



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina y Psicología

Coordinación de Estudios de Posgrado e Investigación

**“NIVELES DE EMPATÍA MÉDICA EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27”**

**PROTOCOLO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

Dra. María del Carmen Valenzuela Rivera

Residente de Medicina Familiar

Responsable:

Dr. Gerardo Ruíz González

Médico especialista en Medicina Familiar
en la Unidad de Medicina Familiar número 27

Tijuana, Baja California, agosto 2023.

Título

**“NIVELES DE EMPATÍA MÉDICA EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27”**

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

INVESTIGADOR TESISISTA

Dra. María del Carmen Valenzuela Rivera

Residente de Tercer Año de Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de medicina familiar número 27, Tijuana.

Matricula: 97023404

Institución: IMSS, Baja California.

Teléfono celular: (667) 3297925

Correo electrónico: macavari15@outlook.com

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dr. Gerardo Ruíz González

Médico especialista en Medicina Familiar

Matricula: 98024486

Adscripción: Unidad de medicina familiar número 27, Tijuana.

Institución: IMSS. Baja California.

Teléfono: (664) 7662163

Correo electrónico: elgeras.sp@gmail.com

I. ÍNDICE

RESUMEN	5
MARCO TEÓRICO	6
ANTECEDENTES	11
JUSTIFICACIÓN	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
II. OBJETIVOS	16
III. MATERIALES Y MÉTODOS	17
Criterios de selección:	18
Procedimiento del estudio:	19
Instrumento de medición	20
Análisis de datos:	22
Operacionalización de las variables:	23
IV. ASPECTOS ÉTICOS	25
V. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	28
VI. BIOSEGURIDAD	29
VII. RESULTADOS	30
VIII. DISCUSIÓN	36
IX. CONCLUSIÓN	39
X. RECOMENDACIONES	40
XI. ANEXOS	
ANEXO I. CRONOGRAMA	41
ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO	42
ANEXO III. CARTA DE NO INCONVENIENCIA AL DIRECTOR	44
ANEXO IV. CARTA DE DECLARACIÓN DE AUTORIDAD EDUCATIVA	45
ANEXO V. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
ANEXO VI. ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON (EEMJ)	47
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

RESUMEN

TÍTULO: “Niveles de empatía médica en residentes de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 27”

INVESTIGADORES: Ruiz-González G, Valenzuela-Rivera MC

INTRODUCCIÓN: La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar de los demás, de comprender y compartir emociones y sentimientos de otras personas y la capacidad que se tiene de comunicar esta comprensión. Forma parte de un elemento esencial en la relación médico-paciente, por lo que se le da una gran importancia en la educación médica. El estudiar la empatía desde diferentes perspectivas permitirá elaborar estrategias de intervención más individualizadas para mejorar la conducta empática en los profesionales de la salud.

OBJETIVO: Medir los niveles de empatía médica en los médicos residentes de medicina familiar de la Unidad de Medicina familiar número 27.

MATERIAL Y MÉTODOS: Previa autorización por el Comité Local de Investigación y de Ética en Investigación junto con la del Director de la Unidad se realizará un estudio en la Unidad de Medicina familiar número 27 de Tijuana, B.C. Se invitará a participar a médicos residentes de medicina familiar, quienes otorgaran su consentimiento informado mediante la firma del mismo, posteriormente se les aplicará la Escala de Jefferson de empatía médica. Para el análisis de los datos se utilizará estadística descriptiva: medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Se recabarán en una hoja de Excel para después procesar los datos en el programa estadístico SPSS versión 26. **Recursos Financieros:** Solventados por los investigadores. **Experiencia del grupo:** El investigador principal cuentan con más de 3 años de experiencia en el área de Investigación Médica. **Tiempo a desarrollarse:** Se realizará en el periodo de agosto a diciembre de 2023.

PALABRAS CLAVES: médicos residentes, empatía, relaciones médico paciente

MARCO TEÓRICO

En la actualidad vivimos en una época privilegiada en el desarrollo de la medicina con un enfoque técnico, la cual se basa en evidencias y estadísticas que son parte de la formación del personal médico. Lo que ocasiona que en algunas ocasiones se le reste importancia al papel fundamental de la relación terapéutica en la práctica de la medicina, siguiendo solo pautas que requieren de puntuaciones para poder determinar el mejor tratamiento para un paciente, o conocer las guías clínicas más recientes; lo cual no es suficiente para ejercer de manera efectiva la relación médico-paciente. (1)

Para esto se debe establecer una relación terapéutica con el paciente, lo que resulta en un proceso de humanización de la práctica médica. Siendo los médicos generales y familiares los más expertos en utilizar las relaciones terapéuticas con sus pacientes. (1)

Los médicos están sujetos a una carga de trabajado que consta de largas jornadas laborales, con un ambiente trabajo estresante, una alta presión laboral y en ocasiones relaciones entre médico-paciente que pueden conducir a diversos problemas que ejercen efectos perjudiciales en la calidad de vida y satisfacción del profesional de la salud, lo que a su vez genera un impacto en la calidad de atención que brindan a los pacientes, relacionándose con agotamiento ocupacional, que puede afectar los niveles de empatía, la cual forma parte de un elemento esencial en la relación médico-paciente.(2)

Empatía

La palabra empatía es derivaba de la palabra griega “*empathia*” que significa: afecto o pasión con una cualidad de sufrimiento. Es un fenómeno cognitivo, que implica también una sensibilidad afectiva a las necesidades del paciente y una capacidad conductual para comunicar lo mismo. William Osler resumió la empatía cuando dijo: “*Es tan importante saber qué tipo de hombre tiene la enfermedad, como saber qué tipo de enfermedad tiene el hombre*”. En la

actualidad se sabe que la empatía varía según la personalidad del médico y la elección de la especialidad. (3)

Hogan en 1969 definió la empatía como un intento de comprender lo que pasa por la mente de los demás, una manera de construir por uno mismo los estados mentales ajenos, una comprensión intelectual o imaginativa de la condición del otro sin experimentar realmente los sentimientos de esa persona. Batson y Coke en 1991 la describen como una emoción congruente con el estado emocional de la otra persona, un sentimiento de interés y compasión que resultan de tener conciencia del sufrimiento ajeno; la plantean como la capacidad de ponerse en el lugar del otro. (4)

La empatía se relaciona directamente con la inteligencia emocional. Bar-On en 1997 propuso que la empatía es un componente de las habilidades interpersonales y la definió como la capacidad de ser consiente, comprender las emociones, sentimientos e ideas del otro, considerando por lo tanto a la empatía como un componente cognitivo objeto de atención de diversas disciplinas como la fisiología, la sociología y la psicología entre otras. (4)

Los procesos de información como la percepción y atención a estímulos socialmente relevantes, autoconciencia, memoria, procesamiento de emociones, control ejecutivo, toma de perspectiva, selección de la conducta apropiada, inhibición del autoenfoque, razonamiento, y teoría de la mente forman parte relevante de la empatía. Describiendo así tres conglomerados de la empatía: a) Capacidad cognitiva, b) Respuesta afectiva para comprender estados emocionales y c) Origen de los sentimientos (propios o ajenos). Grupo de términos importantes para su conceptualización teórica y para la evaluación objetiva. (5)

Actualmente diversos factores se atribuyen a un desarrollo deficiente, pobre conservación y aplicación de empatía. La Universidad de Hull York en Reino Unido demostró que la empatía es frágil, la cual a menudo necesita encontrar un delicado equilibrio, que se puede ver influenciada por la enseñanza y las prácticas de la medicina, pudiéndose estancar o involucionar en los médicos en formación. (6)

Empatía Médica

La empatía es una cualidad fundamental en un buen médico; líderes de educación médica y las organizaciones profesionales ven a la empatía, como un resultado deseado de la educación médica. Hojat y Mercer definen a la empatía en el contexto de la asistencia médica como un atributo cognitivo, el cual implica la comprensión de experiencias, preocupaciones y perspectivas del paciente, que se mezclan con la capacidad de comunicar esta comprensión y la intención de ayudar. Mercer y Reynolds definen la empatía médica: como un constructo complejo y multidimensional que tiene componentes morales, cognitivos, emotivos y conductuales. (7)

Se ha establecido que la empatía del médico o empatía clínica mejora la relación médico paciente y la seguridad del paciente. La construcción de esta implica aspectos emocionales, morales, cognitivos y conductuales. Los niveles altos de esta se correlacionan en resultados tanto tangibles como intangibles. Por lo que no es de extrañar que en estos últimos años se hayan producido múltiples debates e investigaciones de carácter sólido que se centran en examinar los cambios de la empatía y las posibles intervenciones en el proceso de formación de los médicos. (8)

La construcción teórica de la empatía médica es compleja. Jodi Halpern sugirió que la empatía clínica considera la atención al paciente como el centro de la tarea del médico, sin tener la necesidad de experimentar indirectamente las emociones de sus pacientes, dependiendo del desarrollo, experiencias sociales, educativas y factores exógenos y endógenos que se posean. Hay estudios que demuestran una disminución en la empatía durante los procedimientos de la escuela de medicina, un mayor nivel de empatía en las mujeres y una relación entre la elección de la especialidad médica y sus puntuaciones de nivel de empatía. (9)

El estrés en el lugar de trabajo es citado como una causa de erosión entre la empatía y el médico, debido a los grandes niveles de responsabilidad clínica y fatiga por la carga de trabajo, que pueden impulsar a la disminución de la empatía. Los médicos que ejercen especialidades más técnicas tienden a sentir menos empatía, que puede ser aprendida por modelos a seguir. No está claro si esto se trata de un fenómeno de naturaleza o de crianza, o podría ser una combinación de ambas. Un

ejemplo, los psiquiatras tienden a mostrar una mayor capacidad empática que los cirujanos, donde la interacción con el paciente es de menor tiempo. (10)

El hecho de que existen altos niveles de empatía médica se relaciona con una mayor facilidad del paciente para expresar sus síntomas y preocupaciones obteniendo una mejor anamnesis y precisión diagnóstica, generando que el paciente participe más en su educación a la salud, tenga una mayor calidad de vida y disminución del estrés. Resultado de esto, cada vez más autores relacionan la empatía con la competencia ética, hablando de medicina ética como medicina empática. (11)

En el 2016 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), reporta 2,044 quejas atribuidas directamente a conflictos entre la relación médico-paciente, donde una gran parte son en contra los médicos e instituciones de salud como consecuencia de una relación deficiente entre el médico y el paciente. Esta institución plantea que la empatía es un área de la práctica clínica que se desarrolla con el tiempo, y actualmente debe de formar parte de la formación médica, señalando constantemente el hecho de hay quienes dicen que se “tiene o no se tiene”, haciendo alusión a una característica innata y no solo de enseñanza. (12)

Este es un tema que a partir de la década de 1980 tomo relevancia para la atención médica. Durante esta época el Sector Salud difundió un documento normativo llamado: “Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud” donde se hace referencia a la empatía como un elemento clave durante la entrevista clínica, la cual mejora los resultados en la relación médico-paciente, y se señala como parte de sus competencias. (13)

El desvanecimiento de la empatía comienza en la escuela de medicina, y al trascurso de los años de formación del médico como residente esta se puede modificar. (14)

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), desarrollo la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ). Su estructura consiste en aspectos de una escala multidimensional que define a la empatía en 3 factores: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para ponerse en los

zapatos del paciente. Muestra una estabilidad en grupos de estudiantes de medicina lo que le ha dado validez y tiene una confiabilidad aceptable (alfa superior a 0.80). (15)

A pesar de que diversas revisiones sistemáticas en la investigación sobre empatía en la medicina han hecho evidente problemas relacionados con la variedad, el número de medidas utilizadas y la imposibilidad de saber si se están abordando aspectos afectivos o cognitivos de la empatía, se ha encontrado que las propiedades psicométricas de la escala de Jefferson para empatía médica (diseñada especialmente para su uso en el cuidador de la salud), se centran en la relación del médico o el profesional de la salud con el paciente. (16)

ANTECEDENTES

En la historia de la medicina occidental se sitúa el origen del acto médico a partir de Hipócrates y Galeno, y si avanzamos más al siglo XIX, donde los avances científicos y tecnológicos han dado un giro a la medicina, comenzamos a dejar atrás los actos médicos del pasado y con ello a los chamanes, brujos, místicos quienes aplicaban como parte de su “cura” la comunicación y la conexión con el paciente. (17)

La Organización Mundial de la Salud (1946) propuso que la empatía se considere una habilidad elemental para desarrollo en el contexto de la educación médica, por lo que se considera una característica importante del profesional de salud, argumentando que esta puede generar una mejor alianza terapéutica. (18)

Desde entonces han surgido diversas investigaciones sobre la empatía en las escuelas de medicina, en los médicos y las instituciones que brindan servicios de salud en todo el mundo. (19,20)

Mohammad y colaboradores en el año 2010 realizaron un estudio en estudiantes de medicina de Irán, donde obtuvieron resultados de un alto nivel de esta habilidad, considerándola un elemento importante en la atención al paciente, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de empatía por género y los diferentes años de carrera de medicina. (21)

Kataoka H. y colaboradores en 2009 en Japón publicaron un estudio que se realizó en 400 estudiantes de medicina de la Universidad de Okayama que completaron Escala Jefferson de Empatía Médica, donde se concluyó que las mujeres presentaban un mejor nivel de empatía a diferencia de los hombres y que estos niveles aumentaban conforme avanzaba el grado de formación médica. (22)

Charmaine Krishnasamy y colaboradores en 2019 publicaron en la revista Medical Teacher en Europa una metaetnografía de estudios publicados de 2007 a 2017 donde se incluyeron treinta y tres estudios cualitativos y se enfocaron cuatro temas principales: ver al paciente como persona, apreciar los elementos de empatía y compasión, navegar en el entorno de formación, y guiarse por ideales. Donde se

muestra cómo la educación médica afecta la expresión de empatía y compasión en estudiantes de medicina. (23)

Costa y colaboradores en el año 2012 en la Universidad de Miño en Portugal contradicen resultados anteriores en cuanto el declive en los médicos en formación, concluyendo que estos niveles no disminuyen. (24)

Coviller y colaboradores en el 2010 en Estados Unidos examinaron 11 estudios del año 2000 al 2008 que informaron de la empatía en diversas etapas de formación médica, donde el deterioro de la empatía en los estudiantes de medicina y de los residentes en formación en el ámbito anglosajón está ampliamente demostrado. (25)

En 2011 Neuman y colaboradores en Estados Unidos, revisaron sistemáticamente la literatura para investigar los cambios en la empatía de los estudiantes y las razones de esos cambios durante la escuela de medicina y la residencia, utilizando estudios desde el año 1990 hasta 2010, obteniendo un total de 17 estudios, donde los resultados en residentes de medicina es que presentan una tendencia a la disminución de estos niveles en su proceso de formación. (26)

Mandel y colaboradores en el año 2022 en Argentina realizaron un estudio en médicos residentes donde se aportan nuevos indicios entre la correlación del clima de aprendizaje en la residencia con los niveles de empatía, obteniendo una modesta correlación sugiriendo realizar nuevos estudios a futuro con mayor profundidad. (27)

Villalba-Arias J y colaboradores en el 2020 en Paraguay realizaron un estudio observacional, analítico de prevalencia y temporalmente prospectivo, en el cual se incluyeron médicos residentes de medicina Interna, medicina familiar, clínica quirúrgica, psiquiatría y pediatría, en el cual se concluyó que los diversos puntajes reflejan diferentes grados de habilidades interpersonales, presentando mayor empatía la especialidad de Psiquiatría. (28)

Ese mismo año 2020 en Paraguay, Omar MI y colaboradores, realizaron un estudio en residentes de medicina familiar en un Hospital público, para determinar su nivel de empatía en el periodo pandémico de la COVID-19, justificando que los médicos de esta especialidad son los de cabecera en la familia y formaron un papel fundamental en periodo pandémico. Los resultados se inclinaron a un mayor nivel

de empatía en sexo femenino y a mayor año de especialidad mayor nivel de empatía. (29)

Luna D y colaboradores en el 2018 en México realizaron un estudio transversal en 161 estudiantes de Medicina de una universidad privada en la Ciudad de México, los cuales se encontraban en primer, tercer y quinto semestre de la carrera, su objetivo era identificar el nivel de empatía general y los factores asociados en momentos distintos de la carrera, obteniendo como resultado niveles altos de empatía, los cuales eran mayor en las mujeres respecto a los hombres. Concluyendo que la investigación al respecto es muy escasa en México y se necesitan más estudios (30).

Delgado-Domínguez y colaboradores en el año de 2020 publicaron un estudio descriptivo realizado en una Universidad pública de México en 139 residentes médicos de distintas especialidades de primer a cuarto año, en el cual relacionan los niveles de empatía con el bienestar psicológico, donde se observó una tendencia a disminuir los niveles de empatía como del bienestar psicológico al comparar a los residentes por año, siendo los de cuarto años los que obtuvieron un puntaje menor. (31)

Aun cuando existen investigaciones en el tema de la empatía médica en diversos países, se sigue sugiriendo la necesidad de futuras investigaciones que tengan en cuenta la diversidad cultural, los diferentes sistemas de atención de las instituciones que brindan atención a la salud, así como de la formación de los médicos y sus especialidades. (32,33)

JUSTIFICACIÓN

Dado que la empatía médica se entiende como una predisposición del médico por comprender el estado emocional ajeno del paciente, es fundamental para poder establecer una buena relación médico-paciente. Al comprender la salud no solo como la ausencia de enfermedad, si no también el bienestar mental y social del individuo, se genera responsabilidad sobre las instituciones formadoras de profesionales de la salud que brindan servicios de salud, donde su personal debe de adquirir y ser formado con habilidades para entender al paciente y no solo a la enfermedad que este padece. Una formación empática en los médicos contribuye a que exista una mayor satisfacción en el paciente, disminuye los riesgos de demandas por mala práctica, incrementa la habilidad diagnóstica terapéutica y mejora la atención que el médico pueda ofrecer, se asocia en una mejor competencia clínica y mejor apego al tratamiento por parte del paciente. Tiene una mayor relevancia en la medicina familiar, tratándose de una herramienta indispensable para su trabajo diario, ya que la eficacia del tratamiento se explica en parte con una buena relación médico-paciente. (1)

La empatía es una construcción multidimensional que va desde lo cognitivo hasta lo afectivo. Siendo necesario conocer los niveles de esta habilidad en el personal de salud y saber si se puede modificar como resultados de diversos factores, ya que estudiar la empatía desde diferentes perspectivas permitirá elaborar estrategias de intervención más individualizadas para mejorar la conducta empática en los profesionales de la salud.

Por lo tanto, medir los niveles de empatía en los residentes de la especialidad de medicina familiar de una Unidad de medicina familiar número 27 de la ciudad de Tijuana, Baja California nos permite saber si este se modifica según los grados de especialidad, el sexo o la edad. Con la finalidad de conocer los niveles de empatía de los residentes en formación, así como los beneficios de saber si existe alguna diferencia según los grados de preparación, obteniendo como beneficio conocer si es necesario entrenar o fortalecer más esta habilidad, para posteriormente desarrollar estrategias pertinentes, que favorezcan al médico en formación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los profesionales de la salud deben de tener una formación integral que incluya tanto conocimientos, como diversas competencias a nivel profesional. Si nos enfocamos en los residentes, ellos serán los próximos médicos a cargo de la atención de primer contacto.

El Médico Residente en Medicina familiar tiene rotaciones en distintas áreas hospitalarias, así como en consulta y diversos servicios en los que desempeña actividades como parte de su formación, siendo por lo tanto en muchas ocasiones el médico de primer contacto con el paciente. Por lo cual es primordial que desempeñen sus labores con empatía, siendo esta una herramienta para una adecuada relación médico paciente, que beneficia ambas partes.

La empatía médica es una habilidad que tiene impacto en la salud de los pacientes y mejora la relación médico paciente.

Sin embargo, la empatía puede afectarse por diversas causas en los residentes, que van desde características propias del individuo, como el sexo, estado civil, experiencia laboral, situación familiar o emocional, así como por los modelos de docencia que existen, la carga laboral y académica, la falta de recursos del sistema de salud entre otras más. (34)

Ante la situación nos formulamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los niveles de empatía de los residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 27?

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los niveles de empatía médica en residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 27.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aplicar la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) a residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 27, para conocer los niveles de empatía.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y tipo de estudio: Observacional, transversal y descriptivo.

Población de estudio: Médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar número 27, Tijuana, Baja California.

Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar número 27 del IMSS de la Ciudad de Tijuana, Baja California.

Periodo de estudio: El estudio se realizará en el periodo comprendido de octubre a noviembre de 2023.

Muestreo: Se realizará un censo.

Tipo de muestreo: Censo.

Variable dependiente: Nivel de empatía

Variable Independiente: Año de especialidad/ edad/ sexo/Estado civil

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

- 1) Médicos residentes de medicina familiar de la Unidad Medico Familiar número 27 del Instituto Mexicano del Servicio Social de la ciudad de Tijuana, Baja California, que acepten participar en el estudio de investigación y firmen la carta de consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- 1) Médicos residentes que se encuentren con incapacidad o alguna licencia durante la aplicación del estudio.

Criterios de Eliminación

- 1) Cuestionarios mal llenados o incompletos.
- 2) Consentimiento informado no llenados adecuadamente.

Procedimiento del estudio

Previa aprobación del presente estudio por parte del Comité Local de Ética en Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud 205-8 y 205 respectivamente, se llevará a cabo un estudio observacional, transversal y descriptivo, donde se incluirán a los médicos residentes de Medicina Familiar que cumplan con los criterios de inclusión, acepten participar y que se encuentren adscritos a la sede de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 27 durante el periodo de estudio mencionado. Se les invitará a los residentes a participar en el estudio de manera voluntaria y anónima. En caso de aceptar, se le solicitará ingresar a un aula de enseñanza disponible para propiciar un ambiente agradable y preservar la confidencialidad del participante. Previo al inicio del llenado del cuestionario se les explicará detalladamente las instrucciones y se contestarán las dudas que se lleguen a plantear, se entregará un bolígrafo y un consentimiento informado en el que se describirán las características principales del estudio como sus objetivos, metodología, riesgos y beneficios, así como la confidencialidad del estudio. El consentimiento informado se firmará para posteriormente realizar la entrevista y llenado de hoja de recolección de datos personales. Este proceso se realizará toda vez que el residente haya terminado sus actividades para no interferir con ellas.

En este protocolo se utilizará la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ, el cual es un instrumento para evaluar los niveles de empatía adaptada para personal de salud. Este instrumento se describe detalladamente en sección siguiente: "Instrumentos de medición".

Una vez concluido el proceso de recolección de datos y llenado de encuestas, se recolectarán todos los documentos requisitados, el entrevistador agradecerá la participación del residente y guiará hacia la salida. Posteriormente se procederá a realizar el análisis estadístico de los datos obtenidos y se creará un informe de resultados que se entregará al área de Enseñanza a la cual corresponda. El tesista será el responsable del procesamiento de datos y del análisis estadístico de la información resultante, los cuales se registrarán en una hoja electrónica con un

número de folio asignado para cada participante para su identificación. El tesista será el encargado de analizar los datos mediante el programa estadístico SPSS 26, así como de la interpretación de la información, el análisis estadístico, y conclusiones que resulten. El investigador responsable será el encargado de resguardar la información que resulte de la presente investigación a manera de salvaguardar la confidencialidad de los participantes. Para finalizar, el titular de este protocolo realizará la presentación de los resultados de su protocolo ante el equipo de trabajo y autoridades de la Unidad de medicina Familiar.

Instrumento de medición

Para medir la empatía de los residentes de medicina familiar se utilizará la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) en su versión traducida al español, la cual se encuentra validada y consta de 20 apartados a los cuales se les da una puntuación por medio de la escala tipo Likert de 1 punto (totalmente desacuerdo) a 7 puntos (totalmente de acuerdo). Las preguntas 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 y 19 tienen una puntuación inversa. Los rangos de puntuación van de 20 hasta 140 puntos, asociando valores más altos a mayor grado de empatía. Los puntajes obtenidos en la Escala de Empatía de Jefferson permiten ubicar en cinco niveles la empatía: alto (114 -140 puntos), sobresaliente (88-113 puntos), intermedio (62-87 puntos), bajo (36-61 puntos) y deficiente (20-35 puntos). En su versión E para estudiantes (S o student en inglés) tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.80. (35,36)

Esta escala analiza la empatía desde la toma de perspectiva (empatía cognitiva) la cual consta de 10 preguntas, la atención a la compasión (empatía emocional) la cual consta de 7 preguntas y ponerse en el lugar del paciente que consta de 3 preguntas. La de tipo cognitiva en la escala refleja el entendimiento racional del médico sobre el padecimiento del paciente y permite al médico asumir el rol del paciente y esta es modificable con el aprendizaje, la emocional refleja la aparición de sentimientos semejantes al paciente. Esta escala ha sido validada en diferentes países alrededor

del mundo, incluido países de Latinoamérica, cuenta con validez de construcción, ya que mide lo que pretende medir, es convergente y discriminante porque las partes que lo conforman están relacionadas entre sí y no tienen relación con temas distintos a la empatía. (37)

Análisis estadístico

Se utilizará estadística descriptiva; medidas de tendencia central (media, moda y mediana) para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Ya que se encuentren registrados los datos correspondientes a cada cuestionario se utilizará el programa estadístico SPSS versión 26.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador y/o valor
Empatía médica	Atributo cognitivo; Implica la comprensión de las experiencias, preocupaciones y perspectivas del paciente, que se mezclan con la capacidad de comunicar esta comprensión y la intención de ayudar.	Habilidad eminente cognitiva del médico que permite comprender el universo emocional del paciente, la cual mejora la relación médico paciente.	Puntaje obtenido en la escala de Jefferson para empatía médica Cualitativa ordinal	114-140 Alto 113-88 Sobresaliente 62-87 Intermedio 36-61 Bajo 20-35 Deficiente
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Años cumplidos según el paciente al momento de realizar el cuestionario.	Cuantitativa Ordinal	Años cumplidos a la fecha de la aplicación de la escala.
Sexo	Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.	Sexo al que corresponde el sujeto en estudio, acorde a una identificación oficial (cartilla nacional de vacunación, INE, Cartilla militar, Pasaporte Mexicano, Visa, etc.)	Cualitativa nominal dicotómica	1. Masculino 2. Femenino
Grado académico	Periodo oficial de un año de duración, que comprende entre el inicio y el fin de labores docentes (marzo a febrero), el cual al finalizar los médicos residentes pueden ser promovidos de un grado a otro superior.	Grado que cursa actualmente el médico residente.	Cualitativa ordinal	1. Primer grado 2. Segundo grado 3. Tercer grado

Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio.	Estado civil reportado por el/la participante.	Cualitativa nominal	1 Soltero (a) 2 Unión libre 3 Casado (a) 4 Divorciado (a) 5 Viudo (a)
---------------------	---	--	---------------------	---

IV. ASPECTOS ÉTICOS

La ética de esta investigación se apega los artículos y principios de la Declaración de Helsinki de 1964, modificada por la Asamblea General en Brasil en el año 2013, donde se establece que se velara por la salud, bienestar, derechos, y confidencialidad del participante en la investigación, la cual se encuentra sujeta a las normas éticas que la aseguran. Declarando que el objetivo de la investigación nunca estará como primicia sobre los derechos del participante.

Mi deber como investigador es solamente hacia el paciente tal como se norma en los Artículo 2 y 3 de la Ley General de Salud. En base a los lineamientos y principios establecidos por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, a los cuales se debe de someter cualquier investigación destinada a la salud, esta investigación cumple con las disposiciones establecidos en la Ley General de Salud tal como se describe a continuación:

Del título primero: Disposiciones generales, capítulo único;

- Artículo 13. Prevalecerá el respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar del ser humano
- Artículo 14. Esta adaptada a los principios científicos y éticos que justifican la investigación, prevaleciendo los beneficios esperados sobre los riesgos, contando con consentimiento informado, cuidando la integridad del participante y bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes.
- Artículo 16. Se protegerá la privacidad del individuo sometido a investigación.
- Artículo 17. Según la clasificación del riesgo, esta investigación pertenece al Apartado II clasificándola como un riesgo mínimo, ya que se aplicarán pruebas psicológicas a los individuos, no manipulando su conducta.
- Artículo 20. Se utilizará como acuerdo escrito el consentimiento informado en el cual el sujeto de investigación autoriza su participación con pleno conocimiento de los procedimientos y los riesgos, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.
- Artículo 21. Para considerar existente el consentimiento informado, se tendrá una explicación clara y completa sobre la justificación, procedimientos,

molestias, beneficios, libertad, seguridad, compromiso y garantías de la investigación.

- Artículo 22. El consentimiento se encuentra elaborado por escrito y cumple con cada uno de los requisitos solicitados.

Del título quinto de los Comités Internos en las Instituciones de Salud:

- Artículo 100 La presente investigación se adapta a los principios éticos y científicos en función al comité de Investigación de la Institución.

Del título sexto de la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la Salud:

- Artículo 113. La conducción de la investigación estará a cargo del investigador principal.
- Artículo 115. La investigación se realizará conforme a un protocolo.
- Artículo 116. El investigador principal se encargará de la dirección técnica del estudio y de sus atribuciones.
- Artículo 119. Al finalizar la investigación se presentará un informe completo.

En base a la Normatividad Institucional del IMSS esta investigación se efectuará previa autorización por el Comité Local de Investigación y Ética, y del Director de la Unidad de medicina Familiar (Anexo III), así como del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud y del Profesor Titular de la Especialidad (IV), junto con la aceptación del participante por medio del llenado del consentimiento informado (Anexo II).

Los documentos que conforman la base de datos serán manejados de forma confidencial, y posteriormente serán resguardados en el Departamento de Enseñanza en Investigación, la cual cuenta con condiciones ideales de resguardo, brindando seguridad, así como fiabilidad en el manejo de la información.

Los beneficios pueden ser múltiples para los participantes, ya que podrán identificar sus niveles de empatía médica, la cual puede mejorar su desarrollo y desempeño como especialista en formación y médico de primer contacto en diversas áreas de rotación, así como la relación entre el médico y el paciente, siendo los posibles beneficios los que superan los riesgos potenciales.

Los resultados obtenidos serán informados a autoridades de Enseñanza, para su atención y fortalecimiento si es necesario por medio de cursos que concienticen la importancia de la empatía en el desarrollo del profesional de salud.

v. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

HUMANOS

Se cuenta con los recursos humanos:

- Investigador responsable: Dr. Gerardo Ruíz González. Médico Especialista en Medicina Familiar adscrito en la Unidad de medicina familiar número 27. Quien será responsable de asesorar y vigilar la elaboración del protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción de escrito final.
- Investigador tesista: María del Carmen Valenzuela Rivera Médico Residente de Medicina Familiar adscrito a Sede Unidad de medicina familiar número 27. Quien realizará el protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción del escrito final.
- Participantes: Médicos Residentes de Medicina Familiar adscritos a la sede de la Unidad de medicina familiar número 27.

MATERIALES

Se cuenta con los recursos materiales para realización del estudio:

- Área física: infraestructura, inmuebles de propiedad del IMSS.
- Formatos de recolección de información: copias de hojas de recolección de datos y copias de cartas de consentimiento informado.
- Papelería: computadora personal, impresora, programa estadístico SPSS – 26, hojas blancas (1 resma tamaño carta) para copias de las encuestas y consentimientos informados, lápices (2 Cajas con 12 lápices), bolígrafos (2 cajas con 12 bolígrafos).

FINANCIEROS

Solventados por los investigadores.

FACTIBILIDAD

Cuenta con factibilidad óptima para su realización, tanto operativa, técnica y económica ya que se cuenta con la estructura, recursos humanos, financieros, universo de trabajo e investigadores para que se lleve a cabo el estudio. Lo que permite que su realización en el tiempo y forma establecidos.

VI. BIOSEGURIDAD

En base al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el protocolo presentado no cuenta con problemas de bioseguridad, debido a que no utilizará pruebas, muestras o procedimientos que comprometan la bioseguridad de los participantes, respetando siempre la confidencialidad de el mismo.

VII.RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo, para determinar los niveles de empatía en los residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en la ciudad de Tijuana, Baja California, en el periodo enero 2023. Se invitaron a participar al estudio, 37 médicos residentes, de los cuales 1 no cumplió con los criterios de inclusión, quedando fuera de la investigación, con una muestra total de n=36.

Variable	Frecuencia (n=36)	Porcentaje %
Edad		
26	1	2.8
27	5	13.9
28	7	19.4
29	5	13.9
30	6	16.7
31	5	13.9
32	2	5.6
33	1	2.8
34	2	5.6
37	1	2.8
38	1	2.8
Sexo		
Masculino	11	30.6
Femenino	25	60.4
Grado académico		
R1	5	13.9
R2	14	38.9
R3	17	47.2
Estado Civil		
Soltero (a)	29	80.6
Unión libre	3	11.1
Casado (a)	4	8.3
Divorciado (a)	0	0
Viudo (a)	0	0
Nivel de empatía		
Alto	31	86.1
Sobresaliente	5	13.9
Intermedio	0	0
Bajo	0	0
Deficiente	0	0

Tabla 1. Características sociodemográficas de los sujetos en estudio

En años cumplidos a la fecha de la aplicación de la escala, la media fue de 29 años, la mediana 31, y la moda 28 años en los residentes. El rango de edad fue desde los 26 años a los 38.

En cuanto sexo, el sexo femenino representa el 60.4% (n=25) y el masculino 30.6% (n=11), predominando el sexo femenino en la población total de residentes en estudio, la cual se representa en la Figura 1.

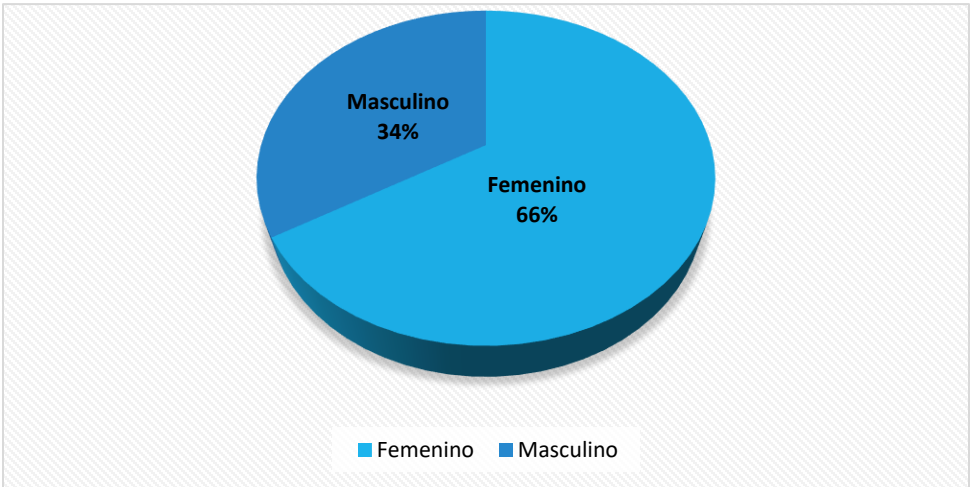


Figura 1. Gráfico circular del sexo de los participantes.

Del total de residentes incluidos en el estudio (n=36), un 13.9% (n=5) corresponde al primer grado de académico de residencia, un 38.9% (n=14) al segundo año y un 47.2% (n=17) al tercer año, representados en la siguiente figura 2.

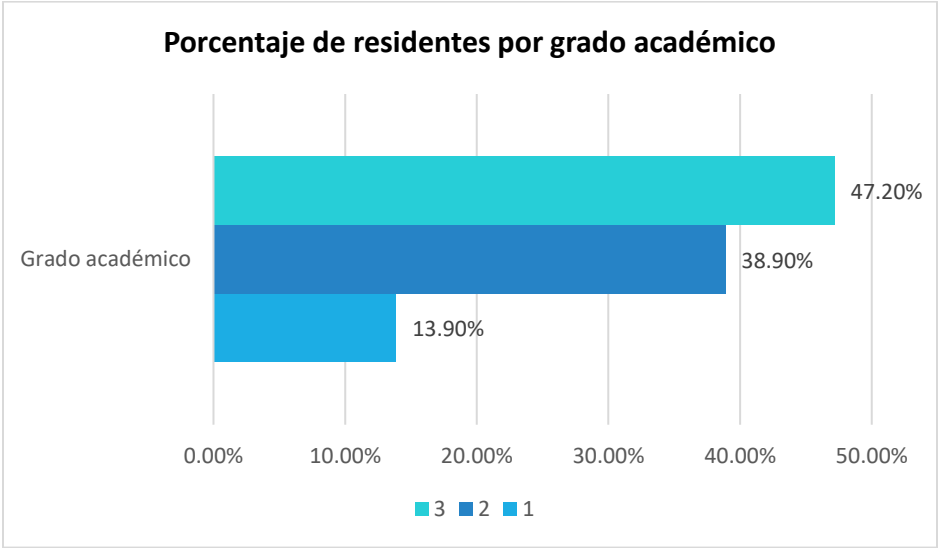


Figura 2. Gráfico de barras de porcentaje de residentes por grado académico de especialidad.

Para medir la variable de Empatía médica en los residentes, se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), donde se encontraron los siguientes niveles entre el total de residentes de medicina familiar, un 86.1% (n=31) obtuvo un nivel alto de empatía y un 13.9% (n=5) un sobresaliente. Siendo estos únicos dos valores obtenidos en la población total de residentes, con predominio nivel alto de empatía médica, lo cual se representa en la figura 3.

El puntaje promedio de los tres grados de especialidad fue de 136 puntos, lo cual pertenece a un nivel de empatía alto por parte de todos los residentes de esta UMF. Los promedios por grupo fueron R3: 121 puntos, R2: 122 puntos y R1 :119 puntos.

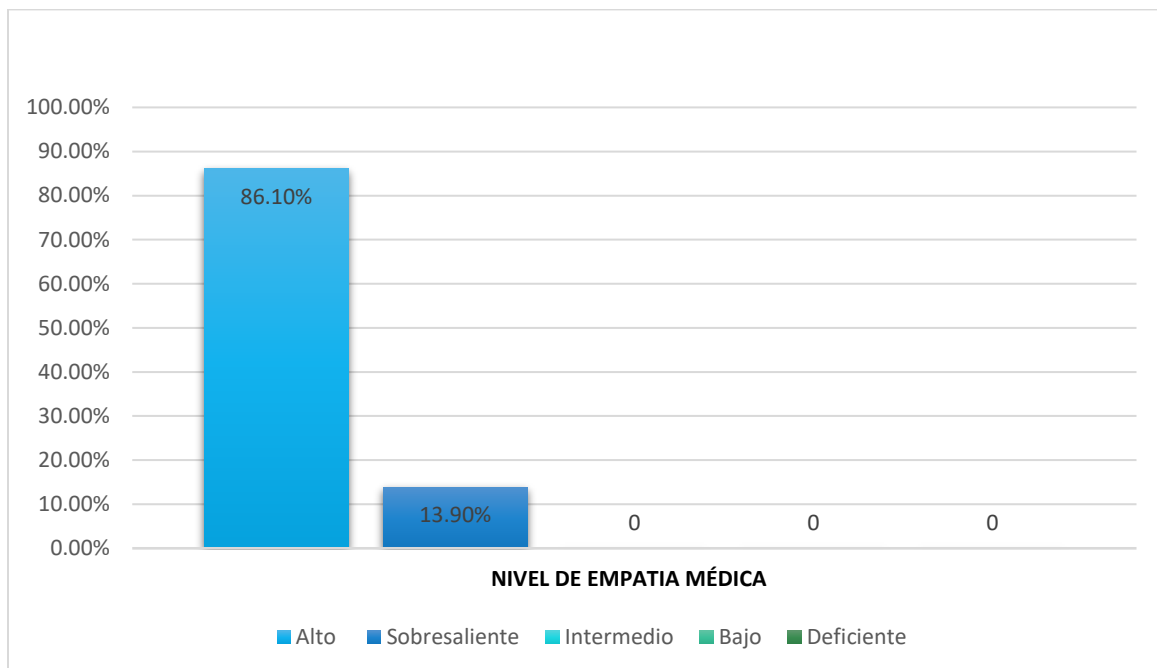


Figura 3. Gráfica de barras de niveles de empatía médica en los residentes.

Según los niveles de empatía por grado académico, en los residentes de primer año predominó un nivel alto de empatía médica (n=4) y en segundo lugar sobresaliente (n=1); en los residentes de segundo año el nivel alto fue el más frecuente (n=13) y con menor frecuencia se obtuvo un nivel sobresaliente (n=1), y por último en los residentes de tercer año se obtuvo en primer lugar un nivel alto (n=14) y en segundo sobresaliente (n=3). Los cuales se representan en la figura 4.

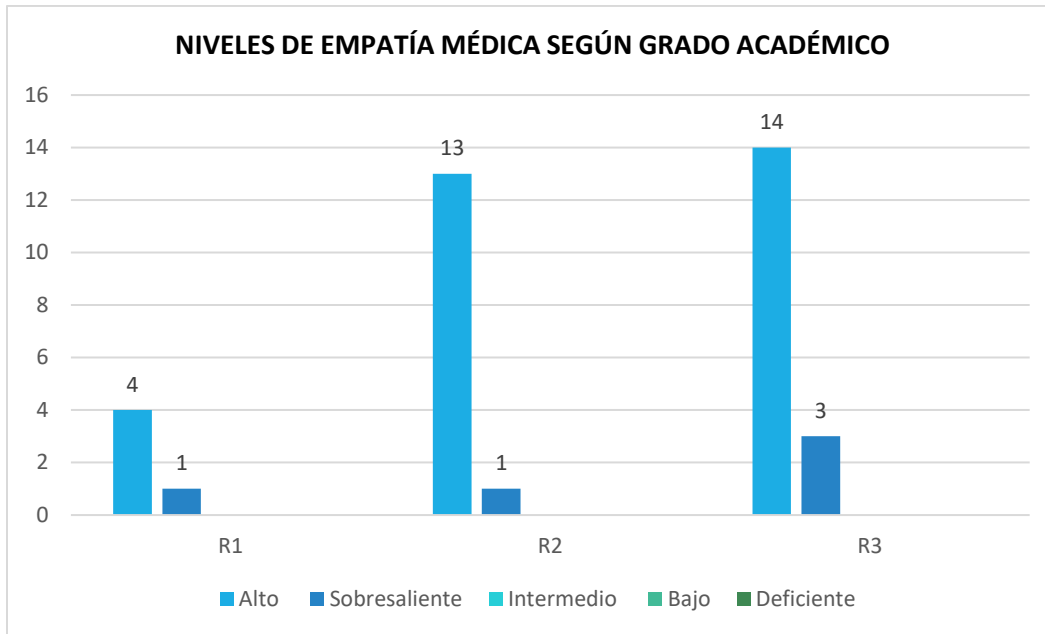


Figura 4. Gráfico de niveles d empatía por grado académico.

El porcentaje de nivel de empatía según el sexo, tuvo un resultado en la población femenina de un 92% (n=23) en nivel alto y un 8% (n=2) en nivel sobresaliente. En cuanto el sexo masculino un 72.7% (n=8) obtuvieron un nivel alto y el 27.3% (n=3) restante un nivel sobresaliente, como se representa en la figura 5.

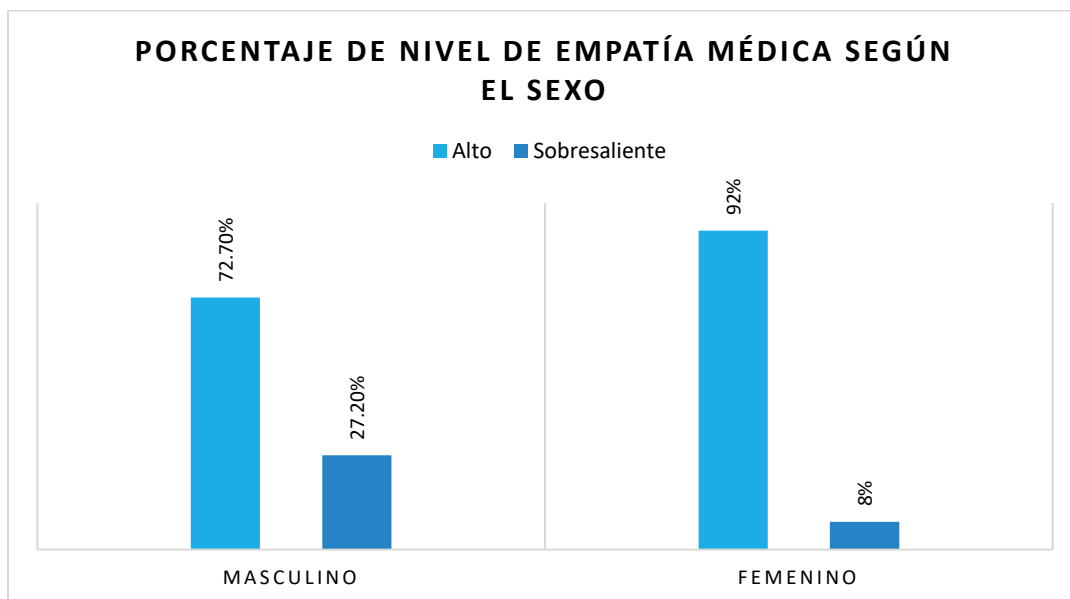


Figura 5. Gráfico de niveles de empatía según él según el sexo.

En los niveles de empatía según el estado civil, los resultados obtenidos en cuanto al grupo total de solteros es de 82.8% (n=24) con niveles altos y un 17.2% (n=5) en niveles sobresalientes; en el grupo de casados el 100% (n=4) de la población obtuvo un nivel alto y en el grupo de unión libre el 100% (n=3) también obtuvo un nivel alto, como se representa en la figura 6.

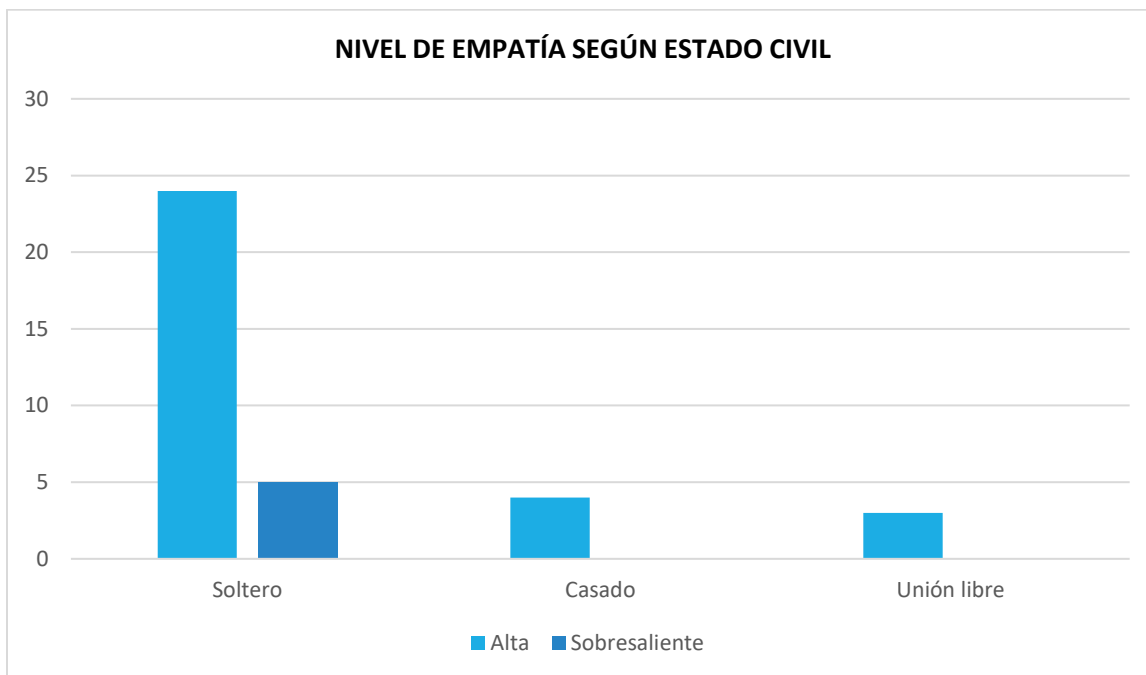


Figura 6. Gráfico de niveles de empatía según estado civil.

En los años cumplidos a la fecha de la aplicación de la escala, se encontró que, en las edades de 27, 28, 29 y 34 años fueron donde se distribuyeron los residentes con un nivel sobresaliente, el resto de las edades registradas presentaron un nivel alto. Como se representa en la figura 7.

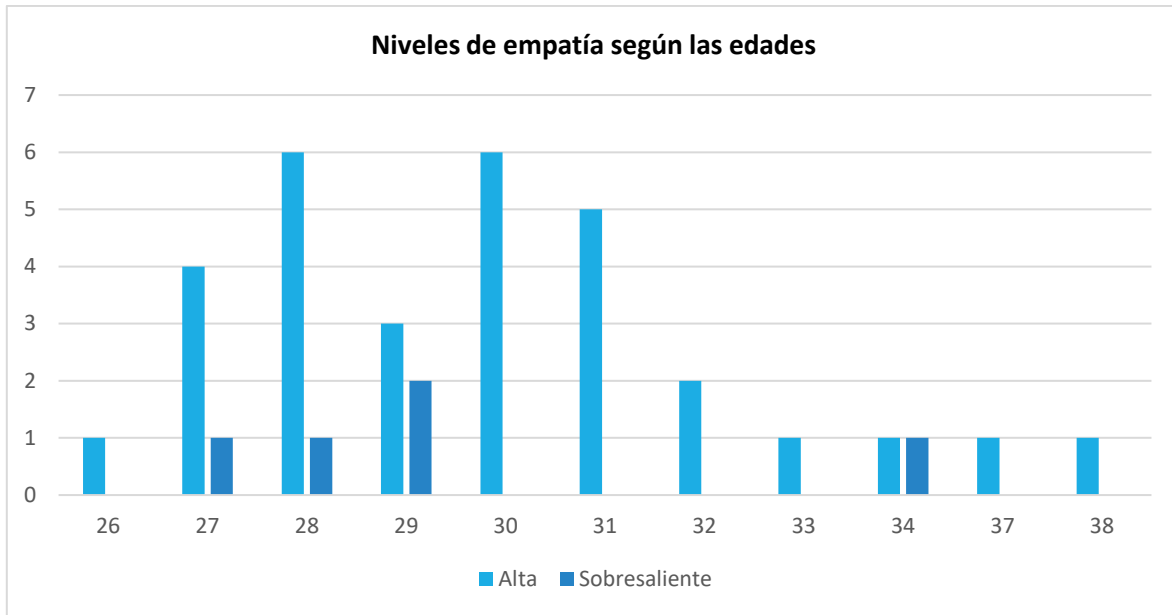


Figura 7. Gráfico de niveles de empatía según las edades de los residentes.

VIII. DISCUSIÓN

Este estudio representa una primera aproximación a los niveles de empatía de los residentes de medicina familiar de la UMF número 27, en los tres grados académicos, donde se puede observar que los residentes presentan un nivel de empatía alto, y en segundo lugar un nivel sobresaliente.

Un 66% de la población en estudio son mujeres, siendo estas la mayor parte de la población, y al igual que en otros estudios realizados a nivel mundial, se puede observar que la empatía médica si esta relacionada con el género, siendo mayor el nivel alto en la población total de mujeres comparada con la población total de hombres, representando un 92% de nivel de empatía médica alta en las mujeres y un 72.7% en los hombres. Aunque en ambos géneros solo se obtuvieron niveles altos y sobresalientes. (9)

En relación con la edad de los residentes, los niveles sobresalientes se presentaron en los residentes que se encontraban en 27,28, 29 y 34 años, no presentando un comportamiento tan disperso. El resto de los niveles altos se encontró en todas las edades capturadas de los residentes.

Según los resultados obtenidos en cuanto al nivel de empatía, del total de la población de residentes se obtuvieron niveles altos y sobresalientes, lo que refuerza el fenómeno que las especialidades orientadas a las personas, que cuentan con un contacto más estrecho con el paciente, son las que presentan niveles más altos; siendo la especialidad de medicina familiar la formadora de médicos de primer contacto en diversas áreas de sus rotaciones durante su formación académica.

En cuanto a los niveles de empatía según el estado civil de los residentes, toda la población de residentes que se encontraban casados o viviendo en unión libre presentaron niveles altos de empatía, en comparación con los residentes quienes tenían un estado civil soltero, donde existieron niveles altos y niveles sobresalientes.

Lo que se podría explicarse con el hecho que las personas casadas o que viven con alguna pareja desarrollan habilidades de adaptabilidad y una mejor comunicación, comprensión y manejo de emociones hacia otra persona. (34)

El puntaje promedio de las tres especialidades fue de 136 puntos, lo que coloca a todos los residentes de esta sede con un nivel alto de empatía médica. Y en cuanto el grado académico los tres presentaron valores altos y sobresalientes, destacando el dato que, en los residentes de primer año, un solo residente presentó un nivel sobresaliente lo que representaría un 20% total de la población de este grado. El segundo lugar en cuanto a nivel sobresaliente se presentó en los residentes de tercer año con 17.6% de su población total y en tercer lugar los residentes de segundo año con solo 1 residente el cual representa un 7.1% de la población total de su grado. Lo que permite concluir que el nivel de empatía no fue más bajo en los residentes de mayor grado académico.

La Escala de Empatía Médica de Jefferson es la primera vez que se implementa en esta unidad, es corta, y solo se enfoca en empatía médica, no se presentó ningún problema al momento de su aplicación por parte de los participantes.

Dentro de las fortalezas que se encuentran en este estudio, van desde el hecho de ser la primera vez que se miden los niveles de empatía médica en los residentes, con una escala de fácil aplicación y entendimiento, que nos brinda interesantes resultados, localizando a todos los residentes de esta UMF con un nivel de empatía alto y sobresaliente que se puede deber a diferentes fenómenos ocurridos dentro de la residencia de medicina familiar. Así como las ventajas que presenta este estudio por ser de tipo observacional, teniendo un enfoque más real y apropiado de este fenómeno, con la facilidad de ser repetido dentro de los siguientes años y así poder comparar su comportamiento; como los bajos costos que generó su realización. Las limitaciones que se encuentran en el estudio, es que se trata de un trabajo con residentes de una sola especialidad en una sola UMF, pudiendo ser importante ampliar la muestra con médicos residentes de diversas especialidades

o sedes, o poder realizar un estudio longitudinal donde se pueda constatar la evolución de la empatía en los residentes, para así poder documentar el comportamiento de la empatía medica en los diversos residentes de otros hospitales o especialidades.

IX. CONCLUSIÓN

La empatía médica se relaciona con las competencias clínicas, con la relación médico paciente, la satisfacción y el estrés profesional; así como una mejor competencia ética. Este concepto y habilidad, debe de formar parte de todas las instituciones formadoras de especialistas médicos en el desarrollo de los programas académicos, donde los residentes adquieran habilidades para entender al paciente y no solo a su enfermedad. En medida que el residente entienda y aprenda a desarrollar y mantener esta habilidad, la empatía se convertirá en un vehículo de la relación médico paciente, que se podría ver deteriora con el paso del tiempo y las distintas situaciones que se podrían presentar durante los años de formación, donde las estrategias educativas de las sedes podrían intervenir y evitar que exista una erosión, manteniendo unos niveles óptimos de esta habilidad.

Con base a nuestro estudio podemos concluir que los niveles de empatía de los residentes de la Unidad Médico Familiar número 27, son de nivel alto y sobresaliente, lo que podría traducirse a que los próximos médicos graduados de esta especialidad y sede tendrán una habilidad que ayudara a fortalecer su relación médico paciente, al encontrarse frente a un consultorio. Así como la utilización de esta habilidad en la actualidad, en sus diversas áreas de formación y rotación que lo mantienen en contacto con los pacientes

Si en el proceso de la comunicación entre un médico y el paciente esta habilidad se implementa, se podría convertir en parte terapéutica para la enfermedad o problema por el cual el paciente está transitando, ya que este por sí sola también forma parte de una herramienta diagnóstica con mucha trascendencia en la relación médico paciente. Al final una formación empática contribuye a una mayor satisfacción en el paciente e incrementa la habilidad diagnóstica y terapéutica del médico en formación. Dicha formación del futuro especialista debe de ser con un enfoque humano conociendo los principios y lo valores éticos que implica el tener la vida de otro ser humano en sus manos.

X. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que pueden surgir en cuanto al tema en estudio, es la aplicación de esta escala a los residentes de nuevo ingreso para detectar los niveles de empatía a su ingreso y de igual manera a su egreso. En caso de que los resultados no fueran favorecedores se podrían realizar intervenciones educativas con la finalidad de reforzar dicha habilidad en el residente, y no solo la de él, sino también la de los mentores, ya que la actitud y manera de conducirse ante los pacientes puede ser un ejemplo para el residente.

Otras actividades que se podrían realizar son realizaciones de talleres de lectura que no pertenezcan al ámbito médico, actividades con comunidades desatendidas, promoción de escrituras reflexivas y no solo con enfoque teórico o técnico, cursos o talleres de comunicación, así como debates o narrativas en los grupos. Toda actividad que ayude a conectar con la medicina más humana y no solo con la medicina teórica.

XI. ANEXOS

ANEXO I: CRONOGRAMA

Las actividades del protocolo se presentan en la siguiente tabla.

Actividad	Marzo 2022 Agosto 2023	Septiembre 2023	Octubre 2023	Noviembre 2023	Diciembre 2023	Enero 2023
Elaboración del protocolo	X					
Aceptación de protocolo				X		
Recolección de datos						X
Captura de base de datos						X
Análisis de resultados						X
Redacción de discusión y conclusiones						X
Presentación a sinodales						X

Tabla 1. Cronograma de actividades

ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

No. FOLIO: _____

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>
<p style="text-align: center;">CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	"NIVELES DE EMPATÍA MÉDICA EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27"
Lugar y fecha:	Unidad de medicina familiar número 27 Tijuana, Baja California. Fecha:
Número de registro:	
Justificación y Objetivo del estudio:	<p>Justificación: La realización de este estudio nos permite conocer los niveles de empatía que presentan los residentes de medicina familiar. Lo cual es importantes puesto que los residentes son médicos de primer contacto en diversas áreas de rotación hospitalaria como de la unidad de medicina familiar, atención medica continua, urgencias, etc. Recordando que la empatía constituye una parte importante de la relación médico paciente y esto puede influir en el pronóstico del paciente.</p> <p>Objetivo: Medir los niveles de empatía médica en los médicos residentes de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 27.</p>
Procedimientos:	<p>Se le invitará a participar y se le entregará un consentimiento informado, donde se explica el fin del presente estudio, como los beneficios y riesgos por su participación, tras su aprobación se solicitará que llene una hoja de recolección de datos y se le aplicará la Escala de empatía médica de Jefferson para determinar el nivel de empatía médica. Toda la información obtenida será manejada de manera anónima, los cuestionarios serán auto llenados, sin límite de tiempo, en donde señalará la respuesta que considere conveniente marcando con una X la opción con que se sienta más identificado. Con la finalidad de conocer los niveles de empatía médica del residente, la cual forma parte de su formación académica como médico.</p>
Posibles riesgos y molestias:	<p>Riesgo mínimo. Las molestias que esto podría ocasionarle son el hecho de que algunas preguntas pueden resultarle incómodas.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Conocer sus niveles de empatía médica, para un mejor desarrollo en la relación médico paciente, la cual es elemental en su formación académica. Y en caso de ser necesario proponer estrategias que favorezcan a una mejora de esta habilidad en los médicos residentes, así como como cursos que hablen de inteligencia emocional. Si se detectara un caso que sea necesaria su atención inmediata se informará a las autoridades de Enseñanza para su atención y envió al servicio de Psicología.</p>

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados serán informados a usted y al área de Enseñanza; el medir el nivel de Empatía médica entre los médicos residentes servirá de apoyo para proponer objetivos estratégicos en el área de enseñanza que permita mantenerla en el trascurso de la formación académica, con la finalidad de mejorar y mantener una buena formación de médicos residentes y en un futuro mantengan una buena relación médico paciente.
Participación:	Usted conserva el derecho de no participar o retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte su relación con el instituto o con el departamento.
Privacidad y confidencialidad:	No se le identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial, conforme al aviso y acuerdo de privacidad.
Declaración de consentimiento	Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio: <input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio. <input type="checkbox"/> Si acepto participar y realizar los cuestionarios necesarios sólo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si acepto participar y que se tomen mis resultados para este y estudios futuros, conservando mi cuestionario hasta por 2 años tras lo cual se destruirá el mismo.
Investigadores:	<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p> <p>INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dr. Gerardo Ruíz González Médico especialista en Medicina Familiar Adscripción: Unidad de medicina familiar número 27 Institución: IMSS. Baja California. Teléfono: (664) 766 21 63 Correo electrónico: elgeras.sp@gmail.com</p> <p>INVESTIGADOR TESISISTA: Dra. María del Carmen Valenzuela Rivera Residente de Medicina Familiar Adscripción: Unidad de medicina familiar número 27 Institución: IMSS, Baja California. Teléfono celular: (667) 3297925 Correo electrónico: macavari15@outlook.com</p>
<p><i>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com</i></p>	
<p>_____</p> <p>Nombre y firma del participante</p>	<p>_____</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>_____</p> <p>Testigo #1 Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____</p> <p>Testigo #2 Nombre, dirección, relación y firma</p>
<p><i>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.</i></p> <p>Clave: 2810-009-013</p>	

ANEXO III: CARTA DE NO INCONVENIENCIA AL DIRECTOR

Tijuana, Baja California a 04 de septiembre del año 2023.

CARTA DE NO INCONVENIENCIA AL DIRECTOR

**Comité local de Investigación en Salud
Comité de Ética en Investigación
Presente**

En mi carácter de Director General de la Unidad de Medicina Familiar Número 27, declaro que no tengo inconveniente de que se lleve a cabo en esta Unidad, el protocolo de investigación con título **“Niveles de empatía médica en residentes de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 27”**, que será realizado por el Dr. Gerardo Ruíz González, como investigador responsable en caso de que sea aprobado por ambos Comités de Evaluación.

A su vez hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, recursos financieros y personal capacitado para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del protocolo autorizado.

Sin otro particular, reciba con el presente un saludo cordial.

Atentamente



Dr. Francisco Javier Camacho Reyes

ANEXO IV: CARTA DE DECLARACION DE AUTORIDAD EDUCATIVA

Tijuana, Baja California a 04 de septiembre del año 2023.

Asunto: Evitar Coacción en Médicos Residentes de la UMF No. 27

Por medio de la presente se le comunica que es requisito para realizar investigación en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), su autorización bajo protesta de decir la verdad que no existe coacción alguna para obligar a los médicos residentes a participar en la realización del protocolo de investigación titulado:

"NIVELES DE EMPATÍA MÉDICA EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27"

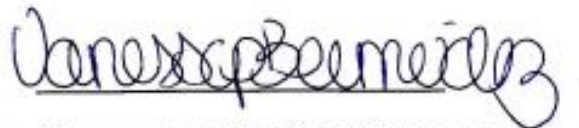
Se realizará conforme a las condiciones específicas de la investigación y apegado a los principios éticos que se estipulan en dicho protocolo, en el cual se utilizarán cuestionarios de evaluación cuyo resultado no condicionará represalias en su formación académica por lo cual mi decisión es:

Si deseo participar _____

No deseo participar _____

Sin más por el momento, se envía un cordial saludo.

Atentamente



Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando
Coordinación de Enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar No.27
Tijuana, Baja California

Dr. Gerardo Ruíz Gonzalez
Médico especialista en Medicina Familiar e Investigador responsable

Dra. Maria del Carmen Valenzuela Rivera
Médico Residente de tercer año de Medicina Familiar

ANEXO V. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 27**

**“NIVELES DE EMPATÍA MÉDICA EN RESIDENTES DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27”**

FECHA	Folio del participante

Por favor conteste los espacios, y marque con una X según corresponda

(La información es de carácter confidencial)

Edad		
Sexo	Masculino	
	Femenino	
Grado académico actual	Primero	
	Segundo	
	Tercero	
Estado civil	Soltero (a)	
	Casado (a)	
	Unión libre	
	Viudo (a)	
	Divorciado (a)	

Puntaje de la escala de empatía de Jefferson

<i>Puntaje obtenido</i>	<input type="text"/>
<i>Nivel de empatía</i>	<input type="text"/>

ANEXO VI:

Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ)

FOLIO:

Fecha:

Instrucciones: En relación con el trabajo médico, por favor, indica el grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes afirmaciones, señalando el número apropiado. Utiliza la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número en la escala indica un mayor acuerdo):

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

1. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes y sus familias es un factor irrelevante en el tratamiento médico o quirúrgico.	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 la comprensión del lenguaje corporal de mis pacientes es tan importante como la comunicación verbal en las relaciones 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. Debido a que la gente es diferente, es casi imposible para mí ver las cosas desde 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 tratamientos médicos o quirúrgicos; 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 preguntar a los pacientes sobre lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia en la comprensión de sus molestias físicas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Trato de entender qué 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 profesional puede estar limitado.	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 permito que me afecten las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes y los miembros de sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
19. No disfruto leyendo literatura no médica u otras formas de arte.	1	2	3	4	5	6	7
20. Creo que la empatía es un importante factor terapéutico en el tratamiento médico.	1	2	3	4	5	6	7

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eby D. Empathy in general practice: its meaning for patients and doctors. *Br J Gen Pract* 2018;68(674):412-413. doi.org/10.3399/bjgp18X698453
2. Wang Q, Wang L, Shi M, Li X, Liu R, Liu J, et al. Empathy, burnout, life satisfaction, correlations and associated socio-demographic factors among Chinese undergraduate medical students: an exploratory cross-sectional study. *BMC Med Educ* 2019;19(1):341. doi.org/10.1186/s12909-019-1788-3
3. Shashikumar R, Agarwal K, Mohammad A, Kaushik C. Multiple cross-sectional assessments of empathy in medical undergraduate students. *Ind Psychiatry J* 2021;30(1):147-52. doi.org/10.4103/ipj.ipj_63_21
4. Ruiz Baca, P. Propiedades Psicométricas del test de empatía cognitiva y afectiva en estudiantes no universitarios. *Cátedra Villarreal* 2017;1(1):99-116. doi.org/10.24039/cv201311127
5. Saracco-Álvarez RA, Fresán A, Rodríguez-Pérez V, Robles-García R, Escamilla-Orozco RI, Díaz Martínez LR, et al. Development of the Mexican Version of the Empathy Quotient. *Salud Ment* 2020;43(2):85-90. doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2020.012
6. Laughey WF, Atkinson J, Craig AM, Douglas L, Brown ME, Scott JL, et al. Empathy in Medical Education: Its Nature and Nurture — a Qualitative Study of the Views of Students and Tutors. *Med Sci Educ* 2021;31(6):1941-1950 doi.org/10.1007/s40670-021-01430-8
7. Kötter T, Kiehn L, Obst K, Voltmer E. The Development of Empathy and Associated Factors during Medical Education: A Longitudinal Study. *J Med Educ Curric Dev* 2021;8:1-7. doi.org/10.1177/23821205211030176
8. Sng G, Tung J, Ping Y, Lee S, Win M, Hooi S, et al. Complex and novel determinants of empathy change in medical students. *Korean J Med Educ* 2016;28(1):67-78. doi.org/10.3946/kjme.2016.11
9. Dehning S, Girma E, Gasperi S, Meyer S, Tesfaye M, Siebeck M. Comparative cross-sectional study of empathy among first year and final year medical students in Jimma University, Ethiopia: Steady state of the heart and opening of the eyes. *BMC Medical Education* 2010;12(34). doi.org/10.1186/1472-6920-12-34
10. Stratta E, Riding D, Baker P. Ethical erosion in newly qualified doctors: perceptions of empathy decline. *Int J Med Educ* 2016;7:286-292. doi.org/10.5116/ijme.57b8.48e4

11. Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Aten Primaria* 2016;48(1):8-14. doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.012
12. CONAMED. Motivos de las quejas concluidas 2016. En: Sistema de atención de quejas médicas y dictámenes (SACMED) consultado en: <http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/189985/>
13. Loyola-Durán L, Landgrave-Ibáñez S, Ponce-Rosas E, González-Pedraza AA. Nivel de empatía en médicos del servicio de urgencias de un hospital público de la ciudad de México. *Aten Fam* 2015;22(2):45-45.
14. Haque M. Importance of empathy among medical doctors to ensure high-quality healthcare level. *Adv Hum Biol* 2019(9)104-7. doi:10.4103/AIHB.AIHB_44_18
15. Alcorta-Garza A, González-Guerrero J, Tavitás-Herrera S, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Ment* 2005; 28(5):57-63.
16. Quince T, Kinnersley P, Hales J, Silva A, Moriarty H, Thiemann P, et al. Empathy among undergraduate medical students: A multi-centre cross-sectional comparison of students beginning and approaching the end of their course. *BMC Med Educ* 2016,15(16):92. doi.org/10.1186/s12909-016-0603-7
17. Ramiro M, Cruz A. Empatía, relación médico-paciente y medicina basada en evidencias. *Med Int Méx* 2017;33(3):299-302.
18. Paro H, Daud-Gallotti R, Tibério I, Rogério P, Martins M. Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor análisis. *BMC Medical Education* 2012;12:73. doi.org/10.1186/1472-6920-12-73
19. Pedersen R. Empirical research on empathy in medicine-A critical review. *Patient Educ Couns* 2009;76(3):307-322. doi: 10.1016/j.pec.2009.06.012
20. Todres M, Tsimtsiou Z, Stephenson A, Jones R. The emotional intelligence of medical students: An exploratory cross-sectional study. *Medical Teacher* 2010;32(1):e42-e48. doi: 10.3109/01421590903199668
21. Rahimi M, Tavakol M, Dennick R, Nasiri J. Empathy in Iranian medical students: A preliminary psychometric analysis and differences by gender and year of medical school. *Med Teach* 2010;32(11):e471-e478. doi: 10.3109/0142159X.2010.509419
22. Kataoka H, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella J. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med* 2009;84(9):1192-1197. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181b180d4

23. Krishnasamy C, Ong SY, Loo M, Thistlethwaite J. How does medical education affect empathy and compassion in medical students? A meta-ethnography: BEME Guide No. 57. *Med Teach* 2019;41(11):1220-1231. doi:10.1080/0142159X.2019.1630731
24. Costa P, Magalhães E, Costa M. A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2013;18(3):509-522. doi: 10.1007/s10459-012-9390-z
25. Colliver J, Conlee M, Verhulst S, Dorsey J. Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: a reexamination of the research. *Acad Med* 2010;85(4):588-593. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181d281dc
26. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer M, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011;86(8):996-1009. doi: 10.1097/ACM.0b013e318221e615
27. Mandel MN, Terrasa S, Durante E. Clima del aprendizaje y autopercepción de empatía en residencias médicas de un hospital universitario: un estudio de corte transversal. *Arch Argent Pediatr* 2022;120(6):422-428. doi.org/10.5546/app.2022.422
28. Villalba-Arias J, Barrios I, Palacios JM, Torales J. Niveles de empatía en médicos residentes: un estudio del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. *Rev.salud publica Parag* 2020;10(1):37-43. doi:10.18004/rspp.2020.enero.37-43
29. Omar MI, Salomón AJ, Giménez-Reyes MB. Residentes de medicina familiar y empatía en periodo pandémico COVID-19. *Rev UN Med* 2022 11(1):9-19. doi: 10.5281/zenodo.6842305
30. Luna D, Figuerola-Escoto R, Urquiza-Flores D, Saturno-Hernández PJ, Carreño-Morales C, Meneses GF. Empatía y factores asociados en varias fases del desarrollo curricular en estudiantes de medicina en México. *Medisur* 2020;18(1):41-49.
31. Delgado-Domínguez C, Rodríguez-Barraza A, Lagunes-Córdoba R, Vázquez-Martínez FD. Relación entre bienestar psicológico y empatía en médicos residentes en una Universidad pública de México. *Inv Ed Med* 2020;9(34):16-23. doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.3419189
32. San-Martín M, Roig-Carrera H, Villalonga-Vadell R, Benito-Sevillano C, Torres-Salinas M, Claret-Teruel G, et al. Empatía, habilidades e colaboración interprofesional y aprendizaje médico permanente en residentes españoles y latinoamericanos que inician los programas de formación médica especializado en

España. Resultados preliminares. *Aten Primaria* 2017;49(1):6-12. doi:10.1016/j.aprim.2016.02.007

33. Delgado-Bolton R, San-Martín M, Alcorta-Garza A, Vivanco L. Empatía médica en médicos que realizan el programa de formación médica especializada. Estudio comparativo intercultural en España. *Aten Primaria* 2016;48(9):565-571. doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.005

34. Moretoa G, González-Blasco, Pinero A. Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. *Educ Med* 2018;19(3):172-177. doi.org/10.1016/j.edumed.2016.12.013

35. Blanco-Canseco J, Valcárcel-Sierra C, Guerra-Jiménez M, Ortigosa-Rodríguez, E, García-López, F, Caballero Martínez F, et al. Empatía médica en residentes y tutores de medicina familiar y comunitaria. La visión del profesional y del paciente. *Aten Primaria* 2020;52(3):185-192. doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.009

36. Parra-Ramírez G, Cámara-Vallejos R. Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. *Investigación educ* 2017;6(24): 221-227. doi.org/10.1016/j.riem.2016.11.001

37. Mayo GV, Quijano EG, Ponce DA, Ticse R. Utilización de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Residentes que realizan su especialización en un hospital peruano. *Rev Neuropsiquiatr* 2019;82(2):131-140. doi.org/10.20453/rnp.v82i2.3540