 1, el puntaje promedio global de los médicos fue de 113.72 (DE = 16.1); el rango del puntaje osciló entre 54 y 138.

En lo que respecta a la variable género; el puntaje de las mujeres fue ligeramente superior al de los hombres (115.4 *versus* 111.2, respectivamente). Las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre los grupos (U=961.00; gl=2; p=.12).

3.2. Relación entre el nivel de empatía global y la variable edad

Tabla 2

Valores de empatía global y edad

	n (%)	M	DE	P
<i>Edad</i>				
23 – 27	35 (35.3)	111.1	16.9	.60
28 – 32	10 (10.1)	113.8	17.1	
33 – 37	24 (24.2)	117.6	14.1	
38 – 42	14 (14.1)	118.1	19.9	
43 – 47	5 (5.1)	117.6	11.7	
48 – 52	2 (2)	105.5	.7	
53 – 57	4 (4)	99	14.3	
58 – 62	5 (5.1)	112.4	7.1	

Como se puede observar en la tabla 2, las edades comprendidas entre 38-42 años, obtuvieron una puntuación media superior al de los demás grupos de estudio; mientras que el grupo de edad comprendida entre los 53-57 años consiguió la media más baja en la evaluación. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de edades ($Rho=.53$; $p=.60$).

3.3. Relación entre el nivel de empatía global y la variable estado civil

Tabla 3

Valores de empatía global y estado civil

	n (%)	M	DE	P
<i>Estado civil</i>				
Soltero	40 (40.4)	112	117.4	.23
Casado	55 (55.5)	113.9	15.3	
Divorciado	2 (2)	126	5.7	
Unión libre	2 (2)	129	2.8	

En la tabla 3 se aprecia que al relacionar la variable estado civil con la empatía global, quienes estaban solteros al momento de la aplicación obtuvieron el menor puntaje promedio (112), a diferencia de aquellos que pertenecen a unión libre (129). Igualmente no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($H=4.35$; $gl=3$; $p=.23$).

3.4. Relación entre el nivel de empatía global y la variable especialidad

Tabla 4

Valores de empatía global y especialidad

	n (%)	M	DE	P
<i>Especialidad</i>				
Med. Familiar	39 (39.4)	117.7	17.9	.03
Pediatra	2 (2)	116.5	6.4	
Med. General	51 (51.5)	110.5	14.4	
Otros	7 (7.1)	114	16.9	

En la tabla 4, en relación a la variable especialidad, se puede ver que los médicos generales poseen un puntaje empático levemente menor que el resto de especialistas

(110.5 *versus* 117.7), siendo el mismo estadísticamente significativo ($H=9.02$; $gl=3$; $p=.03$).

3.5. Relación entre el nivel de empatía global y la variable años de servicio

Tabla 5

Valores de empatía global y años de servicio

	n (%)	M	DE	P
<i>Años de servicio</i>				
1 – 5	54 (54.5)	111.5	16.4	.21
6 – 10	24 (24.2)	115.5	18.5	
11 – 15	14 (14.1)	119	12.8	
16 – 20	2 (2)	120.5	4.9	
>= 21	5 (5.1)	111.4	6.6	

En lo referente a los años de servicio, se puede observar en la tabla 5, que los niveles de empatía aumentaron sutilmente conforme estos avanzan, llegando a su pico máximo entre los 16 y 20 años (120.5) y disminuyendo pasados los 21 años (111.4). Cabe recalcar que las diferencias entre los factores no fueron estadísticamente significativas ($Rho=.13$; $p=.21$).

CAPÍTULO 4

4. Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo medir los niveles de empatía de los médicos de atención primaria del Cantón-Cuenca y relacionar los puntajes obtenidos con las variables género, edad, especialidad, años de servicio y estado civil.

En el presente trabajo los participantes fueron médicos profesionales. Como se pudo observar en el análisis de resultados, el puntaje promedio global de los médicos fue de 113.72. Esto concuerda con los hallazgos de otros estudios realizados en Latinoamérica en países como Colombia (Alonso Palacio et al., 2013), Venezuela (Montilva et al., 2015) y México (Parra Ramírez y Cámara Vallejos, 2017), en donde se obtuvieron resultados similares. En el contexto en donde fue realizada la investigación, los estudiantes de medicina tienen una formación académica en donde tienen una mayor interacción con el paciente, asimismo realizan actividades extracurriculares en donde tienen mayor contacto con la comunidad, favoreciendo así a una mayor sensibilidad frente al padecimiento del dolor y sufrimiento de los pacientes.

En relación a la variable género, los resultados muestran que las mujeres son ligeramente más empáticas que los hombres (115.4 vs. 111.2), hallazgo similar al de otros estudios (por ej., Hojat et al., 2009; Kataoka, Koide, Ochi, Hojat, y Gonnella, 2009). Según Hojat et al., (2002) esto puede deberse a que el género femenino tiene mayor predisposición al componente emocional ofreciendo más atención preventiva y orientada al paciente, mientras que los varones se inclinan más a la parte racional.

El análisis comparativo en función de la edad mostró que la orientación empática ascendió de manera progresiva según aumentaba la edad de los participantes, lo cual concuerda con los hallazgos de Remón-Torres et al, (2013) quienes afirmaron que a

mayor edad mayor puntaje empático. No obstante, en el presente estudio se observó un declive alrededor de los 50 años. Lo cual difiere del planteamiento de Ed O'Brien, quien postula que las habilidades cognitivas y las experiencias acumuladas durante la primera etapa de la vida adulta mejoran la función emocional (Konrath, 2017). A pesar de eso se evidenció un aumento de la capacidad empática pasados los 58 años de edad. Esto puede deberse al uso de un cuestionario autoaplicable, lo cual puede conllevar a altos niveles de deseabilidad social o falta de introspección.

El número de médicos solteros (40.4%) y casados (55.5%) difirió notoriamente de la cantidad de médicos divorciados (2%) y en unión libre (2%). No se encontraron estudios que consideren al estado civil en relación a los niveles de empatía por lo cual no se pueden hacer comparaciones con los resultados encontrados en esta investigación. Igualmente, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Cabe mencionar que el puntaje promedio de los médicos en unión libre (129) y divorciados (126) fue mayor al de los médicos solteros (112) y casados (113.9). Esto pudo deberse a lo anteriormente mencionado.

Las diferencias en los puntajes de empatía según la especialidad resultaron estadísticamente significativas. Esto difiere de los resultados obtenidos en otros estudios (por ej., Carvajal et al., 2004; Parra Ramírez y Cámara Vallejos, 2017), en donde no se encontraron diferencias significativas. Parra y Cámara (2017), sugieren que los médicos en especialidades orientadas al paciente, obtienen niveles de empatía más altos que los médicos en especialidades orientadas a la tecnología como cirugía o patología.

Finalmente, los hallazgos de la presente investigación evidenciaron que la empatía aumenta conforme avanza el ejercicio de la profesión, habiendo un declive de la conducta empática a partir de los 21 años de servicio. Esto puede deberse, probablemente, a la

fatiga que acompaña a la actividad excesiva y al trabajo monótono del ejercicio de la profesión pasados los años. Una investigación realizada por Hojat et al., (2004) encontró que los niveles empáticos en estudiantes de medicina descienden conforme los alumnos avanzan en la carrera. Por otro lado, Rojas et al., (2009), observaron en estudiantes de kinesiología que los niveles de empatía ascienden conforme avanzan en la proceso de formación. La falta de similitud en los resultados puede deberse a que en el estudio realizado por Hojat et al., (2004) los participantes eran estudiantes y, posiblemente, sus resultados se vieron interferidos por el miedo que acompaña a los estudiantes al empezar la carrera; en la presente investigación, por su parte, los participantes ya llevaban algunos años de ejercer la carrera y ya no manifestaban este miedo característico de los estudiantes.

Conclusiones

Con los resultados expuestos en el presente estudio podemos concluir que los médicos de atención primaria del Cantón Cuenca poseen niveles de empatía adecuados para el ejercicio profesional, lo cual resulta ser un factor favorecedor en la relación médico-paciente.

Los médicos familiares poseen niveles de empatía superiores que a los médicos de otras especialidades (médico general, pediatra, otros). En lo que respecta al resto de variables sociodemográficas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto no influyen en los niveles de empatía de los médicos. Sin embargo, en relación al género, las mujeres presentan un puntaje de empatía superior que los varones. Los participantes que se encuentran entre los rangos de 38 a 42 años de edad; los médicos quienes se encuentran dentro del grupo de 16-20 años de servicio y quienes corresponden a un estado civil en unión libre obtuvieron los puntajes más elevados de empatía.

En lo que respecta a las limitaciones del presente estudio, al ser de corte transversal, los niveles de empatía no pueden ser medidos en cuanto a su variabilidad a lo largo del tiempo, además se ve la necesidad de incluir otras variables que permitan profundizar el conocimiento acerca de la empatía como por ejemplo: el funcionamiento familiar, tipo de formación académica y personalidad, utilizando una metodología de tipo cualitativa.

Finalmente, se debe considerar que los estudios previos que tienen como objetivo medir los niveles de empatía han sido realizados en estudiantes de medicina, situación que dificulto relacionar los resultados obtenidos con otras investigaciones.

Recomendaciones

Al conocer los niveles de empatía en los médicos de atención primaria del Cantón Cuenca se recomienda:

A las autoridades Institucionales realizar estrategias encaminadas al fortalecimiento y mantenimiento de niveles adecuados de empatía como un factor favorecedor de la relación médico-paciente y en el proceso de curación de la enfermedad, buscando fortalecer el desempeño de estos profesionales en beneficio de los pacientes, sus familias y el área de salud en general.

Desde la formación en aulas del médico es necesario que se dé importancia a la relación médico paciente debido a que esto influye en el tratamiento y proceso de curación del paciente.

Sería importante impulsar investigaciones que aporten con el conocimiento de la empatía que abarquen a otras especialidades.

Referencias

- Acinas, P. (2012). Burn-Out y Desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1-22.
- Alcorta-Garza, A., Gonzalez, J., Tavitas, S., Rodriguez, F., & Hojat, M. (2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Medigraphic*, 57 - 63.
- Alonso Palacio, L., Caro, S., Erazo Coronado, A. M., & Díaz Narváez, V. (2013). Evaluación de la orientación empática en estudiantes de medicina de la Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 22-33.
- Alonso, M., & Kraftchenko, O. (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Educación Médica Superior*, 38-45.
- Borrell, F. (2011). Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Elsevier*, 136(9), 390-397.
- Carvajal, A., Miranda, C., Martinac, T., García, C., & Cumsille, F. (2004). Análisis del nivel de empatía en un curso de quinto año de medicina, a través de una escala validada para este efecto. *Revista - Hospital Clínico Universidad de Chile*, 302-306.
- Chauvie, P. (Octubre de 2015). *Empatía: Efectos de los vínculos primarios*. Obtenido de https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_5.pdf

- Dávila, Y., Neira, V., Aguilera, J., Martínez, F., Velez, X., & Díaz, V. (2017). La empatía y los estudiantes de medicina en la Universidad de Azuay, Ecuador. *Revista Científica Salud Uninorte*, 39-47.
- Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 1-17.
- Delgado-Bolton, R., San-Martín, M., Alcorta-Garza, A., & Vivanco, L. (2016). Empatía médica en médicos que realizan el programa de formación médica especializada. Estudio comparativo intercultural en España. *Elsevier*, 48(9), 565-571.
- Dörr, A. (2004). Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Revista Médica de Chile*, 132, 1431-1436.
- Esquerda, M., Yuguero, O., Viñas, J., & Pifarré, J. (2016). La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Elsevier*, 8-14.
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 284-298.
- Galán, M., Romero, R., Morillo, M., & Alarcón, J. (2014). Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. *Elsevier*, 53-60.
- Gamboa, P., & Yávar del Pino, N. (2007). *Docplayer*. Obtenido de <https://docplayer.es/72675530-Orientacion-empatica-de-los-docentes-kinesiologos-de-la-escuela-de-kinesiologia-de-la-universidad-de-chile.html>
- Grau, A., Pere, T., Zamora, A., Miquel, Q., Carrion, C., Vilert, E., . . . Cordon, F. (2016). Evaluación de la empatía en estudiantes de Medicina. *Elsevier*, 18(2), 114 - 120.

- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*(3), 307-316.
- Hojat, M., Gonnella, J., Nasca, T., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry, 159*(9), 1563-1569.
- Hojat, M., Mangione, S., Kane, G., & Gonnella, J. (2005). Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Medical Teacher, 625-628*.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T., Cohen, M., Gonnella, J., Erdmann, J., . . . Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement, 349-365*.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T., Rattner, S., Erdmann, J., Gonnella, J., & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education Journey, 934-941*.
- Hojat, M., Vergare, M., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S., Isenberg, G., . . . Gonnella. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 1182-1191*.
- Kataoka, H., Koide, N., Ochi, K., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2009). Measurement of Empathy Among Japanese Medical Students: Psychometrics and Score Differences by Gender and Level of Medical Education. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 1174-1177*.

- Konrath, S. (24 de Enero de 2017). *Center of Building a Culture of empathy*. Obtenido de <http://cultureofempathy.com/References/Experts/Sara-Konrath.htm?fbclid=IwAR0QGmjooptkeQ6Y1w11LMRpA8PktTSSXFQtsHYrywVH41BysEKRj8VM3dg>
- Mejía, M. (2012). Conducta empática en los estudiantes de las ciencias de la salud. Madrid.
- Montilva, M., García, M., Torres, A., Puertas, M., & Zapata, E. (2015). Empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina y Enfermería de Venezuela. *Investigación En Educación Médica*, 223-228.
- Moreto, G., González- Blasco, P., Pessini, L., & Craice-de Benedetto, M. A. (2014). La erosión de la empatía en estudiantes de Medicina: reporte de un estudio realizado en una universidad en São Paulo, Brasil. *Atem Fam*, 16-19.
- Mosquera, S. (20 de julio de 2014). Crisis de los 50. *La Revista el Universo*.
- Moya-Albiol, L., Herrero, N., & Bernal, M. (2010). Bases neuronales de la empatía. *Revista de Neurología*, 50(2), 89-100.
- Muñoz, A., & Chaves, L. (2013). La empatía: ¿un concepto unívoco? *Katharsis*, 123-143.
- Nunes, P., Williams, S., Sa, B., & Stevenson, K. (2011). A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *International Journal of Medical Education*, 12-17.
- Parra Ramírez, G., & Cámara Vallejos, R. (2017). Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. *Investigación en Educación Médica*, 221-227.

- Remón-Torres, M. A., Remón-Torres, M. M., & Tataje-Lavanda, M. K. (2013). Características del nivel de empatía hacia el paciente en internos de medicina de dos hospitales nacionales. *Revista médica panacea*, 2-5.
- Rojas-Serey, A., Castañeda-Barthelemiez, S., & Parraguez-Infiesta, R. (2009). Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesiología de Chile. *Educación Médica Superior*, 12(2), 103-109.
- Saucedo, J., Bravo, V., Guevara, Y., Salazar, R., Vásquez, C., & Díaz, C. (2012). Empatía en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. *Revista del Cuerpo Medico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 17-21.
- Stotland, E. (1969). Exploratory investigations of empathy. *Elsevier*, 4, 271-314.
- Ward, J., Cody, J., Schaal, M., & Hojat, M. (2012). The Empathy Enigma: An Empirical Study of Decline in Empathy Among Undergraduate Nursing Students. *Elsevier*, 34-40.

Anexos

Anexo 1. Escala de Empatía Médica de Jefferson (Versión - S)

Instrucciones: Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones encerrando en un círculo el número apropiado después de cada afirmación. Utilice la escala de 7 puntos (un mayor número indica un mayor acuerdo):

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

1.- La comprensión que tenga el médico de los sentimientos del paciente y de su familia no influye en el tratamiento.	1 2 3 4 5 6 7
2.- Los pacientes se sienten mejor cuando el médico comprende sus sentimientos.	1 2 3 4 5 6 7
3.- Es difícil para el médico ver las cosas desde la perspectiva de su paciente.	1 2 3 4 5 6 7
4.- La comprensión del lenguaje corporal es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico - paciente.	1 2 3 4 5 6 7
5.- El buen sentido del humor del médico contribuye a tener un mejor resultado clínico.	1 2 3 4 5 6 7
6.- Debido a que la gente es diferente, es difícil ver las cosas desde el punto de vista del paciente.	1 2 3 4 5 6 7
7.- Prestar atención a las emociones del paciente no es importante durante la anamnesis o historia clínica.	1 2 3 4 5 6 7
8.- Prestar atención a las experiencias personales del paciente no influye en los resultados del tratamiento.	1 2 3 4 5 6 7
9.- Los médicos deberían tratar de ponerse en el lugar del paciente cuando lo atienden.	1 2 3 4 5 6 7

10.- Los pacientes valoran que el médico entienda sus sentimientos, lo cual es terapéutico por sí mismo.	1 2 3 4 5 6 7
11.- La enfermedad del paciente puede ser curada solamente por el tratamiento médico; por lo tanto, los lazos emocionales del médico con su paciente no tienen influencia significativa en el tratamiento médico.	1 2 3 4 5 6 7
12.- Preguntarle a los pacientes acerca de sus vivencias personales, no es de ayuda para comprender sus dolencias físicas.	1 2 3 4 5 6 7
13.- Los médicos deberían tratar de comprender lo que está sucediendo en la mente de los pacientes, poniendo atención a la comunicación no verbal y al lenguaje corporal.	1 2 3 4 5 6 7
14.- Yo creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de la enfermedad médica.	1 2 3 4 5 6 7
15.- La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito del médico puede estar limitado.	1 2 3 4 5 6 7
16.- La comprensión que tenga el médico del estado emocional de su paciente, así como también de su familia, es un componente importante de la relación médico - paciente.	1 2 3 4 5 6 7
17.- Los médicos deberían pensar como sus pacientes para poder darles un mejor cuidado.	1 2 3 4 5 6 7
18.- Los médicos no deberían dejarse influenciar por lazos personales fuertes entre sus pacientes y los miembros de sus familias.	1 2 3 4 5 6 7
19.- No disfruto leer literatura no médica o de arte.	1 2 3 4 5 6 7
20.- Creo que la empatía es un importante factor terapéutico en el tratamiento médico.	1 2 3 4 5 6 7

Anexo 2. Encuesta sociodemográfica

Nº ficha

INFORMACIÓN GENERAL

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas. En el caso de preguntas abiertas, por favor responder con letra imprenta, clara y legible.

1. **Género:** M () F ()

2. **Edad:** _____ años cumplidos.

3. **Estado civil:**

Soltero () Casado () Viudo ()

Divorciado () Unión libre ()

4. **Señale el área de servicio, donde desempeña su función:**

Médico ()

Enfermera/o ()

Odontólogo ()

5. **Si su respuesta al enunciado anterior corresponde a médico. Indique su especialidad:**

Médico familiar () Pediatra ()

Médico general () Rural ()

Otros (especifique): _____

6. **Dentro de los rangos establecidos, señale en relación a sus años de servicio.**

1 – 5 años () 6 – 10 años ()

11 – 15 años () 16 – 20 años ()

> =21 años ()

FIRMA: _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN