

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON EN ESTUDIANTES DE MEDICINA MEXICANOS

Adelina Alcorta-Garza¹, Juan F. González-Guerrero², Silvia E. Tavitas-Herrera³, Francisco J. Rodríguez-Lara⁴, Mohammadreza Hojat⁵

SUMMARY

Introduction

A meaningful doctor-patient relationship is a key factor in medical practice and in the art of curing. In the past, several institutions have recommended the addition of humanistic education among medical doctors not only for enhancing the doctor-patient relationship, but also for improving the quality of medical care. In fact, an empathic physician-patient relationship has been associated with better clinic outcomes.

In spite of recommendations, medical empathy is still an unexplored research area in medical education for two reasons. One of these is that theoretical research on empathy is not easy because of a lack of clarity in its conceptualization. Another reason for the dearth of empirical research is the absence of a valid and reliable operational tool by which to measure empathy in patient care situations. A team from the Center for Research in Medical Education and Health Care at the Medical College of Thomas Jefferson University, developed the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE). The English version factor structure is consistent with conceptual aspects of a multidimensional scale that measures the perspective taking, compassionate care and "standing in the patient's shoes" factors. The JSPE has shown satisfactory psychometric properties; construct, discriminant, and criterion validity has been confirmed among medical students with an internal consistency of 0.89.

Empathy may vary among individuals depending on social, educational, and personal experiences, and it corresponds to an interpersonal ability and a clinical competence component. Hence, the availability of a valid and reliable instrument for measuring empathy among medical doctors is a critical issue. However, the instrument should be culturally adapted for the population of interest. Therefore, the present study was designed for evaluating the validity and reliability of the Spanish version of the JPES among Mexican medical students.

Material and methods

Subjects: 1022 medical students (mean age 21 ± 2.7 years) from the School of Medicine at the Autonomous University of Nuevo Leon, in Monterrey, Mexico (494 women and 528 men).

Instrument: The students' version of the JSPE was used to measure the orientation of medical students towards empathy in patient care situations. The JSPE consists of 20 items on a seven-point Likert scale (1=strongly disagree, 7= strongly agree).

Procedures: The JSPE was translated into Spanish and back translated following the guidelines to adaptate psychological evaluation instruments. The questionnaire was answered by first (n=687), third (n=183) and fifth grade (n=152) medical students. They were assured of the strict confidentiality of the test and of the individual responses.

Plan of analysis: Dimensionality of 20 items was assessed with factors analysis using the principal components extraction method and orthogonal rotation. Cronbach's alpha was calculated for evaluating the internal consistency.

Results

The exploratory factor analysis allowed the identification of three factors with eigen values greater or equal to one. All the items with coefficients greater than 0.30 of the first factor were positive and corresponded to the perspective taking domain. On the other hand, seven out of ten negative questions loaded to the second factor with coefficients greater than 0.40; all of them were related to compassionate care. Finally, there were other two questions with high loading on the third factor, which matched to "standing in the patient's shoes" domain. The internal consistency was 0.74.

The mean of empathy scores was 110 and the standard deviation, 14. The observed range was 44-140 compared to the possible range of 20-140. The mean empathy score was higher for women than men (111.9 ± 13.9 vs. 109.08 ± 14.1 , $p=.002$). Age was not significantly correlated with empathy scores, even after controlling for sex (women: $r=-0.01$; men: $r=0.02$).

¹Jefe del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL, México. Palo Blanco 604, Valle de Santa Engracia. 66260, Garza García, NL, México. Teléfonos: +5281 8378-1111; 8348-3985; 8378-1120. E-mail: adealcorta@prodigynet.mx

²Jefe del Centro Universitario contra el Cáncer, Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León.

³Coordinadora General de Comunicación y Servicios de Enlace a la Comunidad, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.

⁴Coordinador General de Servicios Clínico-Hospitalarios y Psiquiatría de Enlace. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.

⁵Director del Estudio Longitudinal de Jefferson, Profesor e Investigador Asociado de Psiquiatría y Comportamiento Humano. Centro de Investigación y Educación Médica y Atención a la Salud, Escuela de Medicina de Jefferson, Universidad de Thomas Jefferson. Recibido primera versión: 11 de octubre de 2004. Segunda versión: 17 de febrero de 2005. Aceptado: 17 de junio de 2005.

Conclusions

The results of study supported the validity of the JSPE among medical students in Mexico. The first factor (perspective taking) corresponded to the main component of empathy. The other two factors, compassionate care and "standing in the patient's shoes", were related to specific components of the doctor-patient relationship. The observed internal consistency was satisfactory for personality tests. The findings showed significantly higher empathy scores for women than men, suggesting that female doctors might render a different type of medical care. These findings are consistent with those reported for U.S.A. medical students. It has been informed that women are more receptive to emotional signs than men and that they devote more time and offer more preventive care to their patients. More scientific evidence is needed to explain these sex differences which represents different implications for the selection of medical training. Interpersonal relationships are especially critical between physicians and patients. Failures in understanding a patient's perspective may result in communication problems, which in turn contribute to the patient's dissatisfaction with care. As soon as the doctor understands what his/her patient thinks and feels, he/she can offer a better care. This is how empathy translates into the vehicle of a meaningful doctor-patient relationship.

Finally, empathy measurement is meaningful because it constitutes the first step for examining permanence from the first years of the medical career up to specialty training years. It also allows for the analysis of the impact of educational strategies designed to improve empathy and achieve potential benefits not only for the doctors' professional development but also for their patients' health.

Key words: Empathy, doctor-patient relationship, medical education, validity, reliability.

RESUMEN

Introducción

Una relación médico-paciente positiva es un elemento crítico en la práctica médica y en el arte de curar. A pesar de las recomendaciones, la empatía médica sigue siendo un área de investigación inexplicada en la educación médica por dos posibles razones. Primero, la investigación teórica de la empatía médica se dificulta por una falta de claridad en su conceptualización y una ambigüedad en su definición. Segundo, la investigación empírica en el tema es limitada debido a la falta de un instrumento que mida operacionalmente la empatía en estudiantes de medicina. El grupo de Jefferson desarrolló una Escala de Empatía Médica (EEMJ). En su versión en inglés ha mostrado validez de construcción, convergente y discriminante, además de una confiabilidad aceptable. Sin embargo, es imprescindible proveer pruebas de las propiedades psicométricas de este instrumento una vez que ha sido culturalmente adaptado. El presente estudio evalúa la validez y confiabilidad de la EEMJ en estudiantes de medicina mexicanos.

Material y métodos

Sujetos: Participaron 1022 estudiantes de medicina con un promedio de edad de 21 ± 2.7 años (494 mujeres y 528 hombres) de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en Monterrey, México.

Instrumento: Se utilizó la versión "S" de la EEMJ, diseñada para medir empatía en estudiantes de medicina, la cual contiene 20

reactivos tipo Likert en una escala de siete puntos (1=fuertemente en desacuerdo, 7= fuertemente de acuerdo).

Procedimientos: La EEMJ se tradujo del inglés al español y se retradujo, siguiendo la guía para adaptación de instrumentos de evaluación psicológica y asegurando una estricta confidencialidad. Se realizaron un análisis de factores usando el método de extracción de componentes principales y una rotación ortogonal, y se estimó el coeficiente alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de la escala.

Resultados

El análisis exploratorio de factores permitió identificar tres factores con valores eigen mayores o iguales a uno. Todos los reactivos que registraron coeficientes mayores a 0.30 que integraron el factor 1, fueron las preguntas redactadas en forma positiva y correspondieron al dominio toma de perspectiva. Por otra parte, siete de las diez preguntas planteadas en forma negativa cargaron en un segundo factor, con coeficientes mayores a 0.40; todas ellas estuvieron relacionadas con el dominio de cuidado con compasión. Por último, otras dos preguntas negativas conformaron el factor 3; este factor incluyó el dominio habilidad para "ponerse en los zapatos del paciente". La consistencia interna fue de 0.74.

Conclusiones

Los resultados de este estudio indicaron validez de la EEMJ. En lo que respecta a la confiabilidad, la consistencia interna se encontró dentro del rango aceptable para pruebas de personalidad. En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca; de este modo, la empatía se convierte en el vehículo de la relación interpersonal médico-paciente. La medición de la empatía es el primer paso para examinar su nivel de permanencia desde el ingreso a la carrera de medicina hasta el tiempo de una especialidad médica. También permite analizar el impacto de estrategias educativas dirigidas a aumentar la empatía, con beneficios potenciales para el desarrollo profesional del médico y de la salud de sus pacientes.

Palabras clave: Empatía, relación médico-paciente, educación médica, validez, confiabilidad.

INTRODUCCIÓN

Una relación médico-paciente positiva es un elemento crítico en la práctica médica y en el arte de curar (6). La relación médico-paciente se ha tensado por el rápido incremento del diagnóstico basado en la tecnología en la medicina moderna y el cambio resultante de alejamiento del contacto al lado de la cama del paciente a los laboratorios y los procedimientos diagnósticos basados en computadoras. Lo anterior ha dado lugar a la percepción general de que los médicos se han "desligado" de la atención del paciente (22). Las organizaciones educativas y profesionales recomiendan reconocer la empatía no sólo en futuros médicos sino también en médicos ya dedicados a la práctica como un aspecto esencial de profesionalismo en la medicina (29). La Asociación Estadounidense de Escuelas de Medicina (Association of American Medical Colleges) ha manifestado que se espera que las escuelas de medicina formen médicos altruistas, compasivos y empáticos

para con sus pacientes. Asimismo, el Colegio Estadounidense de Medicina Interna (American Board of Internal Medicine) ha recomendado desde hace ya tiempo que los atributos humanísticos, incluida la empatía, se instilen y evalúen entre los residentes en entrenamiento clínico. Lo anterior no solamente con la finalidad de mejorar la relación médico-paciente (1, 20), sino también para aumentar la calidad de la atención a pacientes (15, 16, 24). Incluso, existen pruebas de que la empatía se asocia con una mejor competencia clínica (10). A pesar de las recomendaciones, la empatía médica sigue siendo un área de investigación inexplorada en la educación médica por dos posibles razones. Primero, la investigación teórica de la empatía médica se dificulta por una falta de claridad en su conceptualización y una ambigüedad en su definición (25, 28, 30). Segundo, la investigación empírica en el tema es limitada debido a la falta de un instrumento que mida operacionalmente la empatía entre estudiantes de medicina (4, 17).

El concepto de empatía se refiere a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente. No obstante, la misma se ha asociado en forma teórica o empírica con una serie de atributos como el respeto, el comportamiento prosocial, el razonamiento moral, las actitudes positivas hacia la gente de edad avanzada, la ausencia de demandas o litigios por mala práctica, la habilidad para recabar la historia clínica y ejecución del examen físico, la satisfacción del paciente, la satisfacción del médico, la mejor relación terapéutica y los buenos resultados clínicos (11). Por otra parte, se dice que los médicos en las especialidades "orientadas al paciente" -p.ej. medicina familiar, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, medicina de urgencia, psiquiatría y subespecialidades médicas correspondientes- obtienen puntajes de empatía más altos que sus contrapartes en especialidades "orientadas a la tecnología", p.ej. la anestesiología, la radiología, la patología, la cirugía y las subespecialidades quirúrgicas (11, 13). Asimismo, se dice que en la escuela de medicina y en la práctica médica las mujeres tienden a ser más empáticas que los hombres (10, 11, 14).

Son pocos los instrumentos diseñados para medir la empatía. De ellos, unos se aplican en la población general, como el Índice de Reactividad Interpersonal (3), la Escala de Empatía de Hogan (8) y la escala de Empatía Emocional (23). Otros son para uso en personal de enfermería (18, 19). El grupo de la Universidad de Jefferson, del Centro de Investigación en Educación y Atención Médica (Center for Research in Medical Education and Health Care), con más de 30 años de experiencia, ha desarrollado una Escala de

Empatía Médica (EEMJ). En su versión original en inglés, su estructura es consistente con los aspectos conceptuales de una escala multidimensional (3, 17), la cual define a la empatía con base en tres factores: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para "ponerse en los zapatos del paciente". Esta escala ha mostrado estabilidad en grupos de estudiantes médicos, lo que provee apoyo en la validez de construcción (11), además de una confiabilidad aceptable (alfa superior a 0.80). La validez convergente ha sido confirmada por coeficientes de correlación significativos entre puntajes de la EEMJ y medidas conceptuales de compasión. Lo mismo ocurrió con la validez discriminante por la falta de asociación significativa con medidas conceptuales irrelevantes como autoprotección (9). Sin embargo, es imprescindible ofrecer pruebas de las propiedades psicométricas del instrumento en la población donde se pretende aplicarla; es decir, la medición debe estar culturalmente adaptada (5, 7, 26). Como cualquier otra cualidad, la empatía varía entre individuos dependiendo de factores sociales, educacionales y experiencias personales. Asimismo, ya que la empatía es un factor de la habilidad interpersonal y un componente de la competencia clínica, es trascendental contar con un instrumento para medir operacionalmente la empatía en profesionales de la salud en el área médica. El presente estudio se diseñó para evaluar la validez y la confiabilidad de la EEMJ que define empatía por medio de la toma de perspectiva, la atención con compasión y habilidad para "ponerse en los zapatos del paciente", tal como se mencionó previamente, en su versión en español en estudiantes de medicina mexicanos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos

Participaron 1022 estudiantes de medicina con un promedio de edad de 21 ± 2.7 años (494 mujeres y 528 hombres) de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en Monterrey, México.

Instrumento

Se utilizó la EEMJ en su versión Student o "S", la cual se diseñó para medir las actitudes de estudiantes de medicina hacia la empatía médica en situaciones de atención de paciente (14). El instrumento contiene 20 reactivos tipo Likert en una escala de siete puntos (1= fuertemente en desacuerdo, 7= fuertemente de acuerdo)(anexo 1).

Procedimientos

La EEMJ se tradujo al español y se retradujo al inglés, siguiendo la guía para adaptación de instrumentos de

CUADRO 1. Estadística descriptiva y confiabilidad de la escala de empatía médica de Jefferson en su versión al español, aplicada en una población mexicana de 1022 estudiantes de la Facultad de Medicina, Monterrey, México

Promedio	110.4
Desviación estándar	14.1
Percentil	
25	102.0
50	112.0
75	121.0
Rango posible	20-140
Rango observado	44-140
Consistencia interna (alfa de Cronbach)	0.74

evaluación psicológica (5). El cuestionario fue contestado por estudiantes del primero ($n=687$), tercero ($n=183$) y quinto año ($n=152$) de la carrera de medicina. Se les aseguró que las pruebas eran estrictamente confidenciales y las respuestas individuales, donde deberían considerar que todas las respuestas eran posibles y no había respuestas correctas e incorrectas, sino diferentes estilos de respuestas como especificaba la hoja inicial de información e instrucciones generales.

Plan de análisis

La dimensionalidad de 20 reactivos se evaluó con análisis de factores usando el método de extracción de componentes principales y rotación ortogonal. Se realizaron pruebas t para comparar los puntajes de hombres y mujeres. Asimismo, se evaluó la consistencia interna de la escala con el coeficiente de alfa de Cronbach.

RESULTADOS

La estadística descriptiva y la consistencia interna de la EEMJ en su versión al español en estudiantes de medicina mexicanos se muestra en el cuadro 1. El análisis exploratorio de factores permitió identificar tres factores con valores eigen mayores o iguales a uno. Todos los reactivos que registraron coeficientes mayores a 0.30 y que integraron el factor 1 fueron las preguntas redactadas en forma positiva; el dominio correspondió a la toma de perspectiva. Por otra parte, siete de las diez preguntas planteadas en forma negativa cargaron en un segundo factor, con coeficientes mayores a 0.40, todas ellas correspondientes al dominio de cuidado con compasión. Por último, otras dos preguntas negativas conformaron el factor 3 con carga alta; este factor incluyó el dominio habilidad para "ponerse en los zapatos del paciente". La magnitud de los valores eigen y los coeficientes respectivos se presentan en el cuadro 2.

Diferencias por género y edad

El puntaje promedio de empatía de las mujeres fue superior al de los hombres (111.9 ± 13.9 versus $109.08 \pm$

$14.1, p=.002$). La edad no se correlacionó en forma significativa con el puntaje de empatía ni con el sexo femenino ($r=-0.01$) o masculino ($r=0.02$).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio indicaron la validez de la EEMJ. El análisis de factores confirmó la presencia de por lo menos tres componentes. Con base en la magnitud del valor eigen, al primer factor (toma de perspectiva), correspondió al ingrediente central de la empatía. Este resultado es consistente al reportado para una población de médicos estadounidenses (11) y población general (2, 3, 28). Los otros dos factores (cuidado con compasión y habilidad para "ponerse en los zapatos del paciente") son componentes específicos a la relación médico-paciente y también son consistentes a lo reportado para la población médica estadounidense. Sin embargo, otros factores como aspectos de contrareacción y contratransferencia no son contemplados por el instrumento, aunque bajo una lectura analítica se podría afirmar que en las respuestas a cada pregunta se condensa la posible influencia de las mismas. Por lo anterior, este trabajo constituye la base de muchos cuestionamientos que futuros estudios deberán mostrar bajo un enfoque más preciso y con agregados a estos resultados. En lo que respecta a la confiabilidad, la consistencia interna se encontró dentro del rango aceptable para pruebas de personalidad.

Las mujeres registraron un puntaje significativamente superior al de los hombres, resultado similar a lo observado por Hojat y colaboradores (10) en una muestra de estudiantes de tercer año de la Escuela de Medicina de Jefferson. Se ha dicho que las mujeres son más receptivas a las señales emocionales que los hombres y que las mujeres pasan más tiempo con sus pacientes y ofrecen más atención preventiva y orientada al paciente. En cambio, los hombres se inclinan más a menudo a ofrecer soluciones racionales, mientras que las mujeres lo hacen más hacia las medidas de apoyo emocional y el entendimiento que ayudan a reforzar sus relaciones empáticas (10, 12, 21). Se requieren más pruebas para relacionar las diferencias de empatía por género con factores intrínsecos (como la teoría evolutiva de inversión paternal) o factores extrínsecos (como la expectativa de rol del género), lo cual representa diferentes implicaciones para la selección y el entrenamiento durante la carrera de medicina.

Los estudios publicados son inconsistentes en lo que respecta a la posibilidad del cambio de empatía en respuesta a una intervención educacional durante la carrera de medicina. Algunos investigadores tienen la creencia de que la empatía es una cualidad de la perso-

CUADRO 2. Carga de factores rotados de los reactivos de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en su versión al español, aplicada en una población mexicana de 1022 estudiantes de la Facultad de Medicina, Monterrey, México^a

Reactivos	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma	0.67		
Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo	0.66		
Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos	0.61		
Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias	0.60		
Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado	0.59		
Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico	0.56		
Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente	0.51		
Trato de entender qué está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal	0.49		
La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitado	0.36		
Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico	0.31		
La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento ^b		0.66	
Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico ^b		0.64	
Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas ^b		0.62	
Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica ^b		0.61	
Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto ^b		0.52	
No disfruto leer literatura no médica o arte ^b		0.48	
Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica ^b		0.46	
No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias ^b			0.25
Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes ^b			0.72
La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente ^b			0.68
Valor Eigen	4.0	1.9	1.7

^a Los reactivos se enlistan en orden de la magnitud de los coeficientes al interior de cada factor.

^bReactivos con puntaje invertido.

nalidad que se puede modificar con estrategias educativas. Otros reportan que la empatía es un rasgo de personalidad que no se puede inculcar (11). El presente estudio no pretendía identificar qué factores de la empatía eran modificables. Sin embargo, en nuestra práctica hemos apreciado que sí es posible modificarla en sujetos con características de personalidad que apuntan hacia una capacidad para establecer relaciones interpersonales y para la autoobservación. La experiencia adquirida por el alumno es el vehículo ideal cuando es desarrollada con un profesor que posee el conocimiento natural (adquirido empíricamente o por su cultura de valores), o bien que está entrenado para ello. Asimismo, estudiantes que han tomado para sí mismos psicoterapia o trabajan con abordajes de reflexión, como son los casos de la Facultad de Medicina y el Servicio de Psiquiatría de Enlace. Otros autores y centros internacionales desarrollan ya programas con excelentes resultados en edades tempranas.*

Una limitación reconocida es que los profesores asumen que el desarrollo de la empatía se logra sólo mediante referencias culturales o teóricas, lo que rigidiza

el proceso o lo bloquea sin que se den cuenta. Desde nuestro punto de vista, éste sería el principal problema para mejorar la empatía, revirtiendo las posibilidades de desarrollarla en muchos casos. Por ejemplo, el estudiante que tiende a hablar del aspecto psicosocial de un paciente es reorientado por profesores a la discusión biológica, lo que transmite el mensaje de que carece de importancia. La descalificación da a entender que lo observado a través de la reacción empática del alumno es ajeno al campo del médico.

El desarrollo de relaciones interpersonales entre médicos y pacientes es de indiscutible importancia. Fallas en el entendimiento de la perspectiva del paciente generan problemas de comunicación que a su vez provocan insatisfacción en el paciente. En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca. De este modo, la empatía se convierte en el vehículo de la relación interpersonal médico-paciente. Cabe mencionar que hay controversia sobre si es preferible que el estudiante o médico con baja empatía se dedique a una especialidad de menor contacto con pacientes. En opinión de los autores, aun los médicos investigadores y los de áreas técnicas de la medicina deben aplicar este valor para entenderse en el trabajo de equipo. Lo anterior puede repercutir en las decisiones administrativas que

*Schonert-Reickl KA, Smith V, Zaidman-Zait A: Effects of the "Roots of Empathy" program on children's emotional and social competence. Trabajo no publicado.

dictan las políticas de atención a pacientes. Por ello seguiremos en artículos futuros la investigación en torno al tema. En conclusión, la medición de empatía es el primer paso para examinar el nivel de permanencia de un médico desde que ingresa a la carrera de medicina hasta el momento de elegir una especialidad, con la opción de analizar el impacto de estrategias educativas dirigidas a acrecentar la empatía, con los beneficios potenciales en el desarrollo profesional del médico y la salud de los pacientes.

REFERENCIAS

1. BERTAKIS KD, ROTER D, PUTMAN SM: The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract*, 32:175-181, 1991.
2. DAVIS MH: *Empathy: A Social Psychological Approach*. Brown and Benchmark, Madison, 1994.
3. DAVIS MH: Measuring individual differences in empathy: evidence for multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*, 44:113-126, 1983.
4. EVANS BJ, STANLEY RO, BURROWS GD: Measuring medical students' empathy skills. *Br J Med Psychol*, 66:121-133, 1993.
5. GEISINGER KF: Cross-cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*, 6:304-312, 1993.
6. GLASS RM: The patient-physician relationships. *JAMA*, 275:147-148, 1996.
7. GUILLEMIN F, BOMBARDIER C, BEATON D: Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*, 46:1417-1432, 1993.
8. HOGAN R: Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psychol*, 33:307-316, 1969.
9. HOJAT M, FIELDS SK, GONELLA JS: Empathy: an NP/MD comparison. *Nurse Practitioner*, 28:45-47, 2003.
10. HOJAT M, GONELLA JS, MANGIONE S, NASCA TJ y cols.: Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ*, 36:522-527, 2002.
11. HOJAT M, GONELLA JS, NASCA TJ, MANGIONE S y cols.: Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*, 159:1563-1569, 2002.
12. HOJAT M, GONELLA JS, XU G: Gender comparisons of young physicians' perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow up study of Jefferson Medical College graduates. *Acad Med*, 70:305-312, 1995.
13. HOJAT M, MANGIONE S, GONELLA JS, NASCA T y cols.: Empathy in medical education and patient care (letter). *Acad Med*, 76:669, 2001.
14. HOJAT M, MANGIONE S, NASCA T, COHEN MJM y cols.: The Jefferson Scale of physician empathy: development and preliminary psychometrics. *Educ Psych Measurement*, 61:349-365, 2001.
15. HUDSON GR: Empathy and technology in the coronary care unit. *Intensive Critical Care Nurs*, 9:55-61, 1993.
16. JACKSON SW: The listening healer in the history of psychological healing. *Am J Psychiatry*, 149:1623-1632, 1992.
17. KUNYKD, OLSON JK: Clarification of conceptualizations of empathy. *J Adv Nurs*, 35:317-325, 2001.
18. LaMONICA EL: Construct validity on an empathy instrument. *Res Nurs Health*, 4:389-400, 1981.
19. LAYTON JM: The use of modeling to teach empathy to nursing students. *Res Nurs Health*, 2:163-176, 1979.
20. LEVINSON W: Physician-patient communication: A key to malpractice prevention. *JAMA*, 273:1619-1620, 1994.
21. MAHEUX B, DUFORD F, BELAND F, JCQUES A, LAVESQUE A: Female medical practitioners: more preventive and patient oriented? *Med Care*, 28:87-92, 1990.
22. MANGIONE S, KANE GC, CARUSO JW, GONNELLA JS, NASCA TJ, HOJAT M: Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach*, 24: 371-374, 2002.
23. MEHRABIAN A, EPSTEIN NA: A measure of emotional empathy. *J Pers*, 40:525-543, 1972.
24. NIGHTINGALE SD, YARNOLD PR, GREENBERG MS: Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *J Gen Intern Med*, 6:420-423, 1991.
25. PRICE V, ARCHBOLD J: What's it all about, empathy? *Nurse Educ Today*, 17:106-110, 1997.
26. RIMOLDI HJA, RAIMONDO R, ERDMAN JB, HOJAT M: Intra- and intercultural comparisons of the personality profiles of medical students in Argentina and the United States. *Adolescence*, 37:477-494, 2002;.
27. SPIRO HM, CURNEN MGM, PESCHEL E, St. JAMES D: *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel*. Yale University Press, New Haven, 1993.
28. STEPHAN WG, FINLAY KA: The role of empathy in improving inter-group relations. *J Soc Issues*, 55:729-743, 1999.
29. STEPHENSON A, HIGGS R, SUGARMAN J: Teaching professional development in medical schools. *Lancet*, 357:867-870, 2001.
30. WALKER KM, ALLIGOOD MR: Empathy from a nursing perspective: Moving beyond borrowed theory. *Arch Psychiatr Nurs*, 15:140-147, 2001.

Anexo 1

Escala Médica de Empatía de Jefferson, en su versión al español

INSTRUCCIONES: (EN RELACION CON EL TRABAJO MEDICO) Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones escribiendo el número apropiado en la linea que se encuentra antes de cada oración.
Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número de escala indica un mayor acuerdo):

1 Totalmente en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Totalmente de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7
1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento							1	2	3	4	5	6	7
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7						
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7						
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.	1	2	3	4	5	6	7						
5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.	1	2	3	4	5	6	7						
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente.	1	2	3	4	5	6	7						
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.	1	2	3	4	5	6	7						
8. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.	1	2	3	4	5	6	7						
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.	1	2	3	4	5	6	7						
10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.	1	2	3	4	5	6	7						
11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.	1	2	3	4	5	6	7						
12. Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.	1	2	3	4	5	6	7						
13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	1	2	3	4	5	6	7						
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.	1	2	3	4	5	6	7						
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada.	1	2	3	4	5	6	7						
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	1	2	3	4	5	6	7						
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.	1	2	3	4	5	6	7						
18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.	1	2	3	4	5	6	7						
19. No disfruto leer literatura no médica o arte.	1	2	3	4	5	6	7						
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.													

Escala Médica de Empatía de Jefferson, en su versión al inglés

1 Strongly disagree	2	3	4	5	6	7 Strongly agree	1	2	3	4	5	6	7
1. My understanding of how my patients and their families feel is an irrelevant factor in medical treatment.							1	2	3	4	5	6	7
2. My patients feel better when I understand their feelings.	1	2	3	4	5	6	7						
3. It is difficult for me to view things from my patients' perspectives.	1	2	3	4	5	6	7						
4. I consider understanding my patients' body language as important as verbal communication in physician-patient relationships.	1	2	3	4	5	6	7						
5. I have a good sense of humor, which I think contributes to a better clinical outcome.	1	2	3	4	5	6	7						
6. Because people are different, it is almost impossible for me to see things from my patients' perspectives.	1	2	3	4	5	6	7						
7. I try not to pay attention to my patients' emotions in interviewing and history taking.	1	2	3	4	5	6	7						
8. Attentiveness to my patients' personal experiences is irrelevant to treatment effectiveness.	1	2	3	4	5	6	7						
9. I try to imagine myself in my patients' shoes when providing care to them.	1	2	3	4	5	6	7						
10. My understanding of my patients' feelings gives them a sense of validation that is therapeutic in its own right	1	2	3	4	5	6	7						
11. Patients' illnesses can be cured only by medical treatment, therefore affectual ties to my patients cannot have a significant place in this endeavor.	1	2	3	4	5	6	7						
12. I consider asking my patients about what is happening in their lives an unimportant factor in understanding their physical complaints.	1	2	3	4	5	6	7						
13. I try to understand what is going on in my patients' minds by paying attention to their nonverbal cues and body language.	1	2	3	4	5	6	7						
14. I believe that emotion has no place in the treatment of medical illness.	1	2	3	4	5	6	7						
15. Empathy is a therapeutic skill without which my success as a physician would be limited.	1	2	3	4	5	6	7						
16. An important component of the relationship with my patients is my understanding of the emotional status of the patients and their families.	1	2	3	4	5	6	7						
17. I try to think like my patients in order to render better care.	1	2	3	4	5	6	7						
18. I do not allow myself to be touched by intense emotional relationships among my patients and their family members.	1	2	3	4	5	6	7						
19. I do not enjoy reading nonmedical literature or experiencing the arts.	1	2	3	4	5	6	7						
20. I believe that empathy is an important therapeutic factor in medical treatment.	1	2	3	4	5	6	7						