



ORIGINAL

Evaluación de los niveles de empatía médica en médicos residentes de un hospital general en Perú



Jeff Huarcaya-Victoria^{a,*}, Bernardo Cano-Uría^b, Alejandro Villanueva-Ruska^b y Jorge de la Cruz-Oré^c

^a Centro de Investigación en Salud Pública, Instituto de Investigación, Facultad de Medicina Humana, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú

^b Departamento de Psiquiatría, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú

^c Departamento de Emergencia, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú

Recibido el 15 de enero de 2018; aceptado el 6 de abril de 2018

PALABRAS CLAVE

Empatía;
Religión;
Residentes de
medicina;
Educación médica;
Perú

Resumen

Objetivo: Evaluar los niveles de empatía de los médicos residentes ingresantes al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), así como su relación con la actitud religiosa y otras variables personales y sociodemográficas.

Materiales y métodos: Estudio observacional y transversal mediante encuesta, realizado en el HNGAI, Lima, Perú. Se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), la Escala de Actitud Religiosa (EAR), y una ficha de recolección de datos sociodemográficos a médicos residentes que ingresaron al Programa de Residentado Médico del HNGAI durante los años 2016 y 2017.

Resultados: La puntuación media de los niveles de empatía fue de 118,74. Se hallaron diferencias no significativas en los niveles de empatía relacionadas con la elección de especialidad («vinculada al paciente»: 119,58 versus «vinculada a la tecnología»: 117,15; $p=0,189$) y con el género (mujeres: 119,5 versus varones: 118,05; $p=0,408$). Se encontraron diferencias significativas en los niveles de empatía relacionados con haber contado con un modelo profesional en el trato al paciente ($p=0,004$) y referir pertenecer a una religión (católica/protestante/evangélica) ($p=0,003$). Se encontró una correlación directa entre la EEMJ y la EAR ($r=0,249$; $p=0,006$).

Conclusiones: Los residentes que se identifican a sí mismos como pertenecientes a una religión obtuvieron mayores niveles de empatía, así como aquellos que mencionan haber contado con un modelo profesional en el trato al paciente. Se deben realizar estudios de manera prospectiva con la finalidad de evaluar la evolución de la empatía médica en los residentes de medicina, además de determinar los factores que intervendrían en su erosión.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jeff.huarcaya@unmsm.edu.pe, jhuarcayav@usmp.pe (J. Huarcaya-Victoria).

KEYWORDS

Empathy;
Religion;
Resident education;
Medical education;
Peru

Evaluation of the levels of medical empathy in medical residents of a general hospital in Peru**Abstract**

Objective: To evaluate the level of empathy in medical residents in the Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), as well as its relationship with the religious attitude and other personal and sociodemographic variables.

Material and methods: Observational and cross-sectional study using a questionnaire conducted on the HNGAI, Lima, Peru. The Jefferson Medical Empathy Scale (EEMJ), the Religious Attitude Scale (EAR), and a sociodemographic data collection card were used to collect data from medical residents who entered the HNGAI medical residency program during the years 2016 and 2017.

Results: The mean score of empathy levels was 118.74. Non-significant differences were found in the levels of empathy related to the choice of specialty ('people-oriented': 119.58 versus 'technology-oriented': 117.15, $P = .189$); and gender (women: 119.5 versus males: 118.05, $P = .408$). Significant differences were found in the levels of empathy related to having had a professional model in treating the patient ($P = .004$) and referring to belonging to a religion (Catholic/Protestant/Evangelical) ($P = .003$). A direct correlation was found between the EEMJ and the EAR ($r = .249$, $P = .006$).

Conclusions: The residents who identify themselves as belonging to a religion obtained higher levels of empathy, along with those who mention having a professional model in the treatment of the patient. Prospective studies should be conducted in order to evaluate the evolution of medical empathy in medical residents. Determining the factors that would intervene in their erosion would also be useful.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La empatía es nuestra capacidad de identificar lo que otra persona piensa o siente y responder ante sus pensamientos y sentimientos con una emoción adecuada. Se produce cuando suspendemos nuestro enfoque de atención único, centrado exclusivamente en nuestra mente, y, en su lugar, adoptamos un enfoque de atención doble, que también se centra en la mente del otro¹.

En el campo del cuidado de la salud, la empatía médica ha sido definida como un atributo predominantemente cognitivo (en lugar de afectivo o emocional), que implica la capacidad de comprender (en lugar de sentir) las experiencias, los sentimientos y las preocupaciones internas de un paciente, combinado con la capacidad de comunicar esta comprensión y la intención de ayudar². Se ha observado que los altos niveles de empatía pueden verse reflejados de forma positiva en la relación médico-paciente y la respuesta al tratamiento médico³. Al respecto, Halpern⁴ destaca cuatro beneficios: a) ayuda a entender los significados personales de las palabras de los pacientes; b) ayuda a identificar lo que es relevante para el paciente; c) facilita la confianza, y d) ayuda a que los actos médicos sean más significativos. En diversos estudios se han correlacionado ciertas variables con los niveles de empatía en los médicos: a) las mujeres tienen mayores niveles de empatía⁵⁻¹¹, aunque existen otros estudios donde no se advierte este hallazgo¹²⁻¹⁴; b) los residentes casados muestran niveles de empatía significativamente mayores; en este sentido, Hong et al.¹⁵ identificaron que la empatía está asociada al estado civil en residentes de psiquiatría: estar casado contribuye a incrementar los niveles de empatía; c) el hecho de tener 2 o

más hijos parece ser que se correlaciona con niveles mayores de empatía¹⁵.

La religiosidad y la espiritualidad son componentes importantes en el bienestar de los pacientes¹⁶. Este hecho ha conllevado que en las últimas décadas se preste más atención a la formación religiosa y espiritual de los estudiantes de medicina¹⁷. Se sabe que la mayor religiosidad en los estudiantes de medicina, así como en la población general, se relaciona con un menor consumo de sustancias ilegales, menos conductas sexuales de riesgo, y mayor nivel de actividad física¹⁸. Hasta donde tenemos conocimiento, la relación entre la religiosidad y los niveles de empatía médica no ha sido muy estudiada.

El conocimiento de los niveles de empatía de los médicos y sus factores relacionados (p. ej., edad, sexo, estado civil, actitud religiosa, etc.) permitiría estructurar programas adecuados de capacitación para, a su vez, disminuir los problemas en la relación médico-paciente y los juicios por mala práctica. A pesar de que las actitudes empáticas pueden mejorarse significativamente durante la formación del estudiante de medicina, siguiendo enfoques empáticos durante la enseñanza¹⁹, en el Perú, a diferencia de lo que ocurre en otros países (tabla 1), los trabajos que se han realizado sobre el estudio y la evaluación de la empatía médica son escasos, y los pocos que existen se realizaron a estudiantes^{5,13,14}, por lo que no se sabe cuáles son las características y los factores relacionados con la empatía médica en médicos residentes.

Por tanto, dada la importancia de la empatía en la relación médico-paciente y en la formación de los profesionales de la salud, se desarrolló el presente estudio con el objetivo de determinar los niveles de empatía de los médicos

Tabla 1 Algunos estudios donde se evalúa los niveles de empatía a médicos residentes mediante la EEMJ

Autores	Población	Media (DE) de niveles de empatía con EEMJ
Hojat et al. (2002) ² , Estados Unidos	507 médicos varones	119,1 (11,8)
Shahini et al. (2016) ¹⁰ , Iran	179 médicos mujeres	120,9 (12,2)
Delgado-Bolton et al. (2016) ¹² , España	74 residentes	87,06 (15,14)
Igde y Sahin (2017) ⁷ , Turquía	104 residentes	114 (13)
Lee et al. (2018) ²⁰ , Singapur	233 residentes de primer año	76,94 (10,23) (mujeres) 73,66 (12,77) (varones)
	130 residentes de segundo año	58,86 (4,60) (mujeres) 59,48 (4,84) (varones)
	148 residentes de tercer año	59,87 (3,52) (mujeres) 59,59 (3,29) (varones)
	121 residentes de primer año	104,2 (15,0)
	129 residentes de segundo año	105,4 (13,3)
	91 residentes de tercer año	106,2 (12,7)
	79 residentes de cuarto año	103,7 (12,9)
	26 residentes de tercer año	104,1 (9,9)

DE: desviación estándar; EEMJ: Escala de Empatía Médica de Jefferson.

residentes ingresantes al Hospital Nacional Guillermo Almonacid Cerdas (HNGAI), así como su relación con la actitud religiosa y otras variables personales y sociodemográficas.

Material y métodos

Diseño de estudio

Observacional, transversal, que busca correlacionar los niveles de empatía en los médicos ingresantes al Programa de Residentado Médico del HNGAI, con determinadas variables de los médicos participantes. La investigación fue analítica.

Lugar de estudio y participantes

El HNGAI es uno de los dos hospitales más importantes de la seguridad social en el Perú, pionero de importantes avances en la medicina peruana (p. ej., primer hospital general donde se creó un Servicio de Hospitalización en Psiquiatría, primer hospital donde se realizó un trasplante hepático, etc.). Debido a su alta especialización, las plazas para médicos residentes en este hospital son muy solicitadas, ingresando generalmente los médicos que alcanzaron los primeros puestos en sus respectivos exámenes de residentado. Los participantes de este estudio fueron todos los médicos residentes ingresantes al Programa de Residentado Médico del HNGAI en los años 2016 y 2017 (n = 284).

Instrumento

La empatía médica se midió utilizando un instrumento psicométrico desarrollado por la Universidad de Jefferson: la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ). Esta escala es autoadministrada y valora tres dimensiones: «toma de perspectiva» (10 ítems), «atención con compasión» (7 ítems) y «ponerse en los zapatos del paciente» (3 ítems). La versión final de esta escala incluye 20 ítems, valorados sobre una escala Likert de 7 puntos^{11,21}, con un rango posible entre 20 y 140. La escala tiene 10 preguntas con puntaje negativo.

Esta escala fue validada a nuestro idioma en una muestra de estudiantes mexicanos, en la cual se encontró una consistencia interna de rango aceptable²². Hojat y Gonnella²³ establecieron los puntos de corte en varones (alto: ≥ 127 ; moderado: 96-126; bajo: ≤ 95) y en mujeres (alto: ≥ 129 ; moderado: 101-128; bajo: ≤ 100).

Para la actitud religiosa se aplicó la Escala de Actitud Religiosa (EAR) a los médicos residentes ingresantes en el año 2017 (n = 121). Esta escala fue diseñada y validada por Orozco-Parra y Domínguez-Espinosa²⁴ en México. Consta de 17 ítems tipo Likert, contando con características psicométricas adecuadas para poder evaluar la actitud de la población mexicana hacia la religión. La validación de dicha escala se limita a la población católica.

Otras variables

Junto a la EEMJ y la EAR, se entregó una ficha de recolección de datos sociodemográficos, en la cual figuraban las variables siguientes: edad, sexo, estado civil, número de hijos, religión, modelo profesional en el trato con el paciente, especialidad médica: «vinculada al paciente» y «vinculada a la tecnología», y deseo de estudiar la especialidad a la que ingresó.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis exploratorio de los datos. Para la descripción de variables continuas y discretas, se aplicaron métodos de estadística descriptiva. La relación entre variables discretas se evaluó mediante la prueba de diferencias de medias de t de Student o de U de Mann-Whitney de acuerdo al test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. La correlación entre los puntajes de la EEMJ y la EAR se evaluó gráfica y analíticamente mediante la construcción de nubes de puntos, líneas de regresión y cálculo de coeficiente de correlación lineal de Pearson. El nivel de significación de este estudio fue de 0,05. Los análisis se realizaron con la ayuda del programa estadístico SPSS versión 20.

Aspectos éticos

Se solicitó a cada participante firmar un formato de consentimiento informado, que proporcionó los lineamientos básicos de la investigación y los derechos de los participantes, como el anonimato y la abstención de participar en caso de considerarlo pertinente; además, se señaló que la información proporcionada tendría como único fin servir para la investigación. Asimismo, se contó con la autorización de la oficina de Capacitación y Docencia, además del Comité de Ética del HNGAI.

Resultados

De un total de 284 médicos residentes ingresantes, 228 (2016: $n = 107$; 2017: $n = 121$) contestaron las escalas (tasa de respuesta = 80,28%). La edad promedio fue de 29,9 años, con una desviación estándar (DE) de 3,9 años; la edad mínima fue de 24 y la máxima, 46 años. Las demás características sociodemográficas las podemos observar en la [tabla 2](#).

En cuanto al puntaje en la escala de empatía, la media fue de 118,74 (DE = 13,14). En lo concerniente a las

dimensiones de la escala de empatía, el resumen de los datos estadísticos obtenidos se muestra en la [tabla 3](#).

El análisis de las variables investigadas en este estudio se encuentra en la [tabla 4](#). El puntaje promedio de empatía entre quienes contaron con un modelo profesional en el trato al paciente fue mayor frente a quienes no lo tuvieron (120,15 *versus* 110,97; $p = 0,004$), siendo esta diferencia significativa en la dimensión «toma de perspectiva» (61,38 *versus* 55,83 puntos; $p = 0,002$). Respecto a la religión, los residentes que afirmaron profesar una religión (católica y protestante) obtuvieron mayores niveles de empatía (120,38 *versus* 108,37; $p = 0,003$) en todas las dimensiones: «toma de perspectiva» (61,29 *versus* 55,37; $p = 0,014$), «cuidado con compasión» (43,92 *versus* 40,05; $p = 0,023$), y «ponerse en los zapatos del otro» (15,17 *versus* 12,95; $p = 0,04$).

La [figura 1](#) muestra el diagrama de dispersión entre el puntaje de la EEMJ y el puntaje de la EAR de 121 médicos residentes. Se evidencia una aglomeración de los residentes que afirmaron profesar una religión (católica y protestante) hacia mayores puntajes en la EEMJ y la EAR. Los residentes ateos/agnósticos están más dispersos y muestran menos puntaje en la EEMJ y la EAR. Existe una correlación positiva entre el puntaje de la EEMJ y la EAR ($r = 0,249$; $p = 0,006$). No se halló correlación entre la edad y el puntaje en la EEMJ ($r = 0,045$; $p = 0,509$).

Discusión

El puntaje medio de los niveles de empatía observado en los residentes ingresantes al HNGAI es mayor que el reportado en algunos estudios ([tabla 1](#)). Según los puntos de corte establecidos por Hojat y Gonnella²³, los residentes varones y mujeres de nuestro estudio obtuvieron puntajes moderados. Esto contrasta con lo reportado en otras realidades socioculturales diferentes a la peruana; por ejemplo, en estudios realizados en Turquía⁷ e Irán¹⁰ se encontraron niveles bajos de empatía.

Los residentes que se identificaron a sí mismos como pertenecientes a una religión obtuvieron mayores niveles de empatía; además, existe una correlación positiva entre el puntaje de la EEMJ y la EAR. Sabemos que la religión se ocupa de temas que son relevantes para la práctica médica, como el dilema de la vida y la muerte, el sufrimiento humano, además de estar asociados con la espiritualidad²⁵. Hasta donde se ha observado, los estudios que relacionan la religión y la empatía en el personal de salud son muy escasos; por ejemplo, Ouzouni y Nakakis²⁶ encontraron que la religión y la religiosidad tuvieron un impacto en los niveles de empatía en estudiantes de enfermería: en particular, las estudiantes cristianas demostraron tener niveles más altos de empatía ($p < 0,002$). Asimismo, Pawlikowski et al.²⁷ sostuvieron que la religiosidad se correlaciona positivamente con el altruismo ($r = 0,12$; $p < 0,05$), enfoques holísticos ($r = 0,18$; $p < 0,01$) y empatía ($r = 0,20$; $p < 0,01$), pero no con el respeto por la autonomía. Además, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el grado de religiosidad entre especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas, favoreciendo a las últimas²⁷. En cuanto a las preguntas sobre la fe religiosa, la mayoría estuvo de acuerdo en que este atributo les permite hacer frente mejor a las obligaciones profesionales, y que la conciencia de la presencia de Dios ayuda en

Tabla 2 Características sociodemográficas de los médicos residentes encuestados

Característica	n (%)
Edad, años, media ($\pm$ DE) [rango]	29,9 ($\pm$ 3,9) [24-46]
Género	
Masculino	116 (50,9%)
Femenino	112 (49,1%)
Especialidad	
Vinculada al paciente	149 (65,4%)
Vinculada a la tecnología	79 (34,6%)
Religión	
Católica	170 (74,56%)
Protestante/evangélica	19 (8,33%)
Agnóstico	11 (4,82%)
Ateo	8 (3,51%)
Otro	11 (4,82%)
No precisó	9 (3,95%)
Estado civil	
Soltero	194 (85,1%)
Casado	29 (12,7%)
Número de hijos	
0	192 (84,6%)
1	22 (9,7%)
2	9 (4%)
3	4 (1,8%)
Deseo de estudiar la especialidad de ingreso	
Sí	220 (96,5%)
No	8 (3,5%)
Modelo profesional en el trato al paciente	
Sí	193 (84,6%)
No	35 (15,4%)

DE: Desviación estándar.

Tabla 3 Resumen de las dimensiones de empatía en los médicos residentes

Estadísticos de resumen	Toma de perspectiva (10-70) ^a	Cuidado con compasión (7-49) ^a	Ponerse en los zapatos del paciente (3-21) ^a
Media	60,53	43,38	14,83
Mediana	62	44,5	15
Desviación típica	7,51	5,6	2,92
Mínimo	33	18	5
Máximo	70	49	21

^a Representa el rango posible en el cual se puede mover el puntaje.

Tabla 4 Análisis comparativo según las variables estudiadas para los puntajes de empatía obtenidos de la EEMJ en 228 médicos residentes

Variables	Total de residentes encuestados n = 228 n (%)	Media (DE) de niveles de empatía con la EEMJ	p
<i>Especialidad médica^a</i>			0,189
Vinculada al paciente ^b	149 (65,4%)	119,58 (12,99)	
Vinculada a la tecnología ^c	79 (34,6%)	117,15 (13,34)	
<i>Sexo^a</i>			0,408
Varón	116 (50,9%)	118 (13,41)	
Mujer	112 (49,1%)	119,5 (12,86)	
<i>Modelo profesional en el trato al paciente^a</i>			0,004
Sí	193 (84,6%)	120,15 (11,78)	
No	35 (15,4%)	110,97 (17,11)	
<i>Afiliación religiosa^d</i>			0,003
Sí (católicos y protestantes/evangélicos)	189 (82,9%)	120,38 (12,09)	
No (ateos y agnósticos)	19 (8,3%)	108,37 (15,07)	
<i>Deseo de estudiar la especialidad de ingreso^a</i>			0,403
Sí	220 (96,5%)	118,89 (13,13)	
No	8 (8,2%)	114,63 (13,36)	
<i>Número de hijos</i>			0,637
0	192 (84,6%)	118,74 (13,16)	
1	22 (9,7%)	119,91 (10,04)	
2	9 (4%)	118,67 (15,37)	
3	4 (1,8%)	108 (20,61)	
<i>Estado civil^a</i>			0,456
Soltero	194 (85,1%)	119,01 (12,99)	
Casado	29 (12,7%)	116,86 (14,5)	

DE: desviación estándar; EEMJ: Escala de Empatía Médica de Jefferson.

^a Prueba de t de Student.

^b Cardiología, dermatología, endocrinología, gastroenterología, geriatría, gineco-obstetricia, hematología, inmunología y alergia, medicina de emergencias y desastres, medicina de enfermedades infecciosas y tropicales, medicina de rehabilitación, medicina familiar y comunitaria, medicina intensiva, medicina interna, medicina ocupacional, nefrología, neumología, neurología, oncología médica, pediatría, psiquiatría, reumatología.

^c Anatomía patológica, anestesiología, cirugía de cabeza cuello y maxilofacial, cirugía general, cirugía ortopédica y traumatología, cirugía pediátrica, cirugía de tórax y cardiovascular, cirugía plástica, genética médica, radiología, urología, gestión en salud, medicina nuclear, medicina legal, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, patología clínica.

^d Prueba de U de Mann-Whitney.

situaciones difíciles²⁴. Por el contrario, Santos et al.²⁵ no encontraron asociación entre la creencia religiosa y los puntajes de empatía médica. En otro estudio, Francis et al.²⁸ señalaron que la identidad religiosa es menos importante que la imagen de Dios en las personas jóvenes. La imagen de un Dios de misericordia se asoció con puntajes más altos de empatía, mientras que la imagen de un Dios de justicia se asoció con puntajes más bajos de empatía. Además, en este

estudio se evidenció que los ateos y los agnósticos puntuaron menos en los niveles de empatía. Esto plantea algunas hipótesis; los ateos y los agnósticos se caracterizan por algunas cogniciones y conductas: evadir explicaciones supernaturales, preferencia por construcciones lógicas y sistematizadas, evitación de lenguajes metafóricos^{29,30}; entonces, ¿devenir en la irreligiosidad disminuye los niveles de empatía?, o, más bien, ¿presentar niveles bajos de empatía favorece

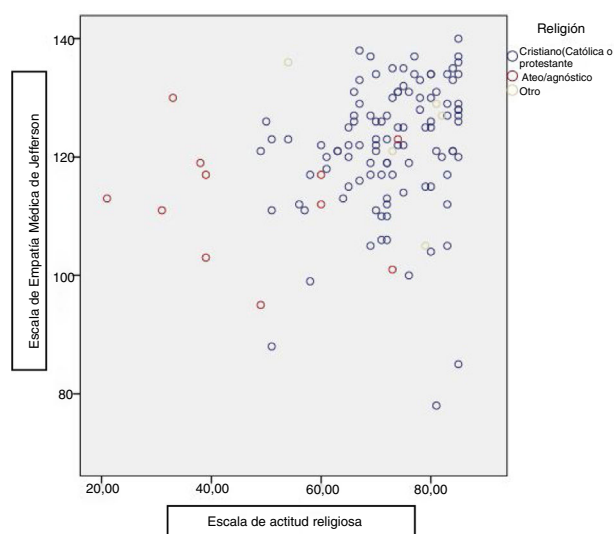


Figura 1 Diagrama de dispersión entre el puntaje en la EEMJ y la EAR para 121 residentes.

que las personas eviten los sistemas religiosos? Responder a estas preguntas está fuera de la metodología de este estudio ya que se evalúan asociaciones, no causalidades, por lo que se requieren más estudios al respecto.

Los residentes que mencionaron haber contado con un modelo profesional en el trato al paciente obtuvieron significativamente mayores niveles de empatía. Esta diferencia se da en la dimensión «toma de perspectiva». Las dimensiones «toma de perspectiva» y «ponerse en los zapatos del otro» son parte de la fase cognitiva de la empatía. Debido a esto, podrían ser «enseñadas» efectivamente como parte del plan de estudios en la Facultad de Medicina si se implementan procesos adecuados de enseñanza-aprendizaje a través de modelos profesionales, para permitir la introducción y adquisición de conocimiento asociado con la forma y el contenido necesario para desarrollar la fase cognitiva de la empatía⁸. Ciertamente, la inteligencia emocional y las habilidades de comunicación (factores de la empatía) como partes de la educación médica son necesarias si queremos lograr una adecuada confianza por parte del paciente, proporcionando no solo un cuidado holístico, sino también una mayor satisfacción del facultativo³¹⁻³³. Pero, si no existió tal modelo, los resultados se reflejan en nuestros resultados. Existen médicos que sostienen que mientras más técnicamente habilidosos, racionales y desapegados emocionalmente sean, mejores médicos serán, inhibiendo lógicamente los vínculos emocionales que puedan tener con sus pacientes; lo cual transmiten a sus estudiantes, aprendiendo durante su formación que no deben ser emocionales, con tal de mantener la objetividad y el cientificismo médico³⁴.

Se encontró una diferencia no significativa entre los residentes que ingresaron a especialidades «vinculadas al paciente» y aquellos que optaron por una especialidad «vinculada a la tecnología». Este resultado es similar a lo reportado en otros estudios^{4,7}. La dicotomía «especialidades vinculadas al paciente» y «especialidades vinculadas a la tecnología» fue inicialmente propuesta a finales de la década de 1960³⁵. Las especialidades vinculadas al paciente

requieren largos encuentros con ellos, además de atender factores psicosociales (medicina interna, psiquiatría, pediatría, entre otras); mientras que las especialidades vinculadas a la tecnología se centran en procedimientos que requieren el desarrollo de determinadas habilidades técnicas (anestesiología, cirugía general, radiología, anatomía patológica, entre otras)³⁶. Cabría preguntarse: ¿los estudiantes de medicina con intereses humanistas escogen seguir la residencia en especialidades vinculadas al paciente? ¿Y aquellos con intereses en tecnologías se decantan por especialidades vinculadas a la tecnología? Hojat et al.² encontraron que los residentes de psiquiatría muestran los mayores niveles de empatía (127,0), seguidos por los de medicina interna (121,7) y pediatría (121,5); en cambio, los residentes de neurocirugía puntuaron más bajo (117,3), seguidos por los de traumatología (116,5) y anestesiología (116,1). Quizá los niveles de empatía desempeñan un rol al momento de determinar la especialidad médica a seguir; así, aquellos médicos con menores puntajes de empatía se ven orientados a seguir especialidades que conlleven un menor acercamiento al paciente^{2,13}. Cabe agregar a estas consideraciones que la empatía no es el único factor determinante en la elección de la especialidad³⁷. Según Borges et al.³⁸, los estudiantes interesados en especialidades orientadas hacia la persona se ven más influidos por la Facultad de Medicina y por haber contado con un modelo profesional en su formación médica; mientras que aquellos que desean seguir una especialidad orientada hacia las tecnologías lo hacen por intereses económicos y, en menor medida, por haber encontrado un modelo profesional en su formación médica.

Respecto a la diferencia entre los niveles de empatía entre varones y mujeres, se han postulado diversas teorías. Desde factores extrínsecos (p. ej., el papel esperado por la sociedad) a factores intrínsecos, como las características biológicas, dentro de las cuales tenemos las diferencias neurobiológicas²⁵. Al igual que en otros estudios, se observó que las mujeres tienen diferencias, si bien no significativas, de niveles de empatía⁵⁻¹¹.

En cuanto al estado civil y al número de hijos, a diferencia de otros estudios¹⁵, no encontramos diferencias significativas, aunque la escasez de residentes casados y aquellos con 2 o más hijos podrían ser la causa de la falta de asociación.

Estos resultados son importantes, ya que pueden darnos la base para elaborar programas específicos de intervención en la formación de los médicos residentes (p. ej., talleres de habilidades empáticas). Riess et al.³⁹ demostraron que breves intervenciones en forma de clases de neurobiología de la empatía mejoraron significativamente los niveles de empatía de los médicos según refieren los pacientes, lo que nos indica que la calidad de la atención de los médicos pudiera mejorarse mediante la integración de la neurociencia de la empatía en la educación médica. Respecto a la comunicación médico-paciente, se podrían realizar cursos con enfoques psicosociales, como por ejemplo: ética médica, psicología médica, entrenamiento básico en psiquiatría o psicoterapia³³.

Limitaciones del estudio

El presente estudio debe ser entendido en el contexto de sus potenciales limitaciones metodológicas. Primero, al ser

un estudio transversal y no un seguimiento longitudinal, no puede observarse la forma en que la empatía se modela a través de la práctica médica en los residentes. Se deben realizar estudios de manera prospectiva con la finalidad de evaluar la evolución de la empatía médica en esta población, además de determinar los factores que intervendrían en su posible erosión. Segundo, la EEMJ, al ser una escala autoadministrada, podría generar cierto sesgo en la respuesta de los médicos (p. ej., debido a la autocrítica hacia las propias actitudes poco empáticas). Tercero, nuestra muestra fue de la población de médicos residentes de un solo hospital, por lo que no podemos extrapolar los resultados a los médicos residentes peruanos en general. Cuarto, la mayoría de los participantes se identificaron como católicos, por lo que los resultados se limitarían a dicha población; se recomienda replicar y ampliar el estudio a una población de médicos con mayor diversidad religiosa.

Conclusiones

Este es el primer estudio que evalúa los niveles de empatía médica en una población de médicos residentes peruanos. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los residentes que contaron con un modelo profesional en el trato al paciente y los que no, en cuanto a la dimensión «toma de perspectiva» de la empatía. Asimismo, aquellos residentes que se identificaron como católicos o evangélicos mostraron mayores niveles de empatía frente a los ateos y agnósticos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Por otro lado, los médicos ingresantes al Programa de Residentado Médico del HNGAI obtuvieron un puntaje medio de la EEMJ de 116,07, mayor que el promedio obtenido en el estudio de validación a nuestro idioma. Así también, los residentes que ingresaron a una especialidad vinculada al paciente, las mujeres, y los residentes que están de acuerdo con la especialidad a la que ingresaron, presentaron mayores niveles de empatía, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. No se halló relación entre el puntaje de la escala de empatía y los años de egresado de pregrado ni con la edad del residente.

Autoría

JHV, BCU y AVR han participado en la concepción del artículo, la recolección de datos y la aprobación de la versión final. JDO realizó el análisis estadístico y la aprobación de la versión final.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Baron-Cohen S. Empatía cero. Nueva teoría de la crueldad. Madrid: Alianza Editorial; 2012.
- Hojat M, Gonnella J, Nasca T, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1563–9.
- Cánova L, Carrascosa AJ, García M, Fernández M, Calvo A, Monsalve V, et al. Impact of empathy in the patient-doctor relationship on chronic pain relief and quality of life: a prospective study in Spanish pain clinics. *Pain Med*. 2017; 0:1-11, <https://doi.org/10.1093/pm/pnx160>
- Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med*. 2003;18:670–4.
- Remón-Torres M, Remón-Torres M, Tataje-Lavanda M. Características del nivel de empatía hacia el paciente en internos de medicina de dos hospitales nacionales. *Rev Méd Panacea*. 2013;3:2–5.
- Bangash AS, Ali NF, Shehzad AH, Haqqi S. Maintenance of empathy levels among first and final year medical students: a cross sectional study. *F1000 Research*. 2013;2:157, <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.2-157.v1>.
- Igde FA, Sahin MK. Changes in empathy during medical education: an example from Turkey. *Park J Med Sci*. 2017;33:1177–81, <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.335.13074>.
- Calzadilla-Núñez A, Díaz-Narváez VP, Dávila-Pontón Y, Aguilera-Muñoz J, Fortich-Mesa N, Aparicio-Marengo D, et al. Erosion of empathy during medical training by gender. A cross-sectional study. *Arch Argent Pediatr*. 2017;115:556–61, <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.eng.556>.
- Casas RS, Xuan Z, Jackson AH, Stanfield LE, Harvey NC, Chen DC. Associations of medical student empathy with clinical competence. *Patient Educ Couns*. 2017;100:742–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.006>.
- Shahini N, Rezayat KA, Behdani F, Shojaei SR, Rezayat AA, Dadgarmoghaddam M. Empathy score among student residence assistants in Iran. *Electro Physician*. 2016;8:3357–62, <http://dx.doi.org/10.19082/3357>.
- Hojat M, Gonnella J, Nasca T, Mangione S, Veloksi J, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med*. 2002;77 10 Suppl.:s58–60.
- 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. *Aten Primaria*. 2016;48:565–71, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.005>.
- Saucedo-Chinchay J, Bravo V, Guevara-Cotrina Y, Salazar R, Vásquez C, Díaz-Vélez C. Empatía en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Mayo-junio del 2011. *Rev Cuerpo Méd HNAAA*. 2012;5:17–21.
- Ubillús G, Sidia M, Rentería D, Reátegui C, Rodríguez C, Sotelo JM. La orientación empática en los estudiantes de medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres. *Horiz Méd*. 2010;10:37–43.
- Hong M, Bahn G, Lee W, Moon S. Empathy in Korean psychiatric residents. *Asia Pac Psychiatry*. 2011;3:83–90.
- Bovero A, Leombruni P, Miniotti, Rocca G, Torta R. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2016;25:961–9, <http://dx.doi.org/10.1111/ecc.12360>.
- Lucchetti G, de Oliveira LR, Keoning HG, Leite JR, Lucchetti AL, SBAME Collaborators. Medical students, spirituality and religiosity – results from the multicenter study SBAME. *BMC Med Educ*. 2013;13:162, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-13-162>.
- Campo-Arias A, Herazo E, Celina H. Estructura interna y confiabilidad de la escala breve de Francis en estudiantes de Medicina. *Pensam Psicol*. 2017;15:7–14, <http://dx.doi.org/10.11144/Javerianacali.PPS15-2.Eice>.
- Wündrich M, Schwartz C, Feige B, Lemper D, Nissen C, Voderholzer U. Empathy training in medical students – a randomized controlled trial. *Med Teach*. 2017;39:1096–8, <http://dx.doi.org/10.1080/0142159X.2017.1355451>.

20. Lee PT, Loh J, Sng G, Tung J, Yeo KK. Empathy and burnout: a study on residents from a Singapore institution. *Singapore Med J*. 2018;59:50–4, <http://dx.doi.org/10.11622/smedj.2017096>.
21. 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. *Educ Psychol Meas*. 2001;61:349–65.
22. Alcorta A, González J, Tavitas S, Rodríguez F, Hojat M. Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Ment (Méx)*. 2005;28:57–63.
23. Hojat M, Gonnella JS. Eleven years of data on the Jefferson Scale of Empathy-Medical Student Version (JSE-S): proxy norm data and tentative cutoff scores. *Med Princ Pract*. 2015;24:344–50, <http://dx.doi.org/10.1159/000381954>.
24. Orozco-Parra C, Domínguez-Espinosa C. Diseño y validación de la Escala de Actitud Religiosa. *Rev Psicol*. 2014;23:3–11.
25. Santos MA, Grosseman S, Morelli TC, Giuliano IC, Erdmann TR. Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. *Int J Med Educ*. 2016;7:149–53, <http://dx.doi.org/10.5116/ijme.572f.115f>.
26. Ouzouni C, Nakakis K. An exploratory study of Student nurses' empathy. *Health Sci J*. 2012;6:534–52.
27. Pawlikowski J, Sal JJ, Marczewski K. Physicians' religiosity and attitudes towards patients. *Ann Agric Environ Med*. 2012;19:503–7.
28. Francis L, Croft J, Pyke A. Religious diversity, empathy, and God images: perspectives from the Psychology of religion shaping a study among adolescents in the UK. *Journal of Belief & Values*. 2012;33:292–307.
29. Norenzayan A, Gervais WM. The origins of religious disbelief. *Trends Cogn Sci*. 2013;17:20–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2012.11.006>.
30. Shenhav A, Rand DG, Greene JD. Divine intuition: cognitive style Influences belief in God. *J Exp Psychol Gen*. 2012;141:423–8, <http://dx.doi.org/10.1037/a0025391>.
31. Cherry M, Fletcher I, O'Sullivan H, Dornan T. Emotional intelligence in medical education: a critical review. *Med Educ*. 2014;48:468–78.
32. Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. How can doctors improve their communication skills? *J Clin Diagn Res*. 2015;9:JE02–4.
33. Ahrweiler F, Neumann M, Goldblatt H, Hahn E, Scheffer C. Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative Survey of practicing physicians. *BMC Med Educ*. 2014;14:122.
34. Kerasidou A, Horn R. Making space for empathy: supporting doctors in the emotional labour of clinical care. *BMC Med Ethics*. 2016;17:8, <http://dx.doi.org/10.1186/s12910-016-0091-7>.
35. Manuel R, Borges N, Jones B. Person-oriented versus technique-oriented specialties: early preferences and eventual choice. *Med Educ Online*. 2009;14:4, <http://dx.doi.org/10.3885/meo.2009.Res00284>.
36. Magalhaes E, Salgueira A, Costa P, Costa M. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2011;11:52, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-11-52>.
37. Harsch H. The role of empathy in medical students' choice of specialty. *Acad Psychiatry*. 1989;13:96–8.
38. Borges N, Manuel R, Duffy R, Fedyna D, Jones B. Influences on specialty choice for students entering person-oriented and technique-oriented specialties. *Med Teach*. 2009;31:1086–8.
39. Riess H, Kelley J, Bailey R, Dunn E, Phillips M. Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *J Gen Intern Med*. 2012;27:1280–6.