

Evaluación y beneficios de la empatía en el contexto médico: una revisión

Evaluation and benefits of empathy in the medical context: A review

René Noec Cortés Morán y Ariel Vite Sierra

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: René Noec Cortés Morán, noec7@hotmail.com.

RESUMEN

Diversos autores han postulado que la variable *empatía*, esto es, la que manifiesta el médico durante el contacto con sus pacientes, beneficia al usuario y al mismo profesional de la salud, para lo cual se suele citar la literatura internacional, lo que plantea dificultades para la generalización en virtud de que se ha señalado que el comportamiento empático se ve afectado por la nacionalidad del médico y del paciente. Por otra parte, no todos los autores consideran que la relevancia de la empatía sea sobresaliente en el contexto sanitario, o que su importancia sea una cuestión resuelta por la falta de consenso sobre cómo medir y operacionalizar esta variable. Por lo anterior, este trabajo tuvo como objetivo analizar y reportar los resultados de una revisión de la literatura nacional e internacional de artículos en los que se ha encontrado un efecto benéfico de la empatía y la relación de esta con un resultado positivo hacia el paciente o los manifestados en el mismo profesional empático; igualmente, reportar los instrumentos que se han utilizado para evaluar el constructo cuando los autores indican el hallazgo de sus beneficios. La búsqueda se limitó a los años 2014-2020, siendo las fuentes de información Pubmed, Cochrane, Scielo, Latindex y RedALYC. Se encontraron 420 artículos en total, pero solo nueve satisficieron los requisitos de búsqueda; además, se halló la referencia de siete instrumentos de medición. Por un lado, en este documento se discuten algunas implicaciones sobre la evaluación de la empatía con base en la investigación actual; por otro, se provee información relevante para aquellos profesionales interesados en los beneficios de la empatía en el contexto sanitario, así como en la evaluación del fenómeno en el personal médico.

Palabras clave: Consulta médica; Relación médico-paciente; Evaluación; Empatía; Beneficios.

ABSTRACT

Background. *Various authors cited in the international research literature have pointed out that empathy shown by the physician during contact with patients benefits them and the health professional him/herself. Such sources pose difficulties for generalization since empathic behavior is affected by the culture and nationality of both the physician and the patient. Furthermore, not all authors consider the relevance of empathy as key in the healthcare context. Empathy is sometimes assumed as a matter of course due to the absence of consensus on measuring and operationalizing it.* Objective. *The present study aimed at examining the results of a review of the national and international research literature.* Method. *The scrutiny included original articles reporting a beneficial effect of empathy or its relationship to improvement for the patient or the health professional. The analysis also describes the instruments used to evaluate the construct in studies reporting benefits. The search included six years (2014-2020) from the following databases: Pubmed, Cochrane, Scielo, Latindex, and Redalyc.* Results. *A total of 420 articles appeared, but only nine covered the*

¹ Facultad de Psicología, Edificio "C", Piso 1, Cubículo 1, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correos electrónicos: noec7@hotmail.com y avite@unam.mx.



search requirements. Also, seven measuring instruments emerged. Discussion. The present paper discusses some implications on the evaluation of empathy based on current research. We include relevant information aimed at healthcare professionals interested in evaluating the benefits of empathy.

Keywords: Medical consultation; Physician-patient relationship; Evaluation; Empathy; Benefits.

Recibido: 30/11/2020

Aceptado: 18/03/2021

INTRODUCCIÓN

Empatía

La empatía que muestra el médico hacia el paciente es un comportamiento complejo que implica componentes de comunicación (Kelly, Svrcek, King, Scherpbier y Dornan, 2020). Sobre ello, algunos autores indican que su importancia y beneficios en el contexto sanitario son innegables (Moudatsou, Stavropoulou, Philalithi y Koukouli, 2020); sin embargo, no todos los investigadores están de acuerdo en la relevancia de la empatía en cualquier escenario médico (Decety, 2020). Por ejemplo, se ha postulado que el costo de los programas de entrenamiento en empatía, así como la práctica de la misma en consulta, supera sus beneficios (Howick, Mittoo, Abel, Halpern y Mercer, 2020). Para otros autores no es posible establecer la relevancia de la empatía en el ámbito médico en virtud de que su definición carece de consenso (Fernandez y Zahavi, 2020), lo que se manifiesta en la diversidad de métodos para medir el fenómeno (Pedersen, 2009), por lo cual muchas investigaciones en el área no son comparables, y la validez externa de las mismas implica un reto (Sulzer, Feinstein y Wendland, 2016).

Evaluación de la empatía en el contexto médico en México

En la literatura nacional, en los trabajos en los que se ha evaluado la empatía del personal sanitario, se suele partir del argumento de que los efectos benéfi-

cos o los resultados positivos de la variable referida ya se han demostrado (Alcorta, González, Tavitas y Rodríguez, 2005), aludiendo así a los trabajos efectuados en otros países (Parra y Cámara, 2017). Sin embargo, la generalización de los efectos benéficos de la empatía enfrenta el obstáculo de la mediación cultural. Por ejemplo, en una revisión sistemática se detectaron niveles de empatía más elevados en los profesionales de países occidentales (Andersen, Johansen, Søndergaard, Andersen y Assing, 2020). Asimismo, en un estudio hecho en Estados Unidos en el que participaron 10,751 estudiantes de medicina se encontraron diferencias en el nivel de empatía según la etnia de los participantes, algunos de los cuales eran afroamericanos, hispanos, latinos y asiáticos (Hojat *et al.*, 2020). Por otro lado, se ha visto que algunas conductas empáticas no verbales son más esperadas por los pacientes en función del grupo cultural al que pertenecen (Lorié, Reinero, Phillips, Zhang y Riess, 2017). En otras palabras, los usuarios pueden tener una idea diferente de lo que es un médico empático dependiendo de su país de procedencia (Howick, Steinkopf, Ulyte, Roberts y Meissner, 2017).

En resumen, el fenómeno de la empatía (y por ende sus resultados positivos) puede manifestarse de formas distintas dependiendo de dos aspectos: el método de medición que se utilice en la investigación y la nacionalidad de los médicos y pacientes. Adicionalmente, son escasos los estudios hechos en población mexicana en que se demuestre el efecto positivo de la empatía hacia el paciente o el médico; se desconoce si en el contexto geográfico nacional es necesario que el médico sea empático, tomando en cuenta que los profesionales de la salud tienen muy poco tiempo disponible (*cf.* Llanwarne, Newbould, Burt, Campbell y Roland, 2017), pues para algunos autores la práctica de la empatía implica un trabajo cognitivo y un esfuerzo adicional para el proveedor de salud (Cameron y Inzlicht, 2020).

Con base en lo anterior, se consideró pertinente llevar a cabo la revisión y el análisis de la literatura nacional e internacional sobre la empatía con el objetivo de reportar los resultados de artículos originales que hayan encontrado un efecto benéfico de la empatía, o bien una relación de aquella con un resultado positivo hacia el paciente

o los manifestados por el mismo profesional empático. Otro objetivo fue identificar los métodos de medición de este fenómeno empleados en aquellos trabajos cuyos autores reportan el hallazgo de resultados positivos. Adicionalmente, se discuten algunas implicaciones sobre la evaluación de la empatía en el contexto de la investigación actual.

Los resultados de la presente revisión podrían ser de utilidad para los profesionales interesados en el área de la empatía de los proveedores de atención médica, ya sea con fines de capacitación, investigación (Wünderich *et al.*, 2017) o prevención para el cuidado de la salud del paciente y del prestador de atención sanitaria (van Dijk *et al.*, 2017).

MÉTODO

Para la búsqueda de artículos se indagó en las siguientes bases de datos: Pubmed y Cochrane, también en Scielo, Latindex y RedALyC. Los criterios de inclusión fueron, a saber: 1) estudios originales

en los que los autores reportaron la correlación o el efecto benéfico de la empatía del médico sobre alguna variable del paciente o del mismo profesional de la salud, 2) ensayos clínicos o preexperimentos (estudios de un solo grupo), 3) estudios nacionales e internacionales, 4) estudios publicados desde enero de 2014 a septiembre de 2020.

Para realizar la búsqueda se emplearon varios cruces de palabras tomando como base el sistema PICO (O'Sullivan, Wilk, Michalowski y Farion, 2013). Se estableció la *población* de interés (médicos y pacientes) y se identificó la empatía como variable *intervención*. Respecto al componente de *comparación*, la existencia de grupos de control no se consideró necesaria en esta revisión. Finalmente, el *resultado* se definió como el efecto benéfico de la empatía o la correlación de la empatía con un resultado positivo en la población. Al hacer la búsqueda de artículos, se usó el operador booleano “AND” entre palabras (solo cuando la base admitía su uso). En la Tabla 1 se muestran todas las palabras clave que se utilizaron por base de datos.

Tabla 1. Palabras clave por base de datos.

Bases de datos	Población	Intervención	Resultado
Medline y Cochrane ¹	Physician	Empathy	Benefit
	Doctor	Empathic behavior	Positive effect
	Patient		Advantages
	Doctor-patient relationship		
Scielo, Latindex y RedALyC ²	Médico	Empatía	Beneficio
	Paciente	Conducta empática	Efecto positivo
	Relación médico-paciente		Ventajas

¹ Búsqueda internacional, ² Búsqueda nacional.

Las palabras clave se dividieron en tres componentes: población, intervención y resultado, y en búsqueda nacional o internacional (Tabla 1). Cada cruce consideró una palabra de cada componente hasta cubrir el mayor número de combinaciones posibles; por ejemplo, los primeros tres cruces para la búsqueda internacional fueron los siguientes: 1) Physician AND empathy AND benefit, 2) Physician AND empathy AND positive effect y 3) Physi-

cian AND empathy AND advantages. Por tanto, se usaron 24 combinaciones de palabras para Pubmed y Cochrane, pero solamente 18 para Scielo, Latindex y RedALyC. Al trabajar en Pubmed (ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/) se activaron los siguientes filtros: “Clinical study”, “Clinical trial”, “Comparative study”, “Controlled clinical trial”, “Evaluation study” y “Observational study”. Además, se utilizó la opción de un máximo de seis años en el filtro

“Publication dates”. Por otro lado, en Cochrane Library (cochranelibrary.com/central) se limitó la búsqueda al periodo entre los años 2014 y 2020, considerándose únicamente los ensayos clínicos para su revisión.

En el caso de Scielo y Latindex no se utilizaron filtros, aunque en RedALyC se emplearon los siguientes: periodo (de 2014 a 2020), disciplina (“medicina”, “psicología” y “salud”) y país (“México”).

RESULTADOS

Se encontraron 420 artículos en total: 223 en Medline, 78 en Cochrane y 119 en RedALyC, Scielo y Latindex. Tres artículos extranjeros fueron excluidos de la revisión por falta de acceso al material completo. Ningún artículo nacional cubrió los requisitos de búsqueda, pero nueve investigaciones extranjeras sí lo hicieron. En la Tabla 2 se reportan algunas características de los nueve estudios encontrados.

Tabla 2. Características generales de las investigaciones halladas.

Núm.	Autores	Tipo de estudio	Intervención	Muestra	Etnia
1	(Barnicot, <i>et al.</i> , 2014)	Prospectivo	Los participantes recibieron manejo médico y sesiones de psicoterapia.	157 pacientes con depresión mayor y 27 médicos.	No se especifica
2	(Runyan <i>et al.</i> , 2016)	Preexperimental Pre-post	Capacitación que incluye el desarrollo de empatía en médicos residentes de medicina familiar de Worcester.	12 médicos residentes de medicina familiar.	No se especifica
3	(Singh <i>et al.</i> , 2017)	Ensayo controlado aleatorizado	Tres grupos fueron capacitados sobre las “infecciones asociadas con la atención médica (HAIS)”, dos de los cuales incluían una intervención para generar empatía en los pacientes con HAIS.	102 estudiantes de segundo año de medicina.	No se especifica
4	(van Osch <i>et al.</i> , 2017)	Ensayo controlado aleatorizado	Las participantes observaron uno de cuatro videos de consultas médicas simuladas en las que el profesional podía o no expresar empatía y expectativas positivas con respecto al tratamiento. Cada participante recibió la instrucción de identificarse con la paciente de la grabación.	293 mujeres con dolor menstrual.	En su mayoría holandesa
5	(Danzi <i>et al.</i> , 2018)	Experimento aleatorizado	Las participantes observaron uno de dos videos de consultas médicas simuladas. Los videos eran idénticos, excepto porque uno de ellos adicionaba cuatro comentarios de apoyo hacia el paciente. Las mujeres fueron invitadas a identificarse con la paciente de la grabación.	70 mujeres sanas.	En su mayoría italiana
6	(Chen <i>et al.</i> , 2019)	Preexperimental Pre-post	Hospitalización para la gestión de la colitis ulcerosa en el sur de China.	242 pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa y 45 médicos.	No se especifica
7	(Yuguero <i>et al.</i> , 2019)	Transversal	Los participantes recibieron diversos cuestionarios por correo electrónico para su llenado. Los médicos trabajaban en la comarca sanitaria catalana de Lleida.	108 médicos	No se especifica
8	(Xu <i>et al.</i> , 2020)	Preexperimental Pre-post	Hospitalización para la gestión de la enfermedad de Crohn en el sur de China.	187 pacientes con enfermedad de Crohn.	No se especifica
9	(Lamiani <i>et al.</i> , 2020)	Transversal	Se aplicaron varios cuestionarios a los profesionales cuando asistían a una conferencia.	118 médicos, 41 residentes y 51 enfermeras de cuidados intensivos.	Italiana

En la Tabla 3 se exponen algunas características adicionales relevantes sobre cada artículo, y en la Tabla 4 los instrumentos para evaluar la empatía y los principales resultados reportados por los au-

tores en lo relativo a la correlación de la empatía con uno o varios beneficios. Los números de la primera columna en las Tablas 3 y 4 se refieren al orden de los artículos señalados en la Tabla 2.

Tabla 3. Detalles adicionales sobre el procedimiento.

1	La depresión se evaluó por medio de dos escalas. La empatía y la depresión se midieron en diversos momentos durante el tratamiento de 16 semanas, y la medida 16 se tomó como un indicador de recuperación.
2	Se midieron la empatía y las variables de riesgo, como estrés percibido y fatiga antes y después del entrenamiento.
3	La empatía se midió antes y después del programa educativo, y luego se evaluó el conocimiento de los médicos respecto a las HAIS.
4	Previo al contacto con las participantes, 30 grabaciones de consultas médicas simuladas fueron calificadas por dos codificadores para detectar la expresión de la empatía y la expectativa positiva respecto al tratamiento, calificación que permitió la elección de cuatro videos representativos de las variables mencionadas. Las participantes que observaban uno de los cuatro videos y se identificaban con la paciente de la grabación fungieron como “pacientes simultáneos”; las mujeres calificaban la empatía del médico observado y la ansiedad (en ellas) se evaluó antes y después de la exposición al video mediante un inventario.
5	Durante el experimento se utilizó electrocardiograma para evaluar la actividad simpática, y después las participantes calificaron el nivel de empatía.
6	La medición de las variables ocurrió en dos momentos: durante el ingreso al hospital y tres meses después. Se usaron cuestionarios para evaluar la ansiedad y la autoeficacia, la calidad de sueño mediante polisomnografía, y el factor inflamatorio a través de interleucina 6 por muestra de sangre (estas variables del paciente se midieron en ambos puntos de la evaluación). En el primer momento el médico calificó su nivel de empatía, y en el segundo, el paciente fue quien calificó esta variable.
7	Los médicos respondieron encuestas para evaluar el <i>burnout</i> , la empatía y la calidad de la prescripción.
8	Los participantes fueron evaluados al ingresar al hospital y tres meses después. El indicador de inflamación se determinó mediante el estudio de interleucina 6 y la calidad de sueño por medio de polisomnografía; la ansiedad y la autoeficacia se midieron empleando dos escalas. Todas las variables fueron evaluadas al ingreso y tres meses más tarde, con excepción de empatía que solo se midió en este segundo momento.
9	Se aplicó una encuesta que involucraba varios cuestionarios, con los cuales se midieron la satisfacción laboral, la intención de dejar el trabajo y la empatía.

Tabla 4. Resultados de las nueve investigaciones halladas (relación de la empatía con uno o varios beneficios).

Núm.	Instrumento para la medición de la empatía	Características del instrumento	Relación de la empatía con un resultado positivo	Receptor del beneficio
1	The Barrett-Lennard Relationship Inventory	Cuestionario de 64 reactivos a responder por el paciente. Mide empatía y otras variables de la relación médico-paciente. Escala de tres puntos, de “totalmente falso” a “totalmente cierto” (Barrett-Lennard, 2015).	Menor puntuación de depresión solo durante el tratamiento	Paciente
2	The Jefferson Empathy Scale	Autoinforme a responder por el médico consistente de 20 reactivos que se califican en una escala Likert de siete puntos (Hojat <i>et al.</i> , 2018).	Disminución del estrés percibido y fatiga (no significativa)	Médico
3	Toronto Empathy Questionnaire	Autoinforme a responder por el médico que contiene 16 preguntas en una escala tipo Likert de cinco puntos (Spreng <i>et al.</i> , 2009).	Adquisición de conocimiento facilitada durante un curso	Médico
4	Roter Method of Interaction Process Analysis (RIAS)	Sistema de codificación de diversos componentes de la interacción médico-paciente (Roter y Larson, 2002). Las categorías se identifican mediante la observación de grabaciones de audio o video (Cavaco y Roter, 2010).	La expresión de la expectativa positiva reduce la ansiedad solo cuando los médicos se comunican de manera cálida y empática ¹	Paciente simultáneo
	The Consultation and Relational Empathy Measure (CARE)	Cuestionario de diez reactivos a responder por el paciente (Noordman <i>et al.</i> , 2019).		

Continúa...

5	Escala análoga	Mediante una pregunta: “¿Qué tan empático fue el médico?”, la respuesta se puede ubicar en una escala de 1 a 10 (Danzi <i>et al.</i> , 2018).	Reducción del nivel de excitación en términos de la variabilidad de frecuencia cardíaca	Paciente simultáneo
6	The Jefferson Empathy Scale	Referido en 2	Relación positiva con autoeficacia y calidad de sueño	Paciente
	The Consultation and Relational Empathy Measure	Referido en 4	Relación negativa con interleucina 6 y ansiedad ²	
7	The Jefferson Empathy Scale	Referido en 2	Mejores resultados en la prescripción, aunque no fueron significativos	Médico y paciente
8	The Consultation and Relational Empathy Measure	Referido en 4	Relación negativa con interleucina 6 y ansiedad. Relación positiva con autoeficacia y calidad de sueño	Paciente
9	The Empathic Quotient	Instrumento de 60 reactivos, más otros 20 que funcionan como distractores, a responder por el paciente en una escala Likert que va de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo” (Redondo y Herrero, 2018).	Relación positiva con la satisfacción laboral	Médico

¹ En el estudio 4, los resultados correlacionaron con CARE. El RIAS se usó para calificar y clasificar las grabaciones antes del contacto con las participantes.

² La correlación con interleucina 6 en el estudio 6 se efectuó con la Jefferson Scale of Empathy.

Como se observa, los instrumentos reportados varían en su método para evaluar la empatía, lo que responde a la forma en que los autores definen la variable. Por ello, se brinda una definición amplia de la misma para catalogar dichos instrumentos.

La empatía se define como un proceso complejo de cinco fases: 1) la “oportunidad empática”, una conducta del paciente que consiste en indicadores verbales y no verbales de estar experimentando una emoción, un desafío o un progreso (Johnson Shen *et al.*, 2019); 2) la “resonancia”, descrita como un trabajo cognitivo del médico en el que se detecta la oportunidad empática del paciente o se experimenta sintonía emocional (Halpern,

2003); 3) la “moral”, que implica una fuerza interna, altruista, que motiva al profesional a responder empáticamente (Neumann *et al.*, 2012); 4) la “respuesta empática *per se*”, que ocurre cuando el médico comunica que comprende al paciente mediante su conducta verbal o no verbal (Finset y Ørnes, 2017), y 5) la “recepción” (Lin *et al.*, 2008), que se manifiesta cuando el paciente percibe la respuesta empática de su médico.

Con base en la definición anterior es posible detectar que los instrumentos hallados no miden todo el espectro de la empatía, sino más bien solo una parte de ella (Tabla 5).

Tabla 5. Fases de la empatía que son detectadas por los instrumentos de medición encontrados.

Instrumento	Oportunidad empática	Resonancia	Moral	Respuesta empática	Recepción
Barrett-Lennard Relationship Inventory					X
Jefferson Empathy Scale		X	X		
Toronto Empathy Questionnaire		X	X		
Roter Method of Interaction Process Analysis (RIAS)				X	
Escala Análoga					X
Empathic Quotient (EQ)					X

DISCUSIÓN

El objetivo del trabajo fue llevar a cabo la exploración y análisis de la literatura nacional y extranjera para reportar los resultados de trabajos en los que se ha señalado un efecto benéfico de la empatía, o bien la relación de esta con un resultado positivo hacia el paciente o los manifestados en el mismo profesional empático, al igual que identificar los métodos para su medición implementados en aquellos trabajos en los que los autores hallan resultados positivos.

No se encontraron resultados benéficos de la empatía en la literatura nacional; de hecho, la investigación en el contexto geográfico mexicano se ha limitado a describir la empatía en 1,022 estudiantes de medicina, en quienes se validó la Escala de Empatía de Jefferson (Alcorta *et al.*, 2005) y a medirla en un conjunto de 180 estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán a través de esa misma escala (Parra y Cámara, 2017). Por tanto, en el contexto de esta investigación, la validez externa de los beneficios de los estudios internacionales es desconocida. De hecho, algunas investigaciones reportadas advierten sobre el problema de la generalización. Por ejemplo, en el ensayo de van Osch *et al.* (2017) se enlistan diversas limitaciones para la validez externa, entre las cuales sobresalen la nacionalidad de las participantes. Por su parte, Lamiani *et al.*, (2020) advierten que la generalización de los hallazgos se ve limitada por diversos factores, como que solamente se incluyen participantes italianos, entre otros; de manera que, la difusión de los hallazgos extranjeros no debe considerarse suficiente para la generalización *ipso facto* (Leviton, 2017), por lo que se recomienda que futuras investigaciones en nuestro país añadan el monitoreo de los efectos benéficos o evalúen los posibles resultados positivos.

De los nueve artículos encontrados, solo siete reportan resultados significativos (véase Tabla 4); cuatro de ellos muestran la asociación de la empatía con un resultado positivo, pero debido al diseño no se puede establecer causalidad. En el trabajo de van Osch *et al.*, (2017) y en el de Danzi *et al.*, (2018) se empleó un grupo control, para lo cual se

recurrió a la figura del paciente simultáneo o análogo, quien no es un paciente en consulta, sino una persona a la que se invita a identificarse con un paciente simulado que ha sido videograbado; este método de evaluación resuelve problemas éticos referentes a videograbar y medir a pacientes reales durante las consultas (Parry, Pino, Faull y Feathers, 2016), aunque plantea retos importantes sobre la generalización de los hallazgos en los usuarios que acuden a consulta médica (Visser *et al.*, 2018).

Por otro lado, únicamente en tres estudios se halló la relación de la empatía con mediciones fisiológicas, como la variabilidad de la frecuencia cardiaca, el factor de inflamación interleucina 6 y el uso de polisomnografía. Este tipo de mediciones son de gran utilidad en virtud de que vinculan la empatía de forma tangible con los resultados clínicos del participante o del paciente (Hojat, 2016), lo que podría ser considerado en futuras investigaciones nacionales al incorporarse indicadores fisiológicos en el monitoreo de los beneficios.

Finalmente, respecto a los instrumentos, los resultados de esta investigación son congruentes con los de otros estudios; por ejemplo, una revisión sistemática reportó que la mayor parte de los instrumentos utilizados por los investigadores son autoinformes, los cuales dejan de lado la medición de la presencia o ausencia de las conductas empáticas durante los encuentros clínicos con los pacientes (Sulzer *et al.*, 2016). De igual manera, se encontraron seis autoinformes y solamente un método de evaluación, el RIAS, que incluye el componente de la evaluación directa del comportamiento empático mediante grabaciones de audio (Höglander *et al.*, 2020) y video (McHale *et al.*, 2019).

Futuros trabajos nacionales podrían tomar en cuenta las ventajas y limitaciones de la medición de la empatía en función de la fase involucrada en la evaluación. Por ejemplo, para medir las fases de “resonancia” y “moral” existe la Jefferson Empathy Scale (Alcorta *et al.*, 2005), que es de hecho en esta última referencia el único registro localizado de un instrumento válido en nuestro contexto geográfico. Sin embargo, algunas investigaciones podrían orientarse al desarrollo, validación o

adaptación de instrumentos, lo cual es importante en cuanto que la empatía es un comportamiento complejo, por lo que algunos autores prefieren medir la variable con más de un instrumento (van Osch *et al.*, 2017). En una revisión sistemática se recomienda utilizar un informe que sea respondido por el médico y otro por el paciente (Lelorain *et al.*, 2012), lo cual haría posible comparar ambas medidas y hallar inconsistencias. En un estudio en el que se efectuó dicha comparación se encontró que la evaluación de la empatía autorreportada por el médico (“resonancia”) y la calificación del paciente (“recepción”) no estaban correlacionadas (Bernardo *et al.*, 2018), y en otro se encontraron resultados similares, siendo las calificaciones de los pacientes más elevadas (Hermans, Hartman y Dielissen, 2018). Por tal motivo, deben tomarse en cuenta que cuando los médicos responden cuestionarios que involucran variables psicosociales, tienden a hacerlo de manera deshonesto o poco genuina debido a los diversos estigmas a los que se enfrentan en el contexto sanitario (Gold, Sen y Schwenk, 2013). Por otro lado, cuando el paciente califica la empatía de su médico podría otorgar calificaciones más elevadas por la discapacidad social que entraña (Howick *et al.*, 2017).

Una de las ventajas más notorias del RIAS es que incluye la medición de la respuesta empática, la que se puede usar para analizar grabaciones de consultas médicas reales o simuladas (Nakayama, Kimata, Oshima, Kato y Nitta, 2016). Además, sistemas observacionales como el RIAS tienen la característica de poder monitorear los requerimientos de diversas listas de verificación que enumeran las competencias específicas que los médicos deben manifestar durante la consulta con sus pacientes (Bachmann *et al.*, 2013), con lo cual se puede retroalimentar a los médicos sobre los componentes específicos de la empatía y la comunicación que pueden mejorar (Zabar *et al.*, 2020). No obstante, con base en el método descrito por autores que han usado el RIAS, es probable que un estudio así tenga un costo elevado por necesidad de dispositivos como cámaras, la capacitación de los codificadores y el tiempo adicional que se requiere para el análisis del material audiovisual de todos los participantes. Los investigadores que usen métodos de observación directa deben tomar medidas para

disminuir el llamado “efecto Hawthorne” (Goodwin *et al.*, 2017), el cual implica que el médico modifica por lo regular su comportamiento cuando se sabe evaluado (Paradis y Sutkin, 2017).

En esta revisión no se encontraron instrumentos que midan la fase de “oportunidad empática” del paciente; pese a ello, en la literatura internacional hay algunos estudios en que se han empleado el E-PE-O (Eide *et al.*, 2004) y el ECCS (Empathic Communication Coding System) (Johnson Shen *et al.*, 2019).

Entre las limitaciones de este trabajo debe decirse que el mismo se basó en un limitado número de artículos e instrumentos de medición, lo cual se debe probablemente a los siguientes factores: el reducido número de palabras para realizar la búsqueda de información, las bases de datos consultadas (principalmente porque la revisión nacional se limitó a solo tres) y que solo se consideraron los artículos a partir del año 2014.

No se reportan estudios nacionales originales que identificaran un efecto benéfico de la empatía, o una relación de esta con resultados positivos en los pacientes o los prestadores de atención sanitaria, por lo que la validez externa de los resultados internacionales es desconocida en nuestro contexto geográfico. En la literatura internacional se detectaron siete artículos que reportan la relación con resultados benéficos, y se encontró la referencia a siete métodos de evaluación cuando los autores reportan los hallazgos. En consecuencia, se requiere de investigaciones en el país en las que los autores añadan el monitoreo de los efectos benéficos o evalúen los posibles resultados positivos de la empatía para poder generalizar los resultados de la literatura internacional. También se recomienda la evaluación con más de un instrumento para acceder a más de una fase del fenómeno, en particular el monitoreo de la conducta empática del médico y la oportunidad empática del paciente durante la consulta médica, lo que ha recibido poca atención. Asimismo, se recomienda añadir a la medición de la empatía el monitoreo de variables fisiológicas del médico o del paciente a fin de lograr resultados más claros sobre la relación de la empatía con resultados benéficos, principalmente en el área de la salud.

AGRADECIMIENTOS

El autor principal, con CVU 478348, expresa su agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el financiamiento otorgado para esta investigación mediante el número de beca: 414999 y número de becario 280365.

Citación: Cortés M., R.N. y Vite S., A. (2022). Evaluación y beneficios de la empatía en el contexto médico: una revisión. *Psicología y Salud*, 32(2), 283-293. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2749>.

REFERENCIAS

- Alcorta G., A., González G., J.F., Tavitás H., S.E., Rodríguez L., F.J. y Hojat, M. (2005). Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina Mexicanos. *Salud Mental*, 28(5), 57-63.
- Andersen, F.A., Johansen, A.S.B., Søndergaard, J., Andersen, C.M. y Assing Hvidt, E. (2020). Revisiting the trajectory of medical students' empathy, and impact of gender, specialty preferences and nationality: A systematic review. *BMC Medical Education*, 20(1), 52. Doi: 10.1186/s12909-020-1964-5.
- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C.G., Cavaco, A.M., Elorza, R.D., Haak, R., Loureiro, E., Ratajska, A., Silverman, J., Winterburn, S. y Rosenbaum, M. (2013). An European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 18-26. Doi: 10.1016/j.pec.2012.10.016.
- Barnicot, K., Wampold, B. y Priebe, S. (2014). The effect of core clinician interpersonal behaviours on depression. *Journal of Affective Disorders*, 167, 112-117. Doi: 10.1016/j.jad.2014.05.064.
- Barrett-Lennard, G.T. (2015). *The relationship inventory: A complete resource and guide*. Chichester (UK): Wiley Blackwell.
- Bernardo, M.O., Cecílio, D., Costa, P., Quince, T.A., Costa, M.J. y Carvalho-Filho, M.A. (2018). Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PLoS ONE*, 13(5), e0198488. Doi: 10.1371/journal.pone.0198488.
- Cameron, C.D. e Inzlicht, M. (2020). Empathy choice in physicians and non-physicians. *British Journal of Social Psychology*, 59(3), 715-732. Doi: 10.1111/bjso.12342.
- Cavaco, A. y Roter, D. (2010). Pharmaceutical consultations in community pharmacies: utility of the Roter Interaction Analysis System to study pharmacist-patient communication. *The International Journal of Pharmacy Practice*, 18(3), 141-148. Doi: 10.1211/ijpp/18.03.0003.
- Chen, X., Zhang, Y., Xu, X., Wang, W., Yan, H., Li, S. y Yang, N. (2019). Mediating roles of anxiety, self-efficacy, and sleep quality on the relationship between patient-reported physician empathy and inflammatory markers in ulcerative colitis patients. *Medical Science Monitor*, 25, 7889-7897. Doi: 10.12659/MSM.917552.
- Danzi, O.P., Perlini, C., Tedeschi, F., Nardelli, M., Greco, A., Scilingo, E.P., Valenza, G. y Del Piccolo, L. (2018). Affective communication during bad news consultation. Effect on analogue patients' heart rate variability and recall. *Patient Education and Counseling*, 101(11), 1892-1899. Doi: 10.1016/j.pec.2018.06.009.
- Decety, J. (2020). Empathy in medicine: What it is, and how much we really need it. *American Journal of Medicine*, 133(5), 561-566. Doi: 10.1016/j.amjmed.2019.12.012.
- Eide, H., Frankel, R., Haaversen, A.C.B., Vaupel, K.A., Graugaard, P.K. y Finset, A. (2004). Listening for feelings: Identifying and coding empathic and potential empathic opportunities in medical dialogues. *Patient Education and Counseling*, 54, 291-297. Doi: 10.1016/j.pec.2003.09.006.
- Fernandez, A.V. y Zahavi, D. (2020). Basic empathy: Developing the concept of empathy from the ground up. *International Journal of Nursing Studies*, 110, 103695. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103695.
- Finset, A. y Ørnes, K. (2017). Empathy in the clinician-patient relationship: the role of reciprocal adjustments and processes of synchrony. *Journal of Patient Experience*, 4(2), 64-68. Doi: 10.1177/2374373517699271.
- Gold, K.J., Sen, A. y Schwenk, T.L. (2013). Details on suicide among US physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. *General Hospital Psychiatry*, 35(1), 45-49. Doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.08.005.
- Goodwin, M.A., Stange, K.C., Zyzanski, S.J., Crabtree, B.F., Borawski, E.A. y Flocke, S.A. (2017). The Hawthorne effect in direct observation research with physicians and patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(6), 1322-1328. Doi: 10.1111/jep.12781.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 670-674. Doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x.

- Hermans, L., Hartman, T.O. y Dielissen, P.W. (2018). Differences between GP perception of delivered empathy and patient-perceived empathy: A cross-sectional study in primary care. *British Journal of General Practice*, 68(674), e621-e626. Doi: 10.3399/bjgp18X698381.
- Höglander, J., Eklund, J.H., Spreeuwenberg, P., Eide, H., Sundler, A.J., Roter, D. y Holmström, I.K. (2020). Exploring patient-centered aspects of home care communication: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 19, 91.
- Hojat, M. (2016). Empathy and patient outcomes. En M. Hojat Ed.: *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. New York, NY: Springer International. Doi: 10.1007/978-3-319-27625-0.
- Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S.C., Mortensen, L.H., Speicher, M.R., Bragan, L., LaNoue, M. y 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), 899-920. Doi: 10.1007/s10459-018-9839-9.
- Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S.C., Speicher, M.R., Bragan, L. y Calabrese, L.H. (2020). Empathy as related to gender, age, race and ethnicity, academic background and career interest: A nationwide study of osteopathic medical students in the United States. *Medical Education*, 54(6), 571-581. Doi: 10.1111/medu.14138.
- Howick, J., Mittoo, S., Abel, L., Halpern, J. y Mercer, S. (2020). A price tag on clinical empathy? Factors influencing its cost-effectiveness. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 0(0), 1-5.
- Howick, J., Steinkopf, L., Ulyte, A., Roberts, N. y Meissner, K. (2017). How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. *BMC Medical Education*, 17(1), 136. Doi: 10.1186/s12909-017-0967-3.
- Johnson Shen, M., Ostroff, J.S., Hamann, H.A., Haque, N., Banerjee, S.C., McFarland, D.C., Molena, D. y Bylund, C.L. (2019). Structured analysis of empathic opportunities and physician responses during lung cancer patient-physician consultations. *Journal of Health Communication*, 24(9), 711-718. Doi: 10.1080/10810730.2019.1665757.
- Kelly, M., Svreck, C., King, N., Scherpier, A. y Dorman, T. (2020). Embodying empathy: A phenomenological study of physician touch. *Medical Education*, 54(5), 400-407. Doi: 10.1111/medu.14040.
- Lamiani, G., Dordoni, P., Vegni, E. y Barajon, I. (2020). Caring for critically ill patients: clinicians' empathy promotes job satisfaction and does not predict moral distress. *Frontiers in Psychology*, 10(2902). Doi: 10.3389/fpsyg.2019.02902.
- Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S. y Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*, 21(12), 1255-1264. Doi: 10.1002/pon.2115.
- Leviton, L.C. (2017). Generalizing about public health interventions: a mixed-methods approach to external validity. *Annual Review of Public Health*, 38, 371-391. Doi: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044509.
- Llanwarne, N., Newbould, J., Burt, J., Campbell, J.L. y Roland, M. (2017). Wasting the doctor's time? A video-elicitation interview study with patients in primary care. *Social Science and Medicine*, 176(2017), 113-122. Doi: 10.1016/j.socscimed.2017.01.025.
- Lorié, Á., Reinero, D.A., Phillips, M., Zhang, L. y Riess, H. (2017). Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(3), 411-424. Doi: 10.1016/j.pec.2016.09.018.
- McHale, C.T., Cecil, J.E. y Laidlaw, A.H. (2019). An analysis of directly observed weight communication processes between primary care practitioners and overweight patients. *Patient Education and Counseling*, 102(12), 2214-2222. Doi: 10.1016/j.pec.2019.07.010.
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A. y Koukouli, S. (2020). The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare*, 8(1), 26. Doi: 10.3390/healthcare8010026.
- Nakayama, C., Kimata, S., Oshima, T., Kato, A. y Nitta, A. (2016). Analysis of pharmacist-patient communication using the Roter Method of Interaction Process Analysis System. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 12(2), 319-326. Doi: 10.1016/j.sapharm.2015.05.007.
- Neumann, M., Scheffer, C., Tauschel, D., Lutz, G., Wirtz, M. y Edelhäuser, F. (2012). Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift Für Medizinische Ausbildung*, 29(1), Doc11. Doi: 10.3205/zma000781.
- Noordman, J., Post, B., Van Dartel, A.A.M., Slits, J.M.A. y Olde Hartman, T.C. (2019). Training residents in patient-centred communication and empathy: Evaluation from patients, observers and residents. *BMC Medical Education*, 19(1), 128. Doi: 10.1186/s12909-019-1555-5.
- O'Sullivan, D., Wilk, S., Michalowski, W. y Farion, K. (2013). Using PICO to align medical evidence with MDs decision making models. *Studies in Health Technology and Informatics*, 192(1), 1057. Doi: 10.3233/978-1-61499-289-9-1057.
- Paradis, E. y Sutkin, G. (2017). Beyond a good story: from Hawthorne effect to reactivity in health professions education research. *Medical Education*, 51(1), 31-39. Doi: 10.1111/medu.13122.
- Parra R., G.J. y Cámara V., R.M. (2017). Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. *Investigación en Educación Médica*, 6(24), 221-227. Doi: 10.1016/j.riem.2016.11.001.

- Parry, R., Pino, M., Faull, C. y Feathers, L. (2016). Acceptability and design of video-based research on healthcare communication: Evidence and recommendations. *Patient Education and Counseling*, 99(8), 1271-1284. Doi: 10.1016/j.pec.2016.03.013.
- Pedersen, R. (2009). Empirical research on empathy in medicine: A critical review. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 307-322. Doi: 10.1016/j.pec.2009.06.012.
- Redondo, I. y Herrero F., D. (2018). Adaptación del Empathy Quotient (EQ) en una muestra española. *Terapia Psicológica*, 2(36), 81-89. Doi: 10.4067/s0718-48082018000200081.
- Roter, D. y Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46(4), 243-251. Doi: 10.1016/S0738-3991(02)00012-5.
- Runyan, C., Savageau, J.A., Potts, S. y Weinreb, L. (2016). Impact of a family medicine resident wellness curriculum: A feasibility study. *Medical Education Online*, 21, 30648. Doi: 10.3402/meo.v21.30648.
- Singh, S.P., Modi, C.M., Patel, C.P. y Pathak, A.G. (2017). Low-fidelity simulation to enhance understanding of infection control among undergraduate medical students. *National Medical Journal of India*, 30(4), 215-218. Doi: 10.4103/0970-258X.218677.
- Spreng, R.N., McKinnon, M.C., Mar, R.A. y Levine, B. (2009). The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of Personality Assessment*, 91(1), 62-71. Doi: 10.1080/00223890802484381.
- Sulzer, S.H., Feinstein, N.W. y Wendland, C.L. (2016). Assessing empathy development in medical education: A systematic review. *Medical Education*, 50(3), 300-310. Doi: 10.1111/medu.12806.
- van Dijk, I., Lucassen, P.L.B.J., Akkermans, R.P., Van Engelen, B.G.M., Van Weel, C. y Speckens, A.E.M. (2017). Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of clinical clerkship students: A cluster-randomized controlled trial. *Academic Medicine*, 92(7), 1012-1021. Doi: 10.1097/ACM.0000000000001546.
- van Osch, M., van Dulmen, S., van Vliet, L. y Bensing, J. (2017). Specifying the effects of physician's communication on patients' outcomes: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 100(8), 1482-1489. Doi: 10.1016/j.pec.2017.03.009.
- Visser, L.N.C., Bol, N., Hillen, M.A., Verdam, M.G.E., De Haes, H.C.J. M., van Weert, J.C.M. y Smets, E.M.A. (2018). Studying medical communication with video vignettes: A randomized study on how variations in video-vignette introduction format and camera focus influence analogue patients' engagement. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 15. Doi: 10.1186/s12874-018-0472-3.
- Wüdrich, M., Schwartz, C., Feige, B., Lemper, D., Nissen, C. y Voderholzer, U. (2017). Empathy training in medical students-a randomized controlled trial. *Medical Teacher*, 39(10), 1096-1098. Doi: 10.1080/0142159X.2017.1355451.
- Xu, X., Zhang, Y., Wang, W., Zhang, Y. y Yang, N. (2020). Effects of patients' perceptions of physician-patient relational empathy on an inflammation marker in patients with Crohn's disease: The intermediary roles of anxiety, self-efficacy, and sleep quality. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 363-371. Doi: 10.2147/PRBM.S221435.
- Yuguero, O., Marsal, J.R., Esquerda, M., Galvan, L. y Soler G., J. (2019). Cross-sectional study of the association between empathy and burnout and drug prescribing quality in primary care. *Primary Health Care Research & Development*, 20(e145). Doi: 10.1017/s1463423619000793.
- Zabar, S., Hanley, K., Wilhite, J.A., Altshuler, L., Kalet, A. y Gillespie, C. (2020). In the room where it happens: Do physicians need feedback on their real-world communication skills? *BMJ Quality and Safety*, 29(3), 182-184. Doi: 10.1136/bmjqs-2019-010384.