

NIVELES DE EMPATÍA Y ÉTICA PROFESIONAL EN CANDIDATOS A SUBESPECIALIDAD MÉDICA¹

LEVELS OF EMPATHY AND PROFESSIONAL ETHICS IN CANDIDATES TO MEDICAL GRADUATE SCHOOL

José Luis Jiménez-López*, Jesús Arenas-Osuna**, Ulises Ángeles-Garay***

Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, México

Recibido: 26 de mayo de 2016–Aceptado: 1° de noviembre de 2016–Publicado en línea: 24 de junio de 2017

Forma de citar este artículo en APA:

Jiménez-López, J. L., Arenas-Osuna, J. y Ángeles-Garay, U. (julio-diciembre, 2017). Niveles de empatía y ética profesional en candidatos a subespecialidad médica. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8(2), pp. 372-387. DOI: <http://dx.doi.org/10.21501/22161201.1970>

Resumen

La percepción actual de una atención médica deshumanizada y de baja calidad ha cuestionado la capacidad empática y ética de los profesionales de la salud. Las investigaciones en este campo reportan fluctuaciones en estos atributos a lo largo de la formación de los médicos. **Objetivo:** explorar los niveles globales de empatía y ética profesional, así como los niveles de cada componente de ambos atributos, en una muestra de candidatos a subespecialidad médica. **Metodología:** Se incluyeron 65 residentes que solicitaron cursar subespecialidad en una unidad médica de alta especialidad. Como parte del proceso de solicitud, respondieron el *Test de Empatía Cognitiva y Afectiva* y la *Escala de Actitudes Éticas Profesionales*. **Resultados:** Las puntuaciones promedio de la muestra calificaron como media en empatía y como óptimas en ética profesional. La comparación por género, especialidad y competencias mostró menor empatía afectiva y mejor competencia ética en las mujeres; mayor empatía cognitiva en subespecialidades quirúrgicas; y ausencia de correlación entre las dos variables en general, y en particular por competencia. **Conclusiones:** Se resalta la importancia de medir las competencias particulares de cada atributo dado que la variación en competencias

¹ Artículo de resultado de la investigación *Niveles de empatía y ética profesional en candidatos a subespecialidad médica del Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza*, realizada como parte de las actividades de la Clínica de Salud Mental para Médicos Residentes que se presentó en el pasado número de esta revista (pp. 227-241). La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a José Luis Jiménez López, Seris y Zaachila S/N Col. La Raza, Del. Azcapotzalco, México, D. F., C. P. 02990.

* Médico cirujano. Especialista en Psiquiatría. Jefe de Departamento Clínico en el Departamento de Psiquiatría y Psicología, Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza. Correo electrónico: jose.jimenezl@imss.gob.mx  <http://orcid.org/0000-0002-9653-6541>

** Médico Cirujano. Magíster en Administración de Instituciones de Salud. Jefe de la División de Educación en Salud, Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza. Correo electrónico: jesus.arenas@imss.gob.mx  <http://orcid.org/0000-0003-3200-8069>

*** Médico. Especialista en Epidemiología. Jefe de la División de Epidemiología, Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza. Correo electrónico: ulises.angeles@imss.gob.mx  <http://orcid.org/0000-0002-4338-7669>

específicas repercute en diferentes aspectos de la formación del médico, como la elección de especialidad, la selección de candidatos, la elaboración de programas académicos y el adecuado aprendizaje sobre la construcción de una efectiva relación médico-paciente. © Revista Colombiana de Ciencias Sociales.

Palabras clave:

Comprensión; Cognición; Afecto; Ética médica; Estudiante de posgrado; Selección de estudiantes.

Abstract

The current perception of a dehumanized medical attention and its low quality has questioned the empathic capacity and ethics of the health professionals. The research in this field reports variations in this attributes along the doctors' education. **Objective:** to explore the global levels of empathy and professional ethics, as well as the levels of each component of both attributes in a sample of applicants to a medical graduate program. **Methodology:** 65 residents that applied for graduation studies in a very specialized medical unit were included. As part of the application process, they answered the *Cognitive and Affective Empathy Test and the Professional Ethical Attitudes Scale*. **Results:** The average scores of the sample got Average in empathy and Optimal in professional ethics. The comparison by gender, specialty and competences showed less affective and better ethical competence in women, more cognitive empathy in surgical specialties, and in general an absence of correlation between the two variables and specifically by competence. **Conclusions:** The importance of measuring the specific competences of each attribute is highlighted given that the variation in specific competences impact in different aspects the doctor's education, as the specialty choice, the student selection, the development of academic programs and the adequate learning about the construction of an effective relation doctor-patient. © Revista Colombiana de Ciencias Sociales.

Keywords:

Comprehension; Cognition; Affection; Medical ethics; Graduate student, Student selection.

INTRODUCCIÓN

Los avances médico-tecnológicos de la segunda mitad del siglo XX han puesto a prueba la capacidad empática y ética de los profesionales de la salud, debido a la tendencia a ejercer una medicina deshumanizada y con mayor riesgo para la comisión de errores médicos (D'Empaire, 2010; García Vigil, García Mangas, Ocampo Martínez y Martínez González, 2011). Esta situación ha motivado el estudio de la empatía y la ética en el personal médico (formado y en formación) y su repercusión en el cuidado de la salud.

Aunque existe consenso en el efecto positivo de la empatía en la relación médico-paciente, no existe una definición y medición del todo satisfactoria. Sin embargo, se acepta que involucra un componente cognitivo y otro afectivo: el cognitivo permite la comprensión de las experiencias y sentimientos de la otra persona y la capacidad para ver el mundo desde su perspectiva; el afectivo involucra la capacidad para compartir las experiencias y sentimientos de la otra persona (Hojat, Gonnella, Nasca, et al., 2002). El componente afectivo de la empatía es importante en la relación médico-paciente, pero favorece la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios, si la conducta depende en mayor parte de este componente (Hojat, Spandorfer, Louis, & Gonnella, 2011). Hojat, Gonnella, Mangione, et al. (2002) consideran que los dos componentes no pueden funcionar independientemente y que un *distanciamiento afectivo* es necesario para mantener la objetividad diagnóstica y terapéutica.

Se han identificado cambios en la capacidad empática de los médicos a lo largo de su formación. En una revisión sistemática llevada a cabo por investigadores alemanes, que incluyó estudios en su mayoría de los Estados Unidos de Norteamérica, se concluye que la empatía disminuye durante el proceso de formación, tanto en el nivel de pregrado como en el de posgrado (Neumann et al., 2011); el estudio de Esquerda, Yuguero, Viñas y Pifarré (2016) en una facultad de medicina en España reporta incremento de la empatía conforme avanza el grado de estudios; y Delgado-Bolton, San-Martín, Alcorta-Garza y Vivanco (2016) encontraron fluctuaciones durante la residencia médica con puntuaciones más bajas al inicio del tercer año.

La ética en el quehacer cotidiano del médico se ha medido de diferentes maneras, como identidad, cultura o actitud médica (Hafferty, & Franks, 1994) y, dependiendo de la finalidad de la investigación, incluye diferentes aspectos como el social, comunicacional, técnico, cognitivo, entre otros. Los estudios en médicos en formación de México resaltan la importancia de las competencias socio-afectivas, comunicacionales y éticas propiamente dichas (Sánchez-González, Cacho-Salazar, Hernández-Gamboa, Campos-Castolo y Tena-Tamayo, 2007; Gallardo Candelas, Vizuet Ortega y Loria Castellanos, 2012); que al igual que la empatía, reportan variaciones a lo largo de la formación.

A pesar de que se ha reconocido la conexión entre empatía y ética en el contexto del cuidado de la salud (Nadelson, 1993; Hafferty, & Franks, 1994), no suelen medirse ambas condiciones ni su correlación.

El objetivo primario de esta investigación fue explorar los niveles de empatía y ética profesional y su correlación, en residentes candidatos a subespecialidad médica; el objetivo secundario fue conocer si existen diferencias en estas variables entre los candidatos seleccionados y los no seleccionados para cursar la subespecialidad en una unidad médica de alta especialidad.

METODOLOGÍA

El presente es un estudio transversal que incluyó a los médicos residentes que iniciaron el proceso de selección para cursar una subespecialidad médica en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, Centro Médico Nacional La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Antes de la entrevista con los titulares de los cursos, los residentes respondieron el *Test de Empatía Cognitiva y Afectiva* (TECA) y la *Escala de Actitudes Éticas Profesionales* (EAEP) como parte del proceso de solicitud, sin que los resultados fueran conocidos por los entrevistadores, para evitar que influyeran en su decisión final.

Se eligió el TECA porque es un instrumento que contempla los componentes cognitivo y afectivo de la empatía evaluando cuatro dimensiones distintas, pero relacionadas entre sí. Además de proporcionar una calificación global, se pueden obtener calificaciones específicas para cada dimensión. También es útil para conocer el nivel de empatía en la población general y en grupos específicos, al establecer puntos de corte diferentes (López Pérez, Fernández Pinto y Abad García, 2008). Las escalas que incluye son las siguientes:

- ▶ Componente cognitivo
 - Adopción de perspectivas: capacidad intelectual o imaginativa de ponerse uno mismo en el lugar de otra persona.
 - Comprensión emocional: capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las intenciones y las impresiones de los otros.
- ▶ Componente afectivo
 - Estrés empático: capacidad de compartir las emociones negativas de otra persona.
 - Alegría empática: capacidad de compartir las emociones positivas de otra persona.

A la persona evaluada se le pide que valore en una escala de 5 puntos –(1) totalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) neutro, (4) de acuerdo y (5) totalmente de acuerdo– el grado en que se identifica con las frases que se le presentan.

Proporciona puntuaciones percentiles y puntuaciones transformadas T; las segundas se utilizaron en este estudio por permitir un análisis que requiere de operaciones aritméticas. La significación de las puntuaciones es la siguiente:

- ▶ 34 o inferior = extremadamente baja.
- ▶ 35 a 44 = baja.
- ▶ 45 a 55 = media.
- ▶ 56 a 65 = alta.
- ▶ 66 o superior = extremadamente alta.

La EAEP fue construida con una muestra de estudiantes de posgrado (Hirsch Adler, 2005), lo que la convierte en la más adecuada para el presente trabajo. Está formada por 55 proposiciones que se refieren a cuatro competencias: cognitivas (conocimiento, formación, preparación y competencia profesional; formación continua; innovación y superación; y conocimiento y habilidades técnicas), sociales (compañerismo y relaciones; comunicación; saber trabajar en equipo; y ser trabajador), éticas (responsabilidad; honestidad; ética profesional y personal; actuar con la idea de prestar un servicio a la sociedad; respeto; y actuar con sujeción a principios morales y valores profesionales) y afectivo-emocionales (identificación con la profesión y capacidad emocional). A la persona evaluada se le pide que, respecto a cada una de las proposiciones, elija una de cinco posibles categorías de respuesta: “de acuerdo”, “parcialmente de acuerdo”, “ni a favor ni en contra”, “parcialmente en desacuerdo” y “en desacuerdo”. Con la finalidad de poder realizar un análisis cuantitativo de los datos, se asignó un valor de 1 hasta 5 para cada opción de respuesta, siendo 5 la de mejor actitud, 1 la peor y 3 una actitud neutra. Los valores 4 y 5 se etiquetaron como óptimos y los 1 y 2 como sub-óptimos. Se consideró calificación óptima global y óptima en cada competencia cuando la respuesta elegida tenía un valor de, cuando menos, igual a 4 en cada una de las proposiciones. A continuación, se presentan los puntajes mínimos para obtener una calificación óptima.

- ▶ Competencias.
 - Cognitivas: 52.
 - Sociales: 36.
 - Éticas: 92.
 - Afectivo-emocionales: 40.
 - Total: 220.

Los datos se organizaron por distribución de frecuencias y medidas de tendencia central; los datos continuos se compararon con *t* de *student* o análisis de varianza y los ordinales con chi cuadrado o prueba exacta de Fisher; también se efectuó análisis de correlación entre las dos pruebas. Se utilizó el programa estadístico SPSS 21.

RESULTADOS

Se evaluaron 65 candidatos a subespecialidad médica, la mayoría de género masculino, con edad promedio de 27,7 años (Tabla 1).

Tabla 1

Género y edad de candidatos a subespecialidad médica

Subespecialidad	Género (N°)		Edad (Media)	Total
	Femenino	Masculino		
Urología	1	6	27,1	7
Cardiología		1	26	1
Endocrinología	1		28	1
Neurocirugía		5	26,2	5
Cirugía de colon y recto	3	8	29,2	11
Cirugía plástica/reconstructiva	3	7	27	10
Angiología	4	5	28,3	9
Medicina crítica	3	5	30,5	8
Alergia/inmunología	3	1	29,5	4
Nefrología	1	7	27,6	8
Neurología		1	26	1
Total	19	46	27,76	65

Fuente: elaboración propia

El puntaje promedio global y para cada competencia en la EAEP califica como óptimo, y en el TECA como media. Al comparar los valores por género, en la EAEP las mujeres obtienen un puntaje mayor que los hombres en competencias éticas (106,1 vs 100,2, $p = 0,03$); y en el TECA las mujeres califican con empatía global baja a expensas de estrés empático y alegría empática: 43,2 vs 52,3; 40,4 vs 51 y 44,9 vs 48,1, respectivamente, $p < 0,05$ (Tabla 2).

Tabla 2*Comparación por sexo de los puntajes globales y por apartado de las escalas*

Género	Femenino		Masculino		Total		*p
	M	DE	M	DE	M	DE	
EAEP							
CC	57,2	3,9	56,0	4,6	56,3	4,4	0,31
CS	36,7	5,5	36,3	7,0	36,4	6,6	0,82
CE	106,1	6,0	100,2	11,2	101,9	10,3	0,03
CAE	46,2	4,2	45,2	4,9	45,5	4,7	0,47
PTAEP	246,0	13,2	238,0	22,4	240,4	20,4	0,15
PTAEN	7,8	6,0	8,5	8,1	8,3	7,5	0,72
TECA**							
adopción de perspectivas	47,7	5,4	49,5	7,6	49,0	7,1	0,38
comprensión emocional	47,2	6,2	53,9	8,3	52,0	8,3	0,38
estrés empático	40,4	4,5	51,0	6,9	47,9	7,9	0,00
alegría empática	44,9	5,6	48,1	5,8	47,2	5,9	0,05
Total empatía	43,2	4,4	52,3	7,0	49,6	7,5	0,00

*t de student

**Puntuaciones T

M: Media; DE: Desviación estándar; EAEP: Escala de actitudes éticas profesionales; CC: Competencias cognitivas; CS: Competencias sociales; CE: Competencias éticas; CAE: Competencias afectivo emocionales; PTAEP: Puntaje total de actitudes éticas positivas; PTAEN: Puntaje total de actitudes éticas negativas. TECA: Test de empatía cognitiva y afectiva.

La comparación de actitudes éticas profesionales entre las distintas subespecialidades no mostró diferencias significativas, pero sí en los puntajes de empatía en algunas áreas (Tabla 3): los residentes candidatos a urología y medicina crítica obtuvieron promedios bajos en adopción de perspectivas (43,9 y 42,9, $p = 0,01$) y también en alegría empática los de medicina crítica (44,3, $p = 0,02$); los residentes de nefrología presentaron promedio bajo para alegría empática (43,6, $p = 0,05$); los residentes candidatos a cirugía plástica y reconstructiva obtuvieron promedio alto en comprensión emocional (56,1 y 51,5, $p = 0,04$); y los candidatos a neurocirugía promedio alto en comprensión emocional y empatía global (61,8 y 58,2, $p < 0,05$).

Tabla 3

Comparación de los puntajes obtenidos en cada dominio del TECA en las distintas subespecialidades

SUBESP	URO (6)		NEUROQX (5)		QXCR (11)		CPR (10)		ANGIO (9)		MED CRIT (8)		NEFRO (8)		Total (65)		p*
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	
AP	43,9	7,7	53,8	6,6	53,0	6,5	47,7	6,3	49,7	7,0	42,9	6,9	49,0	5,2	48,6	7,3	0,01
CE	48,7	4,9	61,8	7,6	52,2	6,8	56,1	8,2	51,9	7,5	48,1	7,4	49,3	7,9	52,4	8,0	0,02
EE	48,3	4,3	53,0	7,5	48,8	7,5	47,4	9,0	46,2	10,4	48,6	9,7	48,1	7,9	48,3	8,1	0,89
AE	45,6	5,6	52,0	4,8	50,5	4,5	48,5	5,1	46,7	6,7	44,3	5,3	43,6	7,7	47,3	6,1	0,05
Total	47,9	6,5	58,2	3,5	52,5	6,2	51,5	9,1	48,0	7,8	44,9	7,7	47,4	7,3	49,8	7,8	0,04

*Análisis de varianza

Nota: SUPESP: Subespecialidad; AP: Adopción de perspectivas; CE: Comprensión emocional; EE: Estrés empático; AE: Alegría empática; URO: Urología; NEUROQX: Neurocirugía; QXCR: Cirugía de colon y recto; CPR: Cirugía plástica y reconstructiva; ANGIO: Angiología; MED CRIT: Medicina crítica; NEFRO: Nefrología. M: Media; DE: Desviación estándar.

La comparación por género del nivel (óptimo/sub-óptimo) en la EAEP (Tabla 4) mostró que una proporción mayor de mujeres presenta competencias éticas óptimas y puntaje global óptimo (100% vs 78% y 100% vs 82%, respectivamente, $p < 0,05$).

Tabla 4

Comparación por género del nivel global y por competencia de la EAEP

Variable	Género N° (%)		Total	p*
	Femenino	Masculino		
Cognitivas				
óptimo	17 (89,4)	37 (80,4)	54	0,49
sub-óptimo	2 (10,6)	9 (19,6)	11	
Sociales				
óptimo	14 (73,6)	28 (60,8)	42	0,33
sub-óptimo	5 (26,4)	18 (39,2)	23	
Éticas				
óptimo	19 (100)	36 (78,2)	55	0,03
sub-óptimo		10 (21,8)	10	
Afectivo-emocionales				
óptimo	18 (94,7)	39 (84,7)	57	0,42
sub-óptimo	1 (5,3)	7 (15,3)	8	
Global				
óptimo	19 (100)	38 (82,6)	57	0,05
sub-óptimo		8 (17,4)	8	

*chi cuadrado o prueba exacta de Fisher

En el TECA, los hombres tuvieron mayor proporción de calificación alta en adopción de perspectivas ($p = 0,05$), y alta y extremadamente alta en comprensión emocional ($p = 0,003$); en las mujeres se observó mayor porcentaje de calificación baja en estrés empático y empatía global ($p < 0,001$), como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5

Comparación por género del nivel global y por dominio del TECA

Variable	Género Nº (%)		Total	p*
	Femenino	Masculino		
Adopción de perspectivas				
extremadamente baja	1 (5,3)	1 (2,1)	2	0,05
baja	3 (15,7)	15 (32,6)	18	
media	14 (73,7)	18 (39,1)	32	
alta	1 (5,3)	12 (26,2)	13	
Comprensión emocional				
baja	9 (47,4)	4 (8,7)	13	0,003
media	7 (36,8)	26 (56,5)	33	
alta	3 (15,8)	9 (19,6)	12	
extremadamente alta		7 (15,2)	7	
Estrés empático				
extremadamente bajo	3 (15,7)	1 (2,1)	4	<0,001
bajo	15 (79)	10 (21,8)	25	
medio	1 (5,3)	23 (50)	24	
alto		11 (24)	11	
extremadamente alto		1 (2,1)	1	
Alegría empática				
extremadamente baja	1 (5,3)		1	0,25
baja	7 (36,8)	16 (34,8)	23	
media	11 (57,9)	26 (56,5)	37	
alta		4 (8,7)	4	
Empatía global				
extremadamente baja	1 (5,3)	1 (2,1)	2	<0,001
baja	13 (68,4)	5 (11)	18	
media	5 (26,3)	22 (47,8)	27	
alta		17 (37)	17	
extremadamente alta		1 (2,1)	1	

*chi cuadrada o prueba exacta de Fisher

La comparación de las proporciones en cuanto al nivel de actitudes éticas y empatía globales entre las diferentes subespecialidades no mostró diferencias estadísticamente significativas; así como tampoco la correlación entre las dos escalas.

La comparación de puntuaciones globales y específicas de subescalas entre los candidatos seleccionados y los no seleccionados para cursar una subespecialidad tampoco mostró diferencias, aunque algunos candidatos seleccionados calificaron bajo en el TECA y sub-óptimo en la EAEP (Tablas 6 y 7).

Tabla 6

Comparación del nivel global y por dominio del TECA entre seleccionados y no seleccionados

Variable	Seleccionado N° (%)		Total	p*
	Sí	No		
Adopción de perspectivas				
extremadamente baja		2 (100)	2	0,48
baja	5 (27,8)	13 (72,2)	18	
media	6 (18,8)	26 (81,3)	32	
alta	1 (7,7)	12 (92,3)	13	
Comprensión emocional				
baja	2 (15,4)	11 (84,6)	13	0,90
media	6 (18,2)	27 (81,8)	33	
alta	2 (16,7)	10 (83,3)	12	
extremadamente alta	2 (28,6)	5 (71,4)	7	
Estrés empático				
extremadamente bajo	1 (25)	3 (75)	4	0,78
bajo	4 (16)	21 (84)	25	
medio	6 (25)	18 (75)	24	
alto	1 (9,1)	10 (90,9)	11	
extremadamente alto		1 (100)	1	
Alegría empática				
extremadamente baja		1 (100)	1	0,89
baja	5 (21,7)	18 (78,3)	23	
media	6 (16,2)	31 (83,8)	37	
alta	1 (25)	3 (75)	4	
Empatía global				
extremadamente baja		2 (100)	2	0,91
baja	3 (16,7)	15 (20)	18	
media	6 (22,2)	21 (28,6)	27	
alta	3 (17,6)	14 (21,4)	17	
extremadamente alta		1 (100)	1	

*chi cuadrada o prueba exacta de Fisher

Tabla 7*Comparación del nivel global y por competencia de la EAEP entre seleccionados y no seleccionados*

Variable	Seleccionado N° (%)		Total	p*
	Sí	No		
Cognitivas				
óptimo	11 (20,4)	43 (79,6)	54	0,34
sub-óptimo	1 (9,1)	10 (90,9)	11	
Sociales				
óptimo	8 (19)	34 (81)	42	0,58
sub-óptimo	4 (17,4)	19 (82,6)	23	
Éticas				
óptimo	10 (18,2)	45 (81,8)	55	0,59
sub-óptimo	2 (20)	8 (80)	10	
Afectivo-emocionales				
óptimo	9 (15,8)	48 (84,2)	57	0,16
sub-óptimo	3 (37,5)	5 (62,5)	8	
Global				
óptimo	11 (19,3)	46 (80,7)	57	0,54
sub-óptimo	1 (12,5)	7 (87,5)	8	

*chi cuadrado o prueba exacta de Fisher

DISCUSIÓN

Los resultados en esta muestra de médicos de posgrado evidencian que sus actitudes éticas son óptimas y su empatía media, en general. Sin embargo, el análisis comparativo por componentes de cada atributo, por especialidad y por género, arrojó resultados importantes.

A diferencia de lo reportado sobre mejor nivel de empatía en las mujeres (Retuerto Pastor, 2004; Čavojová, Belovičová, & Sirota, 2011; Esquerda et al., 2016), encontramos puntaje promedio bajo de empatía global en mujeres, a expensas del componente afectivo. Este dato se interpretaría como negativo, si se tomase en cuenta solo el puntaje global sin considerar los puntajes por componente y la población evaluada. Precisamente en el campo médico es preferible un nivel bajo de empatía afectiva porque protege contra el desgaste producto del sobre-involucramiento emocional que repercute en la calidad de la atención (Hojat, Gonnella, Mangione et al., 2002); en este sentido, podría pensarse que las mujeres de esta muestra presentan mejor capacidad empática de acuerdo con su profesión.

Los candidatos a dos subespecialidades quirúrgicas (cirugía plástica/reconstructiva y neurocirugía) presentaron promedios altos en los puntajes del componente cognitivo de empatía. Esto contradice parcialmente la noción de que las especialidades y subespecialidades quirúrgicas pre-

sentan menor empatía que las no quirúrgicas (Lizaraso Caparó, 2012), porque solo en el componente comprensión emocional se presentaron los puntajes altos; este resultado es interesante porque las puntuaciones altas en dicho componente cognitivo en particular, indican facilidad en las relaciones interpersonales, mejor calidad de comunicación y mayor regulación emocional (López Pérez et al., 2008), aspectos importantes en la relación médico-paciente. Una investigación con diseño longitudinal permitiría conocer si esta característica se mantiene o cambia en el curso de la subespecialidad.

Aunque el nivel de actitudes éticas profesionales globales es óptimo para ambos géneros, la comparación mostró que es más prevalente en mujeres, a expensas del componente ético. Este dato sería relevante ante la presencia de varios candidatos a una plaza en procesos de selección. El estudio de Patterson, Ferguson, & Thomas (2008) en el Reino Unido, resalta la importancia de diferenciar las competencias requeridas para cada especialidad; destacan la prevalencia de empatía y habilidades comunicacionales en las especialidades orientadas hacia el paciente, más que en las orientadas a la tecnología, como las quirúrgicas y anestesiología. Adam, Bore, McKendree, Munro, & Powis (2012), en su estudio con estudiantes de medicina, concluyen que la medición de cualidades no cognitivas puede mejorar la selección de los estudiantes al evaluar lo que se relaciona con las habilidades interpersonales y el comportamiento profesional que se requieren en el médico.

La comparación de empatía y ética globales entre los candidatos seleccionados y los no seleccionados para cursar la subespecialidad en la UMAE no mostró diferencias, sin embargo, la presencia de puntuación sub-óptima y empatía diferente a la media en algunos casos, apoya la recomendación de utilizar estos instrumentos para evitar sesgos de selección asociados al entrevistador como el efecto de la primera impresión o del atractivo físico (Patterson, & Ferguson, 2012). La utilización de instrumentos de medición con reactivos inversos o que requieren de ajustes en la manera de calificar de acuerdo con lo evaluado, puede contrarrestar el sesgo de respuestas por lo socialmente deseable.

Finalmente, llama la atención la falta de correlación entre los puntajes promedio y de proporciones entre empatía y actitudes éticas profesionales, ya que se ha reportado relación entre ética y empatía. Tovar Bohórquez y Ostrosky-Shejet (2013) presentan una revisión completa sobre esta relación desde el punto de vista filosófico y neuropsicológico. La incongruencia con nuestros resultados probablemente se deba a la menor precisión de los instrumentos utilizados en otros estudios; la empatía se mide mayormente con la Escala de Empatía Médica de Jefferson (Buck, Holden, & Szauter, 2015), cuya estructura es consistente con tres conceptos: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para “ponerse en los zapatos del paciente” (Alcorta-Garza, González-Guerrero, Tavitas-Herrera, Rodríguez-Lara y Hojat, 2005); el caso de la ética es más complicado porque incluye conceptos como el humanismo, profesionalismo, valores y demás (García Vigil et al, 2011; Prieto Miranda et al., 2012; Buck et al., 2015;). En este estudio utilizamos escalas multidi-

mensionales que incluyen gran parte de los dominios relacionados con la empatía y la ética, lo que nos permitió evaluar componentes particulares de ambas variables y detectar diferencias sutiles que probablemente hayan contribuido con la falta de correlación estadística.

La debilidad metodológica dada por el tamaño de la muestra y, consecuentemente, el reducido número al distribuirlos por subespecialidad y por género, se ve compensado por el análisis comparativo de las proporciones y por calificación, en donde fue posible observar diferencias individuales que podrían ser de utilidad en los procesos de selección.

CONCLUSIONES

Los niveles de empatía y ética globales resultaron adecuados en el total de la muestra y no hubo diferencias en la comparación después de dividirla entre seleccionados y no seleccionados para cursar la subespecialidad en la UMAE.

El análisis por componente de cada atributo (empatía y ética) mostró: (a) las mujeres presentaron menor empatía afectiva (característica que es de utilidad en la profesión médica) y mayor competencia ética en comparación con los hombres. (b) Los candidatos para cursar urología y nefrología presentaron baja empatía afectiva; los candidatos a neurocirugía y cirugía plástica/reconstructiva tuvieron mayor empatía cognitiva.

La comparación por proporciones de ética óptima y empatía media entre los candidatos a las diferentes subespecialidades no mostró diferencias. Algunos candidatos seleccionados calificaron bajo en empatía y sub-óptimo en ética.

Las calificaciones de empatía y ética globales y por componentes no mostraron correlación.

El estado actual del ejercicio de la medicina exige que los profesionales involucrados cuenten con las competencias necesarias que aseguren, hasta donde sea posible, una atención de calidad. La evaluación certera del nivel ético y empático de los médicos en adiestramiento continúa siendo difícil. Recomendamos que la evaluación incluya las diferentes competencias relacionadas con estos atributos, por su repercusión en la relación médico-paciente y en diferentes situaciones que van desde la elección de la carrera de medicina hasta la elección de subespecialidad médica, pasando por los procesos de selección de los candidatos y la estructuración de programas académicos que incluyan estos atributos.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con este artículo.

REFERENCIAS

- Adam, J., Bore, M., McKendree, J., Munro, D., & Powis, D. (August, 2012). Can personal qualities of medical students predict in-course examination success and professional behavior? An exploratory prospective cohort study. *BMC Medical Education*, 12, 69. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/12/69>
- Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J. F., Tavitás-Herrera, S. E., Rodríguez-Lara, F. J. y Hojat, M. (octubre, 2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28(5), 57-63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252808>
- Buck, E., Holden, M., & Szauter, K. (November Supplement, 2015). A methodological review of the assessment of humanism in medical students. *Academic Medicine*, 90(11), s14-s23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000000910>
- Čavojová, V., Belovičová, Z., & Sirota, M. (2011). Mindreading and empathy as predictors of pro-social behavior. *Studia Psychologica*, 53(4), 351-362. Retrieved from <http://www.psychologia.sav.sk/sp/index.php?id=abstract&numid=586>
- D'Empaire, G. (noviembre, 2010). Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta Bioethica*, 16(2), 124-132. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2010000200004>
- Delgado-Bolton, R., San-Martín, M., Alcorta-Garza, A. y Vivanco, L. (noviembre, 2016). Empatía médica en médicos que realizan el programa de formación médica especializada. Estudio comparativo intercultural en España. *Atención Primaria*, 48(9), 565-571. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.005>
- Esquerda, M., Yuguero, O., Viñas, J. y Pifarré, J. (enero, 2016). La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención Primaria*, 48(1), 8-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.012>

- Gallardo Candelas, S. A., Vizuet Ortega, Y. y Loria Castellanos, J. (septiembre-diciembre, 2012). Actitud ética profesional de los residentes de anestesiología de acuerdo con el grado académico en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, del Centro Médico Nacional La Raza. *Archivos de Medicina de Urgencia de México*, 4(3), 96-104. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2012/aur123b.pdf>
- García Vigil, J. L., García Mangas, J. A., Ocampo Martínez, J. y Martínez González, A. (2011). Declaración de principios éticos del educador en medicina. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(5), 571-574. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745504018.pdf>
- Hafferty, F. W., & Franks, R. (November, 1994). The hidden curriculum, ethics teaching and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69(11), 861-871.
- Hirsch Adler, A. (mayo, 2005). Construcción de una escala de actitudes sobre ética profesional. *REDIE. Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 7(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15507106>
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., Veloski, J. J., Erdmann, J. B., Callahan, C. A., & Magee, M. (2002). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education*, 36(6), 522-527.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (September, 2002). Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563-1569.
- Hojat, M., Spandorfer, J., Louis, D. Z., & Gonnella, J. S. (August, 2011). Empathic and sympathetic orientations toward patient care: Conceptualization, measurement, and psychometrics. *Academic Medicine*, 86(8), 989-995. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e31822203d8>
- Lizaraso Caparó, F. (octubre-diciembre, 2012). Empatía y su impacto en la salud. *Horizonte Médico*, 12(4), 4-5. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637127001>
- López Pérez, B., Fernández Pinto, I. y Abad García, F. J. (2008). *TECA. Test de empatía cognitiva y afectiva*. Madrid: TEA.
- Nadelson, C. C. (September, 1993). Ethics, empathy, and gender in health care. *American Journal of Psychiatry*, 150(9), 1309-1314.

- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, Ch., Haramati, A., & Scheffer, Ch. (August, 2011). Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>
- Patterson, F., & Ferguson, E. (March, 2012). Using job analysis to identify core and specific competencies: Implications for selection and recruitment. *Medical Education*, 46(3), 1195-1204. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03174.x>
- Patterson, F., Ferguson, E., & Thomas, S. (December, 2008). Testing non-cognitive attributes in selection centres: How to avoid being reliably wrong. *Medical Education*, 42(12), 238-244. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04193.x>
- Prieto Miranda, S. E., Monjaraz Guzmán, E. G., Díaz Pérez, E. M., González Bojórquez, E., Jiménez Bernardino, C. A. y Esparza Pérez, R. I. (septiembre-octubre, 2012). Profesionalismo en medicina. *Medicina Interna de México*, 28(5), 496-503.
- Retuerto Pastor, A. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de Psicología*, 22(3), 323-339. Recuperado de http://www.copao.cop.es/files/contenidos/VOL22_3_3.pdf
- Sánchez-González, J. M., Cacho-Salazar, J., Hernández-Gamboa, L. E., Campos-Castolo, E. M. y Tena-Tamayo, C. (mayo-junio, 2007). Estudio exploratorio de los conocimientos sobre ética, normativa y comunicación en los aspirantes a residencias médicas. *Cirugía y cirujanos*, 75(3), 191-200. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66275308>
- Tovar Bohórquez, J. O. y Ostrosky-Shejet, F. (2013). *Mentes criminales ¿eligen el mal? Estudios de cómo se genera el juicio moral*. México: Manual Moderno.