

## **MODIFICACIÓN DEL NIVEL DE EMPATÍA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DURANTE LA GRADUACIÓN MÉDICA**

**Graziela Moreto, MD<sup>255</sup>**

**Pablo González Blasco, MD, PhD<sup>256</sup>**

**Marco Aurélio Janaudis, MD, PhD<sup>257</sup>**

**Maria Auxiliadora C. de Benedetto, MD<sup>258</sup>**

### **1.- Introducción**

La Medicina vive tiempos de vertiginoso progreso técnico. Paralelamente, nunca se llegó a semejante nivel de despersonalización en la relación médico paciente. Por otro lado, aunque nadie pone en duda la importancia de saber desarrollar las habilidades necesarias para establecer una buena relación médico paciente, parece que en la práctica esas cuestiones no son objeto de una atención eficaz en los años de graduación médica.

La Medicina es una profesión al servicio del ser humano. Cultivar los valores humanos en general, y desarrollar las habilidades interpersonales y la empatía en particular, son elementos fundamentales para bien ejercer la profesión médica.<sup>259</sup>

Algunos estudios sugieren haber una transformación drástica en el estudiante de medicina durante su proceso de formación. En los primeros años, la mayoría de los estudiantes rebosan entusiasmo e idealismo por ser médicos, y se muestran más sensibles con el sufrimiento del paciente.<sup>260 261 262</sup> Con el pasar de los años, el idealismo parece olvidarse, y se inicia un proceso de “deshumanización”, donde el paciente pasa a ocupar un papel secundario en la práctica médica.

No se puede negar la fuerte influencia que el actual modelo de formación médica tiene sobre ese proceso de deshumanización.<sup>263</sup> La información técnica a ser transmitida es tanta, que apenas se dispone de tiempo para abordar la relación médico paciente. Esta metamorfosis –verdadera desproporción- ha sido descrita como una pérdida traumática de la humanización.<sup>264</sup> Se impone, por tanto, pensar en

---

<sup>255</sup> Médico de Familia. Diretora de Programas Internacionais SOBRAMFA. Profesora da Faculdade de Medicina do Centro Universitário Nove de Julho. [graziela@sobramfa.com.br](mailto:graziela@sobramfa.com.br)

<sup>256</sup> Doctor en Medicina. Director Científico de SOBRAMFA. Profesor de Post-grado en la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. [pablogb@sobramfa.com.br](mailto:pablogb@sobramfa.com.br)

<sup>257</sup> Doctor em Medicina. Secretario General de SOBRAMFA. Profesor de la Faculdade de Medicina de Jundiaí. [marcojanaudis@sobramfa.com.br](mailto:marcojanaudis@sobramfa.com.br)

<sup>258</sup> Médico de Familia. Diretora do departamento de Humanidades em SOBRAMFA.

Profesora da Escola Paulista de Medicina. UNIFESP. [macbet@sobramfa.com.br](mailto:macbet@sobramfa.com.br)

<sup>259</sup> Hojat M., Vergare M., Maxwell K, Brainard G, Herrine S. K., Isenberg G A , Veloski J, Gonnella J S. . The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School Acad Med. 2009; 84:1182–1191.

<sup>260</sup> Kay J. Traumatic deidealization and future of medicine. JAMA. 1990;263:572–573.

<sup>261</sup> Silver HK, Glick AD. Medical student abuse: Incidence, severity, and significance. JAMA. 1990;263:527–532.

<sup>262</sup> Authier J. Showing warmth and empathy. In: Hargie O, ed. A Handbook of Communication Skills. London, England: Croom Helm; 1986:441-465.

<sup>263</sup> Silver HK, Glick AD. Medical student abuse: Incidence, severity, and significance. JAMA. 1990;263:527–532.

<sup>264</sup> Edwards MT, Zimet CN. Problems and concerns among medical students. J Med Educ. 1976;51:619–625.

un proceso de rehumanización donde se pueda resguardar y mejorar la empatía en los futuros médicos, ahora estudiantes en momento de formación. Es evidente el beneficio de saber intervenir lo antes posible –cuanto antes mejor- en esa dimensión de la educación médica.

Vale comentar que aspectos que integran el comportamiento del ser humano pueden ser modelados, y pasibles de ser enseñados.<sup>265</sup> Habrá que empezar por no enseñar lo contrario, pues la cultura instalada en muchas facultades de medicina sugiere mantener distancia emocional del enfermo, como si eso favoreciera la actitud profesional. Igualmente se dedica tiempo a discutir casos, pero raramente se habla de “la persona enferma, de su enfermar personalizado”.<sup>266</sup> Naturalmente, todo esto contribuye negativamente al desarrollo de la empatía en los estudiantes.

Las investigaciones sobre el grado de empatía entre médicos y estudiantes de medicina, son limitadas por un doble motivo. Por un lado, el concepto de empatía no está bien definido en muchos casos; por otro, se carece de un instrumento eficaz para medirla. Sin poder medirla adecuadamente –evaluando y cuantificando, de algún modo- la discusión sobre los factores que contribuyen a la erosión de la empatía se constituye en tarea difícil.<sup>267</sup>

### 1.1.- Concepto de Empatía.

Tener un concepto claro de lo que sea la empatía es fundamental para poder elaborar un instrumento que pueda medirla en el contexto de la educación médica. Ese es el punto de partida para desarrollar estrategias futuras

La palabra empatía se origina del griego *empathia*, y significa saber apreciar los sentimientos de otro. El término inglés *empathy*, introducido en 1909 por el psicólogo inglés Edward Bradner Titchener, como traducción de la palabra alemana *einfihlung*. El vocablo alemán fue, por su vez, utilizado por primera vez por Robert Vischer, filósofo e historiador del arte, para describir los sentimientos de quien observaba, apreciándola, una obra de arte. Titchener quería, pues, dar a entender que empatía era el intento de comprender mejor otro ser humano como fruto de su contemplación. Fue Southard, en 1918, el primero que incorpora el término en la relación médico-paciente, como un recurso facilitador del diagnóstico y de la terapéutica.<sup>268</sup>

Algunos autores estudian la empatía –cuando considerada en el contexto de la educación médica y del cuidado con el enfermo- bajo el aspecto predominantemente cognitivo, que abarca tanto el entender las experiencias y preocupaciones del paciente, como la capacidad de comunicarse con él. Sería, de algún modo, como aproximarse del modo de ver el mundo que el otro tiene, entender su perspectiva. Desde el punto de vista educativo la vertiente cognitiva de la empatía se torna sugestiva, porque parece posible enseñarla y aprenderla.

<sup>265</sup> Karr MD. Acting in medical practice. Lancet. 1994; 344:1436

<sup>266</sup> Howard Spiro, MD The Practice of Empathy. Academic Medicine, Vol. 84, No. 9 / September 2009

<sup>267</sup> Hojat M., Vergare M., Maxwell K, Brainard G, Herrine S. K., Isenberg G A , Veloski J, Gonnella J S. . The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School Acad Med. 2009; 84:1182–1191.

<sup>268</sup> Hojat M. Empathy in Patient Care. Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes. New York, NY: Springer; 2007

Deseo de ayudar, de aliviar el dolor y el sufrimiento son otras de las características de la empatía. Al buscar definiciones de empatía nos encontramos con predicados como acto de comprender, percibir los pensamientos, experiencias y sentimientos de otros sin, necesariamente, tener que sentirlos personalmente.

Halpern<sup>269</sup> apunta que la empatía aproxima al médico del paciente que, por su vez, consigue exponer mejor sus quejas y preocupaciones, facilitando el diagnóstico y el tratamiento. Mediante la empatía la autonomía del enfermo, y su seguridad también se fortalecen, contribuyendo a su recuperación. El proceso donde transita la empatía alcanza el comportamiento del médico, y su actitud al enfrentar los pensamientos y sentimientos del enfermo; el modo de comunicarse que implica cordialidad, afecto, sensibilidad.<sup>270</sup> Es evidente que si la empatía facilita el trabajo del médico para mejor cuidar del paciente, es objetivo a ser alcanzado –y enseñado- a los futuros médicos.

Irving e Dickson<sup>271</sup> estudian la empatía como actitud que contempla la habilidad comportamental junto con la dimensión cognitiva y afectiva de la empatía. No se debe ignorar el componente emotivo de la misma, que se relaciona con la capacidad de *sentir* las experiencias y sentimientos de otro. Surge un sentimiento espontáneo de identificación con el que sufre, facilitado por la emoción. En el caso del estudiante esta perspectiva se revela gran facilidad.

Situándonos en la relación médico paciente eficaz, habría que sugerir que la dimensión cognitiva de la empatía debe predominar sobre la emotiva, sin dispensarla. Entender con objetividad, para cuidar con eficacia, sin dejarse llevar por el sólo *sentir*, y pero sin dejar de incorporarlo en las decisiones. Todo un arte que necesita ser aprendido y, sobre todo, promovido, enseñado.

Profundizando en esta reflexión, es el momento de diferenciar dos conceptos que, frecuentemente, se confunden: empatía y simpatía.<sup>272</sup> No son sinónimos y hay que distinguirlos, sobre todo en el ámbito de la relación con el paciente. El médico empático comparte con el enfermo la comprensión de los fenómenos; el médico simpático comparte las emociones, sin quizá compartir los conceptos de comprensión<sup>273</sup>. En la simpatía predominan atributos afectivos y emotivos, provocados casi siempre con los sentimientos intensos que el dolor del enfermo despierta. El médico simpático se preocupa con el grado y la intensidad del sufrimiento y de las emociones del paciente (cuantitativo), mientras que el médico empático se preocupa por entender la forma (cualitativo) de la experiencia del enfermo.<sup>274</sup>

---

<sup>269</sup> Halpern J. From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice. New York, NY: Oxford University Press; 2001

<sup>270</sup> Davis MH. Empathy: A Social Psychological Approach. Madison, Wis: Brown and Benchmark Publishers; 1994.

<sup>271</sup> Irving P, Dickson D. Empathy: towards a conceptual framework for health professionals. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2004;17: 212-220

<sup>272</sup> Stephan WG, Finlay KA: The role of empathy in improving inter- group relations. J Soc Issues 1999; 55:729–743

<sup>273</sup> Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS: Sympathy, empathy, and physician resource utilization. J Gen Intern Med 1991; 6:420–423

<sup>274</sup> Hojat M., Vergare M., Maxwell K, Brainard G, Herrine S. K., Isenberg G A , Veloski J, Gonnella J S. . The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School Acad Med. 2009; 84:1182–1191.

Mientras que la empatía mejora la comunicación con el enfermo<sup>275</sup>, lo que es de todo punto de visto favorable también al médico y le trae satisfacción, es muy posible que en los procesos que culminan en fatiga extrema, decepciones y *burnout* en los médicos y estudiantes, la relación con los pacientes haya sido presidida exclusivamente por la emoción. Establecer una buena relación con el paciente, es benéfico también para el médico que, como cualquier ser humano, busca un significado para su vida, y la armonía en los cuidados con los enfermos le facilita esta busca. La satisfacción profesional es, pues, otro de los resultados de incorporar la empatía.<sup>276</sup>

¿Cómo conquistar la empatía? ¿Cómo vivirla y enseñarla? Es amplia la literatura al respecto, y la asociación con los atributos o acciones propios de la empatía. Y amplio el espectro donde parece incidir la empatía. Así, hay quien la relacione con la conducta moral<sup>277</sup>, las actitudes positivas con los ancianos<sup>278</sup>, padecer menos juicios por errores éticos<sup>279</sup>, tener más habilidad para obtener las historias clínicas y examinar al enfermo<sup>280</sup>, satisfacción del paciente<sup>281, 282</sup>, del médico<sup>283</sup>, relación terapéutica satisfactoria<sup>284, 285</sup>, resultados clínicos positivos<sup>286</sup>, y el hecho de que las mujeres sean más empáticas que los hombres<sup>287</sup>.

Evidentemente este “factorial” de la empatía nos sugiere sus efectos, pero no nos dice cómo se aprende a incorporar la empatía. Las publicaciones sobre habilidades de comunicación –verbal o no-, cómo tomar decisiones, se limitan a describir modos de

---

<sup>275</sup> Feffer M, Suchotliff L. Decentering implications of social interactions. *J Pers Soc Psychol.* 1966;4:415- 422.

<sup>276</sup> Larson, E.B.; Yao, X. Clinical Empathy as emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA* 2005; 293:9 ; 1100-1106

<sup>277</sup> Olsen DP: Development of an instrument to measure the cognitive structure used to understand personhood in patients. *Nurs Res* 1997; 46:78–84

<sup>278</sup> Bagshaw M, Adams M: Nursing home nurses’ attitudes, empathy, and ideologic orientation. *Int J Aging Hum Dev* 1986; 22: 235–246

<sup>279</sup> Levinson W: Physician-patient communication: a key to malpractice prevention. *JAMA* 1994; 273:1619–1620

<sup>280</sup> Colliver JA, Willis MS, Robbs RS, Cohen DS, Swartz MH: Assessment of empathy in a standardized-patient examination. *Teach Learn Med* 1998; 10:8–11

<sup>281</sup> Levinson W: Physician-patient communication: a key to malpractice prevention. *JAMA* 1994; 273:1619–1620

<sup>282</sup> Eisenberg N, Lennon R: Sex differences in empathy and related capacities. *Psychol Bull* 1983; 94:100–131

<sup>283</sup> Suchman LA, Roter D, Green M, Lipkin M: Physician satisfaction with primary care office visits: Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care* 1993; 31:1083–1092

<sup>284</sup> Bertakis KD, Roter D, Putman SM: The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract* 1991; 32:175–181

<sup>285</sup> Livinson W, Roter D: Physicians’ psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10:375–379

<sup>286</sup> Levinson W: Physician-patient communication: a key to malpractice prevention. *JAMA* 1994; 273:1619–1620

<sup>287</sup> Eisenberg N, Lennon R: Sex differences in empathy and related capacities. *Psychol Bull* 1983; 94:100–131

comportamiento pero no se llega a discutir sobre la necesaria transformación interna que el médico debe sufrir si quiere crecer en empatía<sup>288</sup>.

Hay quien considere la empatía como un arte de difícil incorporación práctica, pues no se conquista con clases teorías o con guías prácticos de cómo adquirirla en algunas lecciones. Ganar empatía es un fenómeno temporal, que supone observar el comportamiento de otros (médicos y profesores) que lo practican; aprender con el ejemplo, y con la reflexión sobre los ejemplos que se contemplan. Y aprender con el paciente, una fuente inagotable de lecciones empáticas. Aprender con la vida, y con el arte: con la literatura, con el cine, con las diversas manifestaciones artísticas<sup>289</sup>.

Y también hay quien considere la empatía como parte de la personalidad del individuo, algo que puede ser transformado: puede declinar durante el proceso de la formación médica<sup>290</sup>, o puede ser mejorado mediante actividades educativas bien dirigidas.<sup>291,292</sup> Y no faltan los que afirman que es muy difícil enseñar o dirigir el aprendizaje de la empatía.<sup>293, 294</sup>

Centrándonos en la cuestión que nos ocupa –cómo enseñar empatía durante la formación médica- notase que no es asunto de fácil respuesta. Pero no por eso deja de ser vital, pues está en juego un elemento esencial en la formación de los futuros médicos. Los estudios sobre el tema nos ayudarán a entender mejor el proceso de la mantención y mejoría de la empatía en los estudiantes de medicina.

### 1.2.- Evaluación de la Empatía

Aprender a entender las expectativas del paciente –por colocar un ejemplo del amplio espectro de la empatía- es sin duda uno de los objetivos educativos deseables a alcanzar durante la formación académica. Los objetivos son claros, pero faltan estructuras que sean capaces de medir los resultados. Sabemos lo que queremos enseñar, pero no conseguimos evaluar cómo se enseña y, sobre todo, si se aprende.

Son pocos los estudios que abordan el tema de la evaluación de la empatía. Pueden citarse algunas escalas que han sido aplicadas a la población en general con el objetivo de medir la empatía, como el Interpersonal Reactivity Index desarrollada por Davis<sup>295</sup>, The Hogan Empathy Scale<sup>296</sup> y la Emotional Empathy de Mehrabian e

<sup>288</sup> Suchman LA, Roter D, Green M, Lipkin M: Physician satisfaction with primary care office visits: Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care* 1993; 31:1083–1092

<sup>289</sup> Suchman LA, Roter D, Green M, Lipkin M: Physician satisfaction with primary care office visits: Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care* 1993; 31:1083–1092

<sup>290</sup> Forest-Streit U: Differences in empathy: a preliminary analysis. *J Med Educ* 1982; 57:65–67

<sup>291</sup> Goldstein AP, Goedhart A: The use of structured learning for empathy enhancement in paraprofessional psychotherapists. *J Community Psychol* 1973; 1:168–173

<sup>292</sup> LaMonica EL, Carew DK, Winder AE, Bernazza-Hasse AM, Blanchard KH: Empathy training as the major thrust of a staff development program. *Nurs Res* 1976; 25:447–451

<sup>293</sup> LaMonica EL, Wolf RM, Madea AR, Oberst MT: Empathy and nursing care outcomes. *Sch Inq Nurs Pract* 1987; 1:197–213

<sup>294</sup> Kirk WG, Thomas AH: A brief in-service training strategy to increase levels of empathy of psychiatric nursing personnel. *J Psychiatr Treat Eval* 1982; 4:177–179

<sup>295</sup> Davis MH: Measuring individual differences in empathy: evidence for multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol* 1983; 44:113–126

Epstein<sup>297</sup>. Otros métodos de evaluación han sido elaborados para enfermeras, como la Empathy Construct Rating Scale<sup>298</sup>, the Empathic Understanding of Interpersonal Processes Scale<sup>299</sup>, the empathy subtest of the Relation Inventory<sup>300</sup> y the Empathy Test<sup>301</sup>. Ninguna de estas escalas han sido confeccionadas específicamente para evaluar la empatía de los médicos, y aplicarlas directamente corre el riesgo de no captar –ni medir– la esencia del cuidado empático que se espera del médico.

Hace algunos años, haciéndose eco de esta necesidad, un grupo de investigadores del Jefferson Medical College desarrolló un instrumento para evaluar la empatía en el contexto de la educación médica y del cuidado con el paciente. La Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) contiene 20 temas que se responden de acuerdo con la escala de Likert en su variante de 7 puntos (Completamente de acuerdo= 7/ Completamente en desacuerdo= 1). Varias versiones de JSPE se han elaborado posteriormente: Versión S, para estudiantes; Versión HP, para médicos y profesionales de salud. La JSPE ha sido traducida y validada en 25 idiomas diferentes (incluido el portugués), pudiendo aplicarse en los diferentes contextos culturales.

### 1.3.- Evolución de la Empatía entre estudiantes de medicina

El recurso de evaluación que supone la JSPE ha producido ya algunos estudios que se aventuran a medir la empatía entre estudiantes de medicina, en los diferentes años de la graduación universitaria.

Chen et al<sup>302</sup>. identifican en estudio transversal una disminución del score de empatía (medido con JSPE) entre estudiantes del tercer año, cuando comparados con los del segundo. En estudio longitudinal recientemente publicado, se utilizó la escala JSPE aplicada a estudiantes del tercer año, un grupo al principio y otro al final de curso, observándose también un descenso significativo en el score de empatía en el segundo grupo.<sup>303</sup>

Con la idea de identificar el momento en que ocurre esta erosión de empatía durante la graduación, el Jefferson Medical College elaboró otro estudio con alumnos de

---

<sup>296</sup> Hogan R: Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psychol* 1969; 33:307–316

<sup>297</sup> Mehrabian A, Epstein NA: A measure of emotional empathy. *J Pers* 1972; 40:525–543

<sup>298</sup> LaMonica EL: Construct validity of an empathy instrument. *Res Nurs Health* 1981; 4:389–400

<sup>299</sup> Carkhuff R: *Helping and Human Relations: Selection and Training*, vol 1. New York, Holt, Rinehart, and Winston, 1969

<sup>300</sup> Barrett-Lennard GT: Dimensions of Therapist Response as Causal Factors in the Therapeutic Change. *Psychol Monogr* 1969; 76(43, number 562)

<sup>301</sup> Layton JM: The use of modeling to teach empathy to nursing students. *Res Nurs Health* 1979; 2:163–176

<sup>302</sup> Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med.* 2007;22: 1434–1438

<sup>303</sup> Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. Na empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ.* 2004;38:934 –941.



primero, segundo, tercero y cuarto año, durante los años de 2002 a 2004, identificándose una erosión considerable al final del tercer año.<sup>304</sup>

La literatura muestra de modo habitual una disminución de la empatía en los estudiantes de medicina a lo largo de la carrera. Todos los estudios han sido realizados por grupos de países anglosajones. Conducir una investigación en el ámbito de una cultura Latina, y saber si existe un comportamiento análogo en la erosión de la empatía entre estudiantes de medicina, ha sido la motivación principal para el presente estudio.

## 2.-Objetivo:

- Evaluar el grado de empatía de estudiantes de medicina brasileños en los diferentes años de la graduación universitaria.
- Analizar los factores implicados en este proceso.

## 3.- Material y Metodología:

Aplicación de la escala JSPE (Jefferson Scale of Physician Empathy) para alumnos de 1º, 3º, 6º año de la carrera de medicina en dos facultades de São Paulo, Brasil:

- Universidade 9 de Julho
- São Camilo

**Período:** Febrero a Junio de 2011

**Total de alumnos:** 64

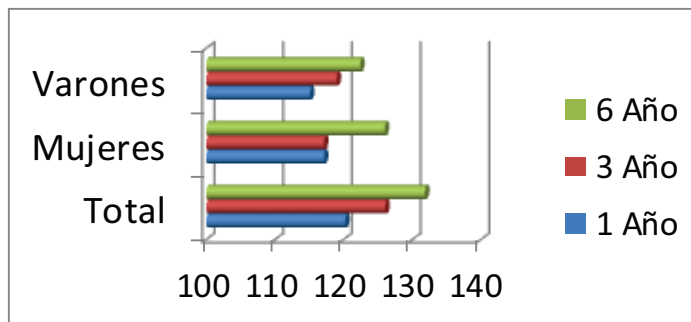
**Discriminación:** Alumnos 1º año = 35; Alumnos 3º año = 14; Alumnos 6º año = 15; Mujeres = 42; Varones = 22

La puntuación de cada ítem es de acuerdo con la escala Likert de 1-7 (Totalmente de acuerdo= 7/ totalmente en desacuerdo= 1). Las respuestas a los ítems 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 e 19 tienen score reverso (Totalmente de acuerdo= 1/ totalmente en desacuerdo= 7). La suma total final representa el score de empatía.

## 4.- Resultados Preliminares

	MÉDIA SCORE TOTAL	MÉDIA SCORE MUJERES	MÉDIA SCORE VARONES
1º AÑO	120,23	117,14	115,12
3º AÑO	126,07	117,14	119
6º AÑO	131,86	126	122,42

<sup>304</sup> Hojat M., Vergare M., Maxwell K, Brainard G, Herrine S. K., Isenberg G A , Veloski J, Gonnella J S. . The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School Acad Med. 2009; 84:1182–1191.



### 5.-Discusión:

Los resultados obtenidos hasta el momento no corresponden a los datos que se encuentran en la literatura. Los alumnos del primer año presentan un score de empatía más bajo que los de años siguientes. Se imponen, pues, algunas consideraciones sobre el presente estudio.

- a) Los **alumnos del Primer año** que participaron del estudio tenían 20 años de edad media. Es posible, pues, que no tuvieran la madurez necesaria para comprender las preguntas de la escala; de hecho, identificamos algunas cuestiones discordantes donde todos los alumnos obtuvieron un score bajo de empatía:
- *Un médico no consigue ver las cosas desde la perspectiva del paciente.*
  - *Un médico no debe dejarse influenciar por relaciones fuertes con los pacientes y familias.*
- b) Los **alumnos del Sexto año**, al contrario de lo que apunta la literatura y de la experiencia que se tiene cuando se actúa como profesor, obtuvieron los mayores scores de empatía. Para intentar comprender este aparente paradoja, hay que tener en cuenta algunos aspectos: el investigador es el propio profesor de estos alumnos y se corre el riesgo natural de obtener respuestas “políticamente correctas”, la escala se aplicó durante las prácticas de atención primaria (donde el profesor-investigador actúa) que es un ámbito donde la relación médico paciente tiene siempre destaque. Quizá los resultados serían otros si se aplicase la escala durante las prácticas de emergencias y de terapia intensiva.

### 6.-Perspectivas Futuras:

6. 1 Aplicar la escala de empatía (JSPE) para alumnos de otras facultades de medicina del Estado de São Paulo.

6. 2 Realizar una Investigación Cualitativa, acoplada a la escala de empatía.

6.2.1. Entrevista Individual. Después de aplicar la escala e identificar el score de empatía de cada participante, será seleccionado un grupo de 20 estudiantes aproximadamente compuesto por 10 con los scores más altos, y por otros 10 con los scores más bajos. El grupo seleccionado participará de una entrevista y responderá la siguiente pregunta: *“Describa una experiencia (académica o personal) que, durante este año, haya tenido influencia (positiva o negativa) sobre su perspectiva humanista de la Medicina”*



Se pedirá permiso para grabar las entrevistas para, posteriormente, analizarlas conforme el método de investigación cualitativo. El objetivo es identificar algunos factores que puedan estar relacionados con la erosión de la empatía durante el proceso de formación. La escala JSPE apunta un score que, siendo útil, no parece suficiente para profundizar en el análisis de la pregunta que motiva la investigación.

6.2.2 Grupos Focales. Una tercera etapa de la investigación se realizará mediante discusiones en grupos focales<sup>305</sup>. Los grupos serán expuestos a una entrevista semiestructurada compuesta por los resultados (categorías) provenientes de las entrevistas individuales y de las cuestiones que presentaron mayor discordancia en la escala JSPE. Los grupos serán coordinados por el investigador y contarán con dos observadores no participantes, y las discusiones serán grabadas para análisis cualitativo posterior.

Colocar en discusión las categorías que las entrevistas individuales sugieren tiene por objeto crear un escenario de discusión para identificar con mayor detalle los elementos que influyen sobre la empatía y entender mejor el proceso de la erosión de la empatía durante la graduación médica, nuestra hipótesis de trabajo apoyada por la literatura.

### ESCALA JEFFERSON DE EMPATIA MÉDICA – VERSION PARA ESTUDIANTES

Año de graduación: ( ) 1º semestre ( ) 6º semestre ( ) 12º semestre

Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino Edad : Fecha:

**Por favor, indique su nivel de concordancia con las siguientes afirmaciones:**

**Completamente en desacuerdo** **Completamente de acuerdo**

1 2 3 4 5 6 7

	1. La comprensión que los médicos tienen de los sentimientos de los pacientes y de sus familias no influyen en el tratamiento médico o quirúrgico.
	2. Los pacientes se sienten mejor cuando los médicos comprendemos sus sentimientos.
	3. Es difícil para un médico ver las cosas en la perspectiva de los pacientes.
	4. Percibir el lenguaje no verbal es tan importante como el lenguaje verbal en las relaciones entre médico y paciente.
	5. El sentido el humor de un médico contribuye para un resultado clínico mejor.
	6. Como las personas son diferentes es difícil ver las cosas desde la perspectiva de los pacientes.
	7. Prestar atención a las emociones de los pacientes nos es importante cuando se trata de anotar una historia clínica.

<sup>305</sup> Belle Brown J. *The Use of Focus Groups in clinical Research in: Miller WC, Crabtree BF. Doing Qualitative Research. Sage Publications, USA, 1999.*

	8. La atención a las experiencias personales de los pacientes no influye en el resultado de los tratamientos.
	9. Los médicos debían intentar colocarse en el lugar de sus enfermos cuando los cuidan.
	10. Los pacientes valoran la comprensión que el médico tiene de sus sentimientos, lo que es terapéutico en si mismo.
	11. Las enfermedades de los pacientes solamente pueden ser curadas con tratamientos médicos o quirúrgicos; de este modo, los lazos emocionales de los médicos con sus pacientes no tienen ninguna influencia significativa en el tratamiento médico o quirúrgico.
	12. Hacer preguntas a los pacientes sobre lo que pasa en su vida privada no ayuda para comprender sus quejas físicas.
	13. Los médicos debían intentar comprender lo que pasa dentro de la cabeza de sus pacientes, prestando atención a las señales no verbales, e a su lenguaje corpora.
	14. Creo que la emoción no debe estar presente en el tratamiento de las molestias orgánicas.
	15. La empatía es una competencia terapéutica sin la cual el éxito del médico es limitado.
	16. La comprensión de los médicos sobre el estado emocional de sus pacientes y de las familias de los mismos es un componente importante en la relación entre el médico y el enfermo.
	17. Los médicos debían intentar pensar como sus pacientes para proporcionarles mejores cuidados.
	18. Los médicos no se debían dejar influir por relaciones personales fuertes con sus pacientes y sus familias.
	19. No aprecio literatura médica u otras formas de arte.
	20. Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico.