PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EMPATÍA EN EL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE A PACIENTES PEDIÁTRICOS (HOSPITAL METROPOLITANO DE QUITO) DE OCTUBRE A NOVIEMBRE DE 2017"

MD. NORA MARIANA PINARGOTE CORNEJO

DIRECTOR DE TESIS: DR. FREDDY CARRION

TUTOR METODOLÓGICO: DR. ALEXIS RIVAS T.

QUITO 2018

DEDICATORIA

Le dedico este esfuerzo a la mejor persona del mundo, quien me enseñó que la vida es una canción: ***"My Way",*** *mi papa .*

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento más sincero a las personas que hicieron posible mi formación académica, a mis queridos ejemplos de profesionales y a mis queridos tutores.

Al Hospital Metropolitano por ser mí segundo hogar y abrirme las puertas en todo momento y sobre todo para mi estudio de culminación de especialista.

A mi familia nuclear, mi madre y hermana por estar ahí para mí en todo momento y lugar.

A mis amigos incondicionales, que pese a la distancia y el poco contacto que tenemos por la misma vida, sé que están ahí en las buenas y en las malas.

A Carlos y a las niñas (M. Gabriela y Estefi) por su santa paciencia y su cariño incondicional y desinteresado en todos los años que nos conocemos y aún más en el posgrado.

ÍNDICE

Tabla de contenido

DEDICATORIA ii
AGRADECIMIENTO iii
ÍNDICE 1
ÍNDICE DE TABLAS 3
ÍNDICE DE FIGURAS 4
RESUMEN 5
ABSTRACT 6
INTRODUCCIÓN 7
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO 9
1.1 Humanismo médico 9
1.2 Dimensiones salud enfermedad 9
1.3 Relación médico-paciente 10
1.3.1 Relación médico-paciente en pediatría 11
1.4 Diferencias entre empatía y simpatía 12
1.5 ¿Qué es la empatía? 13
1.5.1 Historia de la empatía y sus definiciones durante el tiempo. 13
1.5.2 Inteligencia emocional y empatía. 15
1.5.3 Neurobiología de la empatía. 15
1.5.4 Teoría de la mente 17
1.5.5 Instrumentos de medición de empatía. 17
1.5.6 Test de Jefferson. 18
1.5.7 Estudios cualitativos sobre empatía en la relación médico-paciente. 19
1.5.8 Factores que afectan la empatía. 20
1.5.9 Beneficios de la actuación empática del personal de salud. 20
1.5.10 Empatía según variables. 21
1.5.11 Educación médica sobre la empatía. 22
1.5.12 Limitantes para desarrollar compromiso empático. 22
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA 24
2.1 Justificación 24
2.2 Problema de investigación 25

2.3 Objetivos de la investigación 25
2.3.1 Objetivo General 25
2.3.2 Objetivos Específicos. 25
2.4 Tipo de estudio 25
2.4.1 Fase cuantitativa. 26
2.4.2 Fase cualitativa. 30
2.5. Aspectos bioéticos 35
CAPITULO III: DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO 36
3.1 Diagnóstico situacional 36
3.2 Accesibilidad geográfica 37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS 39
4.1 Análisis cuantitativo univariado 39
4.1.1 Características generales de la población. 39
4.1.2 Análisis del test de Jefferson versión PS. 41
4.2 Análisis cuantitativo bivariado 41
4.2.1 Relación entre atención con compasión y ocupación. 41
4.2.2. Relación entre atención con compasión y nivel educativo. 42
4.2.3. Relación entre atención con compasión y horas de trabajo. 43
4.2.4. Relación de atención con compasión con género, edad, nacionalidad, religión, estado civil y tiempo de antigüedad. 43
4.3 Análisis Cualitativo 44
4.3.1 Conocimientos, actitudes y prácticas de la empatía. 44
4.3.2 Relación médico-paciente y la construcción de la empatía. 51
4.3.3 Factores sociales de la interacción médico-paciente. 64
4.3.4 Problemas, casos y experiencias en torno a la relación médico paciente y la formación de la empatía. 75
4.3.5 Recomendaciones en torno a la empatía. 84
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN 89
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 92
CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA 94
CAPÍTULO VIII: ANEXOS 106

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Diferencias entre empatía y simpatía 12
Tabla 2: Escalas de empatía validadas. 18
Tabla 3: Matriz de Operacionalización de las variables cuantitativas. 27
Tabla 4: Universo (número de personas). 29
Tabla 5: Matriz de Operacionalización de las variables cualitativas. 31
Tabla 6: Participantes de entrevista, HMQ. 32
Tabla 7: Codificación de la entrevista. 34
Tabla 8: Caracterización de la muestra, HMQ. 40
Tabla 9: Análisis del test de Jefferson y sus dimensiones, HMQ. 41
Tabla 10: Relación de la dimensión de atención por compasión y ocupación, HMQ. 42
Tabla 11: Relación de la dimensión de atención por compasión y nivel educativo, HMQ. 42
Tabla 12: Relación de la dimensión de atención por compasión y horas de trabajo, HMQ. 43
Tabla 13: Conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la empatía. 50
Tabla 14: Relación médico-paciente y la construcción de la empatía. 63
Tabla 15: Factores sociales de la interacción médico-paciente. 73
Tabla 16: Problemas, casos y experiencias en torno a la relación médico-paciente y la formación de la empatía. 83
Tabla 17: Recomendaciones entorno a la empatía. 88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Operacionalización de las variables cuantitativas. 26
Figura 2: Ubicación geográfica del HMQ- Quito- Ecuador. 37
Figura 3: Visión panorámica del HMQ. Quito- Ecuador. 37
Figura 4: Fachada del servicio de pediatría HMQ. Quito- Ecuador. 38
Figura 5: Conceptos entorno a la empatía. 51
Figura 6: Construcción de la empatía. 64
Figura 7: Elementos que interactúan en la relación médico-paciente. 74
Figura 8: Elementos que impiden una adecuada Relación médico-paciente y la construcción de la empatía. 84
Figura 9: Recomendaciones entorno a la empatía. 88

RESUMEN

La interacción del paciente con el médico y el personal de salud es la piedra angular para la recuperación de la salud. La empatía es indispensable para una adecuada aceptación terapéutica, puesto que no solo se necesita llegar con el diagnóstico si no llegar al paciente y a la familia, y esto se atribuye a una adecuada inteligencia emocional adquirida con la experiencia. El presente trabajo de investigación atiende el objetivo principal el cual fue describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre empatía en el personal de salud que labora con pacientes pediátricos en el Hospital Metropolitano de Quito de octubre a noviembre del 2017. Se realizó un estudio cuantitativo y cualitativo, descriptivo y analítico, en el que participaron 144 personas (médicos tratantes, posgradistas, licenciadas y licenciados de enfermería y auxiliares de enfermería) del servicio de pediatría. El estudio se realizó en dos fases, utilizando inicialmente el test Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) versión PS y posterior entrevista semiestructurada e individual, con el objetivo de conocer la percepción sobre empatía, y a la vez ahondar en las actitudes y prácticas que conllevan. **Resultados:** Todo el personal de salud que realizó el test tiene empatía global, con una puntación media de 99, pero en cuanto a la percepción de la dimensión de "atención con compasión" se observó que existe menor puntuación en relación con las variables ocupación, horas laborales, y nivel educativo, lo que es estadísticamente significativo. Por el contrario, en el enfoque etnográfico se pudo apreciar que todo el personal tiene conocimientos sobre la empatía pero que existen factores que modifican de forma positiva o negativa las actitudes y prácticas. **Conclusión:** 1. Se evidenció que todo el personal de salud de las áreas pediátricas del Hospital Metropolitano tiene empatía. 2. La carga horaria y el nivel de educación están relacionados inversamente con la empatía, especialmente en la dimensión de "atención con compasión". 3. En el análisis etnográfico se encontró que el personal de salud tiene conocimientos, actitudes y prácticas similares en torno a la empatía, y a su asociación con la relación médico-paciente. 4. En el mismo análisis se vio que hay una relación directa entre la empatía y la carga horaria, el tiempo de trabajo en el hospital y la experiencia.

A**BSTRACT**

The interaction of the patient with the doctor and the health personnel is the cornerstone for the recovery of health. Empathy is essential for an adequate therapeutic acceptance, for it is not only needed to get to a diagnosis but to reach the patient and family, and this is attributed to an adequate emotional intelligence acquired with experience. The present research work answers the main objective, which was to describe and analyze knowledge, attitudes and practices on empathy, in health personnel working with pediatric patients in the Metropolitan Hospital of Quito, from October to November 2017. A quantitative and qualitative, descriptive and analytical study was carried out, in which 144 people participated (doctors, postgraduate students, nurses and nursing auxiliaries) of the pediatric service. The study was conducted in two phases, initially using the Jefferson Medical Empathy Scale (JMES) PS version and subsequently using the semi-structured and individual interview, with the aim of knowing the perception about empathy, and at the same time, exploring into the attitudes and practices that they entail. **Results**: All the health personnel who took the exam have global empathy, with an average score of 99, but in terms of the perception of the "compassionate attention" dimension, there is a lower score in relation to the variables of occupation, working hours, and educational level, which is statistically significant. On the contrary, in the ethnographic approach it was observed that all staff have knowledge about empathy but that there are factors that modify the positive or negative form of attitudes and practices. **Conclusions**: 1. It was evidenced that all the health personnel of the pediatric areas of the Metropolitan Hospital have empathy. 2. The workload and the level of education are inversely related to empathy, especially in the dimension of "compassionate attention". 3. In the ethnographic analysis it was found that health personnel have a similar appreciation about what empathy is and which is its association with doctor-patient relationship. 4. In the same analysis it was seen that there is a direct relationship between empathy and the workload, the time of work in the hospital and the experience.

INTRODUCCIÓN

La empatía es una capacidad comprensiva cognitiva y emocional. (López, Arán, & Richaud, 2014).Está conformada por tres componentes básicos: cognitivo, de comunicación y de comprensión (Borrell Carrió & Borrell, 2011). Se ha asociado a la empatía con la competencia en la práctica médica y con la relación médico-paciente efectiva, de forma que, a mayores niveles de empatía, mejor exposición de los problemas del paciente, lo que en principio incrementa la utilidad diagnóstica de la anamnesis y el involucramiento del paciente con el proceso de tratamiento. Esto se traduce finalmente en una optimización del proceso de curación del paciente (Esquerda, M., Yuguero, O., Viñas, J., Pifarré, 2016).

Una buena relación médico- paciente se basa primordialmente en la confianza que genere el personal de salud, para que el paciente exponga sus molestias y revele sus más íntimos sentimientos (Sánchez, 2007). Se debe recordar que dicha relación se ha modificado con el pasar del tiempo dejando de ser una medicina meramente autoritaria a una medicina social (Debrouwere, 2008). Por lo tanto es indispensable el entendimiento de la empatía en todos los servidores de salud y aún más en aquellos que laboran con pacientes pediátricos; para este fin, se requieren estrategias que permitan descubrir los sentimientos y preocupaciones de los pacientes y de los familiares que los acompañan, para poder ofrecerles una respuesta acorde con sus expectativas y necesidades (Rígano, 2014).

La comunicación empática en pediatría se ha asociado con una mejora en los resultados terapéuticos, en la percepción de calidad de los familiares y el cumplimiento de las orientaciones médicas, por lo que se asocia a una disminución de las quejas y demandas legales (Grosseman et al., 2014). En los pediatras se produce una conjunción de experiencias adquiridas durante la práctica profesional que les permite adoptar comportamientos durante la entrevista médica, favoreciendo alcanzar un grado adecuado de empatía con sus pacientes y familiares, ya que se ha visto que la experiencia profesional no es el único requisito para asegurar la empatía,(Alarcón, 2014).

Un trabajador de la salud que se dedica a la población pediátrica debe tener la empatía dentro de sus cualidades profesionales y personales. Esto incluye la adopción de estrategias verbales y extra verbales de comunicación, siendo las extraverbales las que alcanzan mejores resultados para acceder a las interioridades de los pacientes y sus acompañantes (Arroba, Dago, & Manzarbeitia, 2010). Dichas habilidades de comunicación pueden aprenderse en

el transcurso de la formación profesional, y deben adoptarse como un estilo de vida (Sulzer, Feinstein, & Wendland, 2016).

Existen variadas publicaciones donde se compara de forma cuantitativa el nivel de empatía desde el inicio universitario y final del mismo, así como el nivel de esta capacidad de diferentes especialidades (Ziółkowska-Rudowicz, 2010). Dichos estudios en su mayoría utilizan la Escala Jefferson de Empatía Médica versión PS (JSPE, por sus siglas en inglés) (Suh, Hong, Lee, Gonnella, & Hojat, 2012). La versión PS está orientada al comportamiento empático del médico y está en relación directa con el puntaje, pues a mayor puntaje mayor empatía.

En cuanto a los estudios cualitativos sobre la empatía y la relación médico-paciente a nivel mundial, los mismos han nacido de construcciones teóricas (Borkar, 2014; Halpern, 2001; Pembroke, 2007) que han llegado a investigaciones individuales y colectivas en estudiantes de medicina y personal de salud en particular, principalmente enfermeras (Borkar, 2014; Dhawan, Steinbach, & Halpern, 2007; Hunt, Denieffe, & Gooney, 2017; S W Mercer, Watt, & Reilly, 2001; Rasoal, Jungert, Hau, Edvardsson Stiwne, & Andersson, 2009; Trevizan et al., 2015).

En este contexto, el presente estudio se enfocó en dos tipos de análisis: uno cuantitativo y otro cualitativo, por medio del análisis y descripción de los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud que atiende a pacientes pediátricos en el Hospital Metropolitano de Quito.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Humanismo médico

La palabra humanismo tiene varias acepciones y sus definiciones varían en dependencia con el lente histórico con que se mire y con el área de estudio que la defina. Esto acontece desde el punto de vista filosófico, como aquel descrito por Protágoras que afirmaba que "el hombre es la medida de todas las cosas" (Benítez-Bribiesca, 2007), hasta la época del Renacimiento, donde se consideraban humanistas a las personas que enseñaban arte o literatura (Oseguera, 2007).

Pero es en el campo de la medicina donde el humanismo alcanza su mayor significado, ya que el fin único del médico, era otorgar bienestar y estar al servicio del enfermo tanto en cuerpo como en espíritu (Benítez-Bribiesca, 2007). El humanismo médico puede ser descrito a través del respeto e interés del médico por el paciente, ubicando a la persona en el centro del problema (Vera-Delgado, 2004).

Este humanismo médico, predominante desde los tiempos antiguos con la premisa de no hacer daño a partir de Hipócrates (Bunge, 2012), se fue perdiendo a inicios del siglo XIX y en nuestra época se encuentra aún más deteriorado con los avances de la medicina y el pobre contacto con el paciente, centrándose meramente en la enfermedad (Ceriani-Cernadas, 2017).

1.2 Dimensiones salud enfermedad

A la salud se le ha atribuido múltiples conceptos, dependiendo de los factores que en ella influyan (sociales, religiosos, culturales, científicos). Sin embargo, para efectos de este estudio, se ha considerado, en virtud de su amplia difusión, la definición dada por la Organización Mundial de la Salud: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Sin embargo, el ser humano es un ser multicultural, por lo que se hace indispensable el estudio transcultural de los sistemas de salud, para conocer los conceptos de salud y enfermedad y sus dimensiones (Miller, 2011).

Miller (2011) define a la enfermedad como todos aquellos problemas biomédicos, tanto síndromes culturales que generan alguna patología ya sea infecciosa o no, como las mismas dolencias que también representan una percepción cultural de los problemas de salud.

Dicho de otra forma, la percepción del paciente o su familiar, en torno a la enfermedad dependerá de las dimensiones de salud y enfermedad, y las implicaciones que a ella se atribuye para la mejoría. Sin duda, la comprensión de dichos conceptos en el personal médico ayuda a formar mejores conocimientos y prácticas ligados a la salud.

1.3 Relación médico-paciente

La relación médico-paciente constituye la interacción entre el médico y el enfermo en el transcurso de su dolencia. Esta relación es el núcleo fundamental de la medicina, ya que una adecuada relación médico-paciente influye positivamente en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.

Existen varios modelos en el binomio médico-paciente, basados en procesos principalmente unidireccionales o bidireccionales, siendo los más comunes los siguientes: paternalista, dominante, de responsabilidad compartida y mecanicista (Arrubarrena, 2011). A partir de la medicina hipocrática y por muchos siglos, la relación médico-paciente fue unidireccional, donde al enfermo se lo consideraba como una persona que solo necesitaba recibir un tratamiento puntual para restablecer su salud, con nulo poder de decisión (Beca, 2015).

Esta relación ha ido modificándose con los años, no solo en el médico con el advenimiento de nuevas tecnologías, sino también en el paciente con la amplia disponibilidad de fuentes de información actual y el empoderamiento del mismo respecto a sus problemas de salud. Existen otros aspectos que han influido e incluso vulnerado la relación médico-paciente (medicina prepagada, medicina institucional, universalización del acceso a los servicios de salud, bioeconomía, etc.) (Rose, 2007; Sanchez, 2007).

Son múltiples los factores que pueden desencadenar la pérdida de la relación médico-paciente: falta de empatía en el personal médico, la brevedad de la entrevista por aumento de carga laboral, pobre remuneración económica, falta de colaboración del paciente o sus familiares, la poca comprensión desde la interculturalidad, entre otros (Arrubarrena, 2011; Delgado-Bolton, San-Martín, Alcorta-Garza, & Vivanco, 2016).

Según Arrubarrena (2011), el mejor modelo de relación médico paciente es aquel que le da autonomía y libertad al paciente, bajo el juicio y orientación de su médico. Por lo tanto, es el tipo de relación que, para este autor -y al cual el presente estudio se adscribe- se debe compartir en todos los servicios hospitalarios.

1.3.1 Relación médico-paciente en pediatría

Según la Academia Estadounidense de Pediatría, la atención del niño debe ser accesible, integral, compasiva, basada en la comunicación efectiva entre paciente y la dinámica familiar (American Academy of Pediatrics, 2002). Para este fin, es fundamental considerar al niño y a su familia como un componente indivisible, de este modo ampliando la comunicación (verbal y no verbal) al paciente y no solo a sus padres o tutores, y evolucionando dicha comunicación de acuerdo con el crecimiento infantil (Beca, 1994).

Así como en otros ciclos de vida, la relación médico-paciente en pediatría, debe basarse en una comunicación acorde a la cultura predominante en el niño y su familia. De este modo el pediatra, junto con sus cualidades profesionales, debe comprender los escenarios interculturales y dirigir sus esfuerzos de manera pertinente para modificar sus propias conductas hacia la generación de mayor confianza y tranquilidad en el cuidador y el paciente (Leal, F., Plata, 2012).

Para impedir el deterioro de la relación médico-paciente, el pediatra debe tener las cualidades esenciales de habilidad interpersonal y de comunicación (especialmente receptiva) (Oana, C., et al., 2017). Estas cualidades tienen un impacto a corto y largo plazo, mediante la confianza que se genera entre el cuidador y el médico para la adherencia al tratamiento y al resultado esperado que es la salud integral del niño.

1.4 Diferencias entre empatía y simpatía

Es necesario distinguir muy bien la simpatía de la empatía ya que son diferentes cualidades humanas importantes en las relaciones interpersonales (Tabla 1). En esencia, por un lado, la simpatía tiene predominantemente una relación con las emociones, por otro, la empatía identifica una necesidad y la hace consciente. Es decir que, la empatía involucra no solo al dominio afectivo sino también al cognitivo (Mohammadreza Hojat, 2012; Mohammadreza Hojat et al., 2002). La falta de entendimiento de dichos conceptos puede tener implicaciones importantes para la relación médico-paciente en cuanto a la toma de decisiones a favor de la salud del individuo.

Tabla 1: Diferencias entre empatía y simpatía

Característica	**Empatía**	**Simpatía**
Contribución del aprendizaje	Más significativo	Menos significativo
Contribución de la cognición	Más significativo	Menos significativo
Contribución del afecto	Menos significativo	Más significativo
Contribución de factores innatos o genéticos	Menos innato	Más innato
Objetividad *versus* subjetividad	Más objetivo	Más subjetivo
Probabilidad con precisión	Más preciso	Menos preciso
Raíces conductuales	Avanzadas	Primitivas
Esfuerzos requeridos	Más esfuerzo	Menos esfuerzo
Relación con el desempeño del médico	Lineal	Forma de U invertida
Tiempo de reacción	No espontáneo	Espontáneo
Emociones de los pacientes	Apreciadas sin unirse a ellas	Percibidas al unirse a ellas
Sentir que se ha comprendido	El tipo y calidad de los sentimientos del paciente	El grado y cantidad de los sentimientos del paciente
Área de pensamiento cerebral	Neocorteza predominante	Sistema límbico predominante
Proceso regulador psicológico	Evaluación	Excitación
Proceso regulador neurológico	Parasimpático (inhibitorio)	Simpático (excitatorio)
Estado psicofisiológico	Conservador de energía	Consumidor de energía
Motivación conductual	Altruista	Egoísta
Estado mental	Intelectual	Emocional
Expresión típica del paciente	Entiendo tu sufrimiento	Siento tu dolor
Mecanismo de procesamiento mental clave	Cognitivo / intelectual / entendimiento	Afectivo / emocional / sentimiento

Tomado de: (Hojat, 2012: p.14)

1.5 ¿Qué es la empatía?

La empatía es un concepto interdisciplinario que pertenece a varios ámbitos del conocimiento, por lo tanto, no hay una sola definición; ni siquiera hay una sola perspectiva, pues se puede hablar de concepto, capacidad e incluso actitud. La empatía es ciertamente parte de una capacidad interdependiente dentro de un grupo de especies, la cual se refiere al hecho de comprender los sentimientos y emociones del otro, reconociéndose en él para la comprensión de este. Este modo de intersubjetividad constituye una respuesta afectiva y cognitiva a la vez, fundamental en el desarrollo evolutivo humano social (López et al., 2014; Lux & Weigel, 2017).

La importancia que ha cobrado la empatía en los últimos años ha hecho que sea incluida para algunos, como una subdisciplina de las neurociencias (Lux & Weigel, 2017; Panksepp & Panksepp, 2013). La empatía, que requiere al menos dos fases para que exista como conducta humana: el reconocimiento y la respuesta, es fundamental para una interacción social adecuada y finalmente para una comunicación médico-paciente efectiva (Simon Baron-Cohen, 2012).

1.5.1 Historia de la empatía y sus definiciones durante el tiempo.

Aunque el término empatía es relativamente nuevo, hay que indicar que su significado ya fue descrito con antelación en varios pasajes de la historia humana: Adam Smith, Leibniz, Rousseau, etc. De manera formal, en el siglo XVIII, un historiador de arte alemán llamado Robert Vischer, empleó por primera vez el término empatía en alemán (*Einfühlung*, traducido como "sentirse dentro de"), pero con referencia exclusiva a una apreciación del arte. A finales del siglo XIX, el filósofo alemán Theodore Lipps, transfirió la palabra *Einfühlung* al ámbito psicológico, para describir experiencias personales de imitación interna de lo observado en otras personas. Titchener en 1909, empleó el término empatía con su etimología griega como un concepto más cercano a lo que hoy conocemos, refiriéndose a la cualidad de sentirse dentro del "otro". Finalmente, Southard relacionó al término empatía con la relación médico-paciente en 1918 (Davis, 1996; Fernández-Pinto, López-Pérez, & Márquez, 2008; Mohammadreza Hojat, 2012).

A inicios del siglo XX, Sigmund Freud describe a la empatía como un proceso, en su consciente e inconsciente, de colocarse en el lugar del otro. Alrededor de la misma época, Lipps habla de imitaciones a través de proyecciones de uno mismo en el otro, y luego Mead agregaría que estas proyecciones se realizan en función de comprender los sentimientos de la otra persona. A mediados de siglo, aparecería Fenichel, hablando de la empatía como una identificación del otro (Davis, 1996).

En 1949, Dymon introduce el término "adopción de perspectiva" o adopción del rol del otro, para que luego Carl Rogers se refiriera a la empatía como la capacidad de percibir a la otra persona con fidelidad y sin perder la condición del "yo", y así en 1969 Hogan ya se refiera a la construcción de estados mentales ajenos. Estos acercamientos al entendimiento cognitivo de la empatía, llevaron a la experimentación sobre deficiencias de empatía en personas con autismo y análisis de las condiciones de imaginarse al otro en una situación especial en comparación con la imaginación de uno mismo ante esa situación (Bolognini, 2004; Davis, 1996; Fernández-Pinto et al., 2008).

Una visión diferente a aquella constituida por el entendimiento cognitivo de la empatía nace a finales de los años 60, dándole más importancia al dominio afectivo. Así, se habla de un entendimiento emocional de lo que le acontece al otro y, por tanto, de una respuesta emocional ante tal situación (Fernández-Pinto et al., 2008; Hallett, 1990; Hoffman, 2000; Hornstein, 1978; Mehrabian & Epstein, 1972; Royzman & Rozin, 2006; Stotland, 1969).

Otra definición alejada del fundamento cognitivo, y también desde el punto de vista de la disposición del individuo, es aquella que se refiere a la empatía como una perspectiva situacional, donde existen sentimientos de compasión e interés dirigidos al otro, producto de una concientización del sufrimiento ajeno (Batson, 2014; Coke, Batson, & McDavis, 1978; Fernández-Pinto et al., 2008; Igartua & Páez, 1998).

Todas las definiciones de empatía a partir de los años 80 son enfocadas en la capacidad de entender las necesidades y aspiraciones del otro como si fueran propias, sin perder la objetividad de ayuda.

La empatía en la actualidad está siendo investigada desde la perspectiva biológica, por medio de áreas cerebrales que tienen relación con el entendimiento de las emociones, al ver las expresiones faciales o la investigación de genes encargados del desarrollo de esta.

1.5.2 Inteligencia emocional y empatía.

Goleman (1995) define a la inteligencia emocional como "la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones" (p.27). Dentro de la inteligencia emocional existen cinco capacidades que son: autocontrol, destrezas de comunicación, empatía, saber de nuestras propias emociones, y motivación de uno mismo. Estas capacidades son adyuvantes para mejorar en el entorno en que uno se desarrolla, ayudando a priorizar las necesidades colectivas e individuales (Goleman, 1995).

En un estudio realizado en la India (Ravikumar, Rajoura, Sharma, & Bhatia, 2017), se encontró que la inteligencia emocional era mayor cuanta más edad presentaban los estudiados y cuanto mayores experiencias adquirían. Otro estudio (Weng, Chen, Chen, Lu, & Hung, 2008) ha reflejado que la inteligencia emocional es indispensable para la confianza en el médico, es decir, una adecuada relación médico-paciente. De este modo, se torna indispensable el desarrollo de una inteligencia emocional adecuada en el personal médico para que éste sea capaz de tomar las mejores decisiones en beneficio del paciente.

1.5.3 Neurobiología de la empatía.

El ser humano es un ser social, por lo cual sus acciones son en su mayoría, dirigidas o condicionadas por y en respuesta a los otros. Esta capacidad no es aprendida, sino que viene determinada por la propia condición humana y su desarrollo evolutivo previo. La comunicación afectiva, presente en varias ramas del reino animal, es fundamental para la supervivencia (caza, pesca, reproducción, etc.) y por lo tanto indispensable para cualquier ser social (Batson, 1990; Decety & Jackson, 2004).

La inteligencia social del ser humano y por tanto la empatía, parecen ser producidas por sistemas neurales (de hecho, separados) que combinados producen las respuestas sociales en función del otro (Boyer, Barrett, & Ed, 2014). La empatía es por tanto una inferencia psicológica compleja, que necesariamente incluye la conjunción de diferentes funciones mentales (observación, razonamiento, conocimiento, memoria) (Decety & Jackson, 2004; Ickes, 1993). Es decir que, el proceso neurobiológico de la empatía incluye no solo el

reconocimiento del fenómeno psicoafectivo a través del cual el otro ser humano está pasando (capacidad cognitiva de tomar la perspectiva del otro y capacidad afectiva para reconocer emociones propias y ajenas), sino también de una respuesta emocional (compartir ese aspecto afectivo con la otra persona) y cognitiva de ese reconocimiento (Decety & Jackson, 2004).

Los fenómenos asociados a la angustia social y física producen una activación desde la periferia hasta el sistema nervioso central. Estos fenómenos reconocidos en la otra persona producen una activación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA), una mayor producción del cortisol y un consecuente estímulo del sistema límbico (en donde también hay una regulación por parte de la oxitocina y vasopresina). Esto también ocurre en el denominado "dolor social", en donde el circuito neuronal del dolor físico resulta ser el mismo (Shirtcliff et al., 2009). Lo descrito hasta aquí solo explica el fenómeno de entrada al circuito neuronal propio (reconocimiento del fenómeno psicoafectivo); es decir, la manera como la información de lo que le pasa a la otra persona llega a uno. Sin embargo, esto no explica la codificación de la información para el comportamiento de respuesta al "dolor social" (respuesta emocional y cognitiva).

Las neuronas en espejo, descubiertas en la corteza premotora de primates hace más de dos décadas (di Pellegrino, Fadiga, Fogassi, Gallese, & Rizzolatti, 1992), pueden ayudar a explicar con mayor detalle el fenómeno de comprensión previamente descrito. Estas células, activadas en los fenómenos de aprendizaje a través de la observación, están vinculadas con comportamientos sociales y emocionales, y pueden activarse ante situaciones de dolor ajeno (e incluso ante su sola imaginación). El grado de activación de estas neuronas, modifica la percepción que uno tiene de sus propios dominios afectivos hacia los del otro. Las áreas cerebrales involucradas en esta percepción de lo ajeno parecen ser la ínsula y la corteza anterior cingulada (Craig, 2003; Craig & Craig, 2002; Jackson, Brunet, Meltzoff, & Decety, 2006; Jackson, Meltzoff, & Decety, 2005; Lux & Weigel, 2017; Shirtcliff et al., 2009; Singer et al., 2004).

Las neuronas en espejo han sido la piedra angular en la comprensión neurobiológica de la empatía. En esencia, estas células son componentes neuronales motores que se activan ante acciones de otros, y que, a través de estudios electrofisiológicos, su existencia en humanos ha sido comprobada en áreas premotoras y parietales. Es importante recalcar que el funcionamiento de las neuronas en espejo, si bien ha sido principalmente estudiado en

relación con acciones motoras, también procesa información del lenguaje y de las emociones (Rizzolatti, Fabbri-destro, & Cattaneo, 2009).

1.5.4 Teoría de la mente.

La explicación de que el comportamiento ajeno en función de lo que uno piensa está en la mente del otro (conocimientos, creencias, deseos) y no basado en la realidad (o al menos en lo que se considera como tal), es lo que se conoce como teoría de la mente. Es decir que, la apreciación de una teoría de la mente implica la existencia de una perspectiva diferente a la propia (la cual se desarrolla a partir de los 5 años), pues involucra la atribución de un estado mental tanto propio como ajeno. Al parecer, esta capacidad del ser humano es posible en parte, debido a la activación de la región prefrontal media y de la zona de unión temporo-parietal (S Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985; Flavell, 1999; C. Frith & Wolpert, 2004; Chris Frith & Frith, 2005; Premack & Woodruff, 1978; Tomasello, Call, & Hare, 2003).

Respecto a la empatía, cabe mencionar a la teoría de la simulación descrita por Gordon, en la cual se describe a la anticipación de un suceso ajeno a través de la pregunta formulada a uno mismo: ¿qué haría "yo" en la situación del otro? La idea detrás de esta teoría es la de crear estados mentales similares (simulaciones o modelajes) a los de nuestros pares como subrogantes a los nuestros. En el fondo, la teoría de la simulación afirma que no es necesaria una teoría de la mente, pues el modelo existente (*nuestra* propia mente) es suficiente para entender el pensamiento y el comportamiento de las otras personas. Es decir que, asumiendo que todas las mentes humanas funcionan básicamente de la misma manera, uno podría predecir el comportamiento de la mayoría de las personas en diferentes escenarios (Butterfield, 1986; Doherty, 2009; Goldman, 1989; Gordon, 1986).

1.5.5 Instrumentos de medición de empatía.

Los instrumentos de medición de la empatía (ver tabla 2) se basan en dos principales premisas: disposición del individuo (uso de autoinformes) o perspectiva situacional (colocando al sujeto en una situación concreta). En el presente estudio, se usa la primera premisa. Es importante mencionar que la mayoría de las escalas descritas son dirigidas al personal de enfermería o a la población general (Alcorta-Garza et al., 2016; Fernández-Pinto et al., 2008).

Tabla 2: Escalas de empatía validadas.

Perspectiva	Escala	Autor	Año	Validación
Cognitiva	Dymond Rating Test of Insight and Empathy	Dymond	1949	TAT / WAIS
Cognitiva	Hogan Empathy Scale (EM)	Hogan	1969	MMPI / Escalas de personalidad
Afectiva	Questionnaire Measure of Emotional Empathy (QMEE)	Mehrabian y Epstein	1972	Deseabilidad social, tendencia a la afiliación y agresión
Afectiva	Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)	Mehrabian	1997	Agresión
Afectiva	Measure of Emotional Empathy	Caruso y Mayer	1998	QMEE
Integradora	Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)	Davis / Pérez-Albéniz et al.	1980 / 2003	QMEE / EM
Integradora	Empathy Quotient (EQ)	Baron-Cohen / Weelbright	2004	Deseabilidad social, Inteligencia emocional
Integradora	Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)	López-Pérez, Fernández-Pinto / Abad	2008	QMEE, IRI, Agresión, Personalidad y Red social
Situacional	Escala de Empatía e Identificación con los personajes	Iguartua / Páez	1998	Agresión e impacto afectivo

Se describen algunas escalas de empatía validadas de acuerdo con la perspectiva en base a la propia definición de empatía: disposición del individuo (cognitivas y afectivas), estado situacional e integradora. No se describe la escala a ser usada en el presente estudio debido a que la misma es descrita en detalle a continuación. IRI: índice de reactividad interpersonal; MMPI: escala Ma (manía); QMEE: Cuestionario de Medida de la Empatía Emocional por sus siglas en inglés; **Modificado de**: (Fernández-Pinto et al., 2008).

1.5.6 Test de Jefferson.

El test de Jefferson es una escala o test multidimensional para medir la empatía médica. Debido a esta aclaración específica, se decidió usar este instrumento para el presente estudio. La escala de Jefferson se basa en la conceptualización de la empatía basada en: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para colocarse en el lugar del otro. Esta escala ha sido adecuadamente validada, y ha presentado consistencia a lo largo de su uso, validez convergente y validez discriminante (Alcorta-Garza et al., 2016; Davis, 1983; Hojat, M., Joseph, G., Thomas, N., Salvator, M., J.Jon M., Michael, 2002; Mohammadreza Hojat et al., 2002; Mohammadreza Hojat, Fields, & Gonnella, 2003; Kunyk & Olson, 2001).

La escala de Jefferson fue diseñada para medir la empatía en los profesionales de la salud, bajo contextos o situaciones específicas. Se ha demostrado que los resultados del uso de esta escala se han correlacionado con medidas conceptualmente relevantes (compasión,

preocupación empática, toma de perspectiva, simpatía, fantasía, tolerancia, crecimiento personal y fe en otras personas). Esto ha denotado la importancia de tomar en cuenta a la empatía como una característica humana multidimensional pero única y diferente a los componentes de correlación mencionados (Mohammadreza Hojat et al., 2002). En el presente estudio se ha usado la versión validada en español aplicada en varios estudios (ver anexo 4, ver sección de metodología) (Alcorta-Garza et al., 2016; Alcorta-Garza, González-guerrero, Tavitas-herrera, Rodríguez-Lara, & Hojat, 2005; Montilva, García, Torres, Puertas, & Zapata, 2015).

1.5.7 Estudios cualitativos sobre empatía en la relación médico-paciente.

Sobre la empatía existen múltiples aproximaciones cualitativas, desde estudios sobre deconstrucciones teóricas (Mar, 2011), pasando por investigaciones en el ámbito educativo (Bialystok & Kukar, 2018) y el trabajo social (Gair, 2010), hasta análisis de la empatía médica en servicios de salud de centros penitenciarios (Dhawan, Steinbach, & Halpern, 2007). Las exploraciones teóricas sobre la empatía en la relación médico-paciente se inician tras detectar que la compasión no es el único atributo que el médico debe tener (Borkar, 2014; Halpern, 2001; Pembroke, n.d.), sino que la empatía debe necesariamente ser desarrollada en el ámbito sanitario.

De este modo, se han analizado dimensiones individuales y colectivas sobre la empatía, retos y diferencias entre el sector público y privado (donde se ha visto una marginación de la empatía en el primer sector y una reducción a términos de bienes de consumo en el último), análisis etnoculturales sobre empatía en estudiantes de medicina, relación entre el síndrome de desgaste profesional y la empatía, exploración de la empatía en enfermeras de hospitales de alta complejidad, resiliencia del paciente respecto a la empatía, entre otros; en diferentes partes del mundo (Brasil, India, Estados Unidos, Alemania, etc.) (Borkar, 2014; Hunt, Denieffe, & Gooney, 2017; S W Mercer, Watt, & Reilly, 2001; Rasoal, Jungert, Hau, Edvardsson Stiwne, & Andersson, 2009; Trevizan et al., 2015).

Sin embargo, hay que tener en cuenta que las teorías emergentes sobre la empatía -y, por tanto, los estudios más recientes- se acercan al enfoque en el paciente y al esfuerzo para llegar a un encuentro empático a manera de colaboración. Este acercamiento ha provocado que los estudios en cuestión también se centren en la comunicación efectiva entre el médico

y el paciente, lo que ha evitado aislar a la empatía como el causal crítico que afecta a la salud del paciente (Borkar, 2014).

Aunque a nivel regional existen escasos estudios cualitativos sobre la empatía en el personal de salud, en Ecuador no se ha encontrado estudios al respecto. Esta es la razón primordial por la cual se ha realizo el presente estudio etnográfico que incluye médicos y personal de enfermería (ver sección de metodología).

1.5.8 Factores que afectan la empatía.

Hay varios factores que favorecen a la empatía, por ejemplo: posición interna de quien establece la relación (paciencia, escucha, autocontrol); motivación emocional (para compartir emociones con la otra persona); predisposición abierta a la queja y al reclamo; comprensión conceptual de la empatía (conociendo las diferencias entre simpatía y empatía, concibiendo a la empatía como una actitud); ambiente cordial; reactividad verbal adecuada interés en la narración; juicios de legitimación o normalización; confirmación de valía y respeto; y apoyo. A la vez, hay algunos factores que obstaculizan la empatía: banalización de las quejas del otro; confusión de empatía por compasión o simpatía; no adoptar la empatía como un compromiso profesional; infravaloración del esfuerzo por comprender al otro; juzgamiento; agresividad; victimización; manipulación; inmadurez; inadecuado ambiente de relación; trabas institucionales o burocráticas o del entorno; entre otros (Borrell Carrió & Borrell, 2011).

También es necesario mencionar que muchas veces existen ciertos factores previos que pueden afectar la relación comunicacional efectiva y la empatía, a fin de cuentas parece haber mayor empatía en aquellas personas cuyos antecedentes denotan participación en voluntariados sociales o en tener amigos cercanos que hayan padecido alguna enfermedad importante (Esquerda, M., Yuguero, O., Viñas, J., Pifarré, 2016).

1.5.9 Beneficios de la actuación empática del personal de salud.

En general, la comunicación efectiva en la relación médico-paciente es fundamental para evitar insuficiente información al paciente, mejorar la toma de decisiones informada y conseguir una adherencia adecuada al tratamiento y seguimiento médico. La comunicación

efectiva en la relación médico-paciente se ha visto afectada en general, por la falta de información médica, el lenguaje técnico comúnmente usado y el poco tiempo que el profesional de salud emplea en escuchar al paciente (DiMatteo, 1998).

Aunque la empatía no sea vista como un pilar fundamental en los objetivos finales de la consulta médica, es importante recalcar que, un encuentro empático en la relación médico-paciente resulta en: mejores diagnósticos, detecciones tempranas ineficaces en otros escenarios, mejor adherencia al tratamiento, mayor satisfacción del paciente y menores casos de negligencia médica (y de casos legales agregados) (MohammedRaza, 2007). También se ha podido apreciar que aquellos profesionales con mayor empatía tienen menos errores médicos y que, en su época de entrenamiento demuestran mayor competencia clínica y mejores reportes de historias clínicas (Colliver, Willis, Robbs, Cohen, & Swartz, 1998; Haslam, 2007; M Hojat et al., 2002; Stewart W Mercer, McConnachie, Maxwell, Heaney, & Watt, 2005; Stewart W Mercer, Reilly, & Watt, 2002; Silvester, Patterson, Koczwara, & Ferguson, 2007; Stewart, 1995; West et al., 2006).

1.5.10 Empatía según variables.

Aunque no esté del todo claro, parece que hay una diferencia de empatía entre hombres y mujeres, siendo las últimas las que presentan mayor grado de empatía. Quizá la explicación esté cercana a la teoría de que las mujeres presentan mayor recepción a las señales emocionales que los hombres, explicando el por qué las mismas pasan mayor tiempo con sus pacientes (Bertakis, Helms, Callahan, Azari, & Robbins, 1995; Broidy, Cauffman, Espelage, Mazerolle, & Piquero, 2003; M Hojat et al., 2002; Maheux, Dufort, BÃland, Jacques, & LÃvesque, 1990; Trivers & Campbell, 1972).

También parece haber diferencias respecto a especialidades médicas, aunque no está claro si son relacionadas con la especialidad (cantidad de entrenamiento en habilidades interpersonales) o con el tipo de paciente y sus cualidades las que determinan si va a tal o cual especialista dependiendo de sus patologías (por ejemplo los psiquiatras parecen calificar mejor que los cirujanos para una relación médico-paciente empática) (Dehning et al., 2014; Harsch, 1989; M Hojat et al., 2002).

1.5.11 Educación médica sobre la empatía.

En vista de los mejores desenlaces previstos por una relación médico-paciente empática y descritos previamente, es indispensable una educación médica que incluya la instrucción de la empatía en el rol del profesional. Incluso podría ser deseable la inclusión de la empatía médica como un prerrequisito para el ingreso a las facultades de medicina (aunque evidentemente este es un tema harto controversial). De todas formas, lo importante es seleccionar un método para enseñar empatía médica acorde al contexto al cual se requiera: mallas curriculares de humanidades médicas, habilidades comunicacionales, talleres de relación médico-paciente (una de las intervenciones más eficaces), entre otros (Haslam, 2007; Stepien & Baernstein, 2006).

Es importante mencionar que la empatía médica se ve reducida progresivamente a través del tiempo, debido a diferentes factores cantidad de trabajo médico, fatiga, dependencia tecnológica, burocratización, etc. (Bellini & Shea, 2005; Haslam, 2007; Silvester et al., 2007; West et al., 2006). Sin embargo, el mensaje producto de este problema es en realidad una oportunidad manifestada en que la educación médica sobre la empatía no puede limitarse al currículum universitario, sino que debe necesariamente extenderse hacia los ámbitos de la educación médica continua a través de congresos, seminarios, publicaciones, talleres e incluso exámenes de certificación profesional.

1.5.12 Limitantes para desarrollar compromiso empático.

El compromiso empático parte de una actitud empática, la cual requiere una predisposición abierta a lo que el interlocutor pueda plantear, dejando por un momento de lado las propias ideas al respecto. En este sentido, una de las principales limitantes ante el desarrollo de un compromiso empático, es la inadecuada idea de confundir a la empatía con un sentimiento o, peor aún, con un grado de simpatía que indefectiblemente debería tener una limitación (Borrell Carrió & Borrell, 2011).

Otras limitaciones para desarrollar compromiso empático constituyen: un ambiente de relación poco favorable, diferencias profundas y no resueltas entre ambos interlocutores, ausencia de cordialidad, falta de apoyo y respeto, tiempo escaso para la relación,

sojuzgamiento de actitudes y prácticas, apuro, esfuerzos deliberados para demostrar lo contrario a lo que se piensa, proceso empático incompleto (reconocimiento sin respuesta emocional), entre otros (Borrell Carrió & Borrell, 2011).

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1 Justificación

El estudio de la empatía en la atención pediátrica resulta de gran importancia en la práctica médica actual, porque se ha visto una tendencia a la deshumanización de la medicina debido al uso creciente de las tecnologías diagnósticas, dejando en un segundo plano el método clínico, así como la comunicación afectiva y empática con los pacientes y sus familiares. (Donoso-Sabando, 2014).

La empatía durante la atención médica se basa en la confianza, lo que se traduce en un incremento de la satisfacción de los pacientes frente al personal de salud; además facilita los procesos de anamnesis y de examen físico, resultando en un incremento de la calidad de la atención médica y de la satisfacción de los pacientes. Dicho de otra manera: la atención médica empática es de capital importancia para alcanzar buenos resultados terapéuticos. (Debrouwere, 2008)

El presente estudio de carácter cuantitativo, cualitativo descriptivo y analítico, nos permite conocer si el personal de salud tiene empatía y a la vez, por medio de la entrevista, sus formas de pensar y las diferencias que en ellas podrían surgir respecto a la relación médico-paciente . (Hammerseley & Atkinson, 1994).

Este estudio pretende conocer de forma más ampliada sobre la percepción de la empatía, y en la influencia que ella tiene en la relación médico-paciente, en una especialidad médica con tanto peso social como es la pediatría. Con los resultados obtenidos, serán beneficiados no solo el servicio de pediatría, que tendrá una información confiable sobre la capacidad de empatía que tiene su personal y los factores que en ella influye, sino también de forma indirecta los propios pacientes y sus familias.

Con este trabajo se pretende rescatar la importancia de la atención pediátrica empática y humana, lo que no resulta exagerado si se parte de la idea de que la pediatría es una especialidad médica que goza del privilegio sublime de atender lo más valioso de cada hogar: los niños.

2.2 Problema de investigación

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la empatía del personal de salud (médicos y personal de enfermería) que atiende a pacientes pediátricos en el Hospital Metropolitano de Quito?

2.3 Objetivos de la investigación

2.3.1 Objetivo General.

Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre empatía del personal de salud que atiende a pacientes pediátricos del Hospital Metropolitano de Quito de octubre a noviembre del 2017.

2.3.2 Objetivos Específicos.

- Describir la presencia de empatía por medio de la escala de Jefferson en el personal de salud que labora con pacientes pediátricos.
- Describir los factores que inciden sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la empatía en el personal de salud.
- Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre empatía en la diversidad del personal de salud (médicos y personal de enfermería) que atiende a pacientes pediátricos.

2.4 Tipo de estudio

El diseño de esta investigación es un estudio cuantitativo y cualitativo, descriptivo y analítico (Sampieri, Collado, & Lucio, 2003) que se basa en dos fases.

Una fase cuantitativa por medio del test de Jefferson que se realizó a 144 personas que laboran en el servicio de pediatría con un estudio psicométrico para determinar el grado de

relación que existe entre las variables planteadas, y a la vez generar empatía para la segunda fase.

La segunda fase fue cualitativa, por medio del diseño etnográfico que se basó en un proceso riguroso de selección de informantes basándose en cualidades comunicativas, y que además se encontraban dispuestos a colaborar con la investigación. Dichos informantes fueron seleccionados de las 144 personas que laboran en el servicio de pediatría.

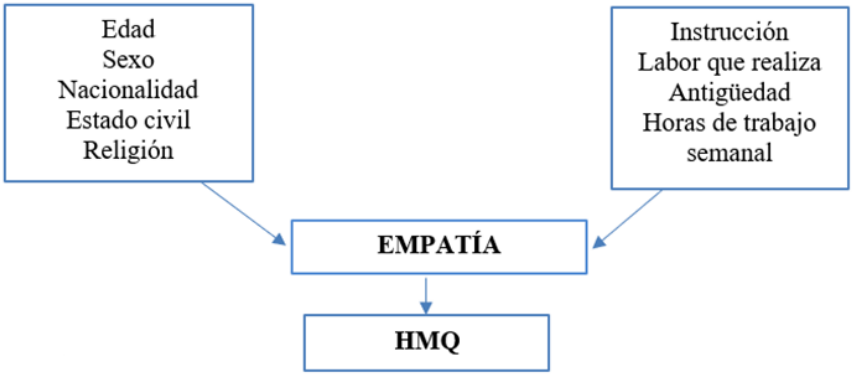
2.4.1 Fase cuantitativa.

Se analizó la empatía de acuerdo con los indicadores que nos brinda el test de Jefferson versión PS. La escala evalúa la empatía en tres dimensiones, que son la compasión, la toma de perspectiva y la capacidad de ponerse en el lugar del otro (ver sección de metodología 2.4.1.5) (Mohammadreza. Hojat, Gonnella, Mangione, Nasca, & Magee, 2003).

Adicionalmente se realizó estadística descriptiva e inferencial con las variables descritas (edad, sexo, nacionalidad, estado civil, religión, instrucción, horas de trabajo semanal) para comparar la empatía con dichas variables (tabla 3).

2.4.1.1 Operacionalización de las variables cuantitativas.

Figura 1: Operacionalización de las variables cuantitativas.



Elaborado por: Pinargote N.2018

Tabla 3: Matriz de Operacionalización de las variables cuantitativas.

Variables especificas	Clasificación	Definición	Indicadores	Escala	Definición operacional
Variables Dependientes					
Empatía	Cualitativa (test)	Capacidad cognitiva de percibir o sentir lo del otro.	Atención con compasión. Toma de perspectiva. Capacidad de ponerse en el lugar del otro	Si No	Frecuencia Porcentaje (Chi cuadrado)
Variables intervinientes					
Edad	Cuantitativa	Edad cronológica del paciente	Años	Años	Media, mediana, moda, desviación estándar.
Sexo	Cualitativa	Sexo biológico de los pacientes	Sexo	Masculino Femenino	Frecuencia Porcentaje (Chi cuadrado)
Nacionalidad	Cualitativa	País de nacimiento del trabajador	Nacionalidad	Ecuatoriano Otros	Frecuencia Porcentaje (Chi cuadrado)
Estado civil	Cualitativa	Situación de unas personas en relación con otra quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Estado civil	Soltero Casado Otros	Frecuencia Porcentaje (Chi cuadrado)
Religión	Cualitativa	Credo y conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina	Tipo de religión que profesa	Católico otro	Frecuencia Porcentaje (Chi cuadrado)

Instrucción	Cualitativa	Máximo nivel de estudios alcanzados	Nivel de instrucción	Primer nivel Segundo nivel Tercer nivel Cuarto nivel	Frecuencia Porcentaje (Chi cuadrado)
Labor que realiza	Cualitativa	Labor que desempaña en el hospital	Puesto de trabajo	Médico tratante Médico residente Enfermera Auxiliar	Frecuencia Porcentaje (Chi cuadrado)
Antigüedad	Cualitativa	Tiempo de experiencia en atención pediátrica que tenga el trabajador	Periodo de tiempo	<1 año 1-5 años 6-10 años ≥10 años	Frecuencia Porcentaje (Chi cuadrado)
Horas de trabajo semanal	Cuantitativa	Cantidad de horas que trabaja en la semana	Horas	Horas	Media Mediana Moda

Elaborado por: Pinargote N.2018

2.4.1.2 Criterios de inclusión y exclusión de la fase cuantitativa.

Criterios inclusión

- Personal de salud: médicos tratantes, médicos posgradistas, licenciadas y licenciados de enfermería y auxiliares de enfermería.
- Personal de salud que labore en el área pediátrica (neonatología, emergencia, hospitalización, cuidados críticos).
- Personal de salud que firme el consentimiento informado para participar en la investigación.

Criterios exclusión

- Personal que no sea de salud.
- Personal de salud que labore en otra área que no sea pediatría.
- Personal de salud que esté diagnosticado previamente de Trastorno del Espectro Autista (debido a la falta de percepción de la empatía).
- Personas que no quieran participar en el estudio.

2.4.1.3 Universo.

Como universo se tomó a todo el personal que labora en el área de pediatría del Hospital Metropolitano de Quito (hospitalización, neonatología, terapia intensiva y emergencia). El total estudiado fue de 144 personas en la primera fase (test de Jefferson) (tabla 4).

Tabla 4: Universo (número de personas).

PERSONAL	HMQ *
MEDICOS TRATANTES	51
MEDICOS RESIDENTES	17
LICENCIADAS	52
AUXILIARES	24
TOTAL	144

*HMQ (Hospital Metropolitano de Quito)
Elaborado por: Pinargote N.2018

2.4.1.4 Obtención de la información.

Se realizó mediante el Test de Jefferson versión PS, a todo el personal de salud que calificó en los criterios de inclusión del estudio (ver anexo 3 y anexo 4).

2.4.1.5 Recolección de la información.

Este cuestionario de valoración de empatía fue creado en el *Jefferson Medical College* (*Thomas Jefferson University)* en Philadelphia, por el *Center for Research in Medical Education and Health Care*, y dirigido por Mohammadreza Hojat y sus colegas (Mohammadreza Hojat, Mangione, Kane, & Gonnella, 2005), con la finalidad de comprender y definir el concepto de empatía. La escala evalúa la empatía en tres dimensiones que son: la compasión, la toma de perspectiva y la capacidad de ponerse en el lugar del otro. Consta de 20 ítems, los cuales están conformados por una escala tipo Likert de 7 puntos, que va desde "1= muy en desacuerdo", hasta 7= "muy de acuerdo", de forma que, a mayor puntuación obtenida se interpreta como mayor empatía. La puntuación que

puede obtenerse con esta escala oscila entre 20 y 140 puntos, siendo el nivel de empatía directamente proporcional al resultado obtenido (Mohammadreza. Hojat et al., 2003).

2.4.1.6 Plan de análisis de datos.

Los datos obtenidos del test fueron condensados en una matriz realizada en hojas de cálculo, para evitar que haya datos perdidos. Luego fueron exportados al programa estadístico Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (por sus siglas en ingles SPSS 22.0), versión en español.

2.4.2 Fase cualitativa.

Esta parte de la investigación fue realizada a través de un estudio cualitativo con enfoque etnográfico, el mismo que describió el estilo de vida de un grupo de personas. Es decir, por medio de la entrevistas, se buscó apreciar lo que piensa, lo que dice y lo que hace el personal de salud en relación a la empatía (Murillo & Martínez, 2010). De este modo, se pueden investigar los métodos o estrategias que utiliza el personal de salud estudiado, para construir y dar sentido y significado a las prácticas cotidianas en torno a la empatía. Se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada individual. Las preguntas de la entrevista fueron en parte tomadas en relación con la encuesta previa (tabla 5).

2.4.2.1 Operacionalización de las variables Cualitativas.

Tabla 5: Matriz de Operacionalización de las variables cualitativas.

VARIABLE ESPECÍFICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTO
Conocimiento sobre conceptos de atención del paciente	Representación mental de una realidad	CONDUCTUAL Costumbres, valores, normas y actitudes COGNITIVO Conocimiento adquirido Grado de formación MATERIAL Representaciones socioculturales prácticas médicas	Nominal	Entrevista semiestructurada
Actitud sobre empatía y relación médico-paciente	Predisposición hacia un proceso de aprendizaje	Actualización continua retroalimentación comunicación	Nominal	Entrevista semiestructurada
Prácticas sobre la empatía y relación médico-paciente	Habilidades adquiridas durante el proceso de aprendizaje	Competencia profesional Destrezas médicas Atención eficiente Hábitos	Nominal	Entrevista semiestructurada

Elaborado por: Pinargote N.2018

2.4.2.2 Criterios de inclusión y exclusión de la fase cualitativa.

Criterios inclusión

- Personal de salud: médicos tratantes, médicos posgradistas, licenciadas y licenciados de enfermería y auxiliares de enfermería.
- Personal de salud que labore en el área pediátrica (neonatología, emergencia, hospitalización, cuidados críticos).
- Personal de salud que firme el consentimiento informado para participar en la investigación.

Criterios exclusión

- Personal que no sea de salud.
- Personal de salud que labore en otra área que no sea pediatría.
- Personal de salud que esté diagnosticado previamente de Trastorno del Espectro Autista (debido a la falta de percepción de la empatía).
- Personas que no quieran participar en el estudio

2.4.2.3 Selección de Informantes.

La selección de informantes para las entrevistas se tomó del universo estudiado previamente. Esta selección se ejecutó tomando en cuenta las características personales y particulares del personal del hospital involucrado en la atención pediátrica.

2.4.2.4 Obtención de la información.

Se basó en la selección de los informantes posterior a la realización del test. Los informantes son personas que tenían capacidades comunicativas y que se encontraron dispuestos a colaborar con la investigación (Murillo & Martínez, 2010). La entrevista semiestructurada individual se realizó a un total de 16 participantes, 2 hombres, 2 mujeres de cada grupo preestablecido (tabla 6).

Tabla 6: Participantes de entrevista, HMQ.

Número	Grupo
4	Médicos tratantes
4	Médicos posgradistas
4	Licenciadas de enfermería
4	Auxiliares de enfermería

Elaborado por: Pinargote N.2018

2.4.2.5 Recolección de la información.

Entrevista semiestructurada:

Se realizaron entrevistas de forma individual a profundidad, semiestructuradas (estrategia mixta que alterna preguntas estructuradas y espontaneas), con criterio secuencial hasta alcanzar saturación de información. Las preguntas de la entrevista se diseñaron a partir de los temas que indaga el Test de Jefferson y del interés en evaluar la relación médico-paciente; se incorporaron preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la empatía y casos relacionados.

La entrevista estuvo compuesta por cuatro dimensiones: médica, empatía, casos y recomendaciones. A través de la denominada entrevista se pretendió ahondar con mayor facilidad sobre el tema de empatía y la relación médico-paciente en los participantes. La recolección de los datos se realizó por medio de audio, previamente autorizado por el participante. Se estimó que el tiempo de cada entrevista tardó entre 25 a 30 minutos aproximadamente (ver anexo 5).

2.4.2.6 Plan de análisis de datos.

Los datos fueron recogidos por medio de una grabadora y transcritos de forma textual en una hoja Office Word, con una codificación designada para cada individuo de la entrevista, sin modificación del contenido.

Posteriormente se realizó un análisis narrativo del contenido escrito de las entrevistas, identificando semejanzas y agrupándolas según la categorización que se le atribuyó, para finalizar con la construcción de los resúmenes más representativos.

El registro textual de las entrevistas y posteriores categorizaciones se realizó de forma manual por ser una muestra pequeña. La secuencia del registro se efectuó en 6 fases.

- Fase 1. *Entrevista individual:*

Basada previamente en la selección del informante.

- Fase 2. *Lectura y transcripción textual de los datos:*

Se transcribió las entrevistas de forma textual y manual de cada una de ellas, utilizando las herramientas del programa *Microsoft Office Word*.

- Fase 3. *Codificación de entrevista (tabla 7):*

Tabla 7: Codificación de la entrevista.

PALABRA	CONCEPTO
AÑOS	Es el tiempo que mis entrevistados se encuentran en el servicio de pediatría o trabajan con pacientes pediátricos.
EXPERIENCIA	Son acontecimientos que se presentaron con el pasar del tiempo en mis entrevistados y que originaron conceptos, habilidades, o cambios de abordaje para resolver problemas.
SERVICIO	Son las circunstancias que hacen que las personas tengan habilidades o no en el ejercicio de servir y que son modificables con el tiempo o por la experiencia.
MEJORAR	Son acciones que realizan mis entrevistados con el objetivo de obtener un cambio positivo en el servicio.
LLANTO	Es una emoción que denota no solo dolor, si no también tristeza, o alegría y que origina en la persona que observa preocupación, tristeza y acciones para solucionar. El llanto tiene significados sociales diferentes.
FAMILIA	Son todas aquellas personas que tienen una relación de amistad y confianza con otra, ayudándose a lo largo de su vida. Esta relación puede ser consanguínea o no.
TRISTEZA	Es una emoción que se da ante acontecimientos negativos o de pérdida y que originan en las personas que lo sienten o lo observan una sensación de profundo dolor no solo físico si no también psicológico.
PROBLEMAS	Son los inconvenientes que se presentan a lo largo de nuestra vida no solo profesional sino también privada y gracias a nuestras capacidades intentamos resolverlas, brindándonos experiencias.
CASOS	Son vivencias tanto positivas o negativas que se presentan en forma de problemas en mis entrevistados y que les sirve de experiencia.
RELACIÓN MEDICO-PACIENTE (MEDPACIENTE)	Son los conceptos que mis entrevistados generan sobre la relación médico-paciente, la misma que en su mayoría es una relación de confianza y armonía que junto con las habilidades profesionales brindan al paciente y a su familia no solo salud si no empatía.
EMPATIA	Son los conceptos que mis entrevistados tienen acerca de la empatía y como la practican en la vida profesional con el objetivo de ayudar al paciente.
SENTIR ATENCIÓN	Son los estímulos externos o internos (situaciones o acontecimientos) que mis entrevistados perciben y que generan una afinidad o vínculo con el paciente y el familiar para ayudarle.

Elaborado por: Pinargote N.2018

- Fase 4. *Análisis del contenido de la entrevista:*

Por medio de las herramientas del programa Office Word se realizó un filtro de contenidos de las entrevistas de acuerdo con la codificación que se realizó previamente.

Con dicha codificación se pudo agrupar por temas la información obtenida y que permitieron el análisis de los resultados

- Fase 5. *Descripción e interpretación de los resultados:*

Se usaron diagramas basados en los gráficos de Giddens colocados al final de cada tema con el propósito de resumir el análisis etnográfico.

- Fase 6. *Redacción de los resultados:*

Se realizó por medio de cinco capítulos, los mismos que sirvieron para el análisis final.

2.5. Aspectos bioéticos

La presente investigación se realizó en el Hospital Metropolitano localizado en Quito, Ecuador. Para tal fin, se contó con la aprobación del comité de Bioética del hospital para la realización de dicho estudio. Por tratarse de datos recolectados por medio del test de Jefferson versión PS y posterior entrevista semiestructurada, dirigida al personal de salud que labora con pacientes pediátricos (médicos tratantes, posgradistas, licenciadas de enfermería y auxiliares de enfermería), y siguiendo con la declaración internacional de Helsinki (18ª Asamblea Médica Mundial, 2008), el informe de Belmont (Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en Estudios Biomédicos y del Comportamiento de los E.U.A., 1979); se declaró como una investigación sin riesgos biológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales para los participantes (ver anexo 1 anexo 2).

Adicionalmente, a cada participante del estudio se le explicó el compromiso de confidencialidad y anonimato, y el uso de codificación para cada participante de la entrevista.

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

3.1 Diagnóstico situacional

El Hospital Metropolitano se encuentra ubicado en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, al noroccidente de la cuidad. Es un hospital privado (perteneciente a Conclina S.A.) que se construyó hace 33 años (14 de noviembre de 1985), con el propósito común de dotar al país de un centro médico–hospitalario de nivel internacional.

El hospital atiende pacientes de todo el país, ya que cuenta con todas las especialidades y subespecialidades tanto clínicas como quirúrgicas, y posee la mejor tecnología del país. Los colaboradores del hospital son personal administrativo 207 personas y personal médico 746 personas.

Como parte de la política social del Hospital Metropolitano, se creó hace 32 años la Fundación Metrofraternidad, que se encarga de pacientes de escasos recursos con patologías complejas.

El Hospital cuenta con amplias instalaciones. Las cinco plantas de su edificio principal permiten la distribución adecuada de las unidades de atención y diagnóstico, hospitalización y servicio administrativo. El área de hospitalización dispone de 139 camas distribuidas en cuatro pisos: el área pediátrica se encuentra en el primer piso de hospitalización.

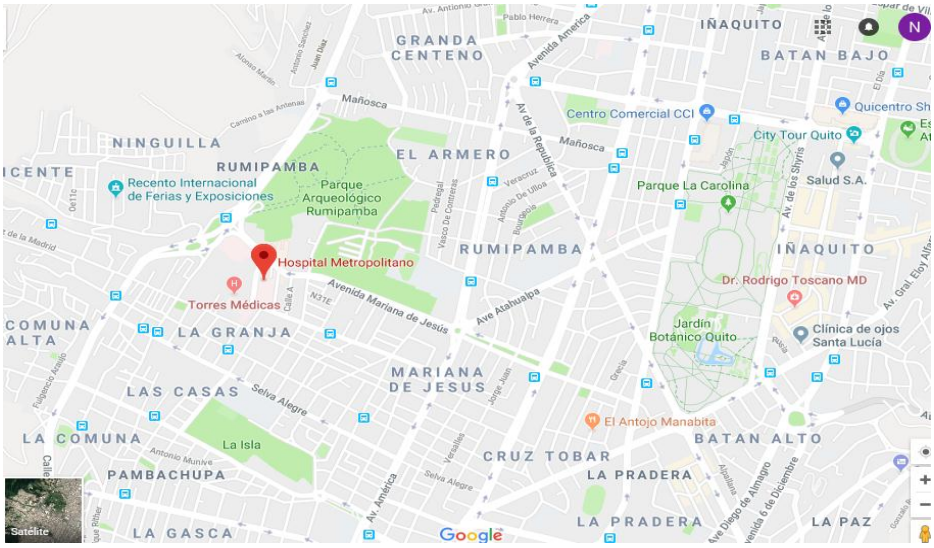
La planta baja del hospital está compuesta por varias áreas de atención que incluyen: emergencia, sala de intervencionismo, servicio de imagen, terapia neonatal, terapia intensiva y área administrativa. El conjunto hospitalario tiene un área de consulta externa que se encuentra distribuida en tres edificios independientes del hospital, pero interconectados.

En el área de pediatría, en el año 2017, ingresaron 3333 niños. En el área de hospitalización de pediatría, se cuenta con 32 habitaciones individuales y 4 habitaciones compartidas, además de las áreas de neonatología, cuidados críticos pediátricos y emergencia pediátrica.

Se escogió a esta unidad hospitalaria porque es una institución completa que abarca las ramas más importantes de la pediatría.

3.2 Accesibilidad geográfica

Figura 2: Ubicación geográfica del HMQ- Quito- Ecuador.



Fuente: Google Maps, 2018

Figura 3: Visión panorámica del HMQ. Quito- Ecuador.



Fuente: Registro de fotografías del Hospital Metropolitano 2016

Figura 4: Fachada del servicio de pediatría HMQ. Quito- Ecuador.



Fuente: Registro de fotografías del Hospital Metropolitano 2016

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Análisis cuantitativo univariado

4.1.1 Características generales de la población.

De las 144 personas estudiadas se encontró una población con un promedio de edad de 40,2 años, con una desviación estándar de 12,53 años, una moda de 28 años, una máxima de 71 y una mínima de 23 años.

El grupo etario encontrado con más frecuencia fue el de 30 a 39 años con un 31 % de todos los encuestados, mientras que los menores de 30 y mayores de 50 se encuentran en un promedio entre 25 y 22 % respectivamente.

De la población encuestada existió un 60,4 % (n:87) de mujeres, y un 39,6 % (n:57) de hombres.

De los encuestados, el 96,5 % fueron ecuatorianos, mientras que el 3,5 % fueron extranjeros.

El 45 % de los encuestados tuvieron un nivel educativo de tercer nivel, seguido de cuarto nivel con 43 %. También se pude observar que entre los encuestados la mayor parte del personal fueron las enfermeras (n:52; 36,1 %), seguidos de los médicos tratantes, auxiliares de enfermería y médicos posgradistas.

Se pudo observar que, del total de los estudiados, se mantienen en el puesto de trabajo entre 1-5 años y más de 10 años con el mismo promedio de 37,5% (n:54 ambos).

Además, se pudo observar que el promedio de horas de trabajo semanales es de 52,94 horas, con una desviación estándar de 26,8 horas, una moda de 40 horas, una máxima 180 y una mínima de 20 horas (tabla 8).

Tabla 8: Caracterización de la muestra, HMQ.

Variable	Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Edad	Menos de 30 años	37	25,7
	30 a 39	45	31,3
	40 a 49	30	20,8
	50 y más	32	22,2
Sexo	Masculino	57	39,6
	Femenino	87	60,4
Nacionalidad	Ecuatoriana	139	96,5
	Otra	5	3,5
Estado Civil	Soltero/a	47	32,6
	Casado/a	84	58,3
	Otros	13	9,0
Religión	Católica	121	84,0
	Otros	23	16,0
Nivel educativo	Primer nivel	1	0,7
	Segundo nivel	15	10,4
	Tercer nivel	66	45,8
	Cuarto nivel	62	43,1
Ocupación	Médico tratante	51	35,4
	Médico posgradista	17	11,8
	Enfermera/o	52	36,1
	Auxiliar	24	16,7
Tiempo de antigüedad	<1 año	11	7,6
	1-5 años	54	37,5
	6-10 años	25	17,4
	>10 años	54	37,5
Horas semanales de trabajo	Menos de 40 horas	24	16,7
	40 horas	50	34,7
	41 a 60 horas	44	30,6
	61 y mas	26	18,1

Fuente: instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Pinargote N.2018

4.1.2 Análisis del test de Jefferson versión PS.

De las 144 personas que realizaron el test, se obtuvo del total un puntaje máximo de 139 y un mínimo de 72, con una media de 99. De las tres dimensiones que evalúa el test, se observó que la "toma de perspectivas" tuvo una media de 63 puntos, mientras que la "atención con compasión" presentó una media de 19,22 con una puntación mínima de 6 y una máxima de 42. La dimensión de empatía propiamente dicha mostró una media de 16,7 puntos con una mínima de 4 y una máxima de 27 (tabla 9).

Mediante el mencionado test se pudo observar que todos los individuos estudiados tienen empatía en la atención del paciente, pero que en la dimensión de "atención con compasión" presenta menor puntuación que las otras dimensiones (tabla 9).

Tabla 9: Análisis del test de Jefferson y sus dimensiones, HMQ.

Parámetros	Rango	Mínimo	Máximo	Media
Empatía	23	4	27	16,73
Atención con compasión	36	6	42	19,22
Toma de perspectiva	25	45	70	63,10
Total, del Test de Jefferson	67	72	139	99,05

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaborado por: Pinargote N.2018

4.2 Análisis cuantitativo bivariado

4.2.1 Relación entre atención con compasión y ocupación.

Al evaluar la dimensión de atención con compasión se observó que la variable ocupación presento una diferencia significativa con los encuestados, siendo los médicos tratantes los que menos atención con compasión presentaron, seguido de los médicos posgradistas, resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$) (tabla 10).

Tabla 10: Relación de la dimensión de atención por compasión y ocupación, HMQ.

	Atención con compasión		
Ocupación	**No**	**Si**	**Total**
Médico tratante	46 (90,20 %)	5 (9,8 %)	51 (100 %)
Médico posgradista	15 (88,2 %)	2 (11,8 %)	17 (100 %)
Enfermera/o	24 (46 %)	28 53,80 %)	52 (100 %)
Auxiliar	11 (45,80 %)	13(54,20 %)	24 (100 %)
Total	96 (66,70 %)	48 (33,3 %)	144(100 %)

Chi cuadrado: 30,78; p= 0,00 (p <0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaborado por: Pinargote N.2018

4.2.2. Relación entre atención con compasión y nivel educativo.

De los 144 encuestados el nivel educativo tuvo una relación significativa con la dimensión de atención con compasión, observándose que en los niveles educativos más altos (tercero y cuarto nivel) la atención con compasión fue más baja dando una *p* con significancia estadística (<0,005) (tabla 11).

Tabla 11: Relación de la dimensión de atención por compasión y nivel educativo, HMQ.

	Atención con compasión		
N. educativo	**No**	**Si**	**Total**
Segundo Nivel	6 (40 %)	9 (60 %)	15 (100 %)
Tercer Nivel	36 (54,5 %)	30 (45,5 %)	66 (100 %)
Cuarto Nivel	53 (85,5 %)	9 (14,5 %)	62 (100 %)
Total	95 (66,4 %)	48 (33,6 %)	143 (100 %)

Chi cuadrado: 18,973; p= 0,00 (p <0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaborado por: Pinargote N.2018

4.2.3. Relación entre atención con compasión y horas de trabajo.

Dentro de la encuesta se preguntó las horas de trabajo del personal de salud, las cuales se asociaron con la variable de atención con compasión, donde se refleja que a mayor carga horaria menos atención con compasión. Este análisis es estadísticamente significativo (p<0,00) (tabla 12).

Tabla 12: Relación de la dimensión de atención por compasión y horas de trabajo, HMQ.

	Atención con compasión		
H. de trabajo	**No**	**Si**	**Total**
Menor de 40 horas	11 (45,8 %)	13 (54,2 %)	24 (100 %)
De 40 a 60 horas	48 (60,8 %)	31 (39,2 %)	79 (100 %)
Mayor de 60 horas	37 (90,2 %)	4 (9,8 %)	41 (100 %)
Total	96 (66,7 %)	48 (33,3 %)	144(100 %)

Chi cuadrado: 16,184; p= 0,00 (p <0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaborado por: Pinargote N.2018

4.2.4. Relación de atención con compasión con género, edad, nacionalidad, religión, estado civil y tiempo de antigüedad.

Durante el análisis del test de Jefferson y sus dimensiones no se observaron asociaciones estadísticamente significativas con las variables de género, edad, nacionalidad, estado civil y tiempo de antigüedad (p>0,05). Dicha información se encuentra en el anexo 6.

4.3 Análisis Cualitativo

4.3.1 Conocimientos, actitudes y prácticas de la empatía.

Está claro que no existe un único concepto de empatía, y esto se debe a la diversidad de personas que se entrevistaron. Mientras que para unos la empatía es el hecho de curar, para otros es ponerse en los zapatos del enfermo y no perder la objetividad, o que la empatía es meramente cognitiva y que puede ser construida.

En el presente estudio se recolectaron varias voces, las más representativas nos dicen:

> *…Es ponerme en los zapatos de nuestro paciente, es decir, ayudando a nuestro paciente de aliviar su dolor, sin comprometerse con el paciente …* (testimonio de licenciado de enfermería)

> *…La empatía no solo en el campo médico sino en todo es ponerte en los zapatos del otro, es llegar y comprender desde ese punto lo que sufre la otra persona, pero a la vez ser objetivo con lo que vas a hacer, y de esa manera es como yo voy a poder ayudarle sin necesidad de involucrarme…* (testimonio de médica posgradista)

> *…Yo creo que empatía no es reírse y llevarse bien con los papás, sino más bien curar a mi paciente…* (testimonio de médico tratante)

> *… Es que el paciente se cure y los papás le crean a usted y sobre todo hacer lazos con mi paciente para que luego el niño te busque…* (testimonio de médico tratante)

> *…Creo que la empatía es meramente cognitiva, es decir generas una respuesta emocional, no necesariamente por que la sientes, si no porque fuiste capaz de entender que la otra persona necesita, generando una respuesta afectiva sin que te afecte, lo que involucra la comunicación no verbal…* (testimonio de médico tratante)

… Empatía es algo así como ser servicial con la otra persona… (testimonio de auxiliar de enfermería varón)

…Empatía para mi es llevarte bien con el otro, es el clip que decimos… (testimonio de médica posgradista)

…Es ponerse en el puesto del paciente y no verse el cómo médico sino como paciente y hacer lo mejor… (testimonio de auxiliar de enfermería mujer)

…La empatía no tiene nada que ver con lo económico tiene que ver más que todo con tus sentimientos, con lo que tú piensas si tú ves reflejado en los pacientes a tus hijos y tú tienes un buen corazón yo pienso que vas a tener una buena empatía sea en el público sea en el privado, vas a dar lo mejor… (testimonio de auxiliar de enfermería varón)

…Es ponerse en los zapatos de la otra persona, pero sin llegar a tener una relación tan íntima… (testimonio de licenciada de enfermería)

…Bueno la empatía en la parte de la salud para mi es hacer mi trabajo de la mejor manera como que la persona que yo estoy atendiendo es parte de mi familia, sin importar quien sea… (testimonio de licenciado de enfermería)

…Empatía significa el grado de afinidad que puedas lograr tener con otra persona, no es lo mismo que la simpatía: decir me caes bien; no, es más bien el grado que tú te puedas poner en el lugar de la otra persona… (testimonio de médica tratante)

… Empatía es cuando te enfrentas a una situación y la aceptas de buena forma no le ves la parte negativa a esa situación, sino que la recibes como es y tratas de que sea llevadera la situación para que todos salgan ganando tu como persona y el resto… (testimonio de médico posgradista)

…La empatía es poner se en los zapatos del paciente o de la otra persona no necesariamente del paciente, pero sin involucrarte de una manera sentimental… (testimonio de médico posgradista)

…Creo que es que te caiga bien, es sentirse tranquilo, o sea que tú le puedas ver y te sientas en paz… (testimonio licenciada de enfermería)

En resumen, aproximadamente la mitad de las personas que conforman el servicio de pediatría tienen una comprensión teórica clara sobre la empatía. El resto, aunque teóricamente no refleja un conocimiento preciso, las actitudes hacia el paciente no dejan de ser positivas.

Así también, aparte de conocer acerca de los conceptos sobre empatía en el personal de salud, se pudo elucidar sobre la diferencia de la empatía y simpatía, y la forma que ellos la practican. Encontrándose que dentro de las respuestas de los entrevistados refieren que no es lo mismo la simpatía con la empatía, pues la simpatía es un término más limitado y menos útil para la relación médico-paciente. Mientras que la forma que ellos practican empatía en el servicio va desde un trato amable, una sonrisa afectiva, sentir como el paciente, ser directo, etc., hasta verse reflejados en los pacientes y sus familias.

Se pudieron obtener algunos testimonios:

…Primero tengo que sentir como este paciente, por ejemplo, si tengo un paciente muy enfermo tengo que ayudar al paciente de una manera que si este paciente no estuviera enfermo. Con esta manera de pensar yo puedo atender a los pacientes mejor… (testimonio licenciado de enfermería)

…Yo creo que la simpatía es más familiar, es tratar de agradar llevar las cosas y apoderarte de los sentimientos de las otras personas… (testimonio de médica posgradista)

…Hay que ser sinceros con los padres, tienes que decirles: sabe que señor usted necesita otro tipo de pediatra por tal y tal motivo yo tengo horarios y citas, pero hay otros pediatras que pueden ayudarle a la manera que usted necesita. Y eso a la larga hace que el paciente se ubique, le enseño a respetar las reglas del consultorio, y eso también es parte de la empatía, poner reglas… (testimonio de médico tratante)

…El tema médico no es un tema de simpatía, porque puede ser que me caigas mal, pero mi capacidad de empatía va a ser la misma para ponerme en tu situación en tu angustia, de tu desesperación de tus miedos. Yo trato de solucionar tu problema… (testimonio de médico tratante)

…Creo que lo principal es usar el lenguaje no verbal, dependiendo de lo que percibes de la otra persona tomas diferente tipos de tonalidad en la voz, distinto tipo de acercamiento, para no generar confusión con tu información y la trasmisión de esta… (testimonio de médico tratante)

…O sea primero no tienes que mostrarte superior a los demás. No porque tengas el conocimiento quiere decir "yo soy el médico" cuidado conmigo, sino más bien como que fueran amigos conversar con esa persona, escuchar sus problemas… (testimonio de médica posgradista)

…Depende de cada uno, de la personalidad y el amor que tienen al trabajo porque normalmente todas las personas tenemos problemas en la casa, afuera, del trabajo en todos lados. Solo es cuestión de acoplarse y aprender a separar las cosas porque

uno viene al trabajo, "es porque ama su trabajo"…. (testimonio de auxiliar de enfermería mujer)

…Yo practico la empatía cuidando a ese niño, como si fuera el mío… (testimonio auxiliar de enfermería varón)

…En cada entrevista trato de mostrarme lo más yo posible, buscar el que me conozcan, y que sientan "que yo" estoy interesado en cada uno de sus problemas… (testimonio de médico posgradista)

…No creo que es lo mismo la empatía con simpatía, empatía es identificarse, es esa afinidad, mientras que simpatía es ser agradable. Pero no por ser agradable eres afín a esa persona, ser simpático para es como decirte es lindo es agradable es buena gente, pero no todos los que son buena gente es afín contigo, puedes decir es demasiado buena gente es demasiado sonreído, demasiado así… (testimonio de médica tratante)

…Yo trato de entender al papá el problema que tiene eso es mi principal forma de practicar empatía, entender el problema ver las emociones, trato de ver la actitud… (testimonio de médica tratante)

…Con una sonrisa, con buenos días, yo soy una fiel convencida que la medicina es una ciencia humanista y el contacto día a día con el paciente hace que tú seas mejor, puede envejecerse tu estuche, pero tu espíritu va creciendo… (testimonio de médica tratante)

…Bueno primero trato de ponerme en la situación del niño porque son muy diferentes, tratas de interpretar cuando están con hambre, con dolor, con tristeza o

están en alguna situación de estrés para poderles ayudar como si esta situación también fuese mía porque el niño probamente se acuerde o no cuando crezca, y finalmente es un ser humano que sufre, le duele, tiene emociones… (testimonio de médico residente)

…Bueno yo siempre trato de llegar a una habitación preguntar cómo están, que si necesitan algo, o si el bebé llora ayudarles a ver qué es lo que pasa siempre hay algún problema alguna dificultad… siempre uno que pueda colaborar y ayudarles… (testimonio de auxiliar de enfermería mujer)

…Siempre dando la atención que se merece el paciente dentro de sus límites, no etiquetarlos, todos son iguales todos son pacientes y todos necesitan atención de la misma calidad de la misma cantidad y con la misma eficiencia… (testimonio de licenciado de enfermería)

…Creo que me siendo más servicial, y eso marca que los papas se sientan más relajados con sus bebés… (testimonio de licenciada de enfermería)

De este modo, se puede apreciar una diferenciación clara del personal entre la empatía y la simpatía. Siendo la primera un proceso más complejo y relacionado con la práctica médica.

En definitiva, todo el personal que labora en el servicio de pediatría tiene conocimiento de empatía, y sabe diferenciar que la prioridad es la salud del paciente y que no se debe confundir con los sentimientos de simpatía pues se pierde objetividad en el tratamiento. Las diferencias entre conceptos y la forma como práctica su empatía guarda relación con el género y la función que se encuentran realizando.

Tabla 13: Conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la empatía.

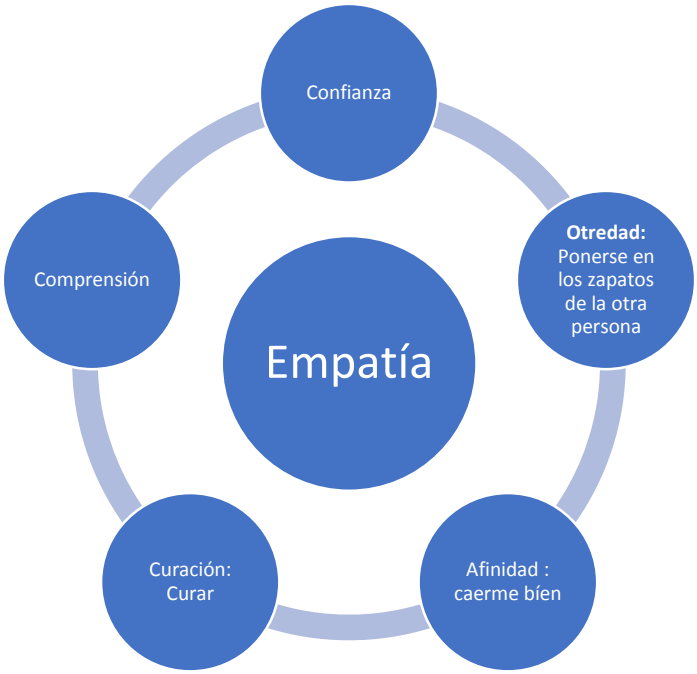
Conceptos y prácticas de empatía
…" La empatía no solo en el campo médico sino en todo es ponerte en los zapatos del otro es llegar y comprender desde ese punto lo que sufre la otra persona, pero a la vez ser objetivo con lo que vas a hacer, y de esa manera es como yo voy a poder ayudarle sin necesidad de involucrarme."
… "La empatía es poner se en los zapatos del paciente o de la otra persona no necesariamente del paciente, pero sin involucrarte de una manera sentimental" …
…" Con una sonrisa, con buenos días, yo soy una fiel convencida que la medicina es una ciencia humanista y el contacto día a día con el paciente hace que tú seas mejor, puede envejecerse tu estuche, pero tu espíritu va creciendo."
…" Siempre dando la atención que se merece el paciente dentro de sus límites, no etiquetarlos, todos son iguales todos son pacientes y todos necesitan atención de la misma calidad de la misma cantidad y con la misma eficiencia."

Fuente: Entrevistas

Elaborado por: Pinargote N.2018

En el siguiente esquema se presentan los cuatro grandes elementos entorno a la empatía (curación, confianza, afinidad, otredad) en el servicio (figura 5).

Figura 5: Conceptos entorno a la empatía.



Fuente: Entrevistas
Elaborado por: Pinargote N.2018

4.3.2 Relación médico-paciente y la construcción de la empatía.

Dentro de los conceptos que se evidenciaron en la entrevista sobre que es la relación médico-paciente, se pudo observar que hay conceptos meramente biológicos que se basan en la salud y enfermedad. Dichos conceptos son tomados de la antigua escuela donde el médico era el único que aportaba en la relación. Pero también se encontraron conceptos de amistad, confianza y de colaboración, donde la empatía del médico y del personal de salud juega un papel importante en la aceptación y seguimiento de la patología.

A continuación, algunas voces representativas nos hablan:

> *... La relación médico-paciente es como ellos entienden la amistad con el médico, y que en relación con la tecnología creo que hay muchos cambios que ahora han mejorado la relación, porque antes que un paciente vaya a un médico a consultar, el paciente ya sabe todo, ya viene informado desde el internet. Por lo cual creo que es*

bueno porque te obliga hacer mejor y a estudiar más … (testimonio de licenciado de enfermería)

…Creo que se trata de una relación bidireccional y que ahora es mejor ya que antes el médico tenía la última palabra y era lo que "él diga" y el paciente no podía opinar, en cambio ahora hay una relación en la cual se toma una decisión en conjunto, porque es la vida del paciente… (testimonio de médica posgradista)

…En el pediatra es "Yo "con el niño le curo y punto… (testimonio de médico tratante)

…Es un amigo quien está ahí para ayudarle emocionalmente y físicamente en el dolor del paciente y su familiar… (testimonio de auxiliar de enfermería varón)

…La relación médico paciente es permitirle a tu paciente que en realidad confié en ti, que te cuente todo porque es súper importante, porque nos ha pasado que a veces llega el paciente a la emergencia y te dice una cosa, pero llega el tratante y le dice otra cosa, entonces por eso es súper importante llevarte bien... (testimonio médica posgrado)

…La relación médico-paciente debe ser un vínculo bien fuerte, de que el médico tiene que ponerse en el puesto del paciente y aprender a escuchar toda la historia de ese paciente… (testimonio auxiliar de enfermería mujer)

*…Yo considero que todavía el médico debe de tener la potestad de decir te tomas y listo… **La medicina sigue siendo medicina**[1], el Pediatra pone las reglas, no puede darle a la mamá la opción de hacer las cosas, porque si no la próxima vez la mamá*

[1] Énfasis de la voz al momento de la entrevista.

no te va a consultar algo, sino que va a ir al señor Google y listo, o donde la familiar con mayor experiencia... (testimonio médico tratante)

…Bueno la relación médico-paciente yo creo que es, tu acudes a tu médico para que te sane y tu confías… (testimonio auxiliar de enfermería varón)

…Es aparte de brindar atención darla con calidad y calidez… (testimonio auxiliar de enfermería mujer)

…Es la confianza que pone el familiar o paciente en ti… (testimonio de licenciada de enfermería)

…Bueno creo que para mí la relación médico-paciente es dejar bien en claro mi labor, es delimitar y explicarles a los padres y familia todo… es decir mire hasta aquí es mi trabajo, estas son mis funciones, aquí tengo esto, si esto falla tenemos esto, si esto falla tengo esto, si esto falla ahí si ya no tengo nada más porque ya no existe nada más, ***pero si expresar muy muy claramente mis límites, y mis objetivos***[2]*, y también hasta donde se puede ayudarles o solucionar su problema…* (testimonio de licenciado de enfermería)

…Creo que la relación-médico paciente son tres cosas: primero el tema de salud-enfermedad (el que el médico realice su labor médica desde el punto de vista biológico de una manera honesta, y ser lo más claro en lo que explica) ; segundo la empatía el poder comprender las distintas situaciones que está viviendo el paciente (miedo , temor, inseguridad) y no solo comprender sino también ayudarlo y apoyarle en las distintas instancias desde el diagnóstico hasta la resolución del problema médico; y tercero, la preocupación y esta no es solamente en el momento

[2] Énfasis de la voz al momento de la entrevista.

del diagnóstico de la enfermedad, sino también una relación vista a futuro en prevención de situaciones médicas y familiares… (testimonio de médico tratante)

…La relación médico-paciente es de confianza entre el padre al médico y el médico al padre, es poderle contar todas las cosas, es preguntarle sin tenerle miedo al médico cuando te da un diagnóstico … es una "relación horizontal" … como dicen no como que el médico es más que el padre, porque de eso también depende la confianza del padre para que le siga buscando al médico… (testimonio de licenciada de enfermería)

…La relación médico-paciente es ese grado de empatía o conexión que puedes llegar a tener entre el médico y el paciente, ya no eres la autoridad como antes el médico era un Dios, opérese, tenía usted que tumbarse en la camilla sin saber nada… (testimonio de médica tratante)

…Bueno yo creo que es lo que nosotros hacemos, es sentirse no como médico y paciente sino más como un familiar, le haces sentir al paciente como un amigo, que se sienta bienvenido al consultorio, a tu consulta, no buscas ese estereotipo de que el médico esta arriba y el paciente esta abajo, sino como que estas al mismo nivel… (testimonio de médico posgradista)

…Creo que es tratar bien al paciente, es escuchar sobre sus problemas no solamente la parte física sino también la emocional y ayudarle en todas las esferas, pero sin dejar que eso involucre nuestra parte emocional… (testimonio de médico posgradista)

Se puede identificar una visión estratificada sobre el significado de la relación médico-paciente en las personas que forman el servicio de pediatría, que abarca conceptos generales

sobre la atención con calidad, a la vez que aspectos más complejos e íntimos tales como la amistad, la confianza y la empatía.

Muchos testimonios refieren que la tecnología ha modificado la relación médico-paciente para bien o para mal, ya que muchas veces la ayuda tecnológica hace que las personas vayan con conocimientos errados de un diagnóstico y a la vez se vuelven más autoritarios con el médico. Mientras otras personas opinan que la tecnología las hace estudiar más para servir de mejor manera a los pacientes, pero se despreocupan de su vida personal.

> *…Yo creo que en cierto grado la tecnología nos ha hecho estudiar más, para que no dejemos con preguntas a los pacientes y que exista un mayor lazo de confianza, pero debemos darle límites a esa relación… La tecnología hace que te hagas súper especialista, pero te hace olvidar de algunos aspectos importantes que es* ***tu familia y sobre todo vivir, tus pasiones[3]…*** *Antes los médicos hacían muchas otras cosas eran escritores, músicos, presidentes, filántropos y aun médicos y eso si deberíamos rescatar hacer algo más que súper médicos "ser seres humanos" …* (testimonio de médica posgradista)

> *…Con mayor razón el pediatra tiene que estar más formado de la tecnología y ser más seguro de lo que va a hacer, pero lo que no puede un pediatra es mentir, porque ahí se acabó la relación, se acabó la empatía… Pero yo soy un fiel convencido que la tecnología ha hecho que las personas se vuelvan más confianzudos, yo no acepto consultas médicas por mensajes, estas son las reglas mías, me pueden llamar claro que si por una emergencia, pero no siempre, no soy esclavo del celular yo tengo vida aparte de ser pediatra… Pienso que esto ha dañado la relación no la ha mejorado, porque ahora vienen a exigir, vienen con conocimientos...* (testimonio de médico tratante)

> *…Creo que de manera general yo te podría decir que es un tema personal, que independientemente de la tecnología o del tiempo que le generes a un paciente, o la*

[3] Énfasis de la voz al momento de la entrevista.

alta o baja demanda que tengas en tu consulta, no debe afectar tu relación médico-paciente, porque es tu formación y es parte de tu obligación como médico... (testimonio de médico tratante)

…Si ha cambiado bastante, por el mismo sistema de la tecnología, ahora el paciente busca una segunda opinión y este es el internet porque muchas veces el médico no le explica con paciencia o no es suficiente y ellos quedan con alguna duda, pero el internet no es completo y también desinforma y daña esa relación… (testimonio auxiliar de enfermería mujer)

…Yo creo que la relación médico-paciente, si ha cambiado mucho, ha cambiado porque ahora el familiar más que todo se informa está más educado, no hay ninguna diferencia entre los pacientes de hospitales públicos ni el privado, en nuestro medio ya tenemos tecnología para investigar, y no hay diferencia, entonces podemos hablar al mismo nivel... (testimonio auxiliar de enfermería varón)

…Si se ha perdido mucho esta parte del respeto, porque a hora cogen le mandan vea está así ya me hice una biometría deme viendo que tengo, entonces hay veces en que, si se puede responder de esa manera, pero hay veces en que no, uno tiene que decir mire yo no doy consulta por teléfono tráigalo y ahí lo vemos… (testimonio licenciado de enfermería)

…Yo creo que la relación médico-paciente, si ha cambiado totalmente, ya que los papás tienen acceso a internet todo el tiempo y ya vienen con diagnósticos y a nosotros nos toca decirles si tiene razón y explicarle, pero si hay como una relación más de confianza… (testimonio médica tratante)

…La tecnología ha llevado a que se rompa en cierta forma esta relación, pero yo creo que uno puede poner sus límites... no sé, tal vez educar a tu paciente decirle, no

le puedo atender hasta más de cierta hora por mensajes, todos tenemos nuestro espacio, tenemos una vida… Pero si se ha roto esa parte del espacio del médico… (testimonio médico posgradista)

…Claro que, si porque algunas veces los jóvenes exageran tuteándote o escribiéndote a horas poco apropiadas, hay que enseñarle a dar un límite en el espacio del médico… (testimonio médica tratante)

…La tecnología si ha ayudado a la relación hace que el médico estudie más, pero el paciente abusa de esos avances y trata de acaparar el tiempo que lo tienes dedicado para tu distracción fuera del hospital… (testimonio médico posgradista)

En síntesis, la apreciación acerca de la tecnología y su repercusión sobre la relación médico-paciente es en mayor proporción positiva, aunque algunas voces sugieren el establecimiento de límites debido al mayor acceso a la tecnología de los pacientes.

Existe una concepción definida y clara en dos ámbitos: una que percibe una menor exigencia en la calidad de la atención en el sistema público; y otra en la que la relación médico-paciente debe ser la misma en ambos sistemas. Una tercera visión más difusa, identifica a los usuarios del sistema público supuestamente como "personas intelectualmente menos capaces", lo cual evidencia un prejuicio al respecto del paciente.

…Aquí en el Ecuador, ahora que estoy en hospital privado he tenido la oportunidad de practicar también en hospital público es totalmente diferente. En un hospital privado creen que tienen que hacer lo óptimo lo mejor por el hecho de que ellos pagan, pero "Yo soy igual para todos", porque usted es paciente y debemos de tratar como paciente no de alto o de bajo nivel, paciente es paciente… (testimonio licenciado de enfermería)

… Doc. mira, creo que, por ser enfermero, se debe tener paciente, pero más paciencia con los pediátricos, en mis cuatro años de servicio en la pediatría he tenido

muchísima paciencia, porque hay pacientes muy difíciles familiares muy difíciles, siempre hay que aguantar al paciente porque hay que entenderlos… (testimonio licenciado de enfermería)

…Normalmente somos seres humanos, y siempre vamos a sentir un poco diferente, pero creo que en nuestro trabajo tenemos la empatía como enfermeros, siempre tenemos que poner la empatía primero que nuestros sentimientos, porque no podemos sentir como el paciente o como la familia del paciente… (testimonio licenciado de enfermería)

*…Si al comparar privado y público si creería que el público en ese sentido la relación puede ser un poco más al explicarle lo que le está pasando al bebé porque tienes que buscar las palabras correctas y sencillas… (*testimonio de médica posgradista)

De este modo, se aprecia una realidad única la cual indica una diferenciación muy clara entre la relación médico-paciente en el sistema público y el sistema privado.

La visión del personal de salud respecto a los pacientes pediátricos es diferencial, pues hay una visión de los pacientes incluso opuesta a la de los familiares. Es decir que, la relación médico-paciente parecería estar dividida en dos entes: el paciente y su familia; y que cada uno de estos entes merece un trato distinto y una atención cuantitativamente diferente.

*…A mí me emociona muchos los niños, en realidad esa es la parte bonita de hacer lo que hago. Es más fácil para mi entenderlos… (*testimonio de médica posgradista)

…Feliz, contento, por eso ***soy pediatra***[4]*…* (testimonio médico tratante)

[4] Énfasis de la voz al momento de la entrevista.

…Yo atiendo niños, yo no atiendo mamás, papás, abuelas. Es medio estresante yo solo doy información a la mamá y al papá... (testimonio médico tratante)

*…Excelentemente bien, muy contento es una situación que a mí me agrada, creo que el manejo de los chicos para mí es muy especial, porque puedes hacer muchas situaciones distinta que normalmente no podrías hacer con el tema de los adultos… (*testimonio médico tratante)

…Muy bien porque los veo que sonríe, les hago broma y también algunas veces triste porque se les ve que están enfermo... (testimonio auxiliar de enfermería mujer)

*…Te emocionas, pero a la vez sientes que tienes que hacer full cosas para saber qué le pasa… (*testimonio de médica posgradista)

*…Para mí es primordial, en realidad yo dejo todo por el niño o por los niños, prefiero dejar todo lo que estoy haciendo por ellos… (*testimonio auxiliar de enfermería varón)

…Es más tierno, si me gusta trabajar con niños, es más paciencioso, pero es más bonito trabajar con ellos… (testimonio auxiliar de enfermería mujer)

… Al menos cuando son niñitos menores de un año, me estreso, me siento mal, no sé qué les pasa, no saben expresar me desespero al verlos llorar y no saber qué hacer… (testimonio licenciada de enfermería)

…Bueno la parte de los niños siempre es más delicada tratar, porque no tienes que tratar solo con ellos, sino con los familiares, me siento más vulnerable… (testimonio licenciado de enfermería)

…En cambio los bebés tú estás pendiente de ellos sabes que si es que lloran es por algo les pasa (pañal, gases, hambre) entonces si me siento cómoda… (testimonio licenciada de enfermería)

*…Satisfecha, o sea me siento en mi mundo... (*testimonio médica tratante)

*…Muy bien, creo ya nunca podría atender pacientes grandes, porque los niños son otro mundo también te revierten algo bonito para vos, pueden estar enfermos, puedes picharles y después ellos son nobles y siempre te dan una sonrisa… (*testimonio médica tratante)

*…Siento mucha empatía con los niños más que nada porque me angustia mucho verlos cuando están con mucho dolor… (*testimonio de médico posgradista)

…Yo creo que cada vez uno se vuelve más cortante, con los familiares de los pacientes, cuando me llaman por teléfono personalmente no me gusta que me digan el nombre de la mamá si no el nombre de mi paciente pediátrico, creo que la experiencia la buena o la mala, me ha enseñado que cuando uno es muy agradable con el paciente a la larga pierde el paciente… (testimonio médico tratante)

…Creo que ser médico en generar influye en tu empatía, pero más a un pediatra porque tienes que tener mayor habilidad para entenderlo tanto al niño como a la familia, tienes un universo más amplio que cuando eres médico general. Es decir, te da una mayor habilidad… (testimonio médico tratante)

…Yo creo que sí, yo creo que en Pediatría haces que se extienda la empatía porque no es solo un paciente con el que tu trabajas, sino que es con la familia… (testimonio médica tratante)

Es llamativo de acuerdo con los testimonios que la relación médico paciente no es comprendida como una unidad,[5] sino como una relación enfocada exclusivamente en el paciente pediátrico.

No existe al parecer un vínculo directo entre el tiempo de trabajo y la relación médico-paciente; existe una relación causal indirecta debido a que el tiempo puede producir ciertas secuelas como el estrés, lo que a su vez debilitaría la relación médico-paciente (con especial perjuicio a la comunicación paciente y familia), sin embargo, la inteligencia emocional[6] de varios entrevistados influiría para que no se pierda.

A continuación, algunas voces representativas:

…Yo creo que, si cambia, yo personalmente pienso que al principio apenas se viene a trabajar como que se viene con más energía, se viene dispuesta a todo y después a veces es como que la rutina, las horas extras, el trabajo a veces hay personas que trabajan en otros lugares a veces es como que vienen ya con las últimas acá entonces yo creo que si cambia… (testimonio licenciada de enfermería)

… Yo no creo que el tiempo te haga menos empático, una cosa que la gente no asuma el rol de estrés en el hospital porque si alguien se deja llevar mucho del estrés y deja que ese estrés le consuma a la persona obviamente se va a volver frio apático todo el tiempo pero si uno sabe manejar el estrés lo único el cansancio los turnos y todo solamente nos harán más fuertes más resistentes a jornadas de trabajo pero no creo que eso influencie sobre la empatía… (testimonio médico posgradista)

[5] Ver sección de marco teórico: relación médico paciente en pediatría
[6] Ver sección de marco teórico: inteligencia emocional y empatía.

…Yo pienso que el tiempo me hace más humano, que eso es lo más importante. Por qué tú tienes ese don de servir y eso es lo que te hace, lo que marca una diferencia el uno del otro… (testimonio auxiliar de enfermería varón)

…Con el tiempo, si me he vuelto más sensible sobre todo como dices con los niñitos… (testimonio licenciada de enfermería)

…Bueno la verdad si porque hace doce años atrás xxx lloraba por todos los niños porque no obteníamos el resultado que esperábamos. Y a veces era frustrante trabajar 12, 15, 20 horas y tener un resultado negativo, entonces uno llegaba a la casa con esa carga negativa, y decía qué más pude haber hecho, pero con el pasar del tiempo, uno mismo se dice mira tú hiciste lo que tenías que hacer, agotaste todas las cartas, lamentablemente ese es el resultado cuando no responde a ninguno, en otra palabra baja tu nivel de estrés, pero no la empatía… (testimonio licenciado de enfermería)

…Yo creo ha mejorado, pero más desde que soy mamá, porque veo a estos bebés como si fueran mis hijos, entonces obviamente yo no voy a dejar que mi hijo llore o este sufriendo entonces es como que me pongo más en sus zapatos de los papás y trato de ayudarles… (testimonio licenciada de enfermería)

*…Yo si pienso que el tiempo me ha influido para bien, sobre todo porque en "el baca" si sufrí bastante o sea entre compañeros porque había envidia todo lo más bajo, como en la escuela, has visto si es posible ponerte apodos, todo lo más bajo, entonces eso me sirvió para yo madurar, para o crecer y para saber que yo no voy a responder de la misma manera… (*testimonio médica tratante)

...Si a veces el cansancio posturno hace que yo solo quiera descansar al día siguiente, pero me toca lidiar con los padres y solo respiro y pongo mi mejor sonrisa y trato de solucionar sus problemas… (testimonio médico posgradista)

Independientemente de la influencia del tiempo de trabajo en la relación médico-paciente, si hay un cambio significativo, sea este de carácter positivo o negativo.

Dentro de los testimonios se puedo observar que pese a que la relación médico-paciente en pediatría es un triángulo indivisible (médico-niño-familia). Para muchos esa relación es difícil, pero gracias a las habilidades interpersonales y de comunicación, su inteligencia emocional, además del tiempo que se encuentran trabajando con pacientes pediátricos, hacen que la empatía se construya de forma favorable, con un fin en común; "la salud integral del niño"[7].

Tabla 14: Relación médico-paciente y la construcción de la empatía.

Relación médico-paciente
…" Creo que se trata de una relación bidireccional y que ahora es mejor ya que antes el médico tenía la última palabra y era lo que "él diga" y el paciente no podía opinar, en cambio ahora hay una relación en la cual se toma una decisión en conjunto, porque es la vida del paciente"
… "Creo que de manera general yo te podría decir que es un tema personal, que independientemente de la tecnología o del tiempo que le generes a un paciente, o la alta o baja demanda que tengas en tu consulta, no debe afectar tu relación médico-paciente, porque es tu formación y es parte de tu obligación como médico"
… "Yo soy igual para todos", porque usted es paciente y debemos de tratar como paciente no de alto o de bajo nivel, paciente es paciente"
…" Muy bien, creo ya nunca podría atender pacientes grandes, porque los niños son otro mundo también te revierten algo bonito para vos, pueden estar enfermos, puedes picharles y después ellos son nobles y siempre te dan una sonrisa"

Fuente: Entrevista
Elaborado por: Pinargote N.2018

[7] Ver sección de marco teórico: relación médico paciente en pediatría

En el siguiente esquema se presentan los elementos que según las voces entrevistadas interactúan en la construcción de la empatía. Los principales son: igualdad, confianza, decisiones en pro del paciente, comunicación, relación a futuro, servicio, mejoraramiento de conocimientos en el servicio (figura 6).

Figura 6: Construcción de la empatía.



Fuente: Entrevistas
Elaborado por: Pinargote N.2018

4.3.3 Factores sociales de la interacción médico-paciente.

Se pudo observar que dentro de los factores sociales y emocionales que influyen en la interacción médico-paciente se encuentra el llanto, el cual genera estrés, tristeza o simplemente indiferencia. Estas observaciones se relacionan estrechamente con la neurobiología de la empatía y el "dolor social."[8]

A continuación, algunas voces representativas nos hablan:

[8] Ver sección de marco teórico: neurobiología de la empatía.

…Creo que es imposible que no te afecte, pero decirte que he sentido tristeza o angustia u otro sentimiento digamos ***NO.***[9] *Entiendo la situación de la familia, pienso que más allá de la parte biológica es apoyar a la familia en la parte de la recuperación de la salud pero que esto genere una afectación en mi…* (testimonio médico tratante)

…Si hay ese tipo de pacientes en el que uno le da más que tristeza le parte el corazón porque a veces uno en la poca economía trata de ayudarles, a veces aquí mismo hay papacitos no comen por estar aquí con sus niños (Metro Fraternidad)[10] *entonces no somos todas somos pocas las que nos ponemos en sus zapatos y decimos no hoy día yo no puedo comer mi almuerzo le cedo a los papitos…* (testimonio de auxiliar de enfermería mujer)

…Sí, si como toda persona uno tiene que ser humano, y tiene que tener un corazón muy grande para entender esas cosas que no se pueden cambiar, hemos tenido pérdidas dentro del quirófano, y esas pérdidas a uno lo golpean, pero como le dije antes nosotros trabajamos con vidas y tenemos que tener una actitud positiva para volver a seguir luchando por una nueva… (testimonio de auxiliar de enfermería varón)

… Chuta yo soy bien sensible justo con el ejemplo que me pones del niño quemado tuve que ponerme mascarilla para no llorar frente al niño... (testimonio de licenciada de enfermería)

…Si, las primeras veces es muy triste, bueno no tengo mucho tiempo aquí trabajando, pero la primera vez aquí en mis manos falleció un paciente, incluso amortajarle fue

[9] Énfasis de la voz al momento de la entrevista.
[10] Corresponde a la sección de descripción del área de estudio

tenaz, yo lloré encima del paciente, y no si fue feo… (testimonio de licenciada de enfermería)

…Casi no, no me pongo triste, más me preocupo, siempre tengo eso de buscar la salida a cada uno de los problemas de los pacientes pediátricos, siempre trato de solucionar el problema más que preocupación… (testimonio médico posgradista)

…Busco la manera de hacerles sentir bien sobre todo a los niños chiquitos verlos llorar me desespera y no, imposible, no funciono… (testimonio de licenciada de enfermería)

…Si he tenido ciertos momentos en los que pienso y me da un poquito de tristeza, pero enseguida pienso en la forma de solucionar los problemas de estos pacientes, y de los familiares... (testimonio médico posgradista)

…Siento una preocupación enorme con los padres, porque ellos desean que tú les demuestres todo tu conocimiento ya que ellos te dan lo más valioso que son sus hijos… (testimonio médico posgradista)

…Siento mucha pena, pero también siento como les debo decir que no están solos que en el aspecto del problema cardiaco tienen un gran apoyo conmigo. Entonces eso es bueno por más que tengan escasos recursos o que estén peleados entre los padres ellos tienen en quien apoyarse… (testimonio médica tratante)

…Intento preguntarles que les pasa si le duele algo, o cuando los llevo tomar una radiografía en el transporte yo les digo que se van a tomar una fotito para tranquilizarlos porque son guapos o guapas… (testimonio de auxiliar de enfermería varón)

…Consolarle y saber qué le pasa, si es dolor si es hambre o si es solamente niños mimados, entonces siempre saber qué le pasa, pero tampoco es que me estresa o que me ofusca que me estén llorando por ejemplo en la emergencia y todos comienzan a llorar no me desespero… (testimonio de médica posgradista)

Los testimonios giran alrededor llanto y la necesidad de solucionar su sufrimiento o malestar, con palabras o con acciones sencillas tanto para el paciente o la familia.

…Siempre da pena que los niños lloren, pero hay que estar claros que ellos siempre lloran por diferentes causas, desde el miedo al pediatra, pero eso no es una razón para uno estresarse. Diferente es la reacción de un papá al ver a su niño llorar, que no sabe qué pasa, pero uno debe estar tranquilo… (testimonio médico tratante)

…El llanto es un factor biológico, que hay una situación de estrés y de angustia no solo de la familia si no del paciente, y por último preocupación ya que está dada básicamente por esta afectación global que ocurre en el ámbito familiar y del paciente... (testimonio médico tratante)

…Bueno nosotros ya identificamos si el niño llora por dolor y solo por llorar, desde los signos vitales hasta el comportamiento con los padres, pero nosotros al niño después de salir del posoperatorio lo sacamos con adecuada analgesia... (testimonio de licenciado de enfermería)

…Primero yo creo que hay que escuchar, y a veces si hemos tenido la posibilidad conversando con los médicos, viendo la posibilidad de que le den una mano, más que todo exponiendo los problemas que la familia tiene especialmente los de Metro Fraternidad… (testimonio de auxiliar de enfermería varón)

…Hay que poner un poco más de atención porque el llanto puede ser simplemente un mecanismo de defensa como puede ser también que envuelva algún otro tipo de sintomatología algún síntoma que esté detrás de este llanto, entonces uno tiene que ser mucho más observador más receptivo y tratar de entender el llanto tratar de asociarle con la actitud de los padres y con lo que ellos te cuenten... (testimonio médico posgradista)

…Bueno yo que soy cardióloga tengo un oído fino, porque nosotros aprendemos a detectar en el llanto del niño diferentes cardiopatías por ejemplo en un llanto bajito es un niño que puede estar en insuficiencia cardiaca, un llanto con estridor puede tener anillo vascular. entonces para nosotros el llanto es un signo importante… (testimonio médica tratante)

…Trato de identificar si la causa de por qué llora es dolor o no, claro en bebes hay que tener bastante destreza si incluso la forma de llorar del niño si dice bastante de lo que está sintiendo y de lo que quiere… (testimonio médico posgradista)

…Si una vez me acuerdo un niño de un año que se le había caído el televisor grandote en el pechito y llegó a críticos y luego falleció, que pena que me dio eso… (testimonio de auxiliar de enfermería varón)

…Es más fácil entenderlos siento que lloran es porque les duele, les molesta, sé que no quieren estar ahí, es más fácil que entender a los papás… (testimonio de médica posgradista)

Los testimonios dada la diversidad de los entrevistados ratifican que el llanto es una emoción con diversidad de significados sociales, que van desde la tristeza y angustia para el que lo observa, hasta acciones en beneficio del paciente y su familia.

Se pudo identificar que muchas de las voces han cambiado su forma de sentir o actuar con sus pacientes y familiares por motivos como la experiencia y la edad, lo que ha moldeado una adecuada inteligencia emocional, que es indispensable en el personal médico para tomar las mejores decisiones terapéuticas.

> *...Si duele, duele bastante uno es padre y la verdad uno se identifica mucho en sus hijos en los pacientes pediátricos…* (testimonio de licenciado de enfermería)

> *...Siento que si evolucionado, si me afecta, pero menos sé que tengo que contarle a alguien la pena que me causa y la tristeza que me genera la situación de este niño. Pero creo que ahora he aprendido a soltar más eso, no dejar que me afecte tanto, porque al involucrarme me sentía mal…* (testimonio de médica posgradista)

> *...Cuando son problemas graves si me afecta en algo, pero me he dado cuenta de que uno no debe involucrarse, he aprendido eso…* (testimonio médico tratante)

> *...No me genera ni me afecta, pero planteas y haces entender a la familia que compartes, que eventualmente estas dispuesto apoyarlos, pero de manera excepcional por una muerte o un diagnóstico grave, pero de manera general te diría que no...* (testimonio médico tratante)

> *...La parte más complicada es que el familiar entienda el problema que tiene su hijo, la mayor parte de cardiopatías congénitas que se atienden en este hospital son las más complicadas y son de familiares de escasos recursos que vienen derivadas de fundaciones o del ministerio que pasaron por varios servicios hasta poder llegar acá, y el paciente a veces no llega en muy buenas condiciones, y hacerles entender las limitaciones que tenemos es difícil…* (testimonio de licenciado de enfermería)

…Yo creo que me siguen afectando igual como el primer día, sino que el manejo que tengo ahora es el diferente, o sea que me afecte psicológica mental emocionalmente sí, es igualito, yo le sufro al paciente. A veces digo este señor ni siquiera se da cuenta que uno también está ahí en las mismas que él, pero el manejo mismo ha cambiado, y de hecho me lo han dicho muchos pacientes que los he visto hace muchos años. Una paciente me dijo eso, doctora usted ha cambiado, entonces yo les digo si ya más viejita haciéndole la broma, y me dice no doctora ha cambiado así bien, y por eso regresamos porque ya no se abruma… (testimonio médica tratante)

..Es la idea que tiene se puede decir el pueblo, nunca puedes no ser insensible, siempre hay un cierto grado de empatía que dices Dios mío en realidad que esto es una pena, siempre es una pena, por ejemplo dar la noticia a un padre, cuando le dices que el niño se va a morir no hay otra salida es lo peor que le puede pasar a uno como pediatra, entonces la pena nunca se nos puede quitar, pero lo que si he aprendido y eso si puede ser por los años es que siempre hay una luz entonces las cosas pasan no sabemos porque pero aun cuando el panorama es pésimo siempre damos un voto de esperanza y optimismo…(testimonio médica tratante)

…Si podría decir que he cambiado con el tiempo, antes alguien me lloraba y yo le abrazaba y por poco lloraba con el paciente, ahora me doy cuenta de que soy más fuerte en ese sentido y no lloro sino, aunque sea con palabras intento consolarle a esa persona… (testimonio de médica posgradista)

…Al comienzo de la carrera, uno trata de solucionar el problema de todos, uno quiere salvar al mundo, pero uno se da cuenta que no sirve para nada, porque te das cuenta de que los papás son los más mal agradecidos, y no es que uno necesita que le agradezcan… Pero a la final te das cuenta de que nuestra función es brindar la salud del niño y punto ese es su función… (testimonio médico tratante)

…Yo trato de inmiscuirme con él en su problema no solo físico no solo de salud sino también psicológico, trato de ver caras expresiones no solo del niño sino también de los familiares, si me da pena si me da tristeza, pero con el pasar de los años he aprendido a manejar de lejos, yo no soy el afectado y tengo que ser objetiva… (testimonio médico tratante)

…Al inicio en realidad estos problemas es como que a veces yo los tomaba como míos, pero después entendí que eso no está bien, no es bueno tomar los problemas como que míos, sino más bien buscar una solución o hablar con el familiar y decirle que le parece si hacemos esto para ayudarles, antes por ejemplo si no tenían dinero para comprar la medicación yo les daba, pero me di cuenta con el tiempo que no es algo bueno porque se acostumbran a eso… (testimonio de médica posgradista)

…En el trayecto del tiempo uno se vuelve con más facilidad de palabra, más apego a las personas entonces ellos sienten esa confianza y cuando tienen esa confianza conversan de la vida personal de cómo les ha ido y que es lo que quieren para mejorar para sus hijos… (testimonio de auxiliar de enfermería varón)

…Yo creo que, si ha cambiado, pero no la forma en que yo lo siento al paciente sino la forma en como asumo, porque ahora si es diferente a los primeros días de pediatra, ahora sé que tengo que ser la que comande porque si te pones a llorar con tu paciente y su familia, no es ser pediatra para mí... (testimonio médica tratante)

…Depende del tipo de necesidad si el tema es una necesidad del punto de vista médico-biológica me interesa profundamente y obviamente trato de generar todos los medios que estén a mi alcance para solucionarla o subsanarla… (testimonio médico tratante)

…Si hay otras necesidades de tipo familiares escucho, comprendo la asimilo, pero trato de no involucrarme excepto que va a afectar el manejo de salud del niño. Escucho con todo el tiempo con toda la apertura, eventualmente emito un comentario muy limitado nada profundo fuera de la parte médica… (testimonio médico tratante)

Los testimonios del servicio indican que la inteligencia emocional juega un papel indispensable en la interacción médico-paciente, que va desde enfocarse en las necesidades biológicas sin involucrase con la familia, hasta acciones a favor del paciente y su familia y el compromiso que esto genere sin cambiar su objetividad.

Se pudo observar que algunas de las voces asocian a los pacientes con sus familias lo que genera mayor afinidad con ellos; esta visión va más allá de la concepción limitada al propio paciente, expandiéndose hacia la dimensión familiar.[11] En algunos casos la religión parece jugar un papel importante en la interacción de la relación médico-paciente.

…Yo siempre cuando veo un paciente pediátrico veo el reflejo de mi hijo, que tengo que atenderlo que tengo que cuidarlo entonces de esa forma me digo, si es que fuese mi hijo yo quiero que lo atiendan de esa forma entonces por eso lo hago bien… (testimonio de auxiliar de enfermería varón)

…Me da pena, porque primero soy mamá y primerito me acuerdo de mi hijo, entonces me pongo en los zapatos también de los papás, entonces si me da pena… (testimonio de licenciada enfermería)

…Uno tiene que ser un profesional, siempre tienes que escucharlos porque muchas de esas historias son importantes en el desarrollo del niño, y puede influir de cierta manera en la enfermedad del niño… (testimonio médico tratante)

…Bueno yo no hago exclusiones de los pacientes, todos son iguales, yo les escucho todas sus preguntas y trato de explicarles en lenguaje más claro posible, ya que mi

[11] Ver sección de marco teórico: relación médico paciente en pediatría

trabajo es mantenerlo con vida en una cirugía muy complicada, trato que entiendan que poco a poco se le va a ir retirando cosas hasta que queda solo uno… (testimonio de licenciado de enfermería)

…Me siento triste, porque somos seres humanos y como madre como dije anteriormente siento que comprendo más el sufrimiento de ellos… pero igual mi forma de desahogarme aparte de contarle a mi esposo es pidiéndole a Dios (bueno como uno es creyente) yo le rezo por favor Dios mío ayúdales… (testimonio de licenciado de enfermería)

Los diversos testimonios expresados en las entrevistas nos demuestran que tanto la familia, como la tristeza y el llanto son factores que influyen en la construcción del tipo de relación médico paciente. Además, podemos afirmar que nuestro personal de salud se encuentra con una adecuada inteligencia asociada a la edad y experiencia.

Tabla 15: Factores sociales de la interacción médico paciente.

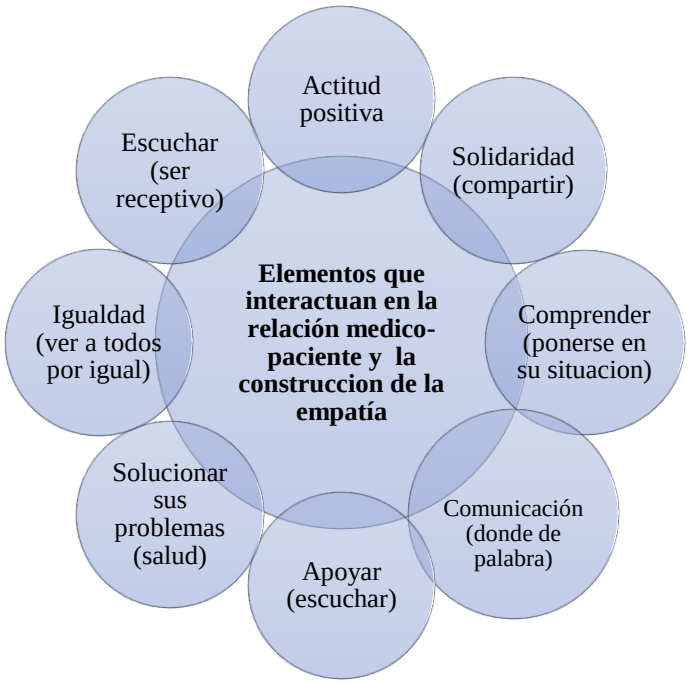
Factores sociales que interactúan en torno a la empatía
…" Casi no, no me pongo triste, más me preocupo, siempre tengo eso de buscar la salida a cada uno de los problemas de los pacientes pediátricos, siempre trato de solucionar el problema más que preocupación" …
…" Siempre da pena que los niños lloren, pero hay que estar claros que ellos siempre lloran por diferentes causas, desde el miedo al pediatra, pero eso no es una razón para uno estresarse. Diferente es la reacción de un papa al ver a su niño llorar, que no sabe qué pasa, pero uno debe estar tranquilo" …
…" En el trayecto del tiempo uno se vuelve con más facilidad de palabra, más apego a las personas entonces ellos sienten esa confianza y cuando tienen esa confianza conversan de la vida personal de cómo les ha ido y que es lo que quieren para mejorar para sus hijos" …

…” Yo creo que, si ha cambiado, pero no la forma en que yo lo siento al paciente sino la forma en como asumo, porque ahora si es diferente a los primeros días de pediatra, ahora sé que tengo que ser la que comande porque si te pones a llorar con tu paciente y su familia, no es ser pediatra para mí” ...

Fuente: Entrevistas
Elaborado por: Pinargote N.2018

En el siguiente esquema se presenta los elementos que según las voces entrevistadas interactúan en la relación médico-paciente y en la formación de la empatía: escuchar, apoyar, comunicación, solidaridad, solucionar los problemas, entre otros (figura 7).

Figura 7: Elementos que interactúan en la relación médico paciente.



Fuente: Entrevistas
Elaborado por: Pinargote N.2018

4.3.4 Problemas, casos y experiencias en torno a la relación médico-paciente y la formación de la empatía.

Durante la entrevista a las personas que conforman el servicio de pediatría, se pudo evidenciar que la relación médico-paciente, como cualquier otra, no está exenta de influencias externas como la familia, la sociedad, la tecnología, o la falta de comunicación efectiva. Para construir empatía el personal entrevistado busca solucionar no solo los problemas médicos, sino aquellos asociados a las influencias descritas.

A continuación, algunas voces representativas nos hablan:

> *…En Camerún, tuve un niño de tres años estaba muy enfermo, su familia era pobre y no tenía dinero ni para medicación ni para transfusión, entonces yo doné sangre para esta familia pese a la prohibición del hospital… porque a mí se me rompía el corazón al verles pobres sufriendo, yo tenía que hacer esa donación de sangre…pese a todo lo que hice se murió igual el niño pero yo me sentí complacido de lo que hice por él y su familia…* (testimonio de licenciado de enfermería)

> *… Me acuerdo que una vez un señor salió de la habitación me dijo que la niña estaba mal, entonces entre a verle, en ese momento me reclamó y me dijo que él está pagando para que yo esté todo el tiempo ahí, pese que le explique que tenemos muchos pacientes y que además tenía que entrar a partos, cesáreas seguía reclamándome… entonces yo me dedique a examinar a la niña y a la final le expliqué lo que tenía, en realidad no me puse a pelear me centré en el bienestar de la niña (me entró y por la otra me salió todo lo que dijo)…* (testimonio de médica posgradista)

> *… La semana pasada me paso que tenía que canalizar una vía a un niño y fallé a la primera y la mamá del paciente se puso bravísima conmigo, hablé con la mamá para decirle que iba a pincharle otra persona y la señora reaccionó de una manera mala insultándome, entonces yo tenía que ir para hablar con alguien para que me ayuden*

y solucionar eso, ***era la primera vez que alguien me estaba hablando a mí de esa manera***[12] *… Pero yo sé que esa mamá no quería decir esas palabras, por lo que yo lo tomé de otra manera, y después la señora se dio cuenta y me pidió disculpa y ahora hasta somos amigos…* (testimonio de licenciado de enfermería)

… Cuando uno transporta a un niño a la morgue, uno siente mucho dolor mucha tristeza, pero como católicos siempre pedimos a Dios que nos dé la fortaleza para nuestro trabajo y que nos dé la facilidad de palabra para poder mucho o poco tranquilizar a los papás… (testimonio de auxiliar de enfermería varón)

…Yo pienso que los niños son difíciles, pero hay que también entender su condición si son niños normales o con limitaciones para poner más nuestra atención dependiendo de sus necesidades

…Los familiares, ellos mismos son más difíciles que los mismos pacientes, por ejemplo, los padres de la niña xxx son súper exigentes, o sea ellos todo te miran, todo te ven, entonces si con ellos hay que tener un poco más de tino… (testimonio de auxiliar de enfermería varón)

… A ver cuando recién me gradué estuve en un hospital público y tuve una experiencia fea que no me voy a olvidar jamás, bueno allá entran todos los familiares que deseen y eso es algo que a mí no me gusta y entró un señor y me dice que quería verle a la hija, y le dije que no podía pasar, pero verle los ojitos del señor y como que presentía algo le dije que bueno cinco minutitos... al rato voy a ver al señor y la hijita se murió en los brazos del señor entonces es algo como que me cambió y me volvió más sensible… (testimonio de licenciada de enfermería)

[12] Énfasis de la voz al momento de la entrevista.

Se pudo evidenciar que la mayoría de los testimonios se basan en la comprensión de las necesidades de los familiares y de los niños, independientemente de la forma como estos se dirijan al personal de salud. Es importante destacar que los testimonios reflejan un análisis de las circunstancias en las que ciertas palabras son expresadas, direccionando una respuesta objetiva en pro de la salud del niño.

Existen diversas dinámicas que limitan e influyen la relación médico-paciente, como la relacionada con el componente social y familiar (es decir: educación, cultura, procedencia, entorno geográfico); así como la que tiene que ver con el ámbito del desarrollo de la relación médico-paciente, esto es, si se trata de un servicio de salud público o privado.

> *…Si tuve una experiencia la más mala de mi vida, vino un niñito de oriente que fue muy difícil de diagnosticar de coartación de aorta, cuando les ofrecí a los papás el tratamiento me dijeron que yo no me atreva a tocarle y el niño se va sin abrirle su corazón… pese a que intentamos convencerlos los padres se lo llevaron al brujo, entonces el niño se fue…* (testimonio médica tratante)

> *…Creo que los niños no son el problema, son los familiares problema haciendo una comparación con el servicio público, primero aquí los familiares quieren todo rápido todo perfecto porque están pagando…* (testimonio de auxiliar de enfermería varón)

> *… Yo creo que aquí en la parte privada los papás sienten que están pagando por un servicio y sienten el derecho de poner limitaciones en lo que tú puedes o dejas de hacer… mientras que en la parte pública la gente a la final piensan que tienen el derecho de recibir la salud gratuitamente… sin embargo pienso que la educación es un factor importante… Pero en ambos sectores es la misma historia, ellos piensan que tienen el derecho de exigirte y no de buena manera…* ***yo comprendo la angustia, pero lo que yo no tolero es la forma como te dicen las cosas***[13] *…luego reflexiono que*

[13] Énfasis de la voz al momento de la entrevista.

su actitud es por su sufrimiento y angustia, y me armo de paciencia… (testimonio de médica posgradista)

…Bueno hace más o menos 3 o 4 meses tuve la oportunidad de ingresar a hacer unas prácticas una pasantía en un hospital público, me gusto comprar el sistema de cada uno, sabemos que el hospital privado tiene todas las facilidades todos los medios en las distintas áreas, mientras que en el público tiene sus necesidades en cada área, siempre hay sus falencias… pero lo que más me impacto es el poco apego del personal al paciente ni al familiar simplemente ellos van por realizar su trabajo y nada más por un salario… (testimonio de auxiliar de enfermería varón)

…Familiares problemáticos hay mucho, por ejemplo, que no se cure rápido se debe explicar que uno no es Dios, que quieren imposición de manos y que se curen hay que tener las cosas bien claras y explicar claros… El mayor problema es querer explicar a la familia, estoy convencido que no hay que convencer a la familia… ***si mal no recuerdo en el código civil que el responsable del niño son los padres, no dice la familia sobre todo la abuela[14]****, entonces tu tienes que explicarles a ellos...* (testimonio médico tratante)

…Yo creo que hay familias muy variadas, "conflictivas" para los demás, pero realmente no las considero así, más bien considero que son familias con más o menor demanda es decir (en la salud del niño, en el modo social, de problemáticas en general) … pero te diré que hasta el momento no he tenido ningún problema que no lo haya podido manejar, simplemente se podría decir hecho un esfuerzo mayor, pero todo solucionable y manejable… (testimonio médico tratante)

…Si hay una diferencia de los familiares entre hospital público y privado, es como que son más calmados, más tranquilos, me parece que ellos a pesar de su dolor

[14] Énfasis de la voz al momento de la entrevista.

dependiendo la situación en que se encuentren como que sobrellevan más la situación, pese a que no hay tan buena la atención en los públicos. Mientras que acá son más exigentes te reclaman que es privado… (testimonio de auxiliar de enfermería mujer)

La influencia del componente familiar se desagrega en la familia nuclear y otros miembros de la familia, por ejemplo: abuelas y abuelos; a estos últimos se los ve afuera de la relación en el componente familiar y como potenciales generadores de conflictos. El modelo de familia en la relación médico-paciente según nuestros testimonios debería ser el nuclear (padre-madre-e hijos).

...El trato de ellos hacia nosotros en el público es totalmente diferente nos tratan con más respeto, cariño, nos piden las cosas de favor… en cambio en el privado son más groseros, más déspotas...no se es mi forma de ver … (testimonio de licenciado de enfermería)

…Yo creo que doy más en el público, porque les consideras que no tienen dinero y buscas la manera de ayudarles en todos los sentidos… (testimonio de licenciada de enfermería)

…Yo no cambio mi forma de ser, yo doy el mismo amor, el mismo empeño, y el mismo tiempo, pueden dar fe que yo no cambio… (testimonio médica tratante)

…Yo creo que son las abuelas en primer lugar y luego los padres, los que limitan de entrada tu empatía… pero tienes que ganarte primero a la abuela luego a los padres para poder sentirte a gusto atendiendo tu paciente... (testimonio médico posgradista)

…Por el machismo (los indígenas), sí tenía problemas y muchos, porque a veces no querían hablar conmigo, por ser mujer… (testimonio médica tratante)

…No siempre he tratado de persuadirles, pero más es por sacarme de encima a la mamá, que por en realidad tratar de darle alguna explicación es que los papás todavía me estresan… (testimonio médico posgradista)

Pese a que existen diversas experiencias positivas y negativas en torno a la familia y la condición socioeconómica de los pacientes, el personal entrevistado tiene ante todo la convicción de que el servicio y entrega es para el paciente.

La visión de nuestras voces sobre la experiencia en el servicio tiene diferentes matices en cuanto a la empatía, que va desde una cálida sonrisa o un simple adiós, hasta cambios de actitud (objetividad) en favor del paciente.

… Me ha sucedido en que durante la mañana de trabajo me ha tocado solo con bebés y me ha tocado bañar siquiera unos 8 bebés de mis 12 pacientes, siempre cuando tú les vas a tratar te sonríen, te hacen juegos, y al final cuando acabas tu tarea ellos te despides y dicen chao o te mandan un besito volado… ***te emociona te llena de alegría***[15] *y te motiva para seguir haciendo tu trabajo bien…* (testimonio de auxiliar de enfermería mujer)

… Le comento que en todas las experiencias que yo he tenido son experiencias bonitas, un día mientras transportaba a un niño los papas me pidieron que me tome una foto con ellos, que me tome en familia… me sentí súper bien ese día yo llegué a mi casa y la misma sonrisa que tenía en ese momento la tenía al final del día… (testimonio de auxiliar de enfermería mujer)

[15] Énfasis de la voz al momento de la entrevista.

…He cambiado mucho en la forma de ver al paciente desde que entre al posgrado, porque antes fui voluntaria dos años en Solca, y creo que haya me involucraba más con ellos por el mismo hecho de hacer voluntariado y no estar ligada en lo profesional… mi empatía sigue siendo la misma pero los roles cambian y las perspectivas cambian… creo que me he vuelto más dura porque acá me toca tomar decisiones, mientras que cuando eres voluntaria hasta sentía el luto… (testimonio de médica posgradista)

…Yo diría que he mejorado full… porque justamente lo que contaba hace rato antes me lloraba alguien y créame que yo también a moco tendido lloraba con el paciente y eso no está bien… entonces si yo consideraría que he mejorado muchísimo en ese aspecto. (testimonio de médica posgradista)

…Yo diría que el estar con niños te haces más expresiva…bueno yo por mi carácter fuerte siempre he sido más limitada, pero cuando ya te toca, digamos una o dos semanas seguidas con niños, como que vas cambiando, te vuelves más cariñosa, les tratas con más delicadeza, más amable… (testimonio de licenciada de enfermería)

…Creo que gracias al servicio si me ha hecho ser más expresivo, más explicativo en mi trabajo, más detallista y meticuloso, que cuando recién empecé… (testimonio de licenciada de enfermería)

…Ya no me pongo a llorar con el paciente, yo tengo que ser el pediatra el que maneja, el que organiza, el que ordena, el que da las indicaciones… yo siempre les digo a mis pacientes de aquí de la mitad del escritorio para acá sugiero, ustedes me aceptan o no… (testimonio médica tratante)

Todos los cambios que se evidenciaron en los testimonios reflejan que la visión de los entrevistados se inclina por una mayor objetividad profesional mientras haya empatía con

un limitado involucramiento personal como una especie de "adecuada madurez emocional"[16] por parte del personal de salud, a la vez que las pequeñas recompensas (reflejadas en gestos) persisten con el tiempo.

El tiempo de experiencia laboral, ha moldeado la visión de las voces entorno a la relación médico-paciente y la forma como el personal ha delimitado la empatía en el ámbito profesional, siendo más objetivos en su labor o simplemente poniendo reglas.

> *…Si creo he llegado a ponerme otras prioridades, por ejemplo, antes sentía que me tenía que dedicar el ciento por ciento a esto, pero ahora en cambio siento que me tengo que estar más sana, saludable dedicarle más tiempo a mi familia… no he dejado de ser empática si no que mis prioridades han cambiado en cierto modo...* (testimonio de médica posgradista)

> *…Los pacientes pediátricos no son difíciles, pero estoy convencido que uno tiene que ponerle reglas de consultorio pese que los papas los malcríen…los niños saben dónde están, saben con quién portarse malcriados, y hay que decirle que no hagan eso…si los papás no les gusta,* ***que pena no vuelven no más[17]…*** *hay que poner límites…* (testimonio médico tratante)

> *…En el tiempo que estoy en el servicio me encontrado con personas que les choca esto de la empatía entonces de entrada de ponen barreras, y pese a que quieres que la entrevista se alejen esos problemas, definitivamente se cierran a esa empatía y ahí ya no puedo hacer nada…* (testimonio médico posgradista)

Todos los casos, problemas y experiencias expresados en los testimonios de nuestras voces, confirman que la empatía y la relación médico-paciente se encuentran en continua construcción y que sus cambios se encaminan a un fin común que es encontrar salud y bienestar particular y colectivo. Sin embargo, cabe recalcar que muchas veces esta relación se encuentra vulnerada por un sistema de salud deficiente o una familia aprehensiva

[16] Ver sección de marco teórico: inteligencia emocional y empatía
[17] Énfasis de la voz al momento de la entrevista.

(miembros de la familia ampliada), impidiendo una adecuada apertura y manejo clínico pese a los esfuerzos que el personal entrevistado realice.

Tabla 16: Problemas, casos y experiencias en torno a la relación médico paciente y la formación de la empatía.

Problemas, casos y experiencias en torno a la relación médico paciente y la formación de la empatía.
… "La semana pasada me paso que tenía que canalizar una vía a un niño y falle a la primera y la mama del paciente se puso bravísima conmigo, hable con la mama para decirle que iba a pincharle otra persona y la señora reacciono de una manera mala insultándome, entonces yo tenía que ir para hablar con alguien para que me ayuden y solucionar eso, **era la primera vez que alguien me estaba hablando a mí de esa manera**[18]… Pero yo sé que esa mama no quería decir esas palabras, por lo que yo lo tome de otra manera, y después la señora se dio cuenta y me pidió disculpa y ahora hasta somos amigos" …
…" Yo creo que doy más en el público, porque les consideras que no tienen dinero y buscas la manera de ayudarles en todos los sentidos" …
…Familiares problemáticos hay mucho, por ejemplo, que no se cure rápido se debe explicar que uno no es Dios, que quieren imposición de manos y que se curen hay que tener las cosas bien claras y explicar claros… El mayor problema es querer explicar a la familia, estoy convencido que no hay que convencer a la familia… **si mal no recuerdo en el código civil que el responsable del niño son los padres, no dice la familia sobre todo la abuela**, entonces tú tienes que explicarles a ellos" ...
…" Yo no cambio mi forma de ser, yo doy el mismo amor, el mismo empeño, y el mismo tiempo, pueden dar fe que yo no cambio" …
…" Creo que gracias al servicio si me ha hecho ser más expresivo, más explicativo en mi trabajo, más detallista y meticuloso, que cuando recién empecé" …

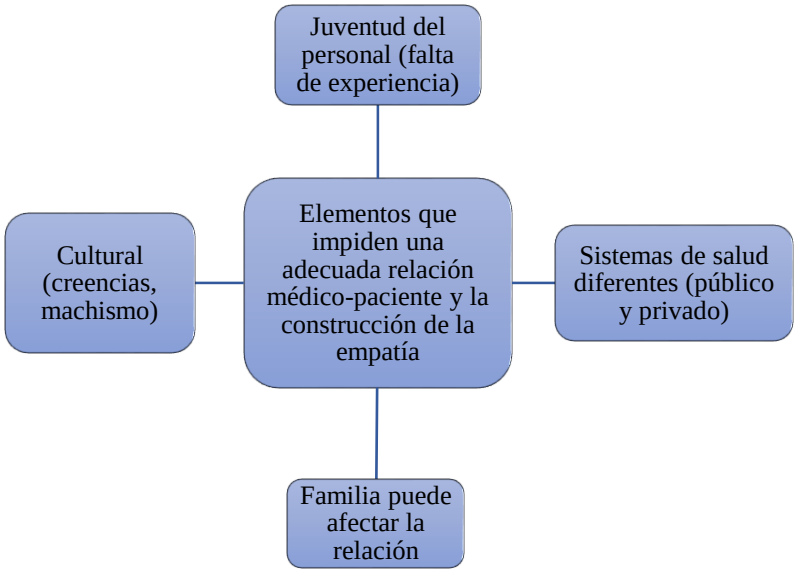
Fuente: Entrevistas
Elaborado por: Pinargote N.2018

En el siguiente esquema se presenta los elementos que según los testimonios de los entrevistados influyen en una adecuada relación médico-paciente y construcción de la

[18] Énfasis de la voz al momento de la entrevista.

empatía en el servicio, tales como: falta de experticia, sistemas de salud diferentes, componente familiar y cultural (figura 8).

Figura 8: Elementos que impiden una adecuada relación médico-paciente y la construcción de la empatía.



Fuente: Entrevistas
Elaborado por: Pinargote N.2018

4.3.5 Recomendaciones en torno a la empatía.

Todas las voces entrevistadas expresan diversos enfoques en cuanto a la forma de mejorar la empatía en el medio laboral, lo que va desde un simple incentivo (pasando por el agradecimiento del paciente), hasta el apoyo de personas dentro del entorno laboral. Aquí varios testimonios:

> *…Yo creo que la empatía se puede contagiar, creo que este Hospital te enseña a que tienes que ser empático con toda la gente que te rodea, porque de aquí puedes recibir ayuda de las personas que menos te lo esperas y solo siendo cordial, gentil, educada, y ser recíproca… debemos simplemente escuchar y ayudar…* (testimonio de médica posgradista)

…Es necesario la empatía en el medio laboral, pero más que empatía se llama para mi ***lealtad***[19]*, compromiso de trabajo, defender al colega, o con quien trabajas…el que te ayuda, te apoya, y no importa el dinero…* (testimonio médico tratante)

…Yo creo que es necesario que algunas veces nos agradezcan las cosas y eso nos ayuda a mejorar día a día… (testimonio de auxiliar de enfermería varón)

…Yo creo que rodeándote de buenas personas que compartan esa vocación de servicio, el ejemplo más claro es mi secretaria xxx y no lo digo yo lo dicen la gente de afuera los mismos pacientes ella llega al punto de que reconocer la voz de todos los pacientes que llaman… yo creo que ella nos da un plus en la consulta… (testimonio médica tratante)

…Una forma clara de mejora es la solidaridad de mis pacientes lo que ha hecho que la empatía de mi entorno mejore… y otra también sería que existan personas que calmen la espera de los pacientes diciéndoles de buena manera que su profesional se está demorando por a o b circunstancia lo que disminuiría la carga de estrés de ellos… (testimonio médica tratante)

Para muchos la empatía se construye día a día y no tiene relación con la carga laboral o el cansancio; más bien tiene que ver con la formación profesional y la calidad que le das a tu trabajo.

…Doc.!! la clave es simple sin empatía no podemos ofrecer el mejor servicio especialmente en el hospital y peor en la emergencia la empatía es todo y se construye… (testimonio de licenciado de enfermería)

[19] Énfasis de la voz al momento de la entrevista.

…Yo no creo que todas las personas son empáticas, porque al ser un tema cognitivo más que emocional… es un tema que tienes que desarrollar y perfeccionar… (testimonio médico tratante)

…Yo no creo que la carga laboral influye en tu empatía, creo que es una justificación... Es más, un tema de convencimiento que la empatía es algo necesario para tu desarrollo profesional… eventualmente podría ser que las personas no puedan manejar adecuadamente el estrés y este genere una mayor reactividad es diferente… (testimonio médico tratante)

…Dependiendo la situación yo creo que hay veces que tocaría ponernos yo si digo, en otra situación porque si las compañeras a veces no colaboran o tienen otra actitud a veces uno si necesita decirles o llamarles la atención y decirles por favor cambie esa manera de ser los pacientes necesitan ser atendidos con buena cara, buen genio… (testimonio de auxiliar de enfermería mujer)

Mientras que otras voces reflejan la necesidad de hacer cosas diferentes a las cotidianas o simplemente disminuir la carga laboral, para que, de este modo, se pueda influir de forma positiva en el desarrollo de la empatía.

…Yo considero que con el nivel de trabajo que tenemos aquí deberíamos hacer otras cosas como ejercicio o tener un hobby para desestresarnos y no venir con ese estrés del día a día… de eso depende como vayas a funcionar con el paciente… (testimonio de médica posgradista)

…Creo que tal vez con talleres de interacción, haciendo algún concurso… ***eso sería bonito***[20] *porque ese es un incentivo que le das al personal y que no se lo tomen tanto*

[20] Énfasis de la voz al momento de la entrevista.

como voy a trabajar porque ya tengo que trabajar… (testimonio de auxiliar de enfermería mujer)

…Yo creo que hacer una reunión de amigos, porque antes ser empático con el paciente tenemos que tener un ambiente saludable en el trabajo… (testimonio de auxiliar de enfermería varón)

…Yo creo que es de cada persona, con eso ya naces y no influye la carga laboral ni que vengan más enfermeras sino depende de cómo fuiste criada en la casa, y las ganas que le pongas a tu trabajo… pero las motivaciones si son buenas… (testimonio de licenciada de enfermería)

…Yo creo que el horario, debería ser más flexible, por que llegas a un punto en el que ya no puedes más entonces tienes que irte a descansar porque si no tus horas extras son una barrera para ser empático… Eso una, otra sí actividades recreativas, la lectura, la música, el tener más tiempo con la familia eso te convierte en una persona más sencilla… (testimonio médico posgradista)

…Si yo creo que se podría promover actividades extracurriculares no solamente el hospital a veces la perdida de vida social limita tu empatía… (testimonio médico posgradista)

…Bueno pienso que tener más personas en el trabajo, para que no se te sobrecarguen y poder tratar mejor a los pacientes, y que las jefas se den cuenta que cuando estemos muy cansadas nos manden a descansar… (testimonio de licenciada de enfermería)

Sin duda alguna todos los testimonios sobre las mejoras en torno a la empatía tienen similitudes a los estudios encontrados por otros autores.[21] Existe una clara concepción de

[21] Ver sección de marco teórico: Factores que afectan la empatía.

que la empatía no es un ejercicio estático, sino que depende de factores recíprocos en la relación médico-paciente y del entorno laboral. Por ejemplo, se ve una visión de que las actividades fuera del entorno médico favorecen a la empatía, como también la disminución de la carga laboral y la mejora del entorno de trabajo.

Tabla 17: Recomendaciones entorno a la empatía.

Recomendaciones entorno a la empatía
…" Yo creo que es necesario que algunas veces nos agradezcan las cosas y eso nos ayuda a mejorar día a día" …
…" Yo creo que hacer una reunión de amigos, porque antes ser empático con el paciente tenemos que tener un ambiente saludable en el trabajo" …
…" Si yo creo que se podría promover actividades extracurriculares no solamente el hospital a veces la perdida de vida social limita tu empatía" …
…" Yo creo que el horario, debería ser más flexible, por que llegas a un punto en el que ya no puedes más entonces tienes que irte a descansar porque si no tus horas extras son una barrera para ser empático… Eso una, otra sí actividades recreativas, la lectura, la música, el tener más tiempo con la familia eso te convierte en una persona más sencilla" …

Fuente: Entrevistas
Elaborado por: Pinargote N.2018

En el siguiente esquema se presenta las principales recomendaciones para mejorar la empatía en el medio laboral, que han sido tomadas de las voces entrevistadas (figura 9).

Figura 9: Recomendaciones entorno a la empatía.



Fuente: Entrevistas
Elaborado por: Pinargote N.2018

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

La empatía consiste en una cualidad de los seres humanos de entender la posición del otro, identificar sus quejas y encontrar soluciones. Dicha capacidad es indispensable en toda relación humana y más aún en la relación médico-paciente. Desde esta figura se presentan los resultados que se recogieron al realizar la encuesta en el personal de salud que labora con paciente pediátricos, que voluntariamente y bajo uso de consentimiento informado contestaron nos han brindado una realidad sobre la empatía y sus tres dimensiones.

Es importante destacar que la mayoría de las investigaciones sobre la empatía a nivel internacional se han realizado en estudiantes de medicina, personal de enfermería y el de otras especialidades médicas en países hispanohablantes. No obstante, pocos son los estudios que relacionan la empatía con médicos. Por lo que se consideró importante conocer sobre la empatía en profesionales de la salud de un Hospital privado de la ciudad de Quito.

Uno de los principales limitantes de nuestro estudio fue la muestra de 144 participantes en comparación con estudios como el de (Hojat, M., Joseph, G., Thomas, N., Salvator, M., J.Jon M., Michael, 2002) donde tuvieron una muestra de 704 o el (Di Lillo, Cicchetti, Scalzo, Taroni, & Hojat, 2009) con una muestra de 778 médicos . Sin embargo, nuestro estudió es novedoso en cuanto a la población, pues está dirigida a una especialidad en particular que es la pediatría y a médicos en formación, licenciados y licenciadas de enfermería y auxiliares de enfermería.

En el estudio se encontró que hay una mayor representación de mujeres que hombres trabajando en el servicio de pediatría del Hospital Metropolitano (60 %), esto coincide con otros trabajos donde la población femenina es mayor que la masculina (Esquerda, M., Yuguero, O., Viñas, J., Pifarré, 2016). Sin embargo, en nuestro estudio, los médicos tratantes en su mayoría son hombres, mientras que médicos posgradistas y licenciadas son mujeres y existe una igualdad en el personal auxiliar de enfermería. Dichos resultados pueden tener relación al censo realizado en 2010 donde se refiere que el 50,4 % son mujeres con respecto al 49,6% de hombres (Ferreira-Salazar, García-García, Macías-Leiva, Pérez-Avellaneda, & Tomsich, 2013).

Pese a que no es el objetivo de nuestra investigación, en ella se indagan otras razones por que vemos un comportamiento marcado del sexo femenino en la rama de la salud durante los últimos años.

Según el reporte del Sistema Nacional de Nivelación y Admisión de las Universidades Ecuatorianas (SNNA), el 69 % de los aspirantes al ingreso a las universidades son mujeres. El 28,72 % de ellas escogen el área de la salud: el 9,28% enfermería,y el 3,32 % medicina (Rodriguez, 2016). Esto es semejante a la estadística internacional con respecto al porcentaje de ingresos del sexo femenino a las especialidades médicas como indica (Osornio, L., Palomino, 2015).

Respecto a los resultados sobre la empatía global y sus dimensiones, se evidenció que todos los encuestados tienen empatía en la atención de paciente con un promedio de 99 puntos. Sin embargo, en otros trabajos publicados en España, Italia o México su puntuación promedio fue mayor de 100 (Delgado-Bolton et al., 2016; Di Lillo et al., 2009). Esto quiere decir que todo el personal médico que labora en el servicio es empático en forma general, lo que beneficia al paciente, puesto que una adecuada empatía mejora la adherencia al tratamiento clínico.

Por otra parte, dentro de los resultados de las dimensiones de la empatía se pudo observar que la "toma de perspectiva" fue la de mayor promedio; dichos resultados concuerdan con datos obtenidos por Mejía, (2012). No obstante, se pudo observar que la dimensión de "atención con compasión" fue baja en especial en los médicos tratantes y médicos posgradistas. Igualmente Madera, Tirado, & González-Martínez, (2015) reportan en su estudio una puntuación baja para la "atención con compasión".

Teniendo como base la información que fue obtenida en este estudio, se comparó las variables sociodemográficas con la "atención con compasión", donde se evidenció que existe una diferencia estadísticamente significativa tanto en la ocupación, como el nivel educativo y horas de trabajo con una p=0,00. Estos resultados tienen cierta semejanza con un estudio realizado por Delgado-Bolton et al.,(2016) donde se observa que la sobrecarga laboral y la diferencia de formación académica tienen un efecto negativo sobre la empatía en el personal médico.

En general, dichos resultados son contrarios a lo que describe la literatura, donde se afirma que a mayor grado de estudio, mayor capacidad de empatía tiene la persona (García,

2013). Esto sugiere que, como muchos atributos personales, la empatía es influida por factores externos que se relaciona positiva o negativamente en ella.

En virtud de los resultados encontrados y la diferencia estadísticamente significativa en relación con la "atención con compasión", ahondamos nuestra investigación con un análisis cualitativo, cuyo objetivo fue estudiar dicha realidad desde la perspectiva del personal de salud. La gran mayoría de la literatura encontrada sobre empatía se basa en estudios cuantitativos, y hay una pequeña cantidad de investigaciones de tipo cualitativo tal como se ha descrito en el marco teórico.

Debido a la falta de estudios semejantes a nivel nacional o regional, el análisis etnográfico del presente estudio todavía no es comparable. Esto no quiere decir que el mismo carezca de importancia. La innovación de sus hallazgos abre nuevas arenas de investigación sobre la empatía en otros sistemas médicos, en las cuales se extrapolen sus resultados

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Respecto al análisis cuantitativo, en el presente estudio se encontró que la empatía en la relación médico-paciente está presente en todo el personal de salud que trabaja en el área pediátrica del Hospital Metropolitano. Dentro de las dimensiones de empatía, la de mayor promedio fue la de "toma de perspectiva" y la de menor la de "atención con compasión", especialmente en médicos. También se encontró una relación inversamente proporcional entre el grado de estudio y carga horaria laboral, y la dimensión de "atención con compasión".

Por su parte, el análisis etnográfico proporcionó información sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas del personal de salud respecto a la empatía.

1. El personal de salud tiene una apreciación similar sobre lo que es la empatía y su asociación con la relación médico-paciente.
2. La empatía tiene una relación directa con el tiempo de trabajo en el hospital y la experiencia.
3. La relación médico-paciente puede modificarse si hay una disrupción de la familia nuclear, puesto esto depende el grado de aceptación y seguimiento terapéutico.
4. En quienes dieron sus testimonios existe una percepción de que el personal de salud del sistema público tiene un menor grado de empatía que el del privado, pese a que existe igual nivel de exigencia de los familiares y pacientes hacía el personal.

En este contexto, nos permitimos realizar las siguientes recomendaciones:

- Socializar el presente estudio con el personal de salud del Hospital Metropolitano, así como con quienes estan encargados de la toma de decisiones;
- Superar las limitaciones del presente estudio con la ampliación de la población blanco y la aplicación de una metodología similar a entornos sanitarios públicos y a diferentes especialidades médicas;
- Realizar estudios cualitativos respecto a la empatía y la relación médico-paciente en las facultades médicas del país;
- Incorporar el estudio de la empatía en la malla curricular de aquellas profesiones en salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería);

- Enfatizar la importancia de la relación médico-paciente y su relación con la empatía en el ámbito educativo de las facultades médicas.

CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA

18ª Asamblea Médica Mundial. (2008). Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones médicos en seres humanos. Retrieved from https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

Alarcón, A. (2014). La comunicación en la relación de ayuda al niño enfermo. *Revista Española de Comunicacion En Salud*, *5*(1), 64–75.

Alcorta-Garza, A., González-guerrero, J. F., Tavitas-herrera, S. E., Rodríguez-Lara, F. J., & Hojat, M. (2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, *28*(5), 57–63.

Alcorta-Garza, A., San-Mart, M., Delgado-Bolton, R., Soler-Gonz, J., Roig, H., & Vivanco, L. (2016). Cross-validation of the spanish hp-version of the jefferson scale of empathy confirmed with some cross-cultural differences. *Frontiers in Psychology*, *7*(JUL), 1–9. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01002

American Academy of Pediatrics. (2002). The Medical Home. *Pediatrics*, *110*(1).

Arroba, M., Dago, R., & Manzarbeitia, P. (2010). Entrevista clínica en Pediatría : teoría y práctica. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, *12*(19), 263–270.

Arrubarrena, V. (2011). La relación médico-paciente y la comunicación deben estar asociada a la ética médica. *Cirujano General*, *33*(2), 122–125. Retrieved from http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112c.pdf

Baron-Cohen, S. (2012). Empatía cero: Nueva teoría de la crueldad, 11–12.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985, October). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2934210

Batson, C. D. (1990). How social an animal? The human capacity for caring. *American Psychologist*, *45*(3), 336–346. https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.3.336

Batson, C. D. (2014). *The altruism question: toward a social-psychological answer*. PSYCHOLOGY Press. Retrieved from

https://books.google.com/books?id=KI57AgAAQBAJ&pgis=1

Beca, J. (1994). Relacion médico paciente en pediatría. *Revista Medica de Chile*, *65*(4), 242–246. https://doi.org//S0034-98872006000800002

Beca, J. (2015). Relación clinica. In *"El Paciente Terminal"* (pp. 1–6). Chile. Retrieved from http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2016/11/JP-Beca-Relacion-clinica-boletin2015.pdf

Bellini, L. M., & Shea, J. A. (2005). Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Academic Medicine*, *80*(2), 164–167. https://doi.org/10.1097/00001888-200502000-00013

Benítez-Bribiesca, L. (2007). Medicina y humanismo, (2), 101–104.

Bertakis, K. D., Helms, L. J., Callahan, E. J., Azari, R., & Robbins, J. A. (1995, April). The influence of gender on physician practice style. *Medical Care*. https://doi.org/10.1097/00005650-199504000-00007

Bialystok, L., & Kukar, P. (2018). Authenticity and empathy in education. *Theory and Research in Education*, *16*(1), 23–39. https://doi.org/10.1177/1477878517746647

Bolognini, S. (2004). *La empatía Psicoanalítica* (1era ed.). Buenos aires: coleccion de psicología integrativa.

Borkar, S. (2014). Empathy in Physician–Patient Relationship: The Construct and Its Applicability to India's Health Care. *Social Change*, *44*(3), 423–438. https://doi.org/10.1177/0049085714536800

Borrell Carrió, F., & Borrell, F. (2011). Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Medicina Clinica*, *136*(9), 390–397. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.06.032

Boyer, P., Barrett, C., & Ed, B. (2014). Evolved Intuitive Ontology: Integrating Neural, Behavioral and Developmental Aspects of Domain-Specificity. *Por Clasificar*, (June), 1–49. Retrieved from http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.397.8558

Broidy, L., Cauffman, E., Espelage, D. L., Mazerolle, P., & Piquero, A. (2003). Sex Differences in Empathy and Its Relation to Juvneile Offending. *Violence and Victims*, *18*(5), 503–516. https://doi.org/10.1037/0033-2909.94.1.100

Bunge, M. A. (2012). *Filosofía para médicos*. Gedisa. Retrieved from https://www.casadellibro.com/libro-filosofia-para-medicos/9788497847391/2046313

Butterfield, J. (1986). *Language, mind and logic*. Cambridge University Press. Retrieved from http://www.loc.gov/catdir/description/cam031/85019511.html%5Cnhttp://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0903/85019511-t.html

Ceriani-Cernadas, J. (2017). La pérdida de la ética y el humanismo en la profesión médica ¿ es una utopía recuperarlos ? *Arch Argent Pediatr*, *115*(6), 522–523. https://doi.org/10.5546/aap.2017.eng.522

Coke, J. S., Batson, C. D., & McDavis, K. (1978). Empathic mediation of helping: A two-stage model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *36*(7), 752–766. https://doi.org/10.1037//0022-3514.36.7.752

Colliver, J. A., Willis, M. S., Robbs, R. S., Cohen, D. S., & Swartz, M. H. (1998). Assessment of Empathy in a Standardized-Patient Examination. *Teaching and Learning in Medicine*, *10*(1), 8–11. https://doi.org/10.1207/S15328015TLM1001_2

Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en Estudios Biomédicos y del Comportamiento de los E.U.A. (1979). Informe de Belmont: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos 1979. Retrieved from http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/4-3/v4n3ce1.pdf

Craig, A. D. (2003). A new view of pain as a homeostatic emotion. *Trends in Neurosciences*, *26*(6), 303–307. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12798599

Craig, A. D., & Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews. Neuroscience*, *3*(8), 655–666. https://doi.org/10.1038/nrn894

Davis, M. H. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimentional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*(1), 113–126. Retrieved from https://www.popline.org/node/425575

Davis, M. H. (1996). *Empathy: a social psychological approach*. Westview Press.

Debrouwere, I. (2008). *La comunicacion médico paciente en la consulta médica* (1era ed.).

Quito: Salud de altura.

Decety, J., & Jackson, P. L. (2004, June 18). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*. Sage PublicationsSage CA: Thousand Oaks, CA. https://doi.org/10.1177/1534582304267187

Dehning, S., Reiß, E., Krause, D., Gasperi, S., Meyer, S., Dargel, S., … Siebeck, M. (2014). Empathy in high-tech and high-touch medicine. *Patient Education and Counseling*, *95*(2), 259–264. https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.01.013

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. *Atencion Primaria*, *48*(9), 565–571. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.005

Dhawan, N., Steinbach, A. B., & Halpern, J. (2007). Physician Empathy and Compassion for Inmate-Patients in the Correctional Health Care Setting. *Journal of Correctional Health Care*, *13*(4), 257–267. https://doi.org/10.1177/1078345807307112

Di Lillo, M., Cicchetti, A., Scalzo, A., Taroni, F., & Hojat, M. (2009). The Jefferson scale of physician empathy: Preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Academic Medicine*, *84*(9), 1198–1202. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17b3f

di Pellegrino, G., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (1992). Understanding motor events: a neurophysiological study. *Experimental Brain Research*, *91*(1), 176–180. https://doi.org/10.1007/BF00230027

DiMatteo, M. R. (1998). The role of the physician in the emerging health care environment. *The Western Journal of Medicine*, *168*(5), 328–333.

Doherty, M. J. (2009). *Theory of Mind: How Children Understand Others' Thoughts and Feelings*. East Sussex: Psychology Press.

Donoso-Sabando, C. A. (2014). La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona Y Bioética*, *18*(2), 184–193. https://doi.org/10.5294/pebi.2014.18.2.8

Esquerda, M., Yuguero, O., Viñas, J., Pifarré, J. (2016). La empatía médica, ¿nace o se hace?

Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención Primaria*, *48*(7), 8–14. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.008

Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicologia*, *24*(2), 284–298. https://doi.org/10.6018/42831

Ferreira-Salazar, C., García-García, K., Macías-Leiva, L., Pérez-Avellaneda, A., & Tomsich, C. (2013). *Ecuador en Cifras III serie información estratégica*. *Inec*. https://doi.org/978-9942-07-390-7

Flavell, J. H. (1999). COGNITIVE DEVELOPMENT: Children's Knowledge About the Mind. *Annual Review of Psychology*, *50*(1), 21–45. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.50.1.21

Frith, C., & Frith, U. (2005). Theory of mind. *Current Biology*, *15*(17), R644–R645. https://doi.org/10.1016/j.cub.2005.08.041

Frith, C., & Wolpert, D. M. (2004). *The neuroscience of social interaction: Decoding, influencing and imitating the actions of others*. Royal Society.

Gair, S. (2010). Social Work Students' Thoughts on Their (in)Ability to Empathise with a Birth Mother's Story: Pondering the Need for a Deeper Focus on Empathy. *Adoption & Fostering*, *34*(4), 39–49. https://doi.org/10.1177/030857591003400405

Garcia, A. (2013). *Empatía médica según el grado académico en personal médico del Hospital General de ECATEPEC "Dr. José María Rodrígez 2012."* Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca.

Goldman, A. I. (1989). Interpretation Psychologized. *Mind & Language*, *4*(3), 161–185. https://doi.org/10.1111/j.1468-0017.1989.tb00249.x

Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional* (1era ed.). J. Vergara Editor.

Gordon, R. M. (1986). Folk Psychology as Simulation. *Mind & Language*, *1*(2), 158–171. https://doi.org/10.1111/j.1468-0017.1986.tb00324.x

Grosseman, S., Novack, D. H., Duke, P., Mennin, S., Rosenzweig, S., Davis, T. J., & Hojat, M. (2014). Residents' and standardized patients' perspectives on empathy: Issues of agreement. *Patient Education and Counseling*, *96*(1), 22–28.

https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.007

Hallett, R. (1990). *Empathy and its development*. *Personality and Individual Differences* (Vol. 11). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1016/0191-8869(90)90210-I

Halpern, J. (2001). *From detached concern to empathy : humanizing medical practice*. Oxford University Press.

Hammerseley, M., & Atkinson, P. (1994). *¿Qué es la etnografía? Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona.

Harsch, H. H. (1989). The Role of Empathy in Medical Students' Choice of Specialty. *Academic Psychiatry*, *13*(2), 96–98. https://doi.org/10.1007/BF03341267

Haslam, N. (2007). Humanising medical practice : the role of empathy, *187*(7), 381–382.

Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and Moral Development*. https://doi.org/10.1017/CBO9780511805851

Hojat, M., Joseph, G., Thomas, N., Salvator, M., J.Jon M., Michael, M. (2002). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further Psychometric Data and Differences by Gender and Specialty at Item Level. *Academic Medicine*, *77*(10), 558–560.

Hojat, M. (2012). *Empatía en el cuidado del paciente*. (Manual Moderno, Ed.) (1era ed.). New York.

Hojat, M., Fields, S. K., & Gonnella, J. S. (2003). Empathy: an NP/MD comparison. *The Nurse Practitioner*, *28*(4), 45–47. https://doi.org/10.1097/00006205-200304000-00010

Hojat, M., Gonnella, J., Mangione, S., Nasca, T., & Magee, M. (2003). Physician empathy in medical education and practice: Experience with the Jefferson scale of physician empathy. *Seminars in Integrative Medicine*, *1*(1), 25–41. https://doi.org/10.1016/S1543-1150(03)00002-4

Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., Veloski, J. J., Erdmann, J. B., … Magee, M. (2002). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education*, *36*(6), 522–527. https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01234.x

Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., 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. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563

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*, *27*(7), 625–628. https://doi.org/10.1080/01421590500069744

Hornstein, H. A. (1978). Altruism, sympathy, and helping: Psychological and sociological principles. In *Promotive tension and prosocial behavior: A Lewinian analysis* (pp. 177–207). Academic Press. Retrieved from http://ezfind.technion.ac.il/vufind/Record/002025521

Hunt, P. A., Denieffe, S., & Gooney, M. (2017). Burnout and its relationship to empathy in nursing: a review of the literature. *Journal of Research in Nursing*, *22*(1–2), 7–22. https://doi.org/10.1177/1744987116678902

Ickes, W. (1993). Empathic Accuracy. *Journal of Personality*, *61*(4), 587–610. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1993.tb00783.x

Igartua, J.-J., & Páez, D. (1998). Validez y fiabilidad de una escala de empatía e identificación con los personajes. *Psicothema*, *10*(2), 423–436. Retrieved from https://www.academia.edu/34615280/Validez_y_fiabilidad_de_una_escala_de_empatía_e_identificación_con_los_personajes

Jackson, P. L., Brunet, E., Meltzoff, A. N., & Decety, J. (2006). Empathy examined through the neural mechanisms involved in imagining how I feel versus how you feel pain. *Neuropsychologia*, *44*(5), 752–761. https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2005.07.015

Jackson, P. L., Meltzoff, A. N., & Decety, J. (2005). How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. *NeuroImage*, *24*(3), 771–779. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2004.09.006

Kunyk, D., & Olson, J. K. (2001). Clarification of conceptualizations of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, *35*(3), 317–325. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01848.x

Leal, F., Plata, E. (2012). La relación médico- paciente en pediatría. In M. Panamericana (Ed.), *El Pediatra Eficiente* (pp. 13–27). Bogota.

López, M., Arán, F., & Richaud, M. (2014). Empatía : desde la percepción automática. *Avances En Psicología Latinoamericana*, *32*(1), 37–51.

Lux, V., & Weigel, S. (2017). *Empathy Epistemic Problems and Cultural-Historical Perspectives of a Cross-Disciplinary Concept*. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1057/978-1-137-51299-4

Madera, M., Tirado, L., & González-Martínez, F. (2015). Factores relacionados con la empatía en estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena. *Rev Clín Med Fam*, pp. 185–192. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.06.004

Maheux, B., Dufort, F., BÃland, F., Jacques, A., & LÃvesque, A. (1990). Female Medical Practitioners: More Preventive and Patient Oriented? *Medical Care*, *28*(1), 87–92. https://doi.org/10.1097/00005650-199001000-00009

Mar, R. A. (2011). Deconstructing Empathy. *Emotion Review*, *3*(1), 113–114. https://doi.org/10.1177/1754073910384158

Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, *40*(4), 525–543. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1972.tb00078.x

Mejía, M. (2012). *Conducta empática en los estudiantes de ciencias de la salud, universidad de los Andes, Mérida, Venezuela*. *Universidad autónoma de madrid*. Retrieved from http://www.tdx.cat/handle/10803/138708

Mercer, S. W., McConnachie, A., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. C. M. (2005). Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Family Practice*, *22*(3), 328–334. https://doi.org/10.1093/fampra/cmh730

Mercer, S. W., Reilly, D., & Watt, G. C. M. (2002). The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital. *British Journal of General Practice*, *52*(484), 901–905. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12434958

Mercer, S. W., Watt, G. C., & Reilly, D. (2001). Empathy is important for enablement. *BMJ*

(Clinical Research Ed.), *322*(7290), 865. https://doi.org/10.1136/BMJ.322.7290.865

Miller, B. (2011). *Antropología cultural*. *PEARSON EDUCACIÓN, S.A.* (5ta ed.). MADRID: PEARSON EDUCACIÓN S.A. Retrieved from https://es.wikipedia.org/wiki/Antropología_cultural

MohammedRaza, H. (2007). Empathy in Patient Care - Antecedents, Development, | Mohammadreza Hojat | Springer. *Springer*. Retrieved from http://www.springer.com/us/book/9780387336077

Montilva, M., García, M., Torres, A., Puertas, M., & Zapata, E. (2015). Empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina y Enfermería en Venezuela. *Investigación En Educación Médica*, *4*(16), 223–228. https://doi.org/10.1016/j.riem.2015.04.006

Murillo, J., & Martínez, C. (2010). *Investigación etnográfica* (3°). *Métodos de Investigación Educativa*. Madrid. Retrieved from https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/I_Etnografica_Trabajo.pdf

Oana, C., Melit, L., Chincesan, M., Muresan, S., Meda, A., Suciu, N., Pop, A., Azamfirei, L. (2017). Communication skills in pediatrics – the relationship between pediatrician and child. *Medicine*, *96*(43), 1–6. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000008399 ,

Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la organización mundial de la salud. Retrieved from http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf

Oseguera, J. (2007). El Humanimo en la educación médica. *Revista Educación*, *30*(1), 51–63.

Osornio, L., Palomino, L. (2015). Presencia de las muejres en las especialidades médicas una mirada desde la perspectiva de género. *Revista Electronica de Psicología Izcala*, *18*(4), 1706–1728. Retrieved from http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/53451

Panksepp, J., & Panksepp, J. B. (2013, August). Toward a cross-species understanding of empathy. *Trends in Neurosciences*. NIH Public Access. https://doi.org/10.1016/j.tins.2013.04.009

Pembroke, N. F. (n.d.). Empathy, Emotion, and Ekstasis in the Patient: Physician Relationship. *Journal of Religion and Health*. Springer. https://doi.org/10.2307/27513009

Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, *1*(4), 515–526. https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512

Rasoal, C., Jungert, T., Hau, S., Edvardsson Stiwne, E., & Andersson, G. (2009). Ethnocultural Empathy Among Students in Health Care Education. *Evaluation & the Health Professions*, *32*(3), 300–313. https://doi.org/10.1177/0163278709338569

Ravikumar, R., Rajoura, O. P., Sharma, R., & Bhatia, M. (2017). A Study of Emotional Intelligence Among Postgraduate Medical Students in Delhi. *Cureus*, *9*(1), 1–10. https://doi.org/10.7759/cureus.989

Rígano, M. E. (2014). Estrategias lingüísticas para la construcción de la autoridad en las consultas con médicos de niños. *Tonos Digital: Revista Electrónica de Estudios Filológicos*, *21*(27), 21–29. Retrieved from https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4786959&orden=1&info=link%0A https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4786959

Rizzolatti, G., Fabbri-destro, M., & Cattaneo, L. (2009). Mirror neurons and their clinical relevance. *Neurology*, *5*(1), 24–34. https://doi.org/10.1038/ncpneuro

Rodriguez, A. (2016). ¿Qué carreras estudian las mujeres ecuatorianas? *El Telegrago*, p. 1. Retrieved from https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/septimo-dia/1/las-carreras-ligadas-con-la-salud-atraen-mas-a-las-mujeres-ecuatorianas

Rose, N. (2007). Molecular Biopolitics, Somatic Ethics and the Spirit of Biocapital. *Social Theory and Health*, *5*(1), 3–29. https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700084

Royzman, E. B., & Rozin, P. (2006). Limits of symhedonia: The differential role of prior emotional attachment in sympathy and sympathetic joy. *Emotion*, *6*(1), 82–93. https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.1.82

Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2003). *El proceso de investigación y los enfoques cuantitativo y cualitativo: hacia un modelo integral*. *Metodología de la Investigación*.

México DF: McGraw-Hill Interamericana. https://doi.org/- ISBN 978-92-75-32913-9

Sanchez, J. (2007). Relación médico paciente, algunos factores asociados. *CONAMED*, *12*(1), 20–28.

Shirtcliff, E. A., Vitacco, M. J., Graf, A. R., Gostisha, A. J., Merz, J. L., & Zahn-Waxler, C. (2009). Neurobiology of empathy and callousness: Implications for the development of antisocial behavior. *Behavioral Sciences & the Law*, *27*(2), 137–171. https://doi.org/10.1002/bsl.862

Silvester, J., Patterson, F., Koczwara, A., & Ferguson, E. (2007). "Trust me..": Psychological and behavioral predictors of perceived physician empathy. *Journal of Applied Psychology*, *92*(2), 519–527. https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.2.519

Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. J., & Frith, C. D. (2004). Empathy for Pain Involves the Affective but not Sensory Components of Pain. *Science*, *303*(5661), 1157–1162. https://doi.org/10.1126/science.1093535

Stepien, K. A., & Baernstein, A. (2006). Educating for empathy: A review. *Journal of General Internal Medicine*, *21*(5), 524–530. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x

Stewart, M. A. (1995, May 1). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *CMAJ*. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7728691

Stotland, E. (1969). Exploratory Investigations of Empathy. *Advances in Experimental Social Psychology*, *4*(C), 271–314. https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60080-5

Suh DH, Hong JS, Lee DH, Gonnella JS, H. M. (2012). The Jefferson Scale of Physician Empathy: a preliminary psychometric study and group comparisonsin Korean physicians. *Med Teach.*, *34*(6), 464–468. https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.668632

Sulzer, S. H., Feinstein, N. W., & Wendland, C. L. (2016). Assessing empathy development in medical education: A systematic review. *Medical Education*, *50*(3), 300–310. https://doi.org/10.1111/medu.12806

Tomasello, M., Call, J., & Hare, B. (2003). Chimpanzees understand psychological states -

the question is which ones and to what extent. *Trends in Cognitive Sciences*, *7*(4), 153–156. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12691762

Trevizan, M. A., Almeida, R. G. dos S., Souza, M. C., Mazzo, A., Mendes, I. A. C., & Martins, J. C. A. (2015). Empathy in Brazilian nursing professionals. *Nursing Ethics*, *22*(3), 367–376. https://doi.org/10.1177/0969733014534872

Trivers, R., & Campbell, B. (1972). Parental Investment and Sexual Selection (pp. 136–207). Retrieved from http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.100.4543

Vera-Delgado, A. (2004). Humanismo y medicina, y algunas reflexiones pertinentes. *Revista Colombiana de Cardiología*, *11*(6), 270–276.

Weng, H.-C., Chen, H.-C., Chen, H.-J., Lu, K., & Hung, S. (2008). Doctors' emotional intelligence and the patient-doctor relationship. *Medical Education*, *42*(7), 703–711. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03039.x

West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. *Journal of the American Medical Association*, *296*(9), 1071–1078. https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1071

Ziółkowska-Rudowicz, K. (2010). Empatía -building de los médicos. Parte I - Una revisión de los métodos aplicados. *Pol Merkur Lekarski.*, *29*(172), 277–81.

CAPÍTULO VIII: ANEXOS

ANEXO 1

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL TEST

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como del rol que desempeñara en ella.

La presente investigación es conducida por la Md. Nora Pinargote Cornejo, estudiante de Posgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es "Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la empatía del personal de salud que atiende a pacientes pediátricos Hospital Metropolitano de Quito de octubre a noviembre del 2017". Si usted accede a participar en este estudio, se realizará un test de 20 preguntas y un instrumento de preguntas básicas. La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si usted tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Md. Nora Pinargote. He sido informado (a) de la meta de este estudio. Conozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Se me ha informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Si desea más información comuníquese con:

Md. Nora Pinargote
Email: *npinargotec@hotmail.com*
Teléfono: *0987283412*
Dirección: *Avenida González Suarez y Gonzalo Rubio*

_____	_____	_____
Firma del Participante	CI	Fecha

ANEXO 2

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como del rol que desempeñara en ella.

La presente investigación es conducida por la Md. Nora Pinargote Cornejo, estudiante de Posgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es "Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la empatía del personal de salud que atiende a pacientes pediátricos Hospital Metropolitano de Quito de octubre a noviembre del 2017". Si usted accede a participar en este estudio, se realizará una entrevista con el autor de este estudio. La entrevista tendrá una duración aproximada de 60 minutos. La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si usted tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Md. Nora Pinargote. He sido informado (a) de la meta de este estudio y se me ha indicado que intervendré en una entrevista acerca de las capacidades, actitudes en relación de la empatía dirigida por el autor del presente estudio con una duración aproximada de 20 minutos. Conozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Se me ha informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Si desea más información comuníquese con:

Md. Nora Pinargote
Email: *npinargotec@hotmail.com*
Teléfono: *0987283412*
Dirección: *Avenida González Suarez y Gonzalo Rubio*

_____ _____ _____

Firma del Participante CI Fecha

ANEXO 3

Este instrumento de recolección de datos generales va dirigido al personal de salud (médicos tratantes, posgradista, enfermeras y auxiliares) del servicio de Pediatría del Hospital Metropolitano de Quito, mayores de 18 años, que han sido invitos a participar en la siguiente investigación:

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EMPATÍA EN EL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE A PACIENTES PEDIÁTRICOS (HOSPITAL METROPOLITANO DE QUITO) DE OCTUBRE A NOVIEMBRE DE 2017".

1. **Edad____años**
2. **Sexo:**
   a) Masculino____
   b) Femenino_____
3. **Nacionalidad:**
   a) Ecuatoriana____
   b) Otra ____
4. **Estado civil:**
   a) Soltero/a____
   b) Casado/a____
   c) Otros___
5. **Religión:**
   a) Católica___
   b) Otros___
6. **Nivel educacional:**
   a) Primer nivel____
   b) Segundo nivel___
   c) Tercer nivel____
   d) Cuarto nivel____
7. **Ocupación:**
   a) Médico tratante____
   b) Médico posgradista___
   c) Enfermera/o___
   d) Auxiliar____
8. **Tiempo de antigüedad en el puesto de trabajo:**
   a) <1 año____
   b) 1-5 años____
   c) 6-10 años____
   d) >10 años____

9. **Horas semanales de trabajo _____**

Si desea más información comuníquese con:

Md. Nora Pinargote

Email: *npinargotec@hotmail.com*

Teléfono: *0987283412*

Dirección: *Avenida González Suarez y Gonzalo Rubio*

_____	_____	_____
Firma del Participante	CI	Fecha

ANEXO 4

Este Test de empatía va dirigido al personal de salud (médicos tratantes, posgradistas, enfermeras y auxiliares) del servicio de Pediatría del Hospital Metropolitano de Quito, mayores de 18 años.

Test de Jefferson de Empatía Médica. Versión PS

Instrucciones: Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes afirmaciones escribiendo el número apropiado en la línea que se encuentra antes de cada oración. Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número en la escala indica que esta más de acuerdo):

1----2----3----4----5----6----7
Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

1.____El entendimiento de los profesionales de las Ciencias de la salud: Médico, enfermeras, auxiliares de enfermería sobre los sentimientos del paciente y sus familiares es un factor que no influye en el tratamiento médico o quirúrgico.

2. ____Los pacientes se sienten mejor cuando sus médicos/Equipo de salud, comprenden sus sentimientos.

3. ____Es difícil para el médico u otro profesional de la salud vea las cosas desde la perspectiva de los pacientes.

4. _____Entender el lenguaje corporal es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.

5. _____El sentido del humor de los profesionales de las Ciencias de la salud contribuye a un mejor resultado clínico.

6. _____Porque la gente es diferente, es difícil ver las cosas desde la perspectiva del paciente.

7. _____Poner atención a las emociones del paciente no es importante al tomar su historia clínica.

8. _____Atender con cuidado las experiencias personales del paciente no influye en los resultados del tratamiento.

9. _____Los profesionales de la salud debería tratar de ponerse en los zapatos del paciente cuando les proveen de cuidado.

10. _____El paciente valora al profesional que entiende sus sentimientos, lo cual es terapéutico por sí mismo.

11. _____ La enfermedad del paciente puede ser curada solamente por el tratamiento médico o quirúrgico; por lo tanto, lazos emocionales del profesional de la salud con su paciente no tienen influencia significativa en el tratamiento médico o quirúrgico.

12. _____ Preguntar al paciente que es lo que está pasando en su vida personal no es útil en el entendimiento de sus quejas físicas.

13. _____ Los profesionales de las Ciencias de la Salud deberían de tratar de entender que está pasando en la mente de os pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.

14. _____ Yo creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de la enfermedad

15. _____ La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito como profesional de la salud puede estar limitada.

16. _____ El entendimiento del profesional de la salud del estado emocional de los pacientes tanto como el de sus familias, es un importante componente de la relación con el paciente.

17. _____ El profesional de la salud debería tratar de pensar como sus pacientes para poder darles un mejor cuidado.

18. _____ El profesional de la salud no debería permitirse a sí mismo ser influido por fuertes ligas personales entre sus pacientes y los miembros de la familia.

19. _____ No disfruto leer literatura no médica o de arte.

20. _____ Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento integral del enfermo.

Si desea más información comuníquese con:

Md. Nora Pinargote
Email: *npinargotec@hotmail.com*
Teléfono: *0987283412*
Dirección: *Avenida González Suarez y Gonzalo Rubio*

_____ _____ _____

Firma del Participante CI Fecha

ANEXO 5

ENTREVISTA

Mi nombre es Nora Pinargote Cornejo, estudiante de Posgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Para mi trabajo de titulación de Pediatra estoy realizando una investigación acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la empatía del personal de salud que atiende a pacientes pediátricos. Por esta razón me encuentro realizando esta entrevista para conocer más profundamente sobre su desempeño diario y su forma de manejar la relación médico-paciente. La información que nos proporcione será confidencial y de mucha utilidad para la investigación. Deseo pedirle que nos autorice grabar la entrevista para no perder los detalles.

Muchas gracias.

Si desea más información comuníquese con:

Md. Nora Pinargote

Email: *npinargotec@hotmail.com*

Teléfono: *0987283412*

Dirección: *Avenida González Suarez y Gonzalo Rubio*

1: sujeto (código)

2: sexo

3: edad

PREGUNTAS:

1. ¿Cuántos años has trabajado en el servicio de pediatría?
2. ¿Cuántos años has trabajado con niños?
3. ¿Cómo se siente usted atendiendo a pacientes pediátricos?
4. ¿Cómo se siente usted atendiendo a los familiares de los pacientes pediátricos?
5. ¿Qué siente usted cuando llora un paciente pediátrico?
6. ¿Qué siente usted escuchando las necesidades de los familiares de los pacientes pediátricos?
7. ¿Ha sentido tristeza por los problemas de los pacientes pediátricos?
8. ¿Ha sentido tristeza por los problemas de los familiares de los pacientes pediátricos?
9. ¿Qué problemas ha tenido usted con la atención de los pacientes pediátricos?
10. ¿Qué problemas ha tenido usted con la atención de los familiares de los pacientes pediátricos?
11. ¿Ha tenido pacientes pediátricos difíciles? ¿Por qué?
12. ¿Ha tenido familiares difíciles? ¿Por qué?

13. ¿Qué considera usted que es la relación médico paciente?
14. ¿Sabe el significado de empatía?
15. ¿Si sabe el significado de empatía como usted lo practica?
16. ¿Cree usted que la empatía influye en la relación médico paciente?
17. ¿Ha sentido que el trabajo en este servicio ha influido para bien o para mal en su empatía? ¿Cómo?
18. ¿Ha tenido alguna experiencia positiva o negativa relacionado con su capacidad de empatía?
19. ¿Cómo cree usted que mejoraría la capacidad de empatía en este medio laboral?

ANEXO 6

Tablas Relación de atención con compasión con género, edad, nacionalidad, religión, estado civil y tiempo de antigüedad.

Tabla 1: Relación de la dimensión de atención por compasión y género, HMQ.

Sexo	Atención con compasión		Total
	No	Si	
Masculino	41 (71,9%)	16 (28,1%)	57 (100%)
Femenino	55 (63,2%)	32 (36,8%)	87 (100%)
Total	96 (66,7%)	48 (33,3%)	144 (100%)

Chi cuadrado: 1,176; p= 0,278 (p >0,05)
Fuente: Test de Jefferson versión PS
Elaborado por: Pinargote N.2018

Tabla 2: Relación de la dimensión de atención por compasión y edad, HMQ.

Edad	Atención con compasión		Total
	No	Si	
Menos de 30 años	25 (67,6%)	12 (32,4%)	37 (100%)
30 a 39 años	30 (66,7%)	15 (33,3%)	45 (100%)
40 a 49 años	16 (53,3%)	14 (45,7%)	30 (100%)
50 y mas	25 (78,1%)	7 (21,9%)	32 (100%)
Total	96 (66,7%)	48 (33,3%)	144 (100%)

Chi cuadrado: 4,304; p= 0,230 (p >0,05)
Fuente: Test de Jefferson versión PS
Elaborado por: Pinargote N.2018

Tabla 3: Relación de la dimensión de atención por compasión y nacionalidad, HMQ.

Nacionalidad	Atención con compasión		Total
	No	Si	
Ecuatoriana	94 (67,6%)	45 (32,4%)	139 (100%)
Otra	2 (40%)	3 (60,0%)	5 (100%)
Total	96 (66,7%)	48 (33,3%)	144 (100%)

Chi cuadrado: 1,658; p= 0,198 (p >0,05)
Fuente: Test de Jefferson versión PS
Elaborado por: Pinargote N.2018

Tabla 4: Relación de la dimensión de atención por compasión y religión, HMQ.

Religión	Atención con compasión		Total
	No	Si	
Católica	80(66,1%)	41 (33,9%)	121 (100%)
Otros	16 (69,6%)	7 (30,4%)	23 (100%)
Total	96 (66,7%)	48 (33,3%)	144 (100%)

Chi cuadrado: 0,103; p= 0,748 (p >0,05)
Fuente: Test de Jefferson versión PS
Elaborado por: Pinargote N.2018

Tabla 5: Relación de la dimensión de atención por compasión y estado civil, HMQ.

E. civil	Atención con compasión		Total
	No	Si	
Soltera	31 (66%)	16 (33%)	47 (100%)
Casada	58 (69%)	26 (31%)	84 (100%)
Otros	7 (53,8%)	6 (46,2%)	13 (100%)
Total	96 (66,7%)	48 (33,3%)	144 (100%)

Chi cuadrado: 1,18; p= 0,553 (p >0,05)
Fuente: Test de Jefferson versión PS
Elaborado por: Pinargote N.2018

Tabla 6: Relación de la dimensión de atención por compasión y tiempo de antigüedad, HMQ.

	Atención con compasión		
Tiempo de Antigüedad	**No**	**Si**	**Total**
<1 año	9 (81,8%)	2 (18,2%)	11 (100%)
1-5 años	34 (63,0%)	20 (37,0%)	54 (100%)
6-10 años	13 (52,0%)	12(48,0%)	25 (100%)
>10 años	40 (74,1%)	14 (25,9%)	54 (100%)
Total	96 (66,7%)	48 (33,3%)	144 (100%)

Chi cuadrado: 5,223; p= 0,156 (p >0,05)
Fuente: Test de Jefferson versión PS
Elaborado por: Pinargote N.2018