



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

**TESIS DE GRADO 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 EN EL
HOSPITAL PÚBLICO ENRIQUE GARCÉS DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL
PERÍODO SEPTIEMBRE A OCTUBRE DE 2018”**

AUTORA

Dra. GIOCONDA GABRIELA FRANCO PÉREZ

Director de tesis DR. FREDDY CARRIÓN

Director metodológico DR. ALEXIS RIVAS PhD

QUITO, 2019

DEDICATORIA

“Muchos enfermos se curan solamente con la satisfacción de un médico que los escucha”.

Hipócrates (Siglo V a.C.)

Dedico esta tesis a Dios, por haberme dado la existencia y cada día estar presente en mi camino, llenándome de bendiciones y de fuerzas para llegar a mis metas sin decaer y poder alcanzar este momento tan importante en mi adiestramiento profesional.

A mi familia por haber sido mi apoyo durante mi formación universitaria lejos de casa, por permitirme sentir su calor y sus fuerzas siempre que los necesito y por haberme dado las bases para luchar cada día por lo que quiero y por lo que me merezco.

A todas aquellas personas especiales que me acompañaron en esta etapa, muchas de las cuales fueron un soporte muy fuerte, ayudándome a ser mejor profesional y sobretodo mejor ser humano.

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a Dios por siempre acompañarme y guiarme durante mi vida, por brindarme fortaleza en los instantes de debilidad y por darme una vida llena de experiencias que me dejaron aprendizaje pero sobretodo felicidad.

Le agradezco a mis padres, Mariana y Fernando por ser los principales promotores de mis sueños, por apoyarme a cada instante momento, por inculcarme valores, por siempre creer en mí, darme una excelente educación a pesar de las limitaciones y ser un ejemplo de superación en mi vida.

A mis hermanos Erika y Fernando por ser parte importante de mi vida, por su apoyo y tenacidad. A Jonathan y Andrés por llenar mi vida de alegría y amor siempre. A mi abuelita Beatriz y mi tío Héctor, ya que sin ellos nada de lo que he logrado hubiera sido posible.

Gracias a la vida por esta oportunidad de triunfar, gracias a todos quienes me brindaron siempre su apoyo y confiaron en la ejecución de esta tesis.

A Gabriel por ser parte fundamental en mi vida, por haber estado conmigo en las buenas y en las malas, siempre dándome ánimos para no decaer y seguir luchando por mis sueños.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	4
2.1 Consideraciones históricas de la relación médico paciente	4
2.2 Relación médico paciente.....	5
2.2.1 Relación médico – paciente en pediatría	7
2.3 Empatía.....	8
2.4 Empatía y salud	11
2.5 Elementos de medición de empatía.....	13
2.5.1 Escalas validadas de medición de empatía.	14
2.6 Test de Jefferson.....	14
2.7 Empatía y género.....	16
2.8 Formas de mejorar la empatía	16
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	18
3.1 Justificación.....	18
3.2 Problema de Investigación	18
3.3 Objetivos de la investigación	19
3.3.1 Objetivo general.....	19
3.3.2 Objetivos específicos	19
3.4 Tipo de metodología.....	19
3.4.1 Fase cuantitativa.....	20
3.4.1.1 Operacionalización de variables cuantitativas	20
3.4.1.2 Criterios de inclusión y de exclusión	22
3.4.1.3 Universo y muestra.....	22
3.4.1.4 Obtención y recolección de la información.....	23
3.4.2 Fase cualitativa.....	23
3.4.2.1 Operacionalización de categorías cualitativas.....	24
3.4.2.2 Criterios de inclusión y exclusión	24
3.4.2.3 Universo y selección de informantes	25
3.4.2.4 Obtención y recolección de información	25
3.4.2.5 Plan de análisis de datos.....	25

3.5 Aspectos Bioéticos	28
3.5.1 Obtención del consentimiento informado para la obtención del estudio	28
3.5.2 Confidencialidad de la información	28
CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	29
4.1 Historia y diagnóstico situacional	29
4.2 Accesibilidad geográfica	29
CAPÍTULO V: RESULTADOS	33
5.1 Análisis cuantitativo univariado	33
5.1.1 Características generales de la población	33
5.1.2 Análisis del test de Jefferson versión PS	34
5.2 Análisis cuantitativo bivariado	35
5.2.1 Relación de atención con compasión con género, edad, religión, estado civil, instrucción, tipo de trabajo, carga horaria y tiempo de antigüedad.	35
5.2.2 Relación de toma de perspectiva con género, edad, religión, estado civil, instrucción, tipo de trabajo, carga horaria y tiempo de antigüedad.	36
5.2.3 Relación de la empatía con género, edad, religión, estado civil, instrucción, tipo de trabajo, carga horaria y tiempo de antigüedad.	37
5.3 Análisis Cualitativo	38
5.3.1 Conocimientos, actitudes y prácticas sobre empatía.....	38
5.3.2 Relación Médico Paciente.....	40
5.3.3 Recuperación y empatía.....	43
5.3.4 Atender a niños	46
5.3.5 Interacción con familiares.....	49
5.3.6 Manejo de problemas médicos.....	52
5.3.7 Comunicación – Comprensión.....	55
5.3.8 Preocupación familiar	57
5.3.9 Casos	59
5.3.10 Años de experiencia.....	62
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN	65
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
CAPÍTULO VIII: BIBLIOGRAFÍA.....	71
CAPÍTULO XIX: ANEXOS	78
ANEXO 1. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL TEST	78
ANEXO 2. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA	80
ANEXO 3. FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES	82
ANEXO 4. TEST DE JEFFERSON DE EMPATÍA MÉDICA. VERSIÓN PS	84

ANEXO 5. ENTREVISTA.....	87
ANEXO 6. TABLAS DE RELACIÓN DE LAS CATEGORÍAS DEL TEST DE JEFFERSON TOMA DE PERSPECTIVA, ATENCIÓN CON COMPASIÓN Y EMPATÍA CON LAS VARIABLES GÉNERO, EDAD, RELIGIÓN, ESTADO CIVIL, INSTRUCCIÓN, TIPO DE TRABAJO, CARGA HORARIA Y TIEMPO DE ANTIGÜEDAD.	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Escalas validadas de empatía.	14
Tabla 2: Matriz de operacionalización de variables cuantitativas.....	21
Tabla 3: Universo y muestra (número de personas – Hospital Enrique Garcés).....	22
Tabla 4: Matriz de Operacionalización de categorías cualitativas.....	24
Tabla 5: Colaboradores de entrevista – Hospital Enrique Garcés.....	25
Tabla 6: Codificación de entrevista.....	27
Tabla 7: Caracterización de la muestra, Hospital Enrique Garcés.....	34
Tabla 8: Análisis del test de Jefferson y sus dimensiones, HEG.....	34
Tabla 9: Atención por compasión en relación con variables sociodemográficas.....	35
Tabla 10: Toma de perspectiva en relación con variables sociodemográficas.....	36
Tabla 11: Toma de perspectiva en relación con variables sociodemográficas.....	37
Tabla 12: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre empatía.....	39
Tabla 13: Relación médico-paciente.	42
Tabla 14: Recuperación y empatía.....	45
Tabla 15: Atender a niños.....	48
Tabla 16: Interacción con familiares.	51
Tabla 17: Manejo de Problemas médicos.	54
Tabla 18: Comunicación – Comprensión.....	56
Tabla 19: Preocupación familiar.	59
Tabla 20: Casos.....	61
Tabla 21: Años de experiencia.....	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Operacionalización de variables cuantitativas.....	20
Figura 2: Ubicación geográfica del Hospital Enrique Garcés / Quito – Ecuador.....	29
Figura 3: Rangos de edad.....	33
Figura 4: Género.....	33
Figura 5: Nivel de Instrucción.....	34
Figura 6: Tipo de Trabajo.....	34
Figura 7: Antigüedad en el puesto de trabajo.....	35
Figura 8: Análisis de las ideas entorno a la empatía.....	40
Figura 9: Ideas entorno a la relación médico-paciente.....	43
Figura 10: Ideas de la asociación entre la empatía y la recuperación de la salud.....	46
Figura 11: Ideas entorno a la atención a niños.....	48
Figura 12: Ideas entorno a la interacción con familiares.....	51
Figura 13: Ideas entorno al manejo de problemas médicos.....	54
Figura 14: Ideas entorno a la Comunicación – Comprensión.....	57
Figura 15: Ideas entorno a la preocupación familiar.....	59
Figura 16: Casos.....	62
Figura 17: Intervenientes en los años de experiencia.....	64

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1: Vista panorámica Hospital Enrique Garcés / Quito – Ecuador.....	30
Fotografía 2: Entrada al servicio de pediatría Hospital Enrique Garcés.....	30
Fotografía 3: Servicio de hospitalización pediátrica Hospital Enrique Garcés.....	31
Fotografía 4: Entrada al servicio de neonatología Hospital Enrique Garcés.....	31
Fotografía 5: Servicio de neonatología Hospital Enrique Garcés.....	32
Fotografía 6: Servicio de emergencias pediátricas Hospital Enrique Garcés.....	32

RESUMEN

Introducción: La relación que existe entre el médico y su paciente es la clave en la práctica clínica, y se puede decir que es uno de las bases indispensables en el restablecimiento y fortalecimiento de la salud. El rol del galeno y el paciente han ido evolucionando conforme el avance del desarrollo científico y al progreso de la sociedad. Sabiendo que la empatía, es un elemento indispensable para una mejor aceptación terapéutica.

Objetivo: Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre empatía del personal sanitario que atiende a pacientes pediátricos en el Hospital público Enrique Garcés de Quito en el período septiembre a octubre del 2018.

Método: Se realizó un estudio con diseño cuantitativo y cualitativo, descriptivo y analítico. Además se desarrolló en una fase cuantitativa y una cualitativa.

En la fase cuantitativa se aplicó el test Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) versión PS, a 114 personas que laboran en los departamentos de emergencias pediátricas, hospitalización y neonatología del hospital público Enrique Garcés. La fase cualitativa se realizó después de una selección minuciosa de las 114 personas, designando a 16 personas conforme a una selección de informantes diversos y representativos, para así lograr testimonios plurales y significativos con la finalidad de la investigación.

Resultados: A pesar que en este estudio, al relacionar las variables socio demográficas con los parámetros de la empatía, no se obtuvieron variables estadísticamente significativas, se pudo establecer que con los hallazgos obtenidos con el test de Jefferson en cuanto a la empatía global, el personal sanitario obtuvo un promedio de 91 puntos, con escasa diferencia a un estudio en un hospital privado en nuestro país, concluyendo que casi la totalidad del personal es empático en forma general, corroborado con el análisis etnográfico por medio de las entrevistas donde sobresalen las experiencias obtenidas y el compromiso relevante de la empatía en la relación médico – paciente – familia, brindando atención con calidad y ayudando a llevar el tratamiento instaurado de una mejor manera.

Conclusiones: El personal de salud que atiende a pacientes pediátricos en la institución, son una población empática indistintamente de los aspectos etnográficos relacionados. Ya que en la etapa cualitativa del estudio demostraron conocer y tener las destrezas adecuadas respecto a la empatía además de otros aspectos importantes al desenvolverse en el ámbito público.

Palabras clave: Empatía, relación médico-paciente, personal de salud, pediatría.

ABSTRACT

Introduction: Doctor patient relationship is an essential component of clinical practice, as well as being an essential pillar in the restoration of our patient's health. The different roles between doctor and patient have evolved according to substantial scientific advances and the development of our society. This is why; empathy is an indispensable feature, in order to improve therapeutic acceptance.

Objective: To describe and analyze the knowledge, attitude and clinical practice of empathy in pediatric health personnel that attends pediatric patients at Enrique Garcés Public Hospital in Quito from September to October 2018.

Method: A study with quantitative and qualitative variables, it was done with a descriptive and analytical design; developed in a quantitative and a qualitative phase.

In the quantitative phase, the Jefferson Medical Empathy Scale PS version, was performed and applied to 114 people who work in the pediatric emergency, hospitalization and neonatology department of the Enrique Garcés public hospital.

The qualitative phase was carried out after selecting 16 people from the initial population of 114, who were chosen based in selection of diverse and representative informants, in order to achieve plural and significant testimonies with the aim of research

Results: Although in this study, when associating the socio-demographic variables with the dimensions of empathy, no statistically significant variables were obtained, it could be established that with the results obtained with the Jefferson test in terms of global empathy, the staff of health, obtained an average of 91 points, with little difference against a study made in a private hospital in our country, concluding that almost all the staff is empathetic in a general way. This was corroborated with the ethnographic analysis through interviews where the experiences obtained and their relationship with the importance of empathy in the doctor - patient - family relationship stand out, providing quality care and helping to take the established treatment in a better way.

Conclusions: Enrique Garcés Hospital pediatric health personnel in Quito, are an empathic population regardless of the ethnographic aspects. Since in the qualitative phase of the study they adequately demonstrated the knowledge, attitudes and practices of health personnel regarding empathy as well as other important aspects when working in the public domain

Key words: Empathy, doctor-patient relationship, health personnel, pediatrics

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La relevancia de un correcto entendimiento médico-paciente es reconocida desde hace tiempo como la base fundamental de la práctica médica (Engel, 1977).

Una relación empática se desarrolla cuando el médico evita ser arrogante y contiene el sentido de superioridad y en su lugar, se torna amistoso, confiado, relajado, con la habilidad de poder transmitir su empatía y las auténticas inquietudes al paciente, así como a los familiares de este. (Hojat M, 2007)

En la práctica clínica los enfermos y sus familias se relacionan con el médico tratante, médicos residentes, personal de enfermería y auxiliares entre otros, sin embargo el paciente pasa a ser alguien que no sólo recibe atención, sino que también precisa cuidado y un diagnóstico acertado, razón suficiente para que la interacción sea de calidad y calidez.

Muchos profesionales se desenvuelven de un modo extraordinario en el aspecto sanitario sin embargo, en ocasiones presentan ciertas dificultades cuando deben instaurar un trato empático con el paciente y la familia.

La conducta es una circunstancia de equilibrio entre las necesidades internas y las exigencias externas de las personas considerando los procesos utilizados en el logro de dicha herramienta.

Hojat (2007) sugirió que el apoyo social puede ofrecer los tres tipos de recursos siguientes:

1. Instrumental: facilitando la ayuda material,
2. Emocional: que lleva a la demostración de empatía, atención y satisfacción, e
3. Informacional: que se refiere a proveer los datos importantes, para colaborar al paciente a comprender mejor la problemática y superar sus dificultades.

El término empatía se entiende como la destreza de comprender claramente las necesidades y la incertidumbre de otra persona, alternado con la capacidad de expresar este entendimiento al paciente y su familia.

Sin embargo, el mismo hecho se ha relacionado tanto de forma empírica como teórica con una serie de virtudes como la consideración, la inteligencia emocional, el entendimiento moral, las actitudes positivas hacia las personas, la ausencia de demandas o litigios por mala práctica, la habilidad para recabar la historia clínica, hacer una buena exploración física, el confort del paciente, el agrado del médico, la mejor implementación del tratamiento y los mejores resultados clínicos. (Hojat, et al., 2002).

El bienestar del paciente es un parámetro del resultado sobre la atención de la salud, que por lo regular se encuentra en niveles moderadamente altos, y se ha determinado que estos intercambios interpersonales son a menudo predictores significativos del confort de los pacientes.

El establecer una comprensión mutua con relación a la dolencia del paciente, se ha identificado como otra constante importante en la satisfacción del paciente, debido a que el compromiso empático ayuda a sanar y mejora la práctica clínica. (Hojat, 2007)

El personal de salud, entre ellos el médico, enfermería y auxiliares, deben reconocer la dimensión de la problemática expuesta por el paciente o la familia, pero además de comprenderla es indispensable, que propongan la manera de solucionar el escenario presentado, tomando cierta distancia de lo empatizado para conseguir un razonamiento ecuánime y diseñar una solución por si mismos o precisando sustento de otros profesionales cuando se requiera.

Con respecto a la idiosincrasia, la empatía se define como el entendimiento afectivo a los sentimientos de otra persona y es más importante en mujeres que en hombres (Retuerto, 2004). Expresando que las mujeres tienen una mayor tendencia a imaginarse en el sitio del otro, mientras que los hombres tienden más a acciones instrumentales.

Muchas de las contrariedades que se presentan cotidianamente entre los pacientes, familiares y profesionales de la salud es consecuencia de la insatisfacción, más por el trato que por el diagnóstico y el tratamiento indicado.

La relación médico - paciente, constituye un valor en la práctica clínica; es a través de

esta reciprocidad que se logra la prevención y restauración de la salud, incluida la rehabilitación. Esta práctica se realiza mucho mejor cuando se unen habilidad y la destreza de la medicina para brindar una atención de calidad. Para realizarlo con seguridad debemos actuar como pensamos, es decir, tal como somos en realidad. (Alcorta-Garza, et al, 2005).

El personal de salud que labora con 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 extra verbales las que alcanzan mejores resultados para acceder a las interioridades del paciente y sus acompañantes (Arroba, Dago & Manzarbeitia, 2010).

Se han realizado múltiples publicaciones comparativas sobre el nivel de empatía tanto en estudiantes como en profesionales de la salud, así como por género y especialidades, los cuales han utilizado en su mayoría la Escala Jefferson de Empatía Médica versión (PS) (JSPE, por sus siglas en inglés) (Suh D. et al, 2012). La misma que valora el comportamiento empático del profesional de salud.

Esta investigación analizó y describió los conocimientos, destrezas y prácticas de las personas que atiende a pacientes pediátricos en el establecimiento de salud pública Enrique Garcés de Quito y así desarrollar esta cualidad, clave para una atención de calidad y calidez a los niños y sus familias.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Consideraciones históricas de la relación médico paciente

Desde tiempos remotos la medicina se basó en el respeto a la naturaleza con un concepto de enfermedad como la pérdida del equilibrio de lo natural.

El enfermo, que deriva del latín *in firmus* o “*no firme*”, también llamado paciente que deriva de *patiens* o “*sufriente*”, era considerado como alguien que por su estado no podía comprender lo que le afligía y por ello se lo trataba como alguien que no necesitaba entender su condición sino solamente recibir ayuda y seguir las indicaciones que se le dé, basándose en el modelo paternalista que por tantos años rigió la medicina.

La historia de la relación entre el médico y el paciente, va más allá en el tiempo que la medicina misma, ya que antes de sus inicios, ya existía una persona enferma y una persona responsable de su bienestar (sacerdote, chamán, entre otros). Incluso, retrocediendo más en el tiempo, podemos ver que varias civilizaciones ya veían a los cuidadores de la salud como representantes de los dioses y esto era, de por sí, terapéutico para los enfermos a pesar del poco conocimiento científico que los hombres tenían en aquellas épocas.

Según la influencia hipocrática, el galeno no es sólo un ente físico, sino un conjunto inseparable con lo psíquico (Rodríguez, 2008). Es así que en los siglos XVIII y XIX se incluyen los ámbitos sociales y psicológicos de la medicina, se buscan fundamentos científicos de distintas patologías y empieza el desarrollo de las distintas especialidades médicas.

La medicina evoluciona, dejando rezagada la sola experiencia del médico como lo correcto, y considera las bases científicas y experimentales como necesarias para llegar a un adecuado diagnóstico.

Así, el paciente también cambia y evoluciona a ser una persona capaz de opinar sobre las decisiones en cuanto a su padecimiento y el tratamiento que va a recibir. Se lo considera como alguien que puede comprender su situación y tiene capacidad de decidir, lo que lo convierte en un ente activo de la relación médico paciente.

2.2 Relación médico paciente

El actual progreso en el estudio de las personas y sus enfermedades en relación con el uso y perfeccionamiento de nuevas tecnologías, son algunos de los retos a los que se enfrenta la medicina actual, ya que en ocasiones pueden afectar directa o indirectamente el trabajo y desempeño del profesional en este campo. Según algunos autores incluso puede propiciar un ejercicio de la medicina con pérdida de valores, alejado de la ética, que influyen en cómo se desarrolla el trato entre el paciente y el personal sanitario, teniendo como consecuencia la percepción de una mala calidad en la atención y vigilancia de su salud.

“La relación entre el apego madre-hijo, presenta semejanzas con la relación médico-paciente. El niño precisa la protección de la madre para subsistir, y cuando sufre, el apego se incrementa en busca de su cercanía” (Hojat, 2012). En analogía, cuando el paciente se siente enfermo o angustiado, busca instintivamente asistencia en la “figura protectora” de su médico, vinculándose involuntariamente a la relación mencionada.

Como afirma Maglio (2014), “para el paciente, el médico es un entendido que entrega recetas y para el galeno, el enfermo es un “libro”, con signos y síntomas a interpretar”. Además en ésta misma publicación cita a Entralgo (1990) diciendo que “la relación médico paciente es el encuentro entre dos necesitados, el que quiere curar y el que quiere ser curado”.

Si se considera de una forma más social al entorno de la conexión médico paciente, diremos que se muestra como una relación heterogénea, diversa y en ocasiones hasta influida por prejuicios del paciente al médico y viceversa.

Hevia, F. (2010) nos menciona que las caracterizaciones de confianza y desconfianza de los usuarios de un sistema de salud se ven reflejados en la relación que mantienen distintas variables como: la capacidad técnica, la excelencia de la medicación y la atención personalizada y las referencias, familiares, personales y sociales de los sistemas de atención (públicos y privados) donde el problema más importante se relaciona con la resolutividad del sistema.

Estableciendo a la empatía es un factor importante en la relación del paciente con todo el personal del sistema de salud, ya que si los usuarios tienen una mayor confianza en que sus dudas y requerimientos serán atendidos adecuadamente mostrarán una asistencia mayor a los

centros o subcentros de salud. Pero la confianza como “mecanismo de toma de decisiones” tiene límites, ya que cuando se percibe que no hay riesgo no influye mucho la confianza que sienten, sino otras intervinientes como atención rápida y efectiva, cercanía, dinero o tiempo.

Cuando se establece una empatía, el elemento fundamental en la conexión del médico con el paciente, es cuando el profesional se coloca “en los zapatos del paciente”, para lograr entender más allá de su enfermedad, logrando así entender mejor las emociones, sentimientos e interrogantes. Así como lo señala Maglio (2014), citando a Miguel de Unamuno "el equilibrio es estar con el paciente sin ser el paciente”.

En la relación médico-paciente, el médico tiene el arduo trabajo de combatir con el dolor ajeno y el propio. Portillo y Rodríguez Nebot (1993), señalan que “es algo del orden de lo no elaborado y que reelabora permanentemente en cada contacto que tiene con sus pacientes”

Robert Veatch (1972), describe cuatro modelos de relación médico-paciente basándose en bioética.

- **Modelo paternalista.** Es el más antiguo, donde el médico es quien decide el mejor tratamiento o manejo para su paciente, el cuál por estar enfermo o emocionalmente indispuerto no puede comprender su estado ni decidir por sí mismo. El médico busca “objetivamente el bien del enfermo”, lo que puede llegar a vulnerar la autonomía del paciente.
- **Modelo Informativo.** El médico diagnostica y propone tratamiento que se espera actúe idóneamente. No se siente responsable ni comprometido. El paciente toma la decisión de como desea que su patología sea manejada.
- **Modelo Interpretativo.** El médico “interpreta” los síntomas o signos del paciente. Informándole de ellos y brindándole opciones de manejo según lo que se analice. Hace las veces de consultor o consejero.
- **Modelo de compromiso o confianza recíproca.** En este modelo prevalece siempre la empatía y confianza entre el paciente y el galeno. Es una relación equitativa donde se comparten las decisiones y la responsabilidad.

Estas variantes pueden tener diferencias al momento de aplicarlas, influenciadas principalmente por diferencias culturales o sociales y según la patología o situación específica en la que está el paciente.

Hevia, F. (2006) cita algunas razones que influyen en la relación médico paciente y que no necesariamente tienen que ver directamente con el personal de salud. Nos dice que la empatía y la confianza en los sistemas de salud, sobretodo en la parte pública, se ve afectada también por la cantidad y calidad de medicamentos disponibles en cada centro, ya que en ocasiones no se pueden entregar tratamientos completos a los pacientes.

Luengas M (2003), cita que muchas veces los pacientes llegan a la consulta con muchos problemas no relacionados directamente con su enfermedad, por lo que existirán expectativas que no se puedan solucionar, por más que exista compasión y comprensión en el personal de salud.

2.2.1 Relación médico – paciente en pediatría

Se ha hablado de la importancia de una adecuada relación médico paciente para el éxito de cualquier intervención en salud. La relación con pacientes adultos es muy diferente a la que se tiene en pediatría, por la especial interacción con la “familia” de nuestros niños.

El modelo de relación que se establecerá depende mucho -del tipo de familia del paciente y de la personalidad del médico, entendiendo que algunas de las cualidades más importantes con la paciencia, la comprensión y la amabilidad, sin olvidar en que pediatría es indispensable también demostrar el amor a los niños.

Cuando se relaciona el médico con un recién nacido o lactante, no se puede establecer una comunicación verbal con ellos, por lo que los padres o los cuidadores son los interlocutores. El pediatra debe usar un lenguaje sencillo y de fácil comprensión, intentando disminuir los temores de los padres mientras explora con gentileza y perspicacia al bebé.

Con los preescolares se puede tener ya cierto tipo de comunicación verbal, siendo importante que el pediatra se gane su amistad y confianza. Se le explicará con palabras simples lo que va a hacer siempre intentando quitarle miedos a él y a su familia.

Al encontrarse ya en una etapa escolar, los niños son capaces ya de comprender y también pueden tener dudas acerca de su enfermedad o de los procedimientos que se le realizarán, siendo importante hablarles siempre con la verdad pero con un lenguaje sencillo de

comprender, intentando calmarlos frente a sus miedos.

Finalmente, con el adolescente es importante ganarse su confianza y amistad, asegurando la confidencialidad sobre su persona y su enfermedad. A veces puede expresar deseos de autonomía en cuanto a las decisiones relacionadas con su salud, por lo que el médico debe tener perspicacia en cuanto a los problemas que serán comunicados a la familia, siempre de una forma armónica y con el consentimiento del joven.

Teniendo en cuenta la edad del niño y el desarrollo psicológico alcanzado el personal sanitario se puede relacionar directamente con cada paciente y sabrá qué tipo de lenguaje se deberá usar, el tipo de información que solicitará y brindará, así como su participación en el tratamiento a seguir.

Al tratarse de una enfermedad crónica, el rol del médico va más allá, ya que no sólo deberá tratar la enfermedad y sus complicaciones, sino que deberá profundizar en como lo percibe el paciente así como su familia, y muchas veces con las dudas y actitudes que tienen al sentirse incapaces de enfrentarla, lo que muchas veces deriva en la sobreprotección de los padres, haciendo que el niño se sienta inseguro de sí mismo y algunas veces pueda percibirse diferente, inútil o con actitudes negativas frente a los demás.

Tal como nos indica Rodríguez (2008):

“El médico deberá profundizar al respecto para enseñar al niño y sus familiares las particularidades de la enfermedad, sus causas, sus implicaciones resultantes y cómo afrontarlo de la manera más adecuada, que asegure, dentro de las condiciones y restricciones de la patología, la calidad de vida y por lo tanto, un pleno desarrollo de la personalidad”.

2.3 Empatía

Etimológicamente la palabra empatía deriva del griego *empátheia*, *em* (dentro) y *pathos* (sentimiento), “sentir en” o “sentir dentro”, fue empleada por primera vez por el psicólogo inglés Edward B. Titchener, para describir la capacidad de percibir las experiencias subjetivas de los demás. Titchener pensaba que la empatía emerge a partir de una especie de reproducción física de la angustia o preocupación del otro y que permite que se reproduzcan los mismos sentimientos en uno mismo.

Se la conoce también como inteligencia interpersonal, refiriéndose a la habilidad intelectual y afectiva que tiene alguien para entender el universo emocional de otra, considerando que al analizar nuestros propios sentimientos y emociones, estaremos más abiertos a los de los demás.

Los orígenes de la empatía pueden ser encontradas desde muy pronta edad, ya que prácticamente desde que nacen los niños se sienten afectados cuando oyen el llanto de otro bebé, e incluso se ha visto que poco después de nacer los niños reaccionan ante la preocupación o alteración de quienes los rodean como si fuera el suyo propio, lo que algunos investigadores consideran como precedente de empatía.

La empatía se ha descrito como un concepto que involucra tanto los dominios cognitivos como afectivos o emocionales. El dominio cognitivo de la empatía implica la capacidad de entender los sentimientos y experiencias de otra persona y la capacidad de ver el mundo externo desde su perspectiva. El dominio afectivo implica la capacidad de entrar o unirse a los sentimientos y vivencias de otras personas. Las relaciones afectivas que provocan la respuesta emocional son conceptualmente más relevantes para la simpatía que para la empatía (Hojat, 2002).

Una de nuestras necesidades humanas básicas es ser entendidos. Esta percepción forma la plataforma sobre la cual se construyen las relaciones sociales (Kunyk, 2001). Por lo tanto, al establecer empatía cumplimos una de las necesidades más básicas del ser humano. También es una destreza social que ha probado éxito y que en mayor medida garantizan un apropiado desempeño en la organización interpersonal. Así como otras destrezas sociales, la empatía también se puede conseguir e irla desarrollando a través de la vida con excepción de aquellas personas que presenten patologías que impidan el perfeccionamiento de la misma.

Para lograrla se necesita, proporcionar atención suficiente a la otra persona, aunque este proceso en su mayor parte se realiza de forma inconsciente, y precisa comprender y aceptar que las otras personas pueden sentir y pensar de forma parecida y a la vez diferente a la nuestra.

En un ámbito más social, la empatía se encuentra sujeta a desigualdades propias de la vida social. Luengas M. et al (2013) menciona que una vivencia profunda despierta la

reflexión ética, colocando puentes entre lo privado y lo público, entre lo plausible y lo emocional, entre los bienes internos y los externos. Siendo así que la empatía desarrollada a través de vivencias propias, nos permite identificarnos con otras personas y ver desde una perspectiva más amplia su situación, transformándonos en seres distintos, más solidarios, con más empatía y comprensión. Goffman E. (1973), piensa que las personas actúan frente al resto debido a la presión social, muchas veces reprimiendo impulsos y comportamientos, lo que significa intentar actuar tal como se espera según la convención social, tomando el término teatral del *self* para determinar el esfuerzo que como personas hacemos para controlar nuestros impulsos y comportarnos según se espera, estableciéndolo como un constructo social que adquirimos las personas por medio de la interacción social. Y aunque algunos lo ven como una interpretación de un «yo utilitarista», en beneficio propio, otros lo ven como un “yo” constituido por una multiplicidad de selves que se alternan ante públicos diferentes, entrando en conflicto entre sí, limitándose recíprocamente, sin que se pueda captar un estrato de la personalidad más fundamental, que sustente todos los aspectos y las modelaciones de sí mismo (Manning, 1992). L

Varias investigaciones concluyen que las personas nacen con una predisposición biológica a ser empático, si bien será el ambiente donde se desarrolla, sus experiencias, las relaciones sociales, el aprendizaje y otros factores, los determinantes para que esta cualidad innata llegue a expresarse (Moya-Albiol, 2014).

Torrealba (2004) ya expuso que la empatía es la facultad para hacer tuyas las vivencias del otro. Refiere que Husserl en 1905, introdujo la definición de empatía (*Einfühlung*), como las vivencias y experiencias de la conciencia de los demás, en contraposición a la experiencia que hace de sí misma la propia conciencia.

El invertir en educar en empatía será invertir en la evolución de una sociedad menos violenta, donde se considera el respeto la solidaridad, y la capacidad de dialogar con los demás (Moya-Albiol, 2014).

Para que se exprese la empatía, varios autores advierten tres momentos: primero, percibir las vivencias o la situación en que el otro se encuentra; segundo, interiorizar la vivencia del otro y tercero, percibir su estado como propio, donde este proceso no sea solamente conocido sino comprendido. No significa estar alegre o triste si el otro lo está, sino ser capaz de vivir su alegría o su tristeza, teniendo la capacidad de entender la realidad del otro.

Hojat (2012) cita a Levasseur y Vance (1993) cuando expresan “la empatía no es una experiencia psicológica o emocional, ni un salto psíquico hacia la mente de alguien más, sino un respeto hacia otro como persona”.

2.4 Empatía y salud

Las definiciones de empatía no son consistentes de un tratado a otro, y hay una importante discrepancia sobre algunos temas básicos en el campo. Las definiciones que existen pueden destacar elementos cognitivos, emocionales o de comportamiento, o alguna combinación de ellos. Los humanistas, los especialistas en ética y los científicos sociales coinciden en que la empatía es crítica, y muy a menudo falta en la atención médica (Sulzer, 2016).

Torrealba (2004) afirma: “Que la acción de velar por la salud, reconoce tener la facultad de ser empático con el paciente, de interiorizar sus vivencias y hacerlas propias, pero no será igual en todos los seres humanos”. Esta herramienta en la relación sanitaria con el paciente hace posible la comunidad en equipo, la humanización en el trato; por ello, se pregunta si habría una pedagogía para desarrollar la empatía y, en el caso que la hubiere, cuáles serían las estrategias para desplegarla en los procesos formativos de los futuros profesionales sanitarios.

Hadjikhani (2014), afirma que cuando una persona logra percibir alguna situación de dolor o angustia ajena, activa áreas cerebrales de alerta afectiva, que ayuda a percibir y sentir las emociones en el propio cuerpo, siguiendo con una fase donde se activan áreas especializadas en lenguaje corporal y facial lo que facilita comprender los estímulos iniciales. Finalmente habla de una etapa donde se regulan las emociones y puede o no pasar a la fase final o de conducta, en la cual la persona expresa afecto y ayuda a la persona que sufre.

Relacionando esto en el acápite de salud, varios autores afirman que a partir de percibir el malestar del paciente, se activa el componente afectivo de la empatía donde el sentirse preocupado por la situación o angustia del paciente podría causar una sensación de malestar hacia “uno mismo” transformándolo en preocupación empática orientada al paciente.

Una vez que se logra distinguir las situaciones que involucran al paciente y al médico, es cuando se pueden procesar vivencias propias que ayudarían a manejar adecuadamente el

malestar y el dolor del paciente, para lo cual es importante adiestrar la perspectiva en situaciones no reales y así conseguir una conducta empática intrínseca en una situación real.

El término empatía en relación a la salud, identifica la facultad de entender los sentimientos y vivencias de otra persona, así como la capacidad de comunicar esta comprensión al paciente. Sin embargo, se ha visto envuelta en asociaciones teórica o empírica con atributos como el respeto, el comportamiento pro social, el razonamiento moral, las actitudes positivas hacia las personas, la ausencia de demandas o litigios por mala práctica, la habilidad para recabar la historia clínica, realizar un adecuado examen físico, la complacencia del médico y del paciente, una buena relación terapéutica y así obtener los mejores resultados clínicos. (Hojat, et al., 2002).

En el ámbito de la salud, la empatía se define como un atributo predominantemente cognitivo (más que afectivo o emocional) que implica la capacidad de comprender el dolor, las experiencias, las preocupaciones y las perspectivas del paciente, combinadas con la habilidad comunicativa y la intención de ayudar (Hojat et al 2002, Hojat y Gonnella, 2015).

Actualmente se considera que se ha visto afectada por múltiples factores entre ellos, los adelantos científicos y equipos tecnológicos, redes sociales y las formas de encontrar respuestas a inquietudes sobre salud aunque no siempre son las más adecuadas ni las más cordiales. El humanismo como prioridad en el ejercicio clínico no puede ser sustituido por la sola aplicación de conocimientos y tecnologías de punta.

La empatía y humanismo deben poseer la justa medida, para no involucrar al médico emocionalmente con el paciente, ni hacerlo indiferente ante su padecer (Marcus, 1999).

Hojat et al. (2011) expresan que una buena habilidad empática es trascendental en la profesión médica ya que permite aumentar la confianza del paciente con el médico y mejora los resultados clínicos.

En la empatía entonces, tal como lo mencionan Sánchez y Mora (2009), deben relacionarse 3 campos fundamentales: la adquisición de perspectiva donde el personal sanitario sienta lo que el paciente dice y siente, comprendiendo sus sentimientos como medio terapéutico, a la par de comprender los sentimientos de la familia, tratarlos con amabilidad, buen sentido del humor, valorando el lenguaje verbal y no verbal, atender al paciente desde su perspectiva, intentando pensar como él y poniéndose en sus zapatos, como una habilidad

médica y estrategia terapéutica por sí misma. La Compasión se relaciona con conocer y comprender las circunstancias o problemas por los que está atravesando el paciente y relacionarlo probablemente con sus dolencias físicas, poniendo atención a las experiencias personales como elementos imprescindibles en la efectividad del tratamiento, sin dejar de lado el demostrar interés por lo que dicen durante la entrevista e historia clínica. Finalmente la capacidad de Ponerse en Lugar del Paciente o “ponerse en sus zapatos” donde se intenta observar las situaciones desde la posición del paciente, entendiendo que deben ser comprendidos ya que el relacionarlo con experiencias propias hace que la conexión médico – paciente – familia sea más humana y brinde entendimiento del papel de la familia y el paciente en el proceso salud enfermedad.

Varios de los inconvenientes que se presentan a menudo entre el paciente, sus familiares y los profesionales sanitarios son secundarios a la poca o nula satisfacción, más por el trato que por el diagnóstico establecido o el tratamiento prescrito.

Lo importante es instaurar un buen contacto humano y empático con el paciente e interesarse por él como persona, ya que si no se establece una relación empática con él, no se comprenderán las vivencias, problemas y sentimientos relacionados con la afección y sería más difícil proponer un análisis objetivo de esta y poder brindarle una solución o a su vez no se generaría la suficiente confianza o el entendimiento para poder derivarlo al siguiente nivel de salud en caso de requerirlo.

2.5 Elementos de medición de empatía

La empatía, cómo se vio, supone un reto para ser definida por los investigadores, tomando en cuenta sus diferentes aspectos perceptivos, cognitivos, emocionales o comportamentales, lo que ha convertido en un gran desafío para los investigadores el querer medir la empatía.

Existen diversos instrumentos para dimensionar la empatía, como cuestionarios, escalas, o evaluaciones, que pueden ser auto administrados, evaluados por un interlocutor o por un tercero no participante en el estudio.

Se debe tomar en cuenta que así como son amplias las definiciones de empatía, lo son los instrumentos que la miden según el blanco de estudio o según el ambiente en el que se desenvuelven.

Al ser este estudio enfocado en el personal sanitario, se realizó la medición con uno de los instrumentos validados y más utilizados en las investigaciones sobre empatía y educación médica, la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) o traducida del inglés Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), de la cual se hablará a detalle posteriormente, que mide la empatía específicamente en estudiantes de medicina y médicos en el contexto del cuidado del paciente. (Hojat et al, 2002).

2.5.1 Escalas validadas de medición de empatía.

Muchas escalas de empatía han sido validadas con distintos sistemas. Algunas miden su componente cognitivo, otras valoran el enfoque emocional de la empatía, y otras lo ven con un enfoque multidimensional e incluso meramente situacional.

A continuación se detallan algunas escalas de empatía validadas. No se incluye el Test de Jefferson utilizado en este estudio ya que se lo detallará en un capítulo aparte.

Tabla 1: Escalas validadas de empatía.

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

IRI: Índice de reactividad interpersonal; MMPI: Escala Ma (manía); QMEE: (Questionnaire Measure of Emotional Empathy (Cuestionario de Medida de la Empatía Emocional).

Tomado de Pinargote (2018), modificado de: (Fernández-Pinto et al., 2008).

2.6 Test de Jefferson

Este test fue creado por el centro para la investigación educativa y atención médica de la

universidad Thomas Jefferson, en Filadelfia, basado en la certidumbre de que los instrumentos de medición de la empatía que existían, no abarcaban completamente a los elementos de la misma en el ámbito de la formación de profesionales sanitarios y de atención al paciente.

Hasta la actualidad el test se ha traducido a 56 idiomas/dialectos y ha sido utilizado en más de 85 países. Se lo ha aplicado ampliamente para estudiantes y profesionales sanitarios en los Estados Unidos y en el extranjero.

Existen 3 versiones del Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) o test de Jefferson citadas por Hojat y Gonella (2015): (1) la versión PS (Profesionales de la Salud) o HP (Health Professions): Que como su nombre lo indica es para la administración a médicos y profesionales de los distintos ámbitos de la salud, (2) la versión S: para la administración a estudiantes de medicina y (3) la versión HPS (Health Professions students): para la administración a estudiantes del área de salud y profesiones distintas a la medicina.

Estas tres versiones son bastante parecidas, variando ligeramente en la redacción para hacer que el texto sea más entendible y apropiado para la población a estudiar.

Existen una diversidad de investigaciones realizadas alrededor del mundo, e incluso existen muchos estudios aplicados en nuestro país. Hojat y Gonella (2015) encontraron algunos hallazgos donde se ha observado que aquellos quienes obtuvieron altos puntajes del test eran más propensos que los de bajo puntaje a optar por las llamadas especialidades "orientadas a las personas" (por ejemplo, medicina interna, medicina familiar y pediatría) en lugar de "tecnología" u orientadas a procedimientos (por ejemplo patología, radiología, anestesiología y cirugía).

Hojat et al. (2002) cita que en su investigación la empatía estuvo vinculada con un conjunto de propiedades como el comportamiento pro social, el razonamiento moral, las buenas actitudes con pacientes ancianos, la disminución de juicios por mala praxis, mejores relaciones terapéuticas y adecuados resultados clínicos. También demostró que las mujeres muestran más empatía que los hombres y con más afectuosas.

Esta escala de empatía médica de Jefferson incluyó 20 elementos tipo Likert respondidos

en una escala de 7 puntos (1 = muy en desacuerdo, 7 = muy de acuerdo). La puntuación del test de Jefferson puede variar desde un mínimo de 20 puntos y un máximo de 140; mostrando una orientación más empática en quien tenga más alto sea el puntaje. (Hojat et al., 2002).

Aunque las preguntas fueron colocadas indistintamente, se establecieron 3 grupos según su contenido. Según Hojat (2016), el primero se basó en una construcción de "la visión del médico de la perspectiva del paciente" (toma de perspectiva); el segundo se relacionó con "entender las experiencias del paciente" (atención compasiva); y finalmente el grupo que se relaciona con "ponerse en los zapatos del paciente" o la empatía como tal.

2.7 Empatía y género

Varios estudios muestran una correlación entre la empatía y el género en la que no se logra establecer una diferencia significativa al uno u otro género, e incluso se concluye que ambos pueden tener el mismo nivel de empatía, sin embargo algunos estudios claramente favorecen al género femenino sobre el masculino (Hojat et al., 2002; Kataoka et al., 2009, 2012; Santos et al., 2016). Esto se puede relacionar con la representación que las mujeres tienen una mayor tendencia a imaginarse en la posición del otro, respondiendo de una forma más emocional y manifestándolo de forma más sensible y compasiva.

No obstante, se debe entender que la sociedad en sí, y a través del tiempo ha fijado ciertos estatutos, mostrando a la mujer como la principal imagen de atención y cuidado de los demás, enfocándose en la manera de desenvolverse en algunas etapas de la vida, manejando conflictos o asuntos cotidianos del día a día, ya que desde la niñez se les da ciertas funciones, poniéndolas en la posición de sentir compromiso por las emociones de otros, ayudarlos y ser amables con el sexo opuesto y con su propio género, delegando a los hombres la parte de mostrar cierta "dureza afectiva", predisponiéndolos a mostrar algunas diferencias importantes al momento de mostrar empatía tales como control de emociones y sentimientos sin perder el equilibrio.

2.8 Formas de mejorar la empatía

Las habilidades sociales, con su componente emocional y conductual, forman parte importante en la consecución de la empatía, mejorando las relaciones interpersonales y estableciendo situaciones en las cada uno se sienta bien consigo mismo y con los demás. De no tenerlas, la persona puede llegar a sentir emociones negativas como frustración o

sentimientos de rechazo de los demás.

Es así, que tanto la empatía como las habilidades sociales, son campos que al ser mejorados permitirán brindar un trato de excelencia hacia los demás. La primera, es importante al mostrar mayor interés y compasión por los demás, mientras que con la segunda se logrará llegar a la primera a través de mejorar visiones, proyectos y objetivos en común.

Cuando existen conflictos emocionales, Caballo (2007) afirma que el mejorar las habilidades sociales resulta beneficioso para el ser humano, y nos muestra que se podría mejorar con varias intervenciones, algunas de las más importantes son:

- **Entrenamiento en habilidades:** Conociendo ciertas conductas, las personas pueden mejorarlas basándose en un aprendizaje social, donde su análisis, retroalimentación y refuerzo, desarrollando habilidades para solucionar problemas o el cómo actuar frente a determinadas situaciones.
- **Reducción de ansiedad:** Muchas personas son capaces de disminuir el estado de ansiedad por sí solos, sin embargo puede ser de mucha ayuda tácticas como yoga, musicoterapia, aromaterapia, tai chi, entre otras. Lo que ayuda no solo a disminuir la ansiedad sino a mejorar la calidad con la que viven las personas.
- **Reestructuración cognitiva:** Se considera uno de los puntos con mayores dificultades para alcanzarlo, ya que depende de la predisposición de la persona a cambiar sus rasgos basales de su personalidad. Se busca mejorar los valores, actitudes y/o creencias de una persona, encaminándolo a reaccionar de diferente manera o conducirse de una forma más empática.
- **Entrenamiento en resolución de problemas:** Se busca establecer conexiones entre los comportamientos, valores y actitudes dentro de un problema o situación, percatándose de distintos parámetros que servirán para lograr un objetivo común.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Justificación

La relación médico paciente, es uno de los más importantes principios para obtener una atención eficaz y de calidad y así alcanzar la satisfacción en el paciente, siendo una de las múltiples causas la poca capacidad interacción del personal sanitario con el paciente ofreciéndole un trato humanista y orientado a solucionar sus necesidades no simplemente clínicas sino de atención e información.

En nuestro país han sido pocos los estudios realizados en los cuales se evalúa la importancia de la capacidad médica de empatía relacionada con la satisfacción que pueda sentir el paciente o su familia, y a la actualidad no se ha descrito ninguno en relación a la empatía del personal con pacientes pediátricos en un hospital público, por lo que considero de gran importancia conocer el panorama actual de estos aspectos.

Este estudio permitió conocer si los profesionales sanitarios tienen una relación empática con el paciente y su familia, y con las entrevistas realizadas también muestra sus conocimientos y pericias en relación a este tema, ya que indagó ampliamente en el campo de la conexión médico – paciente – familiar que tanto peso tiene en la pediatría.

La finalidad de este trabajo es brindar información sobre empatía y ampliar los conocimientos de la relación médico paciente, colaborando así directamente con los profesionales que trabajan en las diferentes áreas pediátricas y neonatológicas del hospital público Enrique Garcés, y ofreciendo un beneficio indirecto sobre los pacientes pediátricos y sus familias ya que recibirán una atención más humanizada incrementando así su satisfacción.

3.2 Problema de Investigación

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la empatía que tiene el personal de salud (médicos, personal de enfermería y auxiliares) que atiende a pacientes pediátricos en el Hospital público Enrique Garcés de la ciudad de Quito?

3.3 Objetivos de la investigación

3.3.1 Objetivo general

Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre empatía del personal de salud que atiende a pacientes pediátricos en el Hospital público Enrique Garcés de Quito en el período septiembre a octubre del 2018.

3.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la empatía que tienen médicos, enfermeras, enfermeros y auxiliares de enfermería, que trabajan con niños y neonatos.
- Establecer los factores que influyen en las nociones empáticas que posee el personal de salud que atiende a pacientes pediátricos.
- Describir los conocimientos actitudes y prácticas sobre empatía que posee el personal sanitario que se desenvuelve en el ámbito pediátrico, a través de la escala de Jefferson.

3.4 Tipo de metodología

Esta investigación llevó un diseño cuantitativo y cualitativo, descriptivo y analítico. Además se desarrolló en una fase cuantitativa y una cualitativa.

En la fase cuantitativa se realizó el test de Jefferson que se aplicó a 114 personas que laboran en los departamentos de emergencias pediátricas, hospitalización y neonatología del hospital público Enrique Garcés.

La fase cualitativa se realizó después de una selección cuidadosa del personal que fue adecuado para brindar la mayor calidad de información en una entrevista individual semiestructurada con la cual se estableció un diálogo personal entre la entrevistadora y el sujeto de estudio para recabar datos e información relevante para la investigación. De las 114 personas que fueron el universo de estudio, fueron escogidos 16 conforme a una selección de informantes diversa y representativa, para así lograr testimonios plurales y significativos con la finalidad de la investigación.

3.4.1 Fase cuantitativa

Para esta fase se usó el test de Jefferson, versión en español, el cual consta de 20 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 7 puntos que va de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), dichos ítems fueron validados en estudios en los que le relacionaron con varias cualidades, tales como: preocupación empática, toma de perspectiva, tendencia a transponerse uno mismo imaginativamente en los sentimientos de personajes ficticios en libros, películas o juegos, calidez, confianza en los demás, atributo personal de empatía, simpatía global, compasión, tolerancia, crecimiento personal o aprendizaje, comunicación, autoprotección, humor, y neutralidad clínica. (Hojat, M. 2001)

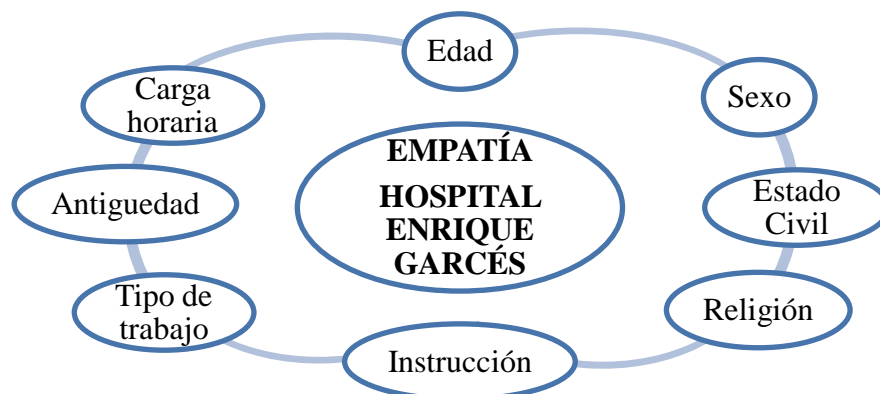
La puntuación que puede obtenerse con esta escala oscila entre 20 y 140 puntos, siendo el nivel de empatía directamente proporcional al resultado obtenido. (Hojat, Gonnella, Mangione, Nasca, & Magee, 2003).

En este estudio se estableció el 50% del puntaje como limitante para establecer a una persona con alto o bajo nivel de empatía, es decir con el puntaje por debajo de 70 se los considero como un bajo nivel empático y a las personas con más de 70 puntos como un alto nivel empático.

Además se realizó estadística descriptiva e inferencial con distintas variables (edad, sexo, estado civil, religión, nivel de instrucción, antigüedad, horas de trabajo semanal) para comparar la empatía con dichas variables (tabla 2).

3.4.1.1 Operacionalización de variables cuantitativas

Figura 1: Operacionalización de variables cuantitativas



Elaboración: Franco G. 2019.

Tabla 2: Matriz de operacionalización de variables cuantitativas

VARIABLES ESPECÍFICAS	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Edad	Cuantitativa	Edad biológica o tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Años	Años	Media, mediana, moda, desviación estándar.
Sexo	Cualitativa	Características biológicas que los dividen en masculinos y femeninos,	Sexo	Masculino Femenino	Frecuencia Porcentaje (Chi cuadrado)
Estado Civil	Cualitativa	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, matrimonio o parentesco.	Estado Civil	Soltero Casado Unión libre Otros	Frecuencia Porcentaje (Chi cuadrado)
Religión	Cualitativa	Creencias y prácticas acerca de lo considerado divino o sagrado, tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual	Religión que practica	Católico Cristiano Ateo Otros	Frecuencia Porcentaje (Chi cuadrado)
Nivel de Instrucción	Cualitativa	Nivel máximo de estudios	Nivel de instrucción	Primer nivel Segundo nivel Tercer nivel Cuarto nivel	Frecuencia Porcentaje (Chi cuadrado)
Tipo de trabajo	Cualitativa	Labor que desempeña	Puesto de trabajo	Médico tratante Médico residente Enfermero/a Auxiliar	Frecuencia Porcentaje (Chi cuadrado)
Carga horaria	Cuantitativa	Cantidad de horas a la semana	Horas	Horas	Media, mediana, moda, desviación estándar.
Antigüedad	Cualitativa	Tiempo de experiencia en su labor	Período de tiempo en su cargo	<1 año 1-5 años 6-10 años ≥10 años	Frecuencia Porcentaje (Chi cuadrado)

Elaboración: Franco G. 2019

3.4.1.2 Criterios de inclusión y de exclusión

Los criterios de inclusión para el estudio fueron:

- Personas que deseen participar libre y voluntariamente en la investigación y firmen el consentimiento informado.
- Personal de salud (médicos tratantes, postgradistas, personal de enfermería y auxiliares de enfermería).
- Personal de salud que trabaje en el área pediátrica (neonatología, emergencia, hospitalización).

Los criterios de exclusión para el estudio fueron:

- Personas que no deseen participar en la investigación y que no firmen el consentimiento informado.
- Personal de salud que trabaje en otra área que no sea pediatría.
- Personal de salud que tenga diagnóstico previo de algún tipo de trastorno del espectro autista.

3.4.1.3 Universo y muestra

Lo constituye médicos tratantes, residentes, enfermería y auxiliares que atienden a pacientes pediátricos en las áreas de emergencias pediátricas, hospitalización y neonatología del Hospital público Enrique Garcés de la ciudad de Quito. (Tabla 3)

El total a estudiar fueron 114 personas en esta fase. Por lo tanto la muestra es igual al universo.

Tabla 3: Universo y muestra (número de personas – Hospital Enrique Garcés)

TRABAJADORES	NÚMERO DE PERSONAS
Médicos tratantes	23
Médicos residentes y postgradistas	25
Personal de Enfermería	34
Auxiliares	32
TOTAL	114

Elaboración: Franco G. 2019

3.4.1.4 Obtención y recolección de la información

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

3.4.1.5 Plan de análisis de datos

La información obtenida fue recogida y transcrita en Excel para luego ser analizada en el programa estadístico Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (por sus siglas en inglés SPSS 25.0), versión en español.

Las medidas de tendencia central que se usaron para resumir los conjuntos de valores fueron media, mediana, moda, mínima, máxima y desviación estándar.

Dentro de las medidas de asociación se utilizó el Chi cuadrado y el valor de p, estableciendo que al ser este mayor a 0.05 se relaciona con resultados estadísticamente no significativos y a la inversa.

3.4.2 Fase cualitativa

Esta se realizó a través de entrevistas, donde se analizaron los conocimientos, y pericias que tiene el personal de salud en torno a la empatía.

Se utilizaron entrevistas semiestructuradas individuales, las preguntas se relacionaron tanto con los parámetros medidos por el test de Jefferson como con diversos conceptos y estrategias para fomentar empatía en el entorno de salud. (Tabla 4)

3.4.2.1 Operacionalización de categorías cualitativas

Tabla 4: Matriz de Operacionalización de categorías cualitativas

CATEGORÍA ESPECÍFICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CARÁCTER	INSTRUMENTO
Conocimiento sobre conceptos de empatía y relación médico – paciente	Comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.	CONDUCTUAL Costumbres, valores, y actitudes COGNITIVO Conocimientos propios MATERIAL Representaciones socioculturales prácticas médicas	Entrevista semiestructurada
Actitud del personal con pacientes pediátricos	Comportamiento que emplea un individuo para realizar sus labores	Comunicación Predisposición	Entrevista semiestructurada
Prácticas sobre empatía y relación médico paciente	Habilidades y destrezas adquiridas durante un proceso de aprendizaje.	Destrezas Hábitos Eficiencia	Entrevista semiestructurada

Elaboración: Franco G. 2019

3.4.2.2 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para el estudio fueron:

- Personas que libre y voluntariamente deseen participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.
- Personal de salud (médicos tratantes, postgradistas, personal de enfermería y auxiliares de enfermería).
- Personal de salud que trabaje en el área pediátrica (neonatología, emergencia, hospitalización).

Los criterios de exclusión para el estudio fueron:

- Personas que no deseen participar en la investigación y que no firmen el consentimiento informado.
- Personal de salud que trabaje en otra área que no sea pediatría.
- Personal de salud que tenga diagnóstico previo de algún tipo de trastorno del espectro autista.

3.4.2.3 Universo y selección de informantes

Para las entrevistas se seleccionaron personas del universo tomado previamente, a quienes se consideró como informantes clave en base a su capacidad de comunicación, relación, colaboración y accesibilidad.

La entrevista semiestructurada individual se realizó a un total de 16 participantes escogidos en función de género (2 hombres, 2 mujeres) y actividad que realizan es decir de los grupos de médicos tratantes, médicos residentes, enfermería y auxiliares. (Tabla 5).

Cabe recalcar que se tomaron informantes indistintamente de las diferentes áreas del servicio de pediatría.

3.4.2.4 Obtención y recolección de información

Se realizaron entrevistas semiestructuradas de forma individual, donde se incluyeron preguntas estructuradas y otras espontáneas con criterio secuencial hasta alcanzar la información requerida. Las preguntas de la entrevista estuvieron relacionadas con las características particulares que estudia el Test de Jefferson y sobre conocimientos y actitudes de empatía.

La recolección de datos se realizó por medio de audio, con grabadora de voz digital, con consentimiento previo del participante. Se estimó que el tiempo de cada entrevista fue de aproximadamente 25 a 30 minutos. (Anexo 5)

Tabla 5: Colaboradores de entrevista – Hospital Enrique Garcés

PARTICIPANTES	NÚMERO
Médicos tratantes	4
Médicos residentes y postgradistas	4
Personal de Enfermería	4
Auxiliares	4
TOTAL	16

Elaboración: Franco G. 2019

3.4.2.5 Plan de análisis de datos

Los datos de las entrevistas recogidos por medio de una grabadora de voz

fueron transcritos textualmente en Microsoft Office Word, para luego ser analizados y así poder realizar resúmenes agrupados según sus características.

La transcripción textual y la codificación dada a cada entrevista se realizó manualmente, con esto se realizó un análisis narrativo de su contenido, estableciendo semejanzas y modas para ser categorizadas e identificadas y agruparlas según sus características para así poder realizar resúmenes representativos de cada una.

Para el análisis de los datos se realizaron las siguientes fases:

- **Fase 1: Entrevista individual**

Previa explicación del tema y objetivos del estudio se realizó la entrevista individual al informante seleccionado.

- **Fase 2: Lectura y transcripción**

Se realizó transcripción textual de los datos del registro de audio, utilizando Microsoft Word. (Álvarez-Gayou Jurgenson, 2003)

- **Fase 3: Codificación**

Se realizó codificación de las entrevistas obtenidas, con las que se logró reunir grupos de información relevante para poder contestar la pregunta de investigación. (Álvarez-Gayou Jurgenson, 2003)

Para los participantes se realizó también una codificación especial, tomando iniciales del cargo que ocupan, nombre, edad y sexo.

Tabla 6: Codificación de entrevista

PALABRA	CONCEPTO
FAMILIA	Grupo de personas unidas por cercanía o relaciones interpersonales, donde se aprende valores, principios y nociones de la vida. Pueden estar relacionadas o no de forma consanguínea.
PROBLEMA	Estado o situación que requiere una solución y que puede ocasionar preocupación por algún motivo en concreto.
EMPATÍA	Capacidad de percibir y comprender lo que otra persona puede sentir o lo que le afecta.
SERVICIO	Conjunto de actividades que buscan satisfacer necesidades y que pueden verse influenciadas de una forma positiva o negativa por la experiencia o el tiempo.
COMPRENSIÓN	Capacidad de percibir las cosas y entender las implicaciones que estas puedan tener en un aspecto determinado.
COMUNICACIÓN	Intercambio de información con el fin de transmitir una idea o explicar una situación.
PREOCUPACIÓN	Es el estado o la reacción que puede existir frente a un problema o una situación difícil y la necesidad de darle una solución.
RELMEDEPACIENTE	Es la relación existente entre el médico y el paciente basada en generar confianza para poder brindar su ayuda de forma humanitaria y noble, buscando siempre el bienestar de su paciente
CASO	Es la descripción de los acontecimientos que ocurren a un paciente en el curso de la enfermedad y lo hacen de mayor o menor interés para el médico en cuanto a su manejo, seguimiento y pronóstico.
AÑOS	Tiempo cronológico que le puede brindar experiencia a una persona

Elaboración: Franco G. 2019

- **Fase 4: Análisis de entrevistas.**

Utilizando el programa Microsoft Word y de acuerdo a la codificación de entrevistas se hizo una selección de contenido de las entrevistas para posteriormente agruparlos y analizarlos según cada tópico.

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

Usando los diagramas basados en los gráficos de Giddens se realizó una

sinopsis resumida de cada contenido etnográfico

- **Fase 6: Informe de resultados:**

Se realizaron análisis por capítulos según el tema abordado para poder condensarlo en un informe final.

3.5 Aspectos Bioéticos

Al involucrar seres humanos en la investigación, se tomó la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (64° Asamblea General, Fortaleza; Brasil; octubre 2013)

Esta investigación se realizó en el Hospital público Enrique Garcés, previa aprobación y autorización de la dirección médica de esta unidad, además de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y el comité de bioética de ambos lugares.

Fue una investigación sin riesgos biológicos, psicológicos ni sociales para los participantes, ya que solamente se manejaron el test de Jefferson versión PS y entrevistas semiestructuradas; además durante el estudio se brindó respeto y confidencialidad a los participantes y su información utilizando codificación.

3.5.1 Obtención del consentimiento informado para la obtención del estudio

Se adjuntó consentimientos informado para el test de Jefferson y posterior entrevista a los informantes seleccionados. Los resultados y conclusiones de este trabajo fueron solamente utilizados con fines investigativos. (Anexo 1 y 2)

3.5.2 Confidencialidad de la información

La información es confidencial, cada encuesta fue manejada con un código asignado por la autora, manteniendo en el anonimato el nombre del participante; de tal manera, que el uso de datos se realizó a partir del código asignado, y se conservó la confidencialidad de las referencias obtenidas.

La información será presentada en la disertación del trabajo final de tesis de la investigadora. Si los resultados y conclusiones de este estudio se publican o presentan, no se utilizará el nombre de los participantes.

Fotografía 1: Vista panorámica Hospital Enrique Garcés / Quito – Ecuador



Fuente: Registro de fotografías Hospital Enrique Garcés, 2018

Fotografía 2: Entrada al servicio de pediatría Hospital Enrique Garcés



Fuente: Registro fotográfico de la investigadora, 2019.

Fotografía 3: Servicio de hospitalización pediátrica Hospital Enrique Garcés



Fuente: Registro fotográfico de la investigadora, 2019.

Fotografía 4: Entrada al servicio de neonatología Hospital Enrique Garcés



Fuente: Registro fotográfico de la investigadora, 2019.

Fotografía 5: Servicio de neonatología Hospital Enrique Garcés / Quito – Ecuador



Fuente: Registro fotográfico de la investigadora, 2019.

Fotografía 6: Servicio de emergencias pediátricas Hospital Enrique Garcés / Quito – Ecuador



Fuente: Registro fotográfico de la investigadora, 2019.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1 Análisis cuantitativo univariado

5.1.1 Características generales de la población

Del universo estudiado de 114 personas, se encontró una población con una edad promedio de 37.5 años, con una desviación estándar de 10,37 años, una moda de 29 y 30 años, una mediana de 34 años, una mínima de 24 años y una máxima de 68 años de edad. (Figura 3)

El grupo etario encontrado con más frecuencia fue el de 30 a 39 años con un 44.74 % de todos los encuestados, seguido por el grupo de menores de 30 años, y el de 40 a 49 años para finalmente mostrar una minoría el conjunto de mayores de 50 años con 14.91 %.

Del personal estudiado existió una prevalencia importante del género femenino (n: 79) sobre el masculino (n: 35).

En relación al estado civil se encontró mayor cantidad de personas casadas, seguido por solteros y en otros estados civiles.

La mayoría de los encuestados registran un tercer y cuarto nivel de educación. Además más del 80% expresaron su religión católica superando a otras religiones.

Se observó que el grupo mayoritario entre los encuestados fueron personal de enfermería (29.82 %), seguidos de los auxiliares de enfermería, médicos residentes y médicos tratantes.

Además, se pudo evidenciar que el promedio de horas de trabajo semanales es de 45,26 horas, con una desviación estándar de 13.5 horas, una moda de 40 horas, una máxima 80 y una mínima de 40 horas.

Finalmente se pudo observar que del grupo de estudiado, un 35.9% han estado entre 1-5 años en su puesto de trabajo, seguido por los grupos de 6 a 10 años y más de 10 años con 25.4% y 28 % respectivamente. (Tabla N°7)

Tabla 7: Caracterización de la muestra, Hospital Enrique Garcés

VARIABLE	CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad	Menos de 30 años	28	24.56
	30 a 39 años	51	44.74
	40 a 49 años	18	15.79
	Más de 50 años	17	14.91
Sexo	Masculino	35	30.7
	Femenino	79	69.3
Estado civil	Soltero	42	36.84
	Casado	55	48.25
	Unión Libre	10	8.77
	Otros	7	6.14
Religión	Católica	94	82.46
	Cristiana	12	10.53
	Otras	8	7.01
Nivel de instrucción	Primer Nivel	6	5.26
	Segundo Nivel	22	19.3
	Tercer Nivel	54	47.37
	Cuarto Nivel	32	28.07
Tipo de trabajo	Médico Tratante	23	20.18
	Médico Residente	25	21.93
	Enfermera / o	34	29.82
	Auxiliar	32	28.07
Antigüedad	<1 año	12	10.53
	1 – 5 años	41	35.96
	6 – 10 años	29	25.44
	>10 años	32	28.07
Horas de trabajo	40 horas semanales	99	86.84
	>40 horas semanales	15	13.16

Elaboración: Franco G. 2019

5.1.2 Análisis del test de Jefferson versión PS

El test fue realizado por 114 personas, quienes obtuvieron un puntaje mínimo de 64, un máximo de 129 y una media de 92.

Además fueron valorados 3 parámetros dentro de los cuales la “toma de perspectivas” arrojó varios resultados máximos de 70, un mínimo de 17 y una media de 59 puntos. En la variable de “cuidado compasivo” los valores máximo y mínimo fueron 43 y 7 respectivamente, con una media de 19,2 puntos. La categoría de empatía registró una media de 13,2 puntos con una mínima de 3 y una máxima de 20 puntos. (Tabla 8)

Tabla 8: Análisis del test de Jefferson y sus dimensiones, HEG

CATEGORÍAS	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA
Toma de perspectiva	17	70	59,04
Atención por compasión	7	43	19,25
Empatía	3	20	13,18
Total	37	129	91,49

Elaboración: Franco G. 2019

5.2 Análisis cuantitativo bivariado

5.2.1 Relación de atención con compasión con género, edad, religión, estado civil, instrucción, tipo de trabajo, carga horaria y tiempo de antigüedad.

Después de analizar la relación de las diferentes categorías (género, edad, religión, estado civil, tipo de trabajo, carga horaria y tiempo de antigüedad) con los parámetros que mide el test de Jefferson en su variante de toma de perspectiva, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ($p > 0,05$), estableciendo que dicha variante no fue afectada por las categorías indicadas. La información al respecto se puede encontrar en la tabla 9 y el anexo 6.

Tabla 9: Atención por compasión en relación con variables sociodemográficas.

VARIABLE	CATEGORÍA	NEGATIVA N (%)	POSITIVA N (%)	x ²	P
Edad	Menos de 30 años	19 (67,86)	9 (32,14)	1,45	0,694
	30 a 39 años	36 (70,59)	15 (29,41%)		
	40 a 49 años	15 (83,33)	3 (16,66%)		
	Más de 50 años	12 (70,59)	5 (29,41%)		
Sexo	Masculino	25 (71,42)	10 28,57	0,006	0,937
	Femenino	57 72,15	22 27,85		
Estado civil	Soltero	28 (66,67)	14 (33,33)	1,440	0,696
	Casado	41 (74,55)	14 (25,45)		
	Unión Libre	7 (70)	3 (30)		
	Otros	6 (85,71)	1 (14,29)		
Religión	Católica	67 (71,28)	27 (28,72)	1,145	0,564
	Cristiana	10 (83,33)	2 (16,67)		
	Otras	5 (62,5)	3 (37,5)		
Nivel de instrucción	Primer Nivel	3 (50)	3 (50)	7,1	0,069
	Segundo Nivel	18 (81,82)	4 (18,18)		
	Tercer Nivel	34 (62,97)	20 (37,03)		
	Cuarto Nivel	27 (84,38)	5 (15,62)		
Tipo de trabajo	Médico Tratante	19 (82,61)	4 (17,39)	2,178	0,536
	Médico Residente	18 (72)	7 (28)		
	Enfermera / o	22 (64,71)	12 (35,29)		
	Auxiliar	23 (71,88)	9 (28,12)		
Antigüedad	<1 año	11 (91,67)	1 (8,33)	2,978	0,395
	1 – 5 años	29 (70,73)	12 (29,27)		
	6 – 10 años	21 (72,41)	8 (27,59)		
	>10 años	21 (65,63)	11 (34,37)		
Horas de trabajo	40 horas semanales	66 (70,21)	28 (29,79)	0,782	0,376
	>40 horas semanales	16 (80)	4 (20)		

Fuente: Encuestas y entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

5.2.2 Relación de toma de perspectiva con género, edad, religión, estado civil, instrucción, tipo de trabajo, carga horaria y tiempo de antigüedad.

Se realizó el análisis del test de Jefferson y su relación con las diferentes categorías (género, edad, religión, estado civil, tipo de trabajo, carga horaria y tiempo de antigüedad), sin embargo no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ($p > 0,05$). Llegando a la conclusión que la variante de atención por compasión fue independiente de las variables influenciadas antes detalladas.

Las tablas que contienen dicha información se encuentran en la tabla 10 y el anexo 6.

Tabla 10: Toma de perspectiva en relación con variables sociodemográficas.

VARIABLE	CATEGORÍA	NEGATIVA N (%)	POSITIVA N (%)	x2	P
Edad	Menos de 30 años	1 (3,57)	27 (96,43)	0,867	0,833
	30 a 39 años	2 (3,92)	49 (96,08)		
	40 a 49 años	1 (5,56)	17 (94,44)		
	Más de 50 años	0 (0)	17 (100)		
Sexo	Masculino	2 (5,71)	33 (94,29)	0,726	0,394
	Femenino	2 (2,53)	77 (97,47)		
Estado civil	Soltero	1 (2,38)	41 (97,62)	1,660	0,646
	Casado	2 (3,64)	53 (96,36)		
	Unión Libre	1 (10)	9 (90)		
	Otros	0 (0)	7 (100)		
Religión	Católica	3 (3,19)	91 (96,81)	2,375	0,305
	Cristiana	0 (0)	12 (100)		
	Otras	1 (12,5)	7 (87,5)		
Nivel de instrucción	Primer Nivel	0 (0)	6 (100)	1,700	0,637
	Segundo Nivel	0 (0)	22 (100)		
	Tercer Nivel	3 (5,56)	51 (94,44)		
	Cuarto Nivel	1 (3,13)	31 (96,87)		
Tipo de trabajo	Médico Tratante	1 (4,35)	22 (95,65)	2,733	0,435
	Médico Residente	2 (8)	23 (92)		
	Enfermera / o	1 (2,94)	33 (97,06)		
	Auxiliar	0 (0)	32 (100)		
Antigüedad	<1 año	0 (0)	12 (100)	1,572	0,666
	1 – 5 años	1 (2,44)	40 (97,56)		
	6 – 10 años	2 (6,9)	27 (93,1)		
	>10 años	1 (3,13)	31 (96,87)		
Horas de trabajo	40 horas semanales	4 (4,26)	90 (95,74)	0,882	0,348
	>40 horas semanales	0 (0)	20 (100)		

Fuente: Encuestas y entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

5.2.3 Relación de la empatía con género, edad, religión, estado civil, instrucción, tipo de trabajo, carga horaria y tiempo de antigüedad.

La categoría empatía del test de Jefferson fue relacionada con las variables de género, edad, religión, estado civil, tipo de trabajo, carga horaria y tiempo de antigüedad de donde se obtuvieron asociaciones estadísticamente no significativas ($p > 0,05$). Se detallan las tablas que contienen estos datos en el anexo 6

Tabla 11: Empatía en relación con variables sociodemográficas.

VARIABLE	CATEGORÍA	NEGATIVA N (%)	POSITIVA N (%)	x ²	P
Edad	Menos de 30 años	3 (10,71%)	25 (89,29%)	2,690	0,442
	30 a 39 años	11 (21,57%)	40 (78,43%)		
	40 a 49 años	3 (16,67%)	15 (83,33%)		
	Más de 50 años	5 (29,41%)	12 (70,59%)		
Sexo	Masculino	7 (20%)	28 (80%)	0,016	0,899
	Femenino	15 (18,99%)	64 (81,01%)		
Estado civil	Soltero	5 (11,90%)	37 (88,10%)	2,528	0,470
	Casado	13 (23,64%)	42 (76,36%)		
	Unión Libre	2 (20%)	8 (80%)		
	Otros	2 (28,57%)	5 (71,43%)		
Religión	Católica	19 (20,21%)	75 (79,79%)	1,144	0,564
	Cristiana	1 (8,33%)	11 (91,67%)		
	Otras	2 (25%)	6 (75%)		
Nivel de instrucción	Primer Nivel	1 (16,67%)	5 (83,33%)	0,220	0,974
	Segundo Nivel	5 (22,73%)	17 (77,27%)		
	Tercer Nivel	10 (18,52%)	44 (81,48%)		
	Cuarto Nivel	6 (18,75%)	26 (81,25%)		
Tipo de trabajo	Médico Tratante	4 (17,39%)	19 (82,61%)	0,104	0,991
	Médico Residente	5 (20%)	20 (80%)		
	Enfermera / o	7 (20,59%)	27 (79,41%)		
	Auxiliar	6 (18,75%)	26 (81,25%)		
Antigüedad	<1 año	2 (16,67%)	10 (83,33%)	0,626	0,890
	1 – 5 años	7 (17,07%)	34 (82,93%)		
	6 – 10 años	7 (24,14%)	22 (75,86%)		
	>10 años	6 (18,75%)	26 (81,25%)		
Horas de trabajo	40 horas semanales	20 (4,26%)	74 (95,74%)	1,347	0,246
	>40 horas semanales	2 (0%)	18 (100%)		

Fuente: Encuestas y entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

En conclusión el test de Jefferson no mostró resultados significativos en cuanto al nivel global de empatía de los participantes, lo cual puede estar relacionado con sus características meramente estadísticas, ya que no permite opiniones o intervenciones cualitativas, lo que lleva a la determinación etnográfica en la fase cualitativa.

5.3 Análisis Cualitativo

5.3.1 Conocimientos, actitudes y prácticas sobre empatía.

Existen diversos conceptos de empatía, definiéndola en su mayoría como la habilidad para entender los sentimientos y necesidades de los demás, poniéndose en su lugar y así poder responder adecuadamente y ayudar a quien lo necesite.

A continuación, cito algunos de los testimonios más representativos recogidos en la investigación.

... Es que uno trate de ponerse en lugar del paciente y ver esa conexión o comunicación del padre y el médico... (Testimonio médico tratante femenino, 41 años)

...Empatía es ponerse en el lugar de la otra persona, en concepto general... (Testimonio médico tratante masculino 41 años)

...Pues la empatía es colocarse en el lugar del otro, intentar sentir lo que está viviendo para poder ayudarlo o tener una mejor comunicación. Tratar de no perder la paciencia con los familiares, tratar de ayudar y de tener un mejor ambiente con los demás... (Testimonio médico residente femenino 32 años)

...Empatía es sentir lo que siente el paciente, tratando de hacer las cosas de la mejor manera, con la finalidad de no perjudicar o herir los sentimientos de alguna persona, o hacerle sentir mal... (Testimonio licenciada de enfermería femenino 31 años)

Para la gran mayoría ser empático es ponerse en el lugar del otro, ponerse en sus zapatos y entender a los demás, sin embargo otros expresaron que la empatía también involucra ser agradable, relacionarse bien con los familiares, sintiéndose bien y logrando una comunicación adecuada.

...Ser agradable y entender la preocupación de los cuidadores. Y se la puede entender tratando de ponerse en su lugar... (Testimonio médico residente femenino 31 años)

...Empatía es una relación positiva, una comunicación fluida y una entrega pienso yo, tanto del familiar hacia el médico como del médico hacia el paciente por su bienestar... (Testimonio médico tratante femenino 48 años)

...Bueno yo entiendo como empatía el poder haber logrado una comunicación de ida y de vuelta. Sentirse bien de parte y parte tanto del médico como de los familiares y el niño... (Testimonio médico tratante masculino 66 años)

...La relación que tengo con los familiares para que me comprendan lo que se va a hacer o lo que se pretende hacer. La comunicación directa... (Testimonio médico residente masculino 38 años)

De acuerdo a la información obtenida, se observó que una parte del personal de salud define a la empatía como la simple comunicación entre médico – paciente; y ser agradable, el resto considera que ésta se logra cuando se combina el saber escuchar, comprender, ayudar e interesarse por los sentimientos, problemas y necesidades de los demás, en resumen ponerse en el lugar del paciente y su familia.

Quien es empático desarrolla la capacidad de comprender el dolor ajeno y relacionarse de la mejor manera con el entorno, en este caso con los niños y sus familiares, obteniendo así un estilo de interacción positiva en ambos lados, sin perjudicar y sobre todo respetando lo que piensa y siente cada uno al brindar apoyo; logrando así acuerdos de mutuo beneficio.

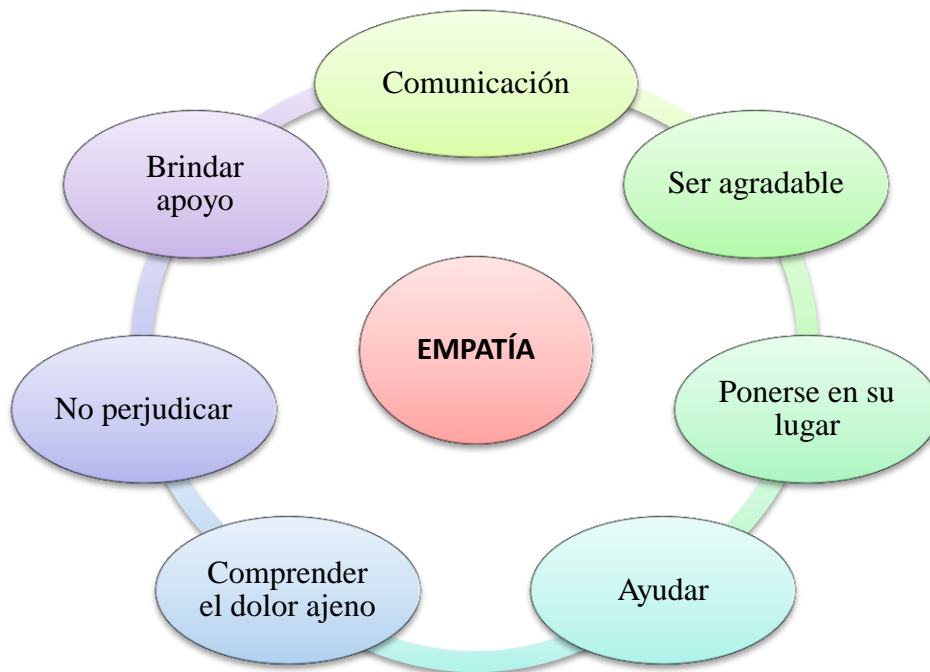
Tabla 12: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre empatía.

Conocimientos actitudes y prácticas sobre empatía
...“Empatía es una relación positiva, una comunicación fluida y una entrega.”
...“Ser agradable y entender la preocupación de los cuidadores.”
...“Es ponerse en el lugar de la otra persona. El poder ponerse en sus zapatos y comprender lo que le está sucediendo, o al sentir el dolor ajeno.”
... “Afinidad que tenemos los seres humanos con relación a lo que sienten las personas que nos rodean”

Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

Figura 8: Análisis de las ideas entorno a la empatía



Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

5.3.2 Relación Médico Paciente

En la indagación a los participantes acerca de la relación médico – paciente, se encontró que en forma general aún se considera a ésta como el pilar fundamental del ejercicio médico y que tiene por objetivo siempre ayudar y aliviar al paciente, considerando que ya no es solamente un relación paternalista sino que ahora el paciente o su familiar destaca más su autonomía tomando la iniciativa de poder opinar e incluso decidir en el manejo de una enfermedad.

Algunas voces representativas nos indican:

...Es la relación que tiene el médico con su paciente e incluso familiares ya que ellos son quienes deben confiar más en el médico para sentirse seguros del diagnóstico y tratamiento que les da... (Testimonio médico tratante femenino 41 años)

...Es la relación interpersonal que nosotros creamos con nuestro paciente y además en nuestro caso con los cuidadores del mismo, teniendo en cuenta la ética y moral... (Testimonio médico tratante femenino 48 años)

...Es relacionarse con los pacientes con un lenguaje sencillo y que se comprenda fácilmente. Hacerle sentir a los pacientes que son comprendidos y que se intentará dar el mejor tratamiento para que se recuperen pronto... (Testimonio médico residente femenino 31 años)

Además se debe poner especial énfasis en el caso de pacientes pediátricos, dado el hecho que hasta cierta edad el niño es incapaz de poder comunicar que le sucede con claridad y es ahí en donde con los familiares hay que entablar una relación empática y tomar la mejor decisión para el paciente pediátrico.

...Es la interacción entre el paciente y el médico o a veces con sus familiares en el caso de niños. Donde el paciente se siente atendido y el médico también se siente bien... (Testimonio médico tratante masculino 41 años)

...En pediatría es un poco especial, ya que cuando son muy chiquitos no pueden comunicarse bien y son sus padres quienes se relacionan más con el médico, mientras que con el adolescente es más directa y en ocasiones es más difícil por el hecho mismo de estar en esa etapa... (Testimonio médico tratante masculino 66 años)

...Para mí con los niños es un dar y recibir, a veces también es aguantar y en ocasiones hasta divertirse con lo que pasa entre paciente, sus familiares y el médico, haciéndoles sentir mejor a pesar de la gravedad... (Testimonio médico residente masculino 37 años)

Algo que debe ir de la mano de la empatía es la manera cómo el médico debe expresar la misma, y todas las interrogantes que aquejan al paciente como a sus familiares, pues solo así se creará un verdadero vínculo que fomente alcanzar el mejor resultado en el tratamiento del paciente.

...Es como el médico llega a su paciente a través de gestos, palabras, para entablar una confianza, en la cual el paciente pueda no tener miedo y además sea capaz de aceptar un tratamiento y también tener opción a decidir por sí mismo... (Testimonio médico residente femenino 32 años)

...Es cuando el médico se relaciona con su paciente e intenta ganarse su confianza y amistad, tratando de quitar miedos y dudas de lo que se le va a hacer... (Testimonio médico residente masculino 28 años)

...En el sector público es muy complicado, por ejemplo en el área de emergencia, a las autoridades no les interesa calidad sino cantidad de pacientes valorados, y eso hace que se pierda este lazo... (Testimonio médico tratante femenino 48 años)

Dentro de las opiniones obtenidas se ve que para los participantes la relación médico - paciente muchas veces está influenciada negativamente por las fallas del sistema de salud, que sobretodo en un hospital público como el del estudio, ya que se exige mayor cantidad de pacientes atendidos sin considerar la calidad de la atención brindada, sin embargo muchos de los profesionales no olvidan que el papel del médico también incluye brindar confianza y cordialidad, quitando miedos y dudas a los pacientes y sus familiares.

Tabla 13: Relación médico-paciente.

Relación médico-paciente
<i>...“Es como el médico llega a su paciente a través de gestos, palabras, para entablar una confianza.”</i>
<i>...“Con el adolescente es más directa y en ocasiones es más difícil por el hecho mismo de estar en esa etapa .”</i>
<i>...“Es relacionarse con los pacientes con un lenguaje sencillo y que se comprenda fácilmente.”</i>
<i>... “A las autoridades no les interesa calidad sino cantidad de pacientes valorados, y eso hace que se pierda este lazo”</i>

Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

Figura 9: Ideas entorno a la relación médico-paciente.



Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

5.3.3 Recuperación y empatía

Entendiendo la relación médico - paciente, se indagó en esta investigación como la empatía comprende los componentes biológicos, psicológicos y sociales de cada paciente, se enmarca con los resultados positivos, como la recuperación o la mejoría de la salud, ya que reportaban mayor satisfacción, más adherencia terapéutica y más bienestar cuando ésta era efectiva.

Se encontraron varios testimonios que se detallan a continuación.

...Pienso que si influye y de manera positiva, ya que un médico que tiene empatía es más fácil que se relacione con los pacientes y que ellos le cuenten cosas o confíen en él o ella... (Testimonio médico tratante femenino 41 años)

...Si uno no tiene empatía con el paciente poco se logra, por ejemplo la adherencia al tratamiento... (Testimonio médico residente femenino 32 años)

...Con los niños más grandes, gran parte que evolucionen favorablemente está en la confianza que nos tengan... (Testimonio médico residente masculino 28 años)

...Creo que más que todo, los cuidados, ayudan a que un neonato salga adelante ya que por su edad la empatía no nos puede ayudar tanto como con otro tipo de pacientes... (Testimonio licenciado de enfermería masculino 29 años)

...Claro que si influye. Influye casi en un 100%, porque si uno se pone en los zapatos del otro, lograr entender el grado de preocupación que tiene el padre o la madre, lograr recabar una mejor información y hasta inclusive uno llega de mejor manera a los niños... (Testimonio licenciado de enfermería masculino 35 años)

...No en sí, pero si vamos un poquito a ayudarles a que se sientan un poquito más aliviaditos... (Testimonio auxiliar de enfermería femenino 48 años)

Es muy importante que además de ser empáticos con el paciente y sus familiares, tengamos un adecuado lenguaje corporal y expresemos con las palabras precisas lo que sentimos, para que el mensaje de nuestra preocupación y deseo de colaborar lleguen y se interpreten adecuadamente.

...Sí porque si vamos con una buena sonrisa vamos con palabras amables hacia los familiares y niños ellos se van a sentir a gusto con nosotros, con confianza y van a poder mejorar las dolencias que tengan... (Testimonio médico tratante masculino 41 años)

...Sí, porque hay pacientes que a veces no tienen una adecuada comunicación con el médico, no son abiertos y no cuentan todo lo que en verdad puede ser importante, y así no se les puede ayudar adecuadamente... (Testimonio licenciado de enfermería masculino 29 años)

...Totalmente, sacándole una sonrisa, cambiando su entorno hospitalario con algún gesto de amabilidad y cortesía, todo mejora... (Testimonio auxiliar de enfermería masculino 32 años)

*...Sí, porque si un médico entiende los problemas y lo que siente el paciente y sus familiares puede mejorar la relación y ayudar a que los tratamientos sean mejores...
(Testimonio auxiliar de enfermería masculino 34 años)*

Las respuestas obtenidas señalan diferentes puntos de vista, la mayoría concuerdan que al dar un trato empático, brindando gestos de amabilidad, cortesía y confianza, se logran importantes avances en la recuperación, en la adherencia al tratamiento prescrito y hará que los pacientes y familiares creen completamente en lo que su médico realiza, sin embargo algunas personas piensan que la empatía no influye, como en el caso del trato a los neonatos, quienes dependen casi totalmente del cuidado directo y no de la comunicación.

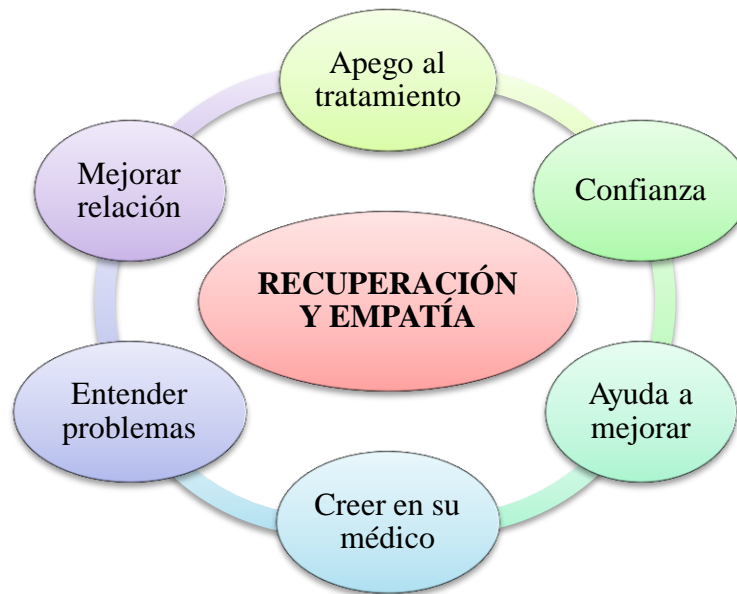
Tabla 14: Recuperación y empatía

Recuperación y empatía
<i>...“Si un médico entiende los problemas y lo que siente el paciente y sus familiares puede mejorar la relación y ayudar a que los tratamientos sean mejores.”</i>
<i>...“Si uno no tiene empatía con el paciente poco se logra.”</i>
<i>...“Con los niños más grandes, gran parte que evolucionen favorablemente está en la confianza que nos tengan.”</i>
<i>...“Sacándole una sonrisa, cambiando su entorno hospitalario con algún gesto de amabilidad y cortesía, todo mejora.”</i>
<i>... “No en sí, pero si vamos un poquito a ayudarles a que se sientan un poquito más aliviaditos”</i>

Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

Figura 10: Ideas de la asociación entre la empatía y la recuperación de la salud



Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

5.3.4 Atender a niños

La pediatría se define como la medicina integral dentro de un periodo evolutivo muy importante de la existencia humana, desde la concepción hasta el final de la adolescencia, donde no solamente se manejan niños o adolescentes en el momento de su enfermedad sino también en la prevención de las mismas, sin olvidar el entorno en el que se desarrollan y sus interrelaciones, haciéndolo un ente diferente de la medicina.

Al personal entrevistado se le inquirió acerca de su postura y sus sentimientos al relacionarse con los pacientes pediátricos, obteniendo los siguientes testimonios:

...Trabajar con niños es más relajado, los niños son más sinceros que los adultos y por eso me gusta trabajar con niños... (Testimonio médico tratante femenino 48 años)

...Me encanta trabajar con niños que son personas espontáneas y expresan lo que ellos sienten... (Testimonio médico tratante masculino 41 años)

...Es una de las mejores cosas que he podido experimentar porque nos da la oportunidad de tratar con seres que aún no son tan influenciados con el medio externo... (Testimonio médico residente femenino 31 años)

...Pues, preocupada en un principio, cuando no se puede hacer todo lo que se debe, un poco impotente con la poca facilidad y acceso que se tiene a los servicios de salud en este país, pero siempre es satisfactorio cuando los niños van bien, y devolverles una sonrisa a esas pequeñas personitas que están empezando a vivir... (Testimonio médico residente femenino 32 años)

Al parecer es una relación recíproca desde el punto de vista de la satisfacción emocional, ya que tanto el paciente pediátrico como el personal de salud generan un mejor trato y una relación más llevadera y empática, debido que al trabajar con niños las emociones y sentimientos son más nobles y sinceros.

...Los niños son personas especiales que por su misma forma de ser hacen que el día a día en el trabajo sea más llevadero... (Testimonio médico tratante femenino 41 años)

...Siento una satisfacción grande, ya que trabajar con un neonato no es igual que trabajar con un adulto, aprendes mucho, ellos tienen para ofrecer muchas cosas... (Testimonio licenciado de enfermería masculino 29 años)

...Uno se siente feliz en el sentido de que va a hacer un buen trabajo y va a resolver el problema que ese pequeño angelito tiene, pero a veces uno también se siente triste, porque a nadie le gusta ver un niño enfermo... (Testimonio licenciado de enfermería masculino 35 años)

...Muchas veces uno se siente como un superhéroe al poder un poco ayudarles con la enfermedad que estén pasando y sacarles una sonrisa... (Testimonio auxiliar de enfermería masculino 32 años)

Se evidencia que los sentimientos presentes en el personal de salud que trata a neonatos, niños y adolescentes, en su mayoría son de felicidad y satisfacción e incluso dicen

sentirse como “superhéroes” cuando se relacionan con pacientes pediátricos, tanto por su alegría, sinceridad y espontaneidad que según concuerdan va disminuyendo al incrementarse la edad.

Pocas personas también dejan notar que no todo es felicidad pues al tratar a niños y no lograr el resultado esperado, también pueden dejar tristeza y sentimientos de impotencia en el cuidador de su salud.

Tabla 15: Atender a niños

Atender a niños
<i>...“los niños son más sinceros que los adultos.”</i>
<i>...“Nos da la oportunidad de tratar con seres que aún no son tan influenciados con el medio externo.”</i>
<i>...“Me siento útil, más útil que con los adultos, porque ellos dependen totalmente de nosotros”</i>
<i>... “Muchas veces uno se siente como un superhéroe”</i>

Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

Figura 11: Ideas entorno a la atención a niños.



Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

5.3.5 Interacción con familiares

Es conocido que la relación pediatra-paciente-familia no es nada fácil, ya que en la actualidad se ha ido dejando de lado el paternalismo en la relación del personal de salud con los niños y sus familias, siendo sustituido por diálogo en dos direcciones, considerando no solo el aspecto académico sino también los roles culturales y sociales de cada persona interviniente en esta comunicación.

Se rescataron varias voces que ofrecieron sus puntos de vista y opiniones acerca de la interacción con los familiares del paciente pediátrico, y que son detalladas en seguida.

...Lo más difícil es cuando son pacientes realmente críticos y que toca ponerse a veces en lugar de ellos y poder entender la desesperación o la actitud a veces un tanto agresiva que tienen ellos por el mismo estrés de la condición de sus hijos... (Testimonio médico tratante femenino 41 años)

...Relacionarse con los familiares es una puerta de comunicación entre el niño y el médico. Porque los niños generalmente cuando son pequeños ellos no nos dicen en qué lugar les duele sino que los familiares son los que manifiestan las dolencias de los pacientes... (Testimonio médico tratante masculino 41 años)

...Lo malo es que a veces manipulan el cuadro clínico u obvian detalles importantes que hicieron por aliviar la patología de los niños... (Testimonio médico residente femenino 31 años)

...Para mí lo más difícil es tratar que entiendan ciertas patologías que son no muy frecuentes por ejemplo y que ellos no comprendan el significado o la gravedad de los pacientes... (Testimonio médico tratante masculino 41 años)

...Yo creo que de pronto poderles explicar el estado de sus bebés. Saber las palabras precisas para no herir los sentimientos de la mamita o de pronto no ser muy pesimista o muy optimista... (Testimonio licenciada de enfermería femenino 31 años)

Se puede apreciar que en cualquiera que sea el caso, esta relación médico-paciente-familiares, genera en el personal de salud profundos sentimientos positivos o negativos,

debido en especial a las características del paciente pediátrico y su condición de riesgo e indefensión.

...Siento empatía, porque el mismo cariño que ellos sienten por sus hijos uno debe tratar de sentir hacia los pacientes pediátricos para poder atenderlos de la mejor manera... (Testimonio médico residente masculino 28 años)

...Sinceramente no he tenido mucho contacto con los padre, no me involucro mucho con los familiares, más me dedico a hacer mi trabajo y atender bien desde todos los puntos que pueda manifestarme con el neonato... (Testimonio licenciado de enfermería masculino 29 años)

...Comunicación, que nos entendamos, que lleguemos a un acuerdo entre paciente y personal de salud porque si es bastante complicado, hay mamitas y papás que son bastante difíciles... (Testimonio auxiliar de enfermería femenino 37 años)

...La parte más difícil es sobre todo cuando se les va a dar una mala noticia porque la reacción de ellos va a depender sobretodo de como nosotros les damos la mala noticia y que tan cautos seamos para darles la información... (Testimonio médico residente masculino 28 años)

...Se siente humana. Siente esa alegría de poder brindar tu ayuda y tu apoyo hacia quienes más lo necesitan... (Testimonio auxiliar de enfermería femenino 37 años)

La interacción con familiares fue un tema que causo gran interés durante la investigación, tanto en la autora como en los participantes del estudio, ya que a pesar de que la mayoría de ellos concuerdan que esta interacción gran parte del tiempo es difícil al intentar no involucrarse demasiado, y no solamente por falta de tiempo, sino por la diversidad de situaciones y circunstancias de los familiares, que hacen que se complique llegar a su finalidad y no herir sentimientos.

A pesar de ello, varias personas afirmaron esforzarse mucho para hacerse entender con las palabras precisas e incluso dicen sentirse “más humanas” al poder brindar ayuda dando información o explicando las situaciones y requerimientos de su paciente al dar su

apoyo en todo sentido. Eso será lo más importante para llegar acuerdos en pro de la salud del paciente.

Tabla 16: Interacción con familiares.

Interacción con familiares
...“ <i>Se siente humana. Siente esa alegría de poder brindar tu ayuda y tu apoyo.</i> ”
...“ <i>Saber las palabras precisas para no herir los sentimientos.</i> ”
...“ <i>El mismo cariño que ellos sienten por sus hijos uno debe tratar de sentir hacia los pacientes.</i> ”
... “ <i>A veces siento preocupación, a veces ira porque hay niños que tienen que ingresar por falta de cuidado.</i> ”
... “ <i>Comunicación, que nos entendamos, que lleguemos a un acuerdo entre paciente y personal de salud.</i> ”

Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

Figura 12: Ideas entorno a la interacción con familiares.



Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

5.3.6 Manejo de problemas médicos

El tratar a pacientes pediátricos siempre será un reto, no solamente por la complejidad de las enfermedades sino porque muchas veces se debe lidiar con una posible cadena de malas decisiones tomadas por los padres antes de acudir al médico, quien debe poner a prueba sus conocimientos, actitudes y aptitudes para salir victorioso, pero que en muchos casos y principalmente en el sector público del país se ve limitado por problemas logísticos y de infraestructura que no permiten brindar una atención de calidad.

Perales (2008) manifiesta, que el reclamo mundial de enfatizar los ejes ético y humanista en la formación médica del siglo XXI, se apoya no sólo en la observación de repetidas de conductas profesionales inadecuadas de los médicos en ejercicio, sino también de inequidades en el sistema de atención de salud, porque frecuentemente se violan los derechos de los pacientes y se generan reclamos de la sociedad.

...Uno trata de ayudar en lo que más se puede pero a veces las soluciones a los problemas de los niños están fuera de nuestra capacidad de resolución... (Testimonio médico tratante femenino 41 años)

...Hay pacientes que llegan en estado crítico y el no disponer todos los recursos para atenderle hace más difícil su tratamiento y por ende es más difícil curarlos como uno quisiera... (Testimonio médico tratante masculino 41 años)

...Por la demanda de paciente, las fallas en el sistema de salud por la falta de profesionales nos obliga a ser concisos y prácticos con los pacientes y muchas veces perdemos datos que nos ayudarían en el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad... (Testimonio médico residente femenino 31 años)

...Muchas veces he visto y he palpado que los papitos quieren que sus hijos se recuperen muy pronto pero no aceptan los protocolos o hay que cambiarlos y eso dificulta el tratamiento... (Testimonio auxiliar de enfermería masculino 32 años)

También juega un rol importante la edad del paciente, ya que permite una relación con el médico para entablar una comunicación directa y no a través de los padres, ya que

muchas veces buscan información sobre el padecimiento de sus hijos en cualquier lado y no de la mejor fuente.

...Por ejemplo en pacientes adolescentes hay patologías propias de la edad, entonces tratando de llegar a un buen diagnóstico hay que ver también el aspecto familiar y en un buen porcentaje ahí está la causa del resto de problemas... (Testimonio médico tratante masculino 41 años)

...Claro, ver a un pequeñito enfermo, saber que le duele, o cuando son más chiquitos y no hablan, sólo se quejan, lloran, entonces a uno le preocupa uno piensa que la pasa, que le dolerá, uno trata de hacer lo que sea para aliviar el dolor, distraerlos, jugar con ellos... (Testimonio licenciado de enfermería masculino 35 años)

...El hecho de que son pacientes pequeños con defensas bajas, muchas veces pesos bajos, con patologías variadas en los cuales la toma de decisiones es muy importante y la actividad es muy dinámica y en si es importantísimo que haya el conocimiento teórico y la práctica aplicable en el trabajo diario... (Testimonio médico tratante femenino 48 años)

...A veces por demasiada información que los familiares han leído en internet nos piden exámenes o tratamientos que el paciente no necesita... (Testimonio médico tratante masculino 41 años)

Dentro de los testimonios recogidos, se puede ver claramente la limitación que siente el personal de salud que trabaja en un hospital público debido a las fallas del mismo, al no tener todos los recursos que se consideran necesarios para brindar una atención de calidad con calidez al paciente pediátrico, lo cual limita la capacidad resolutive.

Otros manifiestan que algunos de los problemas en el manejo de los pacientes se deben también a la tardanza en la búsqueda de atención por parte de los familiares o la pesquisa de “formas de curarlos” por internet, obstaculizando o demorando el adecuado manejo de sus pequeños y seguir los protocolos adecuados.

Tabla 17: Manejo de Problemas médicos.

Manejo de Problemas médicos
<i>...“Es importantísimo que haya el conocimiento teórico y la práctica aplicable en el trabajo diario.”</i>
<i>...“No disponer todos los recursos para atenderle hace más difícil su tratamiento.”</i>
<i>...“Papitos quieren que sus hijos se recuperen muy pronto pero no aceptan los protocolos.”</i>
<i>...”Nos piden exámenes o tratamientos que el paciente no necesita.”</i>
<i>... “Por la demanda de paciente, las fallas en el sistema de salud por la falta de profesionales nos obliga a ser concisos y prácticos con los pacientes.”</i>

Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

Figura 13: Ideas entorno al manejo de problemas médicos



Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

5.3.7 Comunicación – Comprensión

El proceso de comunicación en la relación clínica, implica una necesidad de que ésta sea bidireccional entre los profesionales de la salud y el receptor, que en este caso es el paciente pediátrico y sus familiares. En esta comunicación deben darse varias actitudes para que sea efectiva y culmine en la comprensión de la información, por un lado, se debe ser congruente con lo que se expresa y a la vez aceptar lo que la otra persona quiere decir, ya que es fundamental su participación en la toma de decisiones en torno a la salud de los pequeños.

...Si veo que realmente por la expresión no verbal no me entienden les pregunto si no me entienden y vuelvo a explicar, no me gusta que quede en el aire lo que se les explica... (Testimonio médico tratante femenino 41 años)

...Siempre que doy explicación o información a los familiares me gusta preguntarles que entendieron y que ellos me expliquen a mi lo que yo les explique para ver si lo que llego a ellos es lo que yo intentaba hacer que me entiendan... (Testimonio médico tratante femenino 48 años)

Algunos profesionales expresan que no es suficiente explicar bien la situación en la que se encuentran los pacientes, sino que recalcan la importancia de estar seguros que las otras personas comprenden lo explicado e incluso indican que el pedir que repitan la información es una forma de asegurar la comprensión de las ideas expresadas.

...Yo creo que con una buena dosis de paciencia es lo que les ayudaría a entenderles a los niños y que ellos se sientan confiados de nuestra atención... (Testimonio médico tratante masculino 41 años)

...Si, trato de ponerme en su lugar y cuando tengo que explicarles algo difícil siempre consigo un lugar especial para que esté en un ambiente tranquilo y les pregunto si tienen alguna pregunta, es lo que hago regularmente... (Testimonio médico residente masculino 32 años)

...Es un poco difícil porque cuando se les da información parece que los familiares no comprenden, talvez por su estado académico o social... (Testimonio médico residente masculino 37 años)

...Eso es un poco difícil porque cada persona tiene su manera de ser, cada persona tiene su forma de ver las cosas y hay días que estaremos con buena disposición de dar lo mejor de nosotros, otros días tal vez vengamos con problemas desde nuestra casa y no podamos dar esa comprensión a las personas... (Testimonio médico residente masculino 37 años)

...Se logra con profesionales que tengan vocación para trabajar con pacientes pediátricos y que tengan la paciencia necesaria para interactuar con sus familiares... (Testimonio médico residente masculino 29 años)

Las opiniones expresadas dejan en manifiesto que las competencias comunicativas (verbales y no verbales) y el papel activo de los integrantes de la triada personal de salud – paciente – familiar, son los pilares fundamentales para poder llegar a una comprensión adecuada, y aunque algunos indicaron que su disposición se ve influenciada por “los días buenos y malos” que tenga el personal, siempre es importante tener paciencia para lograr de la mejor manera la comprensión de la información brindada.

Tabla 18: Comunicación – Comprensión.

Comunicación – Comprensión
<i>...“Se logra con profesionales que tengan vocación para trabajar con pacientes pediátricos y que tengan la paciencia necesaria para interactuar con sus familiares.”</i>
<i>...“A los familiares me gusta preguntarles que entendieron y que ellos me expliquen a mi lo que yo les explique.”</i>
<i>...“Parece que los familiares no comprenden, talvez por su estado académico o social.”</i>
<i>...“Cuando tengo que explicarles algo difícil siempre consigo un lugar especial para que esté en un ambiente tranquilo.”</i>

Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G.

Figura 14: Ideas entorno a la Comunicación – Comprensión.



Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

5.3.8 Preocupación familiar

Dentro de este tema se encuentran las problemáticas que aquejan a los cuidadores o familiares del paciente pediátrico y que en muchos casos son limitantes para una adecuada recuperación y seguimiento posterior de sus niños. Cabe mencionar que existen problemas o preocupaciones extremadamente importantes pero que se encuentran lejos de la capacidad de intervención o resolución del personal de salud.

A continuación, detallamos las más relevantes voces:

...Pienso que sí, que si es una preocupación el tratar con familias de bajos recursos los cuales no están condiciones tanto de administrar los medicamentos que nosotros prescribimos o muchas de las veces realizar los cuidados que necesitan los pacientes... (Testimonio médico tratante femenino 48 años)

...El que una madre soltera no tenga trabajo ni una fuente de sustentación de su hogar o que viva en un núcleo familiar de violencia siempre va a influir negativamente en la salud tanto física como psicológica del niño... (Testimonio médico tratante femenino 48 años)

...Algunas mamitas, o papitos tienen problemas en el trabajo o en su misma familia que no les permite estar todo el tiempo necesario y dar todo lo que necesitan a sus pequeños cuando están enfermos. Y siempre es preocupante porque un niño bien cuidado es quien va a mejorar mucho más rápido... (Testimonio médico tratante femenino 48 años)

...Me encuentro día a día con negligencias por parte de sus cuidadores, hacen cosas incorrectas intentando mejorar el estado de sus niños pero a veces hacen más daño... (Testimonio médico residente femenino 31 años)

...Las madres que reciben violencia en su casa y mantienen el silencio por miedo a perder los ingresos económicos para su hogar y sus hijos... (Testimonio médico tratante masculino 41 años)

...Todo ser humano está influenciado por los eventos sociales, ambientales e incluso de la fuerza o de la intensidad de estos pueden provocarse las enfermedades que tienen... (Testimonio médico residente femenino 32 años)

...Muchos familiares tienen problemas grandes, no critiquemos, cada persona sabe lo que hace y toma sus decisiones, al fin y al cabo estamos en un país libre y democrático y nosotros no somos nadie para juzgar al otro, solamente Dios es quien nos puede juzgar... (Testimonio licenciado de enfermería masculino 35 años)

Al analizar las respuestas obtenidas, se evidencia que existe una amplia y diversa variedad de preocupaciones y limitantes en los círculos familiares de los pacientes tratados, tales como, los recursos económicos, la violencia intrafamiliar, problemas sociales, la influencia negativa del medio donde se desarrollan y viven las pacientes pediátricos, que no solo podrían ser la causa de la demora en la recuperación de la salud de los mismos sino también representan una probable causa de que regresen nuevamente a la unidad de salud.

Tabla 19: Preocupación familiar.

Preocupación familiar
<i>...“Todo ser humano está influenciado por los eventos sociales, ambientales e incluso de la fuerza o de la intensidad de estos pueden provocarse las enfermedades que tienen.”</i>
<i>...“Que una madre soltera no tenga trabajo... o que viva en un núcleo familiar de violencia siempre va a influir negativamente en la salud tanto física como psicológica del niño.”</i>
<i>...“Hacen cosas incorrectas intentando mejorar el estado de sus niños pero a veces hacen más daño.”</i>
<i>...“Nosotros no somos nadie para juzgar al otro, solamente Dios es quien nos puede juzgar</i>

Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

Figura 15: Ideas entorno a la preocupación familiar.

Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

5.3.9 Casos

Sin duda, las experiencias vividas (sean buenas o malas) por el personal de salud y que dentro de la medicina se las conoce como “casos”, permiten estimular la reflexión y la autoevaluación, permiten reconocer los límites del propio conocimiento, mantener una mejora continua de la práctica y estimular la búsqueda del aprendizaje durante la vida profesional.

Algunos testimonios nos comentan:

...Creo que en la pediatría los niños no son tan difíciles, más bien los adolescentes si son bastante difíciles de tratar, porque muchos de sus problemas no son del todo físicos sino más bien psicológicos y nos ponen unos cuadros muy extraños que nos hacen pensar mucho y a veces no tienen nada... (Testimonio médico tratante femenino 41 años)

...Me he encontrado con casos en los que sus papás que muchas veces manipulan el cuadro clínico, o en ocasiones los pacientes más pequeños dicen mi papi me dijo que diga esto o aquello... (Testimonio médico residente femenino 31 años)

...A veces es difícil cuando hay que realizarles algún procedimiento invasivo y que a uno como adulto siente que le va a doler, peor a un bebé... (Testimonio licenciada de enfermería femenino 31 años)

...Hay muchos casos en los que no hay sólo una base fisiológica, sino también una psicológica que influye mucho en cómo evoluciona la enfermedad... (Testimonio médico residente masculino 28 años)

...En niños muy chiquitos, su sistema mismo es más complejo que del adulto. Por eso creo que si es importante la experiencia... (Testimonio licenciado de enfermería masculino 29 años)

Y aunque muchos expresan la complejidad de tratar con niños, en relación a adultos, no solamente por las diversas patologías sino por el componente social que encierran; existen muchos profesionales que mencionan también la parte humana y la dificultad de tratar con este tipo de pacientes sin terminar siendo afectados o influenciados por las experiencias del día a día.

...Hay muchos casos que nos influyen a veces para bien, porque nos dan ternura y hace que nos intereseamos en ellos. Y a veces para mal porque a veces las circunstancias que nos rodean nos afligen y nos hacemos duros de corazón... (Testimonio médico residente femenino 32 años)

...Hemos visto casos de abandono de niños recién nacidos, de violaciones, familiares que no tienen dinero para continuar con el tratamiento y cosas realmente tristes que le golpean muchísimo a uno como persona y más porque a veces son cosas en las que no podemos entrometernos sino solo intentar entenderlos... (Testimonio médico tratante femenino 41 años)

...Hay muchos casos difíciles, por ejemplo cuando el niño está deshidratado y el médico considera que hay que hidratarlo por vía intravenosa y el papá o la mamá no le gusta o no quieren que lo pinchen... (Testimonio licenciado de enfermería masculino 35 años)

Dentro de las entrevistas, se encontró que el personal de salud sabe cuán importante es la experiencia en el manejo de casos pediátricos. Para algunos el mismo hecho de la personalidad pediátrica hace que sea más fácil de tratar sobre todo, en su parte emocional, sin embargo muchos médicos mostraron preocupación ya que recae en ellos directamente la responsabilidad de la curación y en ocasiones no solamente tienen que manejar problemas físicos sino también psicológicos y sociales donde no pueden intervenir, y aunque esto cause cierta afectación emocional también significa aprendizaje en cómo manejar futuros pacientes con los mismos problemas.

Tabla 20: Casos.

Casos
<i>...“Hay muchos casos en los que no hay sólo una base fisiológica, sino también una psicológica que influye mucho en cómo evoluciona la enfermedad.”</i>
<i>...“Nos ponen unos cuadros muy extraños que nos hacen pensar mucho y a veces no tienen nada.”</i>
<i>...“En ocasiones los pacientes más pequeños dicen mi papi me dijo que diga esto o aquello.”</i>
<i>... “En niños muy chiquitos, su sistema mismo es más complejo que del adulto. Por eso creo que si es importante la experiencia”</i>

Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

Figura 16: Casos.



Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

5.3.10 Años de experiencia

Los años de experiencia en el personal de salud, pueden influenciar para bien o para mal el trato que se les da a los pacientes, sin embargo, en las entrevistas realizadas se evidenció que la gran mayoría del personal no solamente se siente realizado y feliz al trabajar con niños sino que al pasar de los años, estos sentimientos no han cambiado.

Algunas de las voces más representativas nos dicen:

...Me encanta trabajar con niños que son personas espontáneas y expresan lo que ellos sienten, voy 6 años en el Hospital Enrique Garcés, 3 años en otros hospitales del ministerio y en total serían como 12 años viendo niños... (Testimonio médico tratante masculino 41 años)

...Yo soy pediatra 38 años, 25 he pasado en pediatría y el resto en neonatología. Así que estoy muy contento, disfruto mucho de los niños, sus enfermedades, de la prevención y del tratamiento... (Testimonio médico tratante masculino 66 años)

...He trabajado con niños cerca de 5 años, y me encanta porque considero que son un grupo vulnerable que necesita de nuestra atención y dedicación para resolver sus problemas médicos... (Testimonio médico residente femenino 31 años)

...He trabajado 2 años en pediatría y 5 en neonatología, es una experiencia bastante reconfortante y que le llena a uno como persona... (Testimonio médico residente masculino 28 años)

...Apenas voy un año pero me agrada porque aprendo mucho con ellos, más que todo por la complejidad que representan es un tipo de paciente distinto al adulto o adulto mayor... (Testimonio licenciado de enfermería masculino 29 años)

...3 años he trabajado de auxiliar en pediatría y me gustó tanto que ahora voy 6 meses como estudiante de enfermería... (Testimonio auxiliar de enfermería masculino 32 años)

Cómo se puede observar, los años de experiencia en este campo al parecer no influyen negativamente en el personal de salud, al contrario todos lo consideran como un grupo vulnerable que merece mayor atención y dedicación, y que a la vez deja grandes recompensas emocionales.

Tabla 21: Años de experiencia.

Años de experiencia
<i>...“5 años en pediatría y es una de las experiencias más lindas estar a cargo de los más pequeños.”</i>
<i>...“3 años he trabajado de auxiliar en pediatría y me gustó tanto que ahora voy 6 meses como estudiante de enfermería.”</i>
<i>...“2 años en pediatría y 5 en neonatología, es una experiencia bastante reconfortante.”</i>
<i>...“Cerca de 5 años, y me encanta porque considero que son un grupo vulnerable que necesita de nuestra atención y dedicación”</i>

Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G. 2019

Figura 17: Intervinientes en los años de experiencia.



Fuente: Información de entrevistas

Elaboración: Franco G.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

Al intentar describir a la empatía, se ha visto que no existe una definición unívoca, o un consenso de opiniones acerca de la misma. Suele emplearse frases como “ponerse en el lugar o en los zapatos de los demás”, como metáfora para comprender o sentir lo que los demás sienten cuando se encuentra en una determinada situación.

Teniendo en cuenta que el ser humano se desenvuelve en su mayoría en un entorno social, la empatía se convierte en una condición indispensable.

Dentro de la esfera de la atención sanitaria, la empatía es un elemento importante por su relevante papel en la relación profesional entre pacientes y médicos. Siendo objeto de varios estudios, utilizando diversos instrumentos de medición, sin embargo solamente la Escala de Empatía Médica de Jefferson, o Test de Jefferson, ha sido diseñada y probada para su medición en el contexto específico de la conexión entre médico y paciente. Razón por la cual, se la considero dentro de esta investigación, donde se realizaron test y entrevistas al personal sanitario que trabaja con pacientes pediátricos en un hospital público, que voluntariamente y previo consentimiento informado contestaron nos ayudaron con el estudio, dándonos una visión más amplia de la empatía y sus dimensiones.

Antes del desarrollo del test de Jefferson no se disponía de un instrumento psicométricamente sólido para medir la empatía en el ámbito de la educación en campos de salud, profesionales sanitarios y otras profesiones relacionadas con el campo de la salud y el cuidado de pacientes.

Varios instrumentos de medición de la empatía, incluyendo el Índice de reactividad interpersonal (IRI, Davis 1983); la Escala de Empatía (Hogan 1969); y la escala de empatía emocional (Mehrabian y Epstein 1972) fueron utilizadas en investigaciones de educación médica, sin embargo, estos instrumentos fueron desarrollados para estudios de población general por lo que tienen poca validez en el ámbito de la empatía y salud. Y es por esto que el test de Jefferson es fiable y aplicable en el universo estudiado en esta investigación.

A través de los textos y reportes analizados, se observó una amplia investigación de la empatía a nivel mundial, incluyendo los campos de la salud, sin embargo las investigaciones han sido centradas en su mayoría sobre estudiantes de medicina, personal de enfermería o en otras especialidades de la salud. Además, son pocos los estudios relacionados con médicos y en mucha menor proporción con la rama de la Pediatría, lo que incentivó a realizar esta investigación, para poder conocer más sobre los conocimientos, actitudes y prácticas, sobre empatía en los profesionales sanitarios que tratan con pacientes pediátricos en un hospital público de la ciudad de Quito.

En comparación con otros estudios a nivel mundial donde la cantidad de participantes superó los 700 participantes (Di Lillo, Cicchetti, Scalzo, Taroni, & Hojat, 2009,) este estudio tuvo una limitante que fue el tamaño de la muestra con 114 participantes, sin embargo se equipara a estudios como los de (Delgado et al. 2015; Rozengway et al. 2016; Hernández S, Urrego D. 2014) con una muestra similar.

Se encontró una importante mayoría de participantes mujeres (69%) en los departamentos de pediatría, neonatología y emergencias pediátricas del Hospital Enrique Garcés, lo que concuerda con otros estudios con resultados similares y también concuerda con la estadística del censo realizado en el año 2010 donde mencionan que el 50,4 % de la población ecuatoriana son mujeres con respecto al 49,6% de hombres (Ferreira C, et al. 2013).

En el mismo estudio, Ferreira C, et al. (2013), también afirma que en los estudiantes de pregrado de una universidad pública en la carrera de medicina se encontró 63,5% de estudiantes mujeres sobre 36,5% de estudiantes hombres, en semejanza con estadísticas internacionales que muestran que el porcentaje femenino que opta por especialidades médicas también es mayor que el masculino (Osornio, L., Palomino, 2015); sin embargo en la carrera de enfermería y obstetricia muestran porcentajes que superan el 91% de mujeres y tan sólo entre 8 – 9 % de hombres. Sin embargo, en nuestra investigación se encontró una prevalencia del género masculino en médicos tratantes y una prevalencia de mujeres en médicos residentes/postgradistas, enfermería y auxiliares.

Además, entre aquellos que deciden hacer un postgrado médico, quienes optan por la rama de la Pediatría representan el 67.9% para el género femenino y el 32.1% para el masculino hombres (Ferreira C, et al. 2013), lo cual está en relación directa con los resultados

de este estudio.

Al analizar los resultados obtenidos con el test de Jefferson en cuanto a la empatía global, se puede apreciar que el personal sanitario de nuestro hospital público que trabaja en el servicio de pediatría, obtuvieron un promedio de 91 puntos, con leve diferencia al estudio realizado por Pinargote (2018) con personal sanitario de áreas pediátricas de un hospital privado. Sin embargo, en otros trabajos internacionales, la puntuación promedio supero los 105 puntos (Hojat, 2016; Delgado et al. 2015; Rozengway et al. 2016; Hernández S, Urrego D. 2014; Di Lillo et al., 2009). A pesar de ello, se puede decir que casi la totalidad del personal del servicio de pediatría de nuestro hospital es empático en forma general, brindando atención de calidad y ayudando a llevar el tratamiento instaurado de una mejor manera.

Dentro de las variables de la empatía estudiadas, se obtuvieron resultados similares a estudios internacionales donde hubo un mayor puntaje en el ámbito “toma de perspectiva”, y la puntuación más baja fue en la variable de “atención por compasión” lo cual concuerda con el estudio realizado por Madera, Tirado, & González-Martínez, (2015).

A pesar que en este estudio, al relacionar las variables socio demográficas con las dimensiones del test de Jefferson, no se obtuvieron variables estadísticamente significativas, se pudo ver en los valores logrados que no hubo una gran influencia sobre la empatía global demostrada por los diferentes integrantes del personal sanitario y los factores de nivel de instrucción, carga horaria y años de antigüedad.

Esto se debe a que el test de Jefferson es considerado como un instrumento meramente estadístico, cerrado, no cualitativo, que no permite opiniones al contrario del componente etnográfico en el que pudimos evidenciar la amplitud de conocimientos actitudes y prácticas que tienen el personal de salud que trata a pacientes pediátricos en el Hospital público Enrique Garcés de la ciudad de Quito.

Al momento del análisis etnográfico los profesionales de la salud mostraron empatía en sus respuestas a varios de los campos investigados, tales como: relación médico – paciente, recuperación y empatía, interacción con familiares, atención a niños, preocupación por problemas familiares, comunicación y comprensión. Demostrando que no solamente los

profesionales de la salud en el sector privado, estudiados por Pinargote (2018), muestran empatía sino que las personas que atienden niños en un hospital público no sólo mostraron conocimiento sino también humanidad, preocupación y consideración por los pacientes y sus familiares o cuidadores.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este estudio ninguna de las diferencias observadas en todas las variables que estudia el test de Jefferson, alcanzó significación estadística entre el personal de salud de acuerdo al género, edad, religión, estado civil, instrucción, tipo de trabajo, carga horaria y tiempo de antigüedad.

Sin embargo, el análisis etnográfico realizado a la selección de participantes, demostró que el personal de salud posee adecuados conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la empatía, además de otros aspectos importantes al desenvolverse en el ámbito público de la salud como en la relación médico – paciente, recuperación y empatía, interacción con familiares, atención a niños, preocupación por problemas familiares, comunicación y comprensión.

En conclusión, los resultados en general, sugieren que el personal de salud que atiende a pacientes pediátricos en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito, casi en su totalidad demuestran empatía. Sin embargo, se necesitan estudios adicionales para determinar si la falta de diferencias estadísticamente significativas está relacionada con la limitante de la muestra.

A continuación se muestran algunas de las conclusiones más importantes a las que se llegó con este estudio.

- El personal de salud en general posee una adecuada apreciación sobre lo que es la empatía y la relación médico-paciente.
- La limitación de recursos para tratar diferentes aspectos de salud en un hospital público influye directamente en la atención al paciente y sus familiares, y en ocasiones limita la adherencia o el éxito de un tratamiento.
- La relación médico-paciente se ve influenciada negativamente por la cantidad de pacientes en relación a la cantidad de personal de salud disponible en cada área.

Es por ello que se podrían considerar las siguientes recomendaciones:

- Socializar esta investigación con el personal de salud y administrativo que labora no solamente en el área de pediatría sino en otras áreas del Hospital Público Enrique Garcés;

- Realizar más investigaciones en este campo de la empatía poco estudiado en el país, con una metodología similar en diferentes especialidades médicas, sistemas de salud (públicos, privados y de seguridad social) e incluso en las facultades de ciencias médicas;
- Elaborar programas o talleres para fomentar el desarrollo de conocimientos y prácticas empáticas en el personal que labora en el hospital.
- Ampliar el campo de investigaciones similares en sectores rurales del país.
- Incentivar a realizar más estudios no solamente al personal de salud sino a estudiantes próximos a graduarse (Interno rotativos de ciencias de la salud)

Se espera que este estudio incentive a realizar investigaciones semejantes donde se pueda explorar la empatía en el personal de salud que trabaja con pacientes pediátricos, y así poder obtener estudios comparativos entre los diferentes sistemas de salud (públicos, privados y de seguridad social), lo que ayudaría a ampliar esta área poco estudiada aún en el país, y a la vez ayudar a mejorar la atención de calidad con calidez , tan importante para incrementar la adherencia y el éxito del fin médico.

CAPÍTULO VIII: 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/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Alcorta-Garza, A., González-guerrero, J. F., Tavitás-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*, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01002>
- Arroba, M., Dago, R., & Manzarbeitia, P. (2010). Entrevista clínica en Pediatría: teoría y práctica. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 263–270.
- Bellet, P. S., & Maloney, M. J. (1991). The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 266(13), 1831–1832. <https://doi.org/10.1001/jama.1991.03470130111039>
- Caballo E, V. (2007). Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales. Retrieved from <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/Caballo-V.-Manual-de-evaluación-y-entrenamiento-de-las-habilidades-sociales-ebook.pdf>
- Cogollo-Milanés, Z., Batista, E., Cantillo, C., Jaramillo, A., Rodelo, D., & Meriño, G. (2014). Professional attrition and related factors among emergency nursing staff in Cartagena, Colombia. *Aquichan*, 10(1), 43–51. <https://doi.org/10.5294/aqui.2010.10.1.5>
- 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>

- 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. *Atención Primaria*, 48(9), 565–571. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.005>
- Díaz Narváez, V. P., Alonso Palacio, L. M., Caro, S. E., Silva, M. G., Castillo, J. A., Bilbao, J. L., & Acosta, J. I. (2014). Orientación empática de estudiantes de medicina en tres universidades de Barranquilla, Colombia y en una universidad de República Dominicana. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 112(1), 41–49. <https://doi.org/10.5546/aap.2014.e41>
- 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.
- Emanuel E.J., Emanuel L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*; 267: 2211-1126
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, Science, New Series*, Vol. 196, No. 4286, 129-136.
- Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Clinician's corner association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Methods*, 302(12), 1284–1293.
- Eymann, A., Ortolani, M., Moro, G., Otero, P., Catsicaris, C., & Wahren, C. (2011). Modalidades de saludo preferidas por los pacientes en la consulta pediátrica ambulatoria. *Arch Argent Pediatr*, 109(1), 14–17.
- Fernández-pinto, I., López-Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía : Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, vol. 24, núm. 2, diciembre, 2008, pp. 284-298
- Goffman, E., (1983). The interaction order. *American Sociological Review*, vol. 48, pp. 1-17

- Guillon, Q., Hadjikhani, N., Baduel, S., & Rogé, B. (2014). Visual social attention in autism spectrum disorder: Insights from eye tracking studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 42, 279–297. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.013>
- Gutierrez Ventura, F., Quezada Huerta, B., López Pinedo, M., Méndez Vergaray, J., Díaz Narváez, V. P., Zamorano, A., & Rivera, I. (2012). Medición del nivel de percepción empática de los estudiantes de la Facultad de Estomatología. *Rev. Estomatol Herediana*, 22, 91–99.
- Hadjikhani, N., Zürcher, N. R., Rogier, O., Hippolyte, L., Lemonnier, E., Ruest, T., Gillberg, C. (2014). Emotional contagion for pain is intact in autism spectrum disorders. *Translational Psychiatry*. <https://doi.org/10.1038/tp.2013.113>
- Hernández Vela, S., & Urrego-Mendoza, D. Z. (2015). Caracterización de los niveles de empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa en Bogotá. *Revista de La Facultad de Medicina*, 62(3), 415–422. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43927>
- Hevia, Felipe. (2010). Confianza y desconfianza en el sistema público de salud en México. *Revista Chilena de Salud Pública*. DOI: 10.5354/0717-3652.2006.2806.
- Hojat, M., Mangione, S., Gonnella, J. S., Nasca, T., Veloski, J. J., & Kane, G. (2001). Empathy in medical education and patient care. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 76(7), 669. <https://doi.org/10.1097/00001888-200107000-00001>
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloksi, J.J., Magee, 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., 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. (2007). *Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York: Springer
- Hojat, M., Spandorfer, J., Louis, D. Z., & Gonnella, J. S. (2011). Empathic and sympathetic orientations toward patient care: Conceptualization, measurement, and psychometrics. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 86, 989–995.
- Hojat, M. (2012). *Empatía en el cuidado del paciente*. (Manual Moderno, Ed.) (1era edición). New York: Springer.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Maio, V., & Gonnella, J. S. (2013). Editorial: Empathy and Health Care Quality. *American Journal of Medical Quality*, 28(1), 6–7. <https://doi.org/10.1177/1062860612464731>
- Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2015). Eleven years of data on the Jefferson Scale of Empathy-Medical Student version (JSE-S): Proxy norm data and tentative cutoff scores. *Medical Principles and Practice*, 24, 344–350.
- Hojat, M. (2016). *Empathy in health professions education and patient care*. New York: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27625-0>
- Hojat, M., DeSantis, J., & Gonnella, J. S. (2017). Patient Perceptions of Clinician's Empathy. *Journal of Patient Experience*, 4(2), 78–83. <https://doi.org/10.1177/2374373517699273>
- Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S. C., Mortensen, L. H., Speicher, M. R., Bragan, L., ... Calabrese, L. H. (2018). The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Advances in Health Sciences Education*, 23(5). <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9839-9>
- Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2015). Eleven years of data on the jefferson scale of empathy-medical student version (JSE-S): Proxy norm data and tentative cutoff scores. *Medical Principles and Practice*, 24(4), 344–350. <https://doi.org/10.1159/000381954>

- Hojat, M. M. S. (2001). Empathy: the Jefferson Scale of Physician data, development and preliminary psychometric. *Educational and Psychological Measurement, Vol. 61 No. 2, April 2001 349-365, 61(2), 349–365.*
- Kataoka, H.U., Koide, N., Ochi, K., Hojat, M., & Gonnella, J.S. (2009). Measurement of empathy among Japanese medical students: Psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Academic Medicine, 84, 1192–1197.*
- Kataoka, H., Koide, N., Hojat, M., & Gonnella, J. (2012). Measurement and correlates of empathy among female Japanese physicians. *BMC Medical Education, 12, 48.*
- Koretzky, M. O. (2018). Seeing the Present Through the Past. *Jama, 320(20), 2079.*
<https://doi.org/10.1001/jama.2018.17253>
- 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>
- Luengas M. (2003). La bioética en la relación clínica en odontología. *Rev ADM.; 60 (6): 233-239*
- Maglio, F. (2014). El “escuchatorio” en la relación médico-paciente. *IntraMed.* Recuperado de <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=74516>
- Morales-Concha, L., Ccarita-Yucra, K., Marroquin-Santa Cruz, J. A., & Atamari-Anahui, N. (2018). Evaluation of empathy in students of human medicine at a public university in the south sierra of Peru. *Educación Médica, 19(6), 327–332.*
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.04.006>
- Moya-Albiol, L. (2014). La empatía: entenderla para entender a los demás. *Barcelona: Plataforma Actual.*
- Olivera, J., Braun, M., Roussos, A. J., & P, I. (2011). De la Empatía en Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, XX (2), 121–132.*

- Paro, H. B. M. S., Daud-Gallotti, R. M., Tibério, I. C., Pinto, R. M., & Martins, M. A. (2012). Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: Psychometric properties and factor analysis. *BMC Medical Education*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-73>
- Pinargote, N. M., (2018). 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.
- Portillo, J; Rodriguez Nebot, J. (1993). La Medicalización de la Sociedad. *Montevideo, Nordan Ed.*
- Preckel, K., Kanske, P., & Singer, T. (2018). On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.07.010>
- Rodríguez, M. (2008). Relación Médico – Paciente. *Editorial ciencias médicas. La Habana.*
- Rosengway H, García A, & Vallecillo L. (2017). Niveles de empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina, Enfermería y Odontología de Honduras. *Rev Cient Cienc Med [revista en Internet] 2016 [acceso 10 de febrero de 2018]; 19(2): 14-19., 19(2), 14–19. Retrieved from http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v19n2/v19n2_a03.pdf*
- Ruiz Lázaro, P. J., Gómez, T. R., Prádanos, A. M., Marín, E. N., José, P., & Lázaro, R. (2014). Colaboración especial Mindfulness en Pediatría: el proyecto; Creciendo con atención y consciencia plena; *Rev Pediatr Aten Primaria*, 16, 169–179. <https://doi.org/10.4321/S1139-76322014000300011>
- Sánchez, J & Mora, H. (2009). Empatía y desgaste profesional en enfermeras del área de salud mental y psiquiátrica. *Revista electrónica de Portales Médicos. Com. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1771/1/Empatia-ydesgaste-profesional-en-enfermeras-del-area-de-salud-mental-y-psiquiatrica.html>.*
- Santos, M.A., Grosseman, S., Morelli, T.C., Giuliano, I.C.B., & Erdmann, T.R. (2016). Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: A study in Brazil, 7, 149-153.

- Suh, D. H., Hong, J. S., Lee, D. H., Gonnella, J. S., & Hojat, M. (2012). The Jefferson Scale of Physician Empathy: A preliminary psychometric study and group comparisons in Korean physicians. *Medical Teacher*, *34*(6), 1198–1202. <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>
- Torrealba, T (2004). La empatía: Núcleo del cuidar. Apostillas de Edith Stein. *Tempus Vitalis. Revista Internacional para el cuidado del Paciente del Crítico*, (3), 49-52.
- Veatch, R. M. (2006). Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. *The Hastings Center Report*, *2*(3), 5. <https://doi.org/10.2307/3560825>
- Vidal Madera Anaya, M., Tirado Amador, L. R., & González-Martínez, F. (2015). Factores relacionados con la empatía en estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena. *Rev Clín Med Fam*, *8*(3), 185–192. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.06.004>
- West, C. P., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D. (2006). Association of Perceived Medical Errors A Prospective Longitudinal Study. *American Medical Association*, *296*(9), 1071–1078.
- Williams, B., Brown, T., Boyle, M., & Dousek, S. (2013). Psychometric testing of the Jefferson Scale of Empathy Health Profession Students' version with Australian paramedic students. *Nursing and Health Sciences*, *15*(1), 45–50. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00719.x>

CAPÍTULO XIX: ANEXOS



ANEXO 1. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL TEST

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige al personal de salud (médicos tratantes, postgradistas, licenciadas, licenciados y auxiliares de enfermería) del servicio de Pediatría, emergencias pediátricas y neonatología del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito; y se les invita a participar en la investigación:

"EVALUACIÓN DE LA EMPATÍA EN EL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE A PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE A OCTUBRE DE 2018"

PARTE I: Información

Esta investigación es realizada por la Md Gioconda Franco Pérez, estudiante del Postgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

El propósito de este estudio es Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre empatía que posee el personal de salud que atiende a pacientes pediátricos en el Hospital público Enrique Garcés de Quito en el período septiembre a octubre del 2018. Le brindaré información e invito a participar en este estudio. No tiene que decidir inmediatamente si quiere participar. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Usted no tiene por qué formar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento. Por favor, deténgame según le informo para darme tiempo para explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntar cuando crea más conveniente.

Si usted accede a participar en este estudio, se realizará un test de 20 preguntas y un instrumento de preguntas básicas. Las respuestas serán ingresadas en una base de datos, la cual será analizada por la autora y posteriormente se escribirá un informe final exponiendo los resultados del trabajo. La información que se recoja será confidencial y no se usará para

ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo la investigadora sabrá cuál es su número y se mantendrá la información bajo seguridad. No será compartida ni entregada a nadie. De antemano le agradezco su participación.

Espero que los resultados de este estudio ayuden a documentar mejor el nivel de empatía del personal de salud que trata con pacientes pediátricos.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado (a) a participar en la investigación "Evaluación de la empatía en el personal de salud que atiende a pacientes pediátricos en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el período septiembre a octubre de 2018". Entiendo que se me realizará una encuesta. He sido informado (a) que los riesgos son mínimos. Sé que los resultados pueden ayudar a documentar mejor el perfil del personal de salud y su relación con el paciente pediátrico. Se me ha proporcionado el nombre y dirección de la investigadora que puede ser fácilmente contactada.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador)

Si desea más información puede comunicarse en cualquier momento con:

Investigadora: Gioconda Gabriela Franco Pérez MD

Correo electrónico: gioconda_francop@hotmail.com

Teléfono: 0984254091

Dirección: Leonidas Plaza N21-225 y Vicente Ramón Roca



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 del proceso que se realizará así como el papel que usted desempeñara en ella.

Esta investigación es realizada por la Md Gioconda Franco Pérez, estudiante del Postgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

El propósito de este estudio es describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre empatía que posee el personal de salud que atiende a pacientes pediátricos en el Hospital público Enrique Garcés de Quito en el período septiembre a octubre del 2018. Le brindaré información e invito a participar en este estudio. No tiene que decidir inmediatamente si quiere participar. Usted no tiene por qué formar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento. Por favor, deténgame según le informo para darme tiempo para explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntar cuando crea más conveniente.

Si usted accede a participar en este estudio, se realizará un test de 20 preguntas y un instrumento de preguntas básicas. Las respuestas serán ingresadas en una base de datos, la cual será analizada por la autora y posteriormente se escribirá un informe final exponiendo los resultados del trabajo. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo la investigadora sabrá cuál es su número y se mantendrá la información bajo seguridad. No será compartida ni entregada a nadie. De antemano le agradezco su participación.

He sido invitado (a) a participar en la investigación. Entiendo que se me realizará una entrevista dirigida por la autora de esta investigación, la cual durará aproximadamente 20 minutos. Sé que los resultados pueden ayudar a documentar mejor el perfil del personal de salud y su relación con el paciente pediátrico.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Si desea más información puede comunicarse en cualquier momento con:

Investigadora: Gioconda Gabriela Franco Pérez MD

Correo electrónico: gioconda_francop@hotmail.com

Teléfono: 0984254091

Dirección: Leonidas Plaza N21-225 y Vicente Ramón Roca

Nombre del Participante _____ Firma del Participante _____

Fecha _____ Día/mes/año



ANEXO 3. FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES

Este instrumento de recolección de datos generales va dirigido al personal de salud (médicos tratantes, postgradista, enfermeras y auxiliares) del servicio de Pediatría y Neonatología del Hospital Público Enrique Garcés de Quito, que han sido invitados a participar en la siguiente investigación:

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EMPATÍA EN EL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE A PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL HOSPITAL PÚBLICO ENRIQUE GARCÉS DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE A OCTUBRE DE 2018”

1.	EDAD	Años	
2.	SEXO	Masculino	
		Femenino	
3.	ESTADO CIVIL	Soltero	
		Casado	
		Unión Libre	
		Otros	
4.	RELIGIÓN	Católica	
		Cristiana	
		Otra	
5.	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Primer nivel	
		Segundo nivel	
		Tercer nivel	
		Cuarto nivel	
6.	TIPO DE TRABAJO	Médico tratante	
		Médico residente	
		Enfermera/o	
		Auxiliar	

7.	CARGA HORARIA	Horas semanales de trabajo	
8.	ANTIGÜEDAD EN SU TRABAJO	Menos de 1 año	
		1 a 5 años	
		6 a 10 años	
		Más de 10 años	

Nombre del Participante _____ Firma del Participante _____

Fecha _____ Día/mes/año



ANEXO 4. TEST DE JEFFERSON DE EMPATÍA MÉDICA. VERSIÓN PS

Este Test de empatía va dirigido al personal de salud (médicos tratantes, postgradistas, enfermeras y auxiliares) del servicio de Pediatría y Neonatología del Hospital Público Enrique Garcés de la ciudad de Quito.

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 ver 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 deberían 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 los 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 puede comunicarse en cualquier momento con:

Investigadora: Gioconda Gabriela Franco Pérez MD

Correo electrónico: gioconda_francop@hotmail.com

Teléfono: 0984254091

Dirección: Leonidas Plaza N21-225 y Vicente Ramón Roca

Nombre del Participante _____ Firma del Participante _____

Fecha _____ Día/mes/año



ANEXO 5. ENTREVISTA

Esta investigación es realizada por la Md Gioconda Franco Pérez, estudiante del Postgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

El propósito de este estudio es Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre empatía que posee el personal de salud que atiende a pacientes pediátricos en el Hospital público Enrique Garcés de Quito en el período septiembre a octubre del 2018. Le brindaré información e invito a participar en este estudio.

A continuación realizaré esta entrevista, la cuál será grabada digitalmente, para conocer más acerca de su forma de llevar la relación médico – paciente, la interacción que tiene con niños y familiares y la empatía que genera en usted y en su ambiente de trabajo. La información que proporcione será confidencial y de mucha utilidad para la investigación.

Muchas gracias.

Si desea más información puede comunicarse en cualquier momento con:

Investigadora: Gioconda Gabriela Franco Pérez MD

Correo electrónico: gioconda_francop@hotmail.com

Teléfono: 0984254091

Dirección: Leonidas Plaza N21-225 y Vicente Ramón Roca

PREGUNTAS

1. ¿Le agrada trabajar con pacientes pediátricos?
2. ¿Cuánto tiempo ha trabajado en el servicio de pediatría o neonatología?
3. ¿A menudo tiene sentimientos tiernos y de preocupación hacia los pacientes pediátricos?

4. ¿A menudo encuentra difícil ver las cosas desde el punto de vista del paciente o de sus familiares?
5. ¿Cómo se siente al atender a niños?
6. ¿Qué siente al relacionarse con los familiares de los pacientes pediátricos?
7. ¿Antes de criticar o juzgar a alguien intenta imaginar cómo se sentiría si estuviera en su lugar?
8. Su comunicación no verbal (gestos, expresiones, etcétera) y su comunicación verbal (lo que dice). ¿Están acompasadas?
9. ¿Cree que consigue que los familiares del paciente pediátrico sientan que son comprendidos por usted?
10. ¿Se ha sentido identificado o ha sentido preocupación por los problemas del paciente pediátrico o sus familiares?
11. ¿En qué medida cuando alguien comparte con usted una experiencia le respondes con un “lo entiendo”, “imagino cómo debe estar”?
12. ¿Qué cree que es lo difícil de atender a pacientes pediátricos?
13. ¿Qué cree usted que es lo más difícil de interactuar con los familiares de los pacientes pediátricos?
14. ¿Qué entiende usted por empatía?
15. ¿Cómo pone en práctica la empatía en su día a día?
16. ¿Cree usted que la empatía influye en la relación médico paciente?
17. ¿Cómo cree que se podría mejorar la empatía del personal que atiende pacientes pediátricos?
18. ¿Cree usted que el sentir y practicar empatía mejora el progreso de los pacientes pediátricos?
19. ¿Considera que preguntarles a los pacientes o a sus familiares lo que está sucediendo en sus vidas es un factor importante para entender sus molestias físicas?
20. ¿Usted emplea el tiempo necesario para explicar a su paciente y sus familiares los problemas relacionados con su patología?

ANEXO 6. TABLAS DE RELACIÓN DE LAS CATEGORÍAS DEL TEST DE JEFFERSON TOMA DE PERSPECTIVA, ATENCIÓN CON COMPASIÓN Y EMPATÍA CON LAS VARIABLES GÉNERO, EDAD, RELIGIÓN, ESTADO CIVIL, INSTRUCCIÓN, TIPO DE TRABAJO, CARGA HORARIA Y TIEMPO DE ANTIGÜEDAD.

Tabla 1: RELACIÓN ENTRE TOMA DE PERSPECTIVA Y GÉNERO.

TOMA DE PERSPECTIVA			
GÉNERO	NO	SI	TOTAL
Femenino	2 (2,53%)	77 (97,47%)	79 (100%)
Masculino	2 (5,71%)	33 (94,29%)	35 (100%)
Total	4 (3,51%)	110 (96,49%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 0,726; p= 0,394 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 2: RELACIÓN ENTRE TOMA DE PERSPECTIVA Y RANGO DE EDAD.

TOMA DE PERSPECTIVA			
RANGO DE EDAD	NO	SI	TOTAL
Menores de 30 años	1 (3,57%)	27 (96,43%)	28 (100%)
De 30 a 39 años	2 (3,92%)	49 (96,08%)	51 (100%)
De 30 a 39 años	1 (5,56%)	17 (94,44%)	18 (100%)
Mayores de 50 años	0 (0%)	17 (100%)	17 (100%)
Total	4 (3,51%)	110 (96,49%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 0,867; p= 0,833 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 3: RELACIÓN ENTRE TOMA DE PERSPECTIVA Y RELIGIÓN.

TOMA DE PERSPECTIVA			
RELIGIÓN	NO	SI	TOTAL
Católica	3 (3,19%)	91 (96,81%)	94 (100%)
Cristiana	0 (0%)	12 (100%)	12 (100%)
Otras	1 (12,5%)	7 (87,5%)	8 (100%)
Total	4 (3,51%)	110 (96,49%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 2,375; $p= 0,305$ ($p >0,05$)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 4: RELACIÓN ENTRE TOMA DE PERSPECTIVA Y ESTADO CIVIL.

TOMA DE PERSPECTIVA			
ESTADO CIVIL	NO	SI	TOTAL
Soltero	1 (2,38%)	41 (97,62%)	42 (100%)
Casado	2 (3,64%)	53 (96,36%)	55 (100%)
Unión Libre	1 (10%)	9 (90%)	10 (100%)
Otras	0 (0%)	7 (100%)	7 (100%)
Total	4 (3,51%)	110 (96,49%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 1,660; $p= 0,646$ ($p >0,05$)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 5: RELACIÓN ENTRE TOMA DE PERSPECTIVA E INSTRUCCIÓN.

TOMA DE PERSPECTIVA			
INSTRUCCIÓN	NO	SI	TOTAL
Primer nivel	0 (0%)	6 (100%)	6 (100%)
Segundo nivel	0 (0%)	22 (100%)	22 (100%)
Tercer nivel	3 (5,56%)	51 (94,44%)	54 (100%)
Cuarto nivel	1 (3,13%)	31 (96,87%)	32 (100%)
Total	4 (3,51%)	110 (96,49%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 1,700; p= 0,637 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 6: RELACIÓN ENTRE TOMA DE PERSPECTIVA Y TIPO DE TRABAJO.

TOMA DE PERSPECTIVA			
TIPO DE TRABAJO	NO	SI	TOTAL
Médico tratante	1 (4,35%)	22 (95,65%)	23 (100%)
Médico residente	2 (8%)	23 (92%)	25 (100%)
Enfermera/o	1 (2,94%)	33 (97,06%)	34 (100%)
Auxiliar	0 (0%)	32 (100%)	32 (100%)
Total	4 (3,51%)	110 (96,49%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 2,733; p= 0,435 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 7: RELACIÓN ENTRE TOMA DE PERSPECTIVA Y CARGA HORARIA.

TOMA DE PERSPECTIVA			
CARGA HORARIA	NO	SI	TOTAL
40 horas semanales	4 (4,26%)	90 (95,74%)	94 (100%)
Más de 40 horas semanales	0 (0%)	20 (100%)	20 (100%)
Total	4 (3,51%)	110 (96,49%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 0,882; p= 0,348 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 8: RELACIÓN ENTRE TOMA DE PERSPECTIVA Y ANTIGÜEDAD.

TOMA DE PERSPECTIVA			
ANTIGÜEDAD	NO	SI	TOTAL
Menos de 1 año	0 (0%)	12 (100%)	12 (100%)
1 a 5 años	1 (2,44%)	40 (97,56%)	41 (100%)
6 a 10 años	2 (6,9%)	27 (93,1%)	29 (100%)
Más de 10 años	1 (3,13%)	31 (96,87%)	32 (100%)
Total	4 (3,51%)	110 (96,49%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 1,572; p= 0,666 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 9: RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN POR COMPASIÓN Y GÉNERO.

ATENCIÓN POR COMPASIÓN			
GÉNERO	NO	SI	TOTAL
Femenino	57 (72,15%)	22 (27,85%)	79 (100%)
Masculino	25 (71,42%)	10 (28,57%)	35 (100%)
Total	82 (71,93%)	32 (28,07%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 0,006; p= 0,937 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 10: RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN POR COMPASIÓN Y RANGO DE EDAD.

ATENCIÓN POR COMPASIÓN			
RANGO DE EDAD	NO	SI	TOTAL
Menores de 30 años	19 (67,86%)	9 (32,14%)	28 (100%)
De 30 a 39 años	36 (70,59%)	15 (29,41%)	51 (100%)
De 30 a 39 años	15 (83,33%)	3 (16,66%)	18 (100%)
Mayores de 50 años	12 (70,59%)	5 (29,41%)	17 (100%)
Total	82 (71,92%)	32 (28,07%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 1,450; p= 0,694 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 11: RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN POR COMPASIÓN Y RELIGIÓN.

ATENCIÓN POR COMPASIÓN			
RELIGIÓN	NO	SI	TOTAL
Católica	67 (71,28%)	27 (28,72%)	94 (100%)
Cristiana	10 (83,33%)	2 (16,67%)	12 (100%)
Otras	5 (62,5%)	3 (37,5%)	8 (100%)
Total	82 (71,92%)	32 (28,07%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 1,145; p= 0,564 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 12: RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN POR COMPASIÓN Y ESTADO CIVIL.

ATENCIÓN POR COMPASIÓN			
ESTADO CIVIL	NO	SI	TOTAL
Soltero	28 (66,67%)	14 (33,33%)	42 (100%)
Casado	41 (74,55%)	14 (25,45%)	55 (100%)
Unión Libre	7 (70%)	3 (30%)	10 (100%)
Otras	6 (85,71%)	1 (14,29%)	7 (100%)
Total	82 (71,92%)	32 (28,07%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 1,440; p= 0,696 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 13: RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN POR COMPASIÓN E INSTRUCCIÓN.

ATENCIÓN POR COMPASIÓN			
INSTRUCCIÓN	NO	SI	TOTAL
Primer nivel	3 (50%)	3 (50%)	6 (100%)
Segundo nivel	18 (81,82%)	4 (18,18%)	22 (100%)
Tercer nivel	34 (62,97%)	20 (37,03%)	54 (100%)
Cuarto nivel	27 (84,38%)	5 (15,62%)	32 (100%)
Total	82 (71,92%)	32 (28,07%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 7,100; p= 0,069 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 14: RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN POR COMPASIÓN Y TIPO DE TRABAJO.

ATENCIÓN POR COMPASIÓN			
TIPO DE TRABAJO	NO	SI	TOTAL
Médico tratante	19 (82,61%)	4 (17,39%)	23 (100%)
Médico residente	18 (72%)	7 (28%)	25 (100%)
Enfermera/o	22 (64,71%)	12 (35,29%)	34 (100%)
Auxiliar	23 (71,88%)	9 (28,12%)	32 (100%)
Total	82 (71,92%)	32 (28,07%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 2,178; p= 0,536 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 15: RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN POR COMPASIÓN Y CARGA HORARIA.

ATENCIÓN POR COMPASIÓN			
CARGA HORARIA	NO	SI	TOTAL
40 horas semanales	66 (70,21%)	28 (29,79%)	94 (100%)
Más de 40 horas semanales	16 (80%)	4 (20%)	20 (100%)
Total	82 (71,92%)	32 (28,07%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 0,782; p= 0,376 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 16: RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN POR COMPASIÓN Y ANTIGÜEDAD.

ATENCIÓN POR COMPASIÓN			
ANTIGÜEDAD	NO	SI	TOTAL
Menos de 1 año	11 (91,67%)	1 (8,33%)	12 (100%)
1 a 5 años	29 (70,73%)	12 (29,27%)	41 (100%)
6 a 10 años	21 (72,41%)	8 (27,59%)	29 (100%)
Más de 10 años	21 (65,63%)	11 (34,37%)	32 (100%)
Total	82 (71,92%)	32 (28,07%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 2,978; $p=0,395$ ($p > 0,05$)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 17: RELACIÓN ENTRE EMPATÍA Y GÉNERO.

EMPATÍA			
GÉNERO	NO	SI	TOTAL
Femenino	15 (18,99%)	64 (81,01%)	79 (100%)
Masculino	7 (20%)	28 (80%)	35 (100%)
Total	22 (3,51%)	92 (96,49%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 0,016; $p=0,899$ ($p > 0,05$)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 18: RELACIÓN ENTRE EMPATÍA Y RANGO DE EDAD.

RANGO DE EDAD	EMPATÍA		TOTAL
	NO	SI	
Menores de 30 años	3 (10,71%)	25 (89,29%)	28 (100%)
De 30 a 39 años	11 (21,57%)	40 (78,43%)	51 (100%)
De 30 a 39 años	3 (16,67%)	15 (83,33%)	18 (100%)
Mayores de 50 años	5 (29,41%)	12 (70,59%)	17 (100%)
Total	22 (3,51%)	92 (96,49%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 2,690; p= 0,442 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 19: RELACIÓN ENTRE EMPATÍA Y RELIGIÓN.

RELIGIÓN	EMPATÍA		TOTAL
	NO	SI	
Católica	19 (20,21%)	75 (79,79%)	94 (100%)
Cristiana	1 (8,33%)	11 (91,67%)	12 (100%)
Otras	2 (25%)	6 (75%)	8 (100%)
Total	22 (3,51%)	92 (96,49%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 1,144; p= 0,564 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 20: RELACIÓN ENTRE EMPATÍA Y ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	EMPATÍA		TOTAL
	NO	SI	
Soltero	5 (11,90%)	37 (88,10%)	42 (100%)
Casado	13 (23,64%)	42 (76,36%)	55 (100%)
Unión Libre	2 (20%)	8 (80%)	10 (100%)
Otras	2 (28,57%)	5 (71,43%)	7 (100%)
Total	22 (3,51%)	92 (96,49%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 2,528; p= 0,470 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 21: RELACIÓN ENTRE EMPATÍA E INSTRUCCIÓN.

INSTRUCCIÓN	EMPATÍA		TOTAL
	NO	SI	
Primer nivel	1 (16,67%)	5 (83,33%)	6 (100%)
Segundo nivel	5 (22,73%)	17 (77,27%)	22 (100%)
Tercer nivel	10 (18,52%)	44 (81,48%)	54 (100%)
Cuarto nivel	6 (18,75%)	26 (81,25%)	32 (100%)
Total	22 (3,51%)	92 (96,49%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 0,220; p= 0,974 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 22: RELACIÓN ENTRE EMPATÍA Y TIPO DE TRABAJO.

TIPO DE TRABAJO	EMPATÍA		TOTAL
	NO	SI	
Médico tratante	4 (17,39%)	19 (82,61%)	23 (100%)
Médico residente	5 (20%)	20 (80%)	25 (100%)
Enfermera/o	7 (20,59%)	27 (79,41%)	34 (100%)
Auxiliar	6 (18,75%)	26 (81,25%)	32 (100%)
Total	22 (3,51%)	92 (96,49%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 0,104; p= 0,991 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 23: RELACIÓN ENTRE EMPATÍA Y CARGA HORARIA.

CARGA HORARIA	EMPATÍA		TOTAL
	NO	SI	
40 horas semanales	20 (4,26%)	74 (95,74%)	94 (100%)
Más de 40 horas semanales	2 (0%)	18 (100%)	20 (100%)
Total	22 (3,51%)	92 (96,49%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 1,347; p= 0,246 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019

Tabla 24: RELACIÓN ENTRE EMPATÍA Y ANTIGÜEDAD.

ANTIGÜEDAD	EMPATÍA		TOTAL
	NO	SI	
Menos de 1 año	2 (16,67%)	10 (83,33%)	12 (100%)
1 a 5 años	7 (17,07%)	34 (82,93%)	41 (100%)
6 a 10 años	7 (24,14%)	22 (75,86%)	29 (100%)
Más de 10 años	6 (18,75%)	26 (81,25%)	32 (100%)
Total	22 (3,51%)	92 (96,49%)	114 (100%)

Chi cuadrado: 0,626; p= 0,890 (p >0,05)

Fuente: Test de Jefferson versión PS

Elaboración: Franco G. 2019