

# Empatía

## en el cuidado del paciente

Antecedentes, desarrollo, medición y resultados

Mohammadreza Hojat



# EMPATÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE

*Antecedentes, desarrollo,  
medición y resultados*



## EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

### AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar "pirata" o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



**Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.**  
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100  
México, D.F.

**Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda**  
Carrera 12-A No. 79-03/05  
Bogotá, D.C.



# EMPATÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE

*Antecedentes, desarrollo,  
medición y resultados*

**Mohammadreza Hojat**

Traducido por:

**Lic. Ana Laura Maltos Tamez**

Universidad Autónoma de Nuevo León

Revisión técnica por:

**Dra. Adelina Alcorta Garza**

Jefa del Departamento de Psiquiatría del Hospital  
Universitario Dr. José E. González de la Universidad  
Autónoma de Nuevo León

Editor responsable:

**Lic. Santiago Viveros Fuentes**

Editorial El Manual Moderno



**Nos interesa su opinión,  
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,  
Av. Sonora núm. 206,  
Col. Hipódromo,  
Deleg. Cuauhtémoc,  
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-62



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com

Para mayor información en:

- \* Catálogo de producto
- \* Novedades
- \* Pruebas psicológicas en línea y más

**[www.manualmoderno.com](http://www.manualmoderno.com)**

Título original de la obra:

**Empathy in Patient Care. Antecedents, Development,  
Measurement, and Outcomes**

Copyright © 2007 Springer New York by Mohammadreza Hojat.  
Springer New York is a part of Springer Science+ Business Media  
ISBN: 978-0-387-33607-7

**Empatía en el cuidado del paciente. Antecedentes,  
desarrollo, medición y resultados**

D.R. © 2012 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.  
ISBN: 978-607-448-295-9  
ISBN: 978-607-448-296-6 (versión electrónica)

Miembro de la Cámara Nacional  
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the Publisher.



**Manual Moderno®**

es marca registrada de  
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Hojat, Mohammadreza

Empatía en el cuidado del paciente : antecedentes, desarrollo, medición y resultados / Mohammadreza Hojat ; traducido por Ana Laura Maltos Tamez, Adelina Alcorta Garza. -- 1ª edición. -- México : Editorial El Manual Moderno, 2012.

xl, 272 páginas : ilustraciones ; 23 cm.

Traducción de: Empathy in patient care : antecedents, development, measurement, and outcomes

Incluye índice

ISBN 978-607-448-295-9

ISBN 978-607-448-296-6 (versión electrónica)

1. Médico y paciente. 2. Empatía. 3. Pacientes – Cuidado 4. Evaluación de resultados (Asistencia médica). I. Maltos Tamez, Ana Laura, traductor. I. Alcorta Garza, Adelina, traductor. III. título

610.696-scdd21

Biblioteca Nacional de México

Director editorial y de producción:  
**Dr. José Luis Morales Saavedra**

Editora asociada:  
**LCC Tania Uriza Gómez**

Diseño de portada:  
**LCS Adriana Durán Duarte**

# CONTENIDO

Prólogo .....	XIII
Prólogo a la primera edición en español .....	XX
Prefacio .....	XXIX
Agradecimientos .....	XXXIV
Odisea personal .....	XXXVII

## **PARTE I. Empatía en las relaciones humanas . . . . . 1**

<b>1. Definición y conceptualización . . . . .</b>	<b>2</b>
Preámbulo .....	2
Introducción .....	2
Origen e historia del término <i>empatía</i> .....	3
Definiciones, descripciones y características .....	4
Empatía vista desde las perspectivas cognitiva y emocional .....	6
Cognición y emoción .....	7
Entendimiento y sentimiento .....	8
Empatía y simpatía .....	9
Empatía y simpatía en el contexto de la atención del paciente .....	12
Resumen .....	13
<b>2. Conexión humana en la salud y la enfermedad . . . . .</b>	<b>15</b>
Preámbulo .....	15
Introducción .....	15
Necesidad de conexión .....	16
Establecimiento de conexiones .....	16
Resultados benéficos de establecer conexiones .....	19
Efectos dañinos de romper conexiones .....	22
Conexión humana en la terapia .....	24
El don de estar presente en la atención al paciente .....	25
Relaciones empáticas médico-paciente como el epítome de la conexión humana .....	26
Resumen .....	27

<b>3. Perspectiva evolutiva, fisiología psicosocial, neuroanatomía y herencia</b> .....	<b>28</b>
Preámbulo .....	28
Introducción .....	28
Perspectiva evolutiva .....	29
Medios no verbales de comunicación empática .....	31
Mímica y expresión facial .....	32
Fisiología psicosocial .....	33
Neuroanatomía .....	34
Deterioro neurológico y empatía .....	38
Sistema de neuronas espejo .....	40
Herencia .....	42
Resumen .....	43
<b>4. Psicodinámica y desarrollo</b> .....	<b>44</b>
Preámbulo .....	44
Introducción .....	44
Debate naturaleza-crianza .....	45
Ambiente familiar .....	45
Los padres .....	46
La mano que siembra las semillas .....	48
Otras vías para el desarrollo de la empatía en la niñez .....	55
Regulación de las emociones .....	57
Resumen .....	59
<b>5. Medición de la empatía en la población general</b> .....	<b>60</b>
Preámbulo .....	60
Introducción .....	60
Medición de la empatía en niños y adolescentes .....	61
Llanto reflexivo o reactivo .....	61
Métodos de imagen o historia .....	62
Prueba de Situaciones Afectivas para la Empatía de Feshbach .....	62
Índice de empatía .....	63
Medición de la empatía en adultos .....	63
Instrumentos utilizados con mayor frecuencia .....	63
Otros instrumentos .....	66
Indicadores fisiológicos y neurológicos de la empatía .....	69
Relaciones entre las mediciones de la empatía .....	69
Medición diseñada de manera específica para el contexto de atención al paciente .....	71
Resumen .....	71

<b>Parte II. Empatía en la atención del paciente . . . . .</b>	<b>72</b>
<b>6. Definición y características clave de la empatía en la atención del paciente. . . . .</b>	<b>73</b>
Preámbulo . . . . .	73
Introducción . . . . .	73
Definición de salud de la OMS y el paradigma biopsicosocial . . . . .	74
Definición y características clave de la empatía en la atención del paciente . .	75
Cognición . . . . .	76
Entendimiento . . . . .	78
Comunicación del entendimiento . . . . .	79
Resumen . . . . .	81
<b>7. Escala de Empatía Médica de Jefferson . . . . .</b>	<b>82</b>
Preámbulo . . . . .	82
Introducción . . . . .	82
Desarrollo de un marco de referencia . . . . .	83
Revisión de la bibliografía . . . . .	83
Revisión de la validez de apariencia . . . . .	83
Revisión de la validez de contenido . . . . .	85
Análisis psicométricos preliminares . . . . .	85
Escala tipo Likert . . . . .	86
Análisis factorial para conservar los mejores elementos . . . . .	86
Versión genérica de la escala . . . . .	87
Validez de constructo . . . . .	87
Validez de criterio . . . . .	89
Confiabilidad de consistencia interna . . . . .	92
Revisiones encaminadas a desarrollar las versiones para profesionales de la salud y para estudiantes . . . . .	92
Revisiones para balancear elementos redactados positiva y negativamente . . . . .	93
Revisiones para mejorar la claridad para un público internacional . . . . .	93
Comparaciones entre las versiones genérica, para profesionales de la salud y para estudiantes . . . . .	94
Propiedades psicométricas de la versión para profesionales de la salud . . .	94
Estadísticas descriptivas y confiabilidad . . . . .	98
Propiedades psicométricas de la versión para estudiantes . . . . .	98
Otros indicadores de validez . . . . .	100
Administración y puntuación . . . . .	104
Breve escala para medir las percepciones de los pacientes sobre la empatía de los médicos . . . . .	104
Amplia atención nacional e internacional . . . . .	106

Dos advertencias .....	107
Actitudes, orientación, capacidad y comportamiento .....	107
Transparencia y sesgo de respuesta por deseabilidad social .....	108
Resumen .....	110
<b>8. Dinámicas interpersonales en la relación médico-paciente .....</b>	<b>111</b>
Preámbulo .....	111
Introducción .....	111
Beneficios de las relaciones empáticas para los médicos .....	112
Beneficios de las relaciones empáticas para los pacientes .....	113
Curación <i>versus</i> cuidado, enfermedad <i>versus</i> padecimiento .....	114
Singularidad de las relaciones empáticas médico-paciente .....	116
Vincularse para sobrevivir (el síndrome de Estocolmo) .....	117
El médico como figura de autoridad .....	117
Expectativas de rol (experimento de la prisión de Stanford) .....	119
Efecto del ambiente (estudio Rosenhan) .....	120
Psicodinámica de los encuentros clínicos .....	121
Identificación .....	121
Efecto del sanador herido .....	122
Transferencia .....	123
Contratransferencia .....	123
Factores reforzadores de la empatía en los encuentros médico-paciente .....	124
Efecto placebo .....	124
Reconocimiento de indicios no verbales .....	125
Tercer oído y ojo de la mente .....	127
Factores culturales .....	128
Espacio personal .....	130
Límites .....	131
Resumen .....	132
<b>9. Empatía en relación al género, cualidades personales, competencia clínica y elección de carrera .....</b>	<b>134</b>
Preámbulo .....	134
Introducción .....	134
Diferencias de género .....	135
Sensibilidad al estímulo social .....	135
Percepción de las emociones y decodificación de señales emocionales .....	135
Estilo interpersonal, habilidad verbal, comportamiento agresivo y actitudes de cariño .....	136
Empatía en función de las diferencias de género .....	139
Diferencias de género en la práctica de la medicina .....	141
Correlaciones psicosociales de la empatía .....	142
Comportamientos prosociales <i>versus</i> comportamientos agresivos .....	142

Cualidades personales.....	144
Logros académicos y competencia clínica.....	148
Elección de carrera.....	149
Importancia clínica de las diferencias.....	152
Resumen.....	154
<b>10. Resultados de los pacientes .....</b>	<b>155</b>
Preámbulo.....	155
Introducción.....	155
Marco teórico de referencia.....	156
Relación médico-paciente y resultados de los pacientes.....	157
Satisfacción del paciente.....	157
Adhesión y cumplimiento.....	159
Demandas por negligencia médica.....	160
Empatía de los médicos y resultados de los pacientes.....	161
Resumen.....	164
<b>11. Mejora de la empatía .....</b>	<b>165</b>
Preámbulo.....	165
Introducción.....	165
Profesionalismo en la medicina.....	166
Obstáculos para la empatía en la atención del paciente.....	167
Cinismo.....	167
Cambio paradigmático en el sistema de atención de la salud.....	169
Exceso de confianza en la biotecnología.....	171
Susceptibilidad de la empatía al cambio.....	172
Debate estado <i>versus</i> rasgo.....	172
Cambios en la empatía durante la educación profesional.....	173
Enfoques para la mejora de la empatía.....	176
Psicología social y de orientación.....	177
Profesiones de la salud.....	179
Estudio de la literatura y las artes.....	186
Habilidades narrativas.....	189
Eficacia de los programas.....	190
Resumen.....	191
<b>12. Pensamientos finales: un paradigma de empatía y tendencias a futuro .....</b>	<b>192</b>
Preámbulo.....	192
Introducción.....	192
Paradigma sistémico de la empatía en la atención del paciente.....	194
Principales subconjuntos del sistema.....	196

Encuentro clínico .....	197
Resultados .....	197
Agenda para la investigación a futuro .....	198
1. ¿Qué constructos adicionales están involucrados en la empatía? .....	198
2. ¿Qué variables adicionales están relacionadas con la empatía? .....	199
3. ¿Debería considerarse la empatía de los solicitantes en la admisión a escuelas de medicina y residencias? .....	200
4. ¿Predice la empatía la elección de carrera y el éxito profesional? .....	202
5. ¿Cómo puede mejorarse la empatía durante la educación profesional? ..	203
6. ¿Contribuyen las perspectivas de los pacientes y las evaluaciones de los compañeros a los resultados empáticos? .....	203
7. ¿Cuáles son los indicadores neurofisiológicos de la empatía? .....	204
Comentarios finales .....	204

**Apéndices. .... 206**

<b>Apéndice A.</b> Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ). (Versión PS) .....	207
<b>Apéndice B.</b> Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) (Versión E) .....	209
<b>Apéndice C.</b> Escala de las Percepciones del Paciente sobre Empatía Médica de Jefferson (EPPEMJ) .....	211
Referencias .....	212
Índice de autores .....	255
Índice .....	265

*En homenaje a aquellos que dedican sus vidas profesionales a  
entender el sufrimiento humano,  
eliminar el dolor,  
erradicar el padecimiento y el malestar,  
curar la enfermedad humana, y  
mejorar el bienestar físico, mental, y social  
de los seres humanos.*



## Prólogo

La empatía para mí siempre ha sido un sentimiento **casi mágico** en la práctica médica, uno que trae consigo pasión, más que la proclamada ecuanimidad. La empatía es la proyección de sentimientos que convierten al **Yo y Tú** en **Yo soy Tú**, o al menos **Yo podría ser Tú**. La empatía crece con la vida y la experiencia. Más que una respuesta neurobiológica, trae consigo sentimientos. La empatía nos ayuda a saber quiénes somos y nos mantiene a los médicos alejados de las respuestas estériles aprendidas. La empatía, originalmente la emoción generada por una imagen, comenzó como un concepto estético, uno que debe tener significado para una práctica médica ahora tan visual.

La empatía viene en muchos disfraces distintos. La empatía puede ser ver al mundo desde la misma perspectiva que el paciente: para entenderlo mejor, siéntate a su lado, y así verás el mundo desde su perspectiva. Pero la empatía puede ser mucho más, incluso terapéutica, cuando los médicos intentan ayudar a sus pacientes enfermos.

Como gastroenterólogo, siempre he estado interesado en cómo se siente la gente, más que en cómo se ve su estómago. Cuando los endoscopios flexibles comenzaron a cambiar nuestra visión en la década de 1960, dejé de realizar **procedimientos**. Cuidar a pacientes con dispepsia o diarrea hasta entonces había sido una tarea cognitiva: deducíamos lo que podría verse desde lo que nos contaban nuestros pacientes. Afortunadamente para nuestra confianza, pocos instrumentos medían la verdad de lo que pensábamos. Los endoscopios que despreciaba probaron ser los antecesores de aparatos más refinados que han hecho muy fácil para los médicos **ver** una anomalía que concuerda con el diagnóstico. Los gastroenterólogos ya no confían en lo que escuchan, sino sólo en lo que pueden ver.

La **creación de imágenes**, como se llama a los estudios de radiología ahora, ha mejorado mucho la práctica médica. En el siglo XXI, los cirujanos tienen más posibilidades de extirpar un apéndice inflamado que en el siglo XX, gracias a la ubicua TAC que muestra los órganos problemáticos. El cáncer de páncreas solía crecer sin oposición cuando los médicos sólo disponían de la **radiografía** para buscar pistas de procesos malignos, pero ahora pueden verlo mucho antes. Paradójicamente, tal proeza hace que las historias de los pacientes sean aún más importantes: las TAC descubren muchas anomalías anatómicas que no hacen daño, y más que nunca, el médico debe estar seguro de lo que lo se va a extirpar del paciente es el origen de sus molestias.

La creación de imágenes, tan seductora para el médico, a veces se pone en el camino de la empatía, sobre la que trata este libro. Uno de mis aforismos favoritos, de origen desconocido, dice que “El ojo es para la exactitud, pero el oído es para la verdad”. Es fácil ver un cáncer de páncreas en una TAC tras correr al negatoscopio, pero toma mucho más tiempo escuchar la angustia de los pacientes en el diagnós-

tico que encapsula su dolor abdominal. Y los médicos modernos tienen tan poco tiempo.

Además, esta habilidad mejorada de ver lo que no está ahí ha convertido muchos síntomas menores en enfermedades, en un frenesí de rectificación. El **reflujo**, del que alguna vez hablaban los pacientes, ha sido renombrado GERD (por sus siglas en inglés *gastroesophageal reflux disease*), enfermedad de reflujo gastroesofágico, que los doctores deben ver para reconocer. Esa queja que fue alguna vez inocua, que se aseguraba podía solucionarse con un poco de bicarbonato de sodio, se ha convertido en una enfermedad que requiere tratamiento. Y se ha convertido en algo casi universal, gracias a la exposición de los medios que magnifican el cuidado a cada problema digestivo menor.

Los triunfos de la instrumentación médica han llevado a algunos estudiantes de medicina a preocuparse de que al convertirse en médicos quizá tengan poco que hacer por los pacientes mientras avanza el siglo XXI. Hacen referencia al **experimento de Turing**: hablando con alguien detrás de una cortina, ¿puedes detectar si las respuestas vienen de una persona viva o de una computadora? Tarde o temprano, temen que los pacientes terminarán consultando con una computadora y que no sabrán quién les responde, como Dorothy ante el Mago de Oz. ¿Cómo competirán los médicos del mañana con los **Doc en caja** que todo lo saben y todo lo ven?

Espero que aprendan que los enfermos necesitan la mano derecha de la amistad, porque ni los robots ni las computadoras pueden competir con los seres humanos cuando se trata de empatía, simpatía o amor para aquellos en problemas o dolor. La empatía es un componente crucial del ser humano y una característica esencial de los buenos médicos. Aún así, los críticos aseguran que a los médicos modernos les hace falta empatía. Si eso es cierto, puede ser culpable el proceso de selección: los médicos son clasificados por sus victorias, desde la competencia para ingresar en los estudios preuniversitarios y luego la lucha para entrar en una escuela médica. Habiendo trepado un poste aceitado, los estudiantes pueden sentir que queda poco para los vencidos, los humillados, aquellos que no llegaron a la cima. Una vez que están en la escuela médica, se ponen batas blancas —mala decisión, en mi opinión— para separarse a sí mismos de sus pacientes y del mundo. Mientras aprenden a ser expertos arreglando lo que está descompuesto, aprenden la primacía del ojo sobre el oído.

Tristemente, la educación médica actual saca toda la empatía que queda en los estudiantes, quienes aprenden el cuerpo y olvidan el espíritu/mente, mientras sus maestros inculcan más alejamiento de la “aún triste música de la humanidad”. Después, la experiencia de un posgraduado en entrenamiento de hospital satisface el fuego de la empatía, cuando ve vidas jóvenes que acaban demasiado pronto por una enfermedad y vidas viejas sufriendo por demasiado tiempo. Aprende a hablar sobre el caso y no sobre la persona, la escritura médica es objetiva e impersonal, e imperturbablemente se convierte en la norma. Los estudiantes de medicina, como han mostrado muchos estudios, pierden su empatía mientras avanzan en la escuela médica, cuyo entrenamiento ha ido de ser llamado medicina clínica a **medicina cínica**.

Eso es lo que este libro pretende contrarrestar, del mismo modo en que el programa que describe ha cambiado la educación médica en Jefferson.

En *Empatía en el cuidado del paciente* el Dr. Mohammedreza Hojat se extiende en el tema de lo que los médicos no ven, sino sólo pueden imaginar. El Estudio Longitudinal de Jefferson sobre Educación Médica, que ha dirigido por mucho tiempo, provee la base para este volumen. Él y sus colaboradores han estudiado cómo inicia la empatía —como se desarrollan los estudiantes de medicina— y cómo afecta los **resultados** —cómo les va a los pacientes. Nosotros los seres humanos somos criaturas sociales que necesitan vivir con otros y que dependen de las relaciones interpersonales para recibir apoyo. Esa necesidad de relación humana es esencial para Hojat en la diada paciente-médico, tanto como lo es en el trabajo del ministerio. Basando sus conclusiones en datos obtenidos por los instrumentos de investigación que ha utilizado y perfeccionado, el Dr. Hojat no sólo habla sobre la empatía, también la mide.

Un psicólogo de doctorado con logros estimables, el Dr. Hojat se ha sentido atraído a ver a la empatía como integral para la práctica de la medicina. La meta de su estudio longitudinal es seleccionar a estudiantes de medicina que sean practicantes más empáticos y mantenerlos empáticos durante su vida. **Logro y éxito** brindan las referencias para su exhaustivo estudio psicológico a largo plazo sobre lo que ayuda a los estudiantes de medicina a ser exitosos y a convertirse en buenos médicos.

Los profesores deben encontrar caminos para refrescar los sentimientos de los alumnos hacia la condición humana de forma temprana; para esto, las humanidades son importantes. Comenzando en los estudios preuniversitarios, los estudiantes —al menos aquellos que no tienen planeada una carrera de investigador— deberían enfocarse menos en las ciencias y mucho más en las ciencias sociales y el ámbito literario. Los estudios liberales deberían hacer más fácil para ellos el encontrarse con emociones humanas que les permitan brindar mejor cuidado y, de igual importancia, mejorar su carácter. Las humanidades no son olvidadas en este libro, que recomienda más experiencia con poesía y literatura para nutrir la actitud empática de los estudiantes de medicina.

Quizá sea más fácil reconocer la ausencia de empatía que su presencia. Sabiendo que tuvo sus primeros estrenos en los campos de concentración nazi de Theresienstadt (Terezin), no puedo ver la obra de teatro *Brundibar* sin sentir angustia. Los actores infantiles cantan una canción de desafío y supervivencia, pero saben, como lo subrayó su ilustrador Maurice Sendak, que en el final todos serán enviados a Auschwitz, para arder en los hornos de los campos de muerte. ¿Dónde estaba la empatía que nos hace humanos en los guardias alemanes y los oficiales de ese lugar? En otros campos de concentración, se dice, se ordenaba a los prisioneros que eran músicos que tocaran música de cámara para los guardias y oficiales, quienes después los mandarían a la cámara de gas. No hubo mucha empatía ahí. Placer en la música, más no humanidad.

La empatía es racional y emocional para muchos médicos. El Dr. Hojat dedica atención a cuánta empatía viene de pensar, lo que la profesión llama cognición, y cuánta viene de las emociones. Cuando razonamos, ¿también sentimos emociones apropiadas a nuestros pensamientos? Seguramente la respuesta depende del tema en el que pensamos, pero aquí me apoyo en su valoración de los datos.

Su distinción entre empatía como acto cognitivo y simpatía como atributo emocional puede parecer más atrevida para los médicos, ya que para nosotros la simpatía involucra compasión. Nosotros los médicos, con licencias del estado y con más conocimientos que nuestros pacientes gracias a nuestra experiencia, tratamos de sentir lo que ellos sienten. ¿Podemos sentir demasiado? ¿Involucrarnos de más? ¿Puede un médico cuidar a sus amigos? ¿Es posible que un médico administre los problemas médicos de su esposa, esposo o hijos? ¿Es mejor ser cuidado por un amigo que te trata como un paciente que por un desconocido? Tales preguntas surgen de reflexionar sobre sus estudios.

Las fuertes opiniones del Dr. Hojat sobre las conexiones humanas surgen en eco de la frase “¡Un amigo al día mantiene al doctor alejado!” Los amigos, el matrimonio, todos los arreglos sociales ayudan; el malestar, las enfermedades y padecimientos ponen a prueba esas relaciones. Envejecer también las prueba, especialmente en la pérdida de amigos, pues en tal caso quedan pocos que asistan al propio funeral. El Dr. Hojat menciona algunos estudios psicológicos optimistas de California, donde aseguran que el apoyo emocional para mujeres con cáncer de mama mejora su longevidad —pero, debo advertirles, la mayoría del tiempo el pronóstico depende más de la presencia de metástasis en los ganglios linfáticos que de los circuitos del cerebro o incluso del espíritu.

Hojat descubre las raíces de la empatía nutrida por la relación madre-hijo, aclarando el conflicto naturaleza-crianza. El apoyo emocional en la infancia debe ser muy abundante, y el cuidado de los niños es crucial para establecer un modelo. La cultura debe tener la misma influencia, junto con el papel central de la dotación genética.

Los asistentes hospitalarios entienden la importancia de las conexiones cuando hablan sobre **estar ahí** con el paciente; no necesitan conversación, sólo estar ahí, presente activamente. El Dr. Hojat sigue el camino psicológico de ese misterio clínico, como él le llama, un regalo al paciente. ¿O es nuestra obligación?

Sus palabras sobre la creación de imágenes cerebrales ponen todo en equilibrio, tan actual como es posible. Sin embargo, me pregunto si la psiquiatría como terapia de conversación sobrevivirá a las aplastantes capacidades de una computadora. La neurobiología parece sugerir que la mente es una secreción del cerebro, como la insulina del páncreas, que la ola de medicamentos neurotrópicos puede limpiar. Prefiero soñar que la mente surge del cerebro más como el humo de un tronco que se quema, para obedecer diferentes leyes físicas. Así como el humo vuela libre de sus raíces en la tierra, también de nuestro protoplasma surge poesía, de los circuitos de nuestro cerebro surge la esperanza de nuestro Creador. Pero, Leibnitz preguntó sabiamente, si pudiéramos pasearnos por un cerebro como por una habitación, ¿dónde encontraríamos la caridad, el amor, la ambición? Un Creador puede haber diseñado los canales, pero, ¿podremos localizarlos en esa materia gris del cerebro? Mucho depende de la cultura y el ambiente, como el autor señala con sabiduría.

La empatía es crucial para la práctica clínica, en especial para el tratamiento, aunque no todos los médicos están de acuerdo. Hace algún tiempo, un ensayo lla-

mado “¿Qué es la empatía, y puede ser enseñada?” fue rápidamente rechazado por una conocida publicación de opinión; su editor aseguró que “La empatía no tiene lugar en la práctica médica”. Después el ensayo apareció en una publicación menos sobria; sin embargo, muchas cartas de apoyo y comentarios fomentaron un libro sobre el tema, uno que dio de nuevo la bienvenida a las emociones en la medicina.

Hojat ve a la empatía como cognitiva, pero algunos pensarán que está presente en el nacimiento, que es innata, esperando ser desarrollada y que no puede ser creada por un acto de voluntad. Eso podría ser como actuar, porque si la relación médico-paciente es tan central para la práctica como yo creo, hay relaciones místicas que no son presentadas aún por nuestros modelos.

Los psicólogos encontrarán mucho interés en los capítulos sobre técnicas y pruebas. Una colección admirable de resúmenes del Estudio Longitudinal de Jefferson, publicado en 2005, apoya las conclusiones de este libro. Ciento cincuenta y cinco de esos resúmenes aparecieron en trabajos publicados en otras partes y brindan los datos de resultado que han cambiado mucho en Jefferson. Algunos, quienes desconocen los estudios, se preguntarán sobre factores psicométricos, y con cuánta frecuencia son las respuestas **socialmente deseables**, a las que se refiere el Dr. Hojat. Recuerdan que examinar la resistencia de un sujeto al dolor en una situación de laboratorio no puede replicar el estado mental de un paciente en cama con un dolor abdominal que es nuevo para él y que le hace preguntarse qué pasará después. Saber que un experimentador está causando tu dolor hace que sea más fácil de aguantar que si estás en la **oscuridad**. La psicométrica es una ciencia complicada.

El **curador herido** representa un modelo. Algo bueno debe decirse sobre las satisfacciones narcisistas que surgen de las relaciones paciente-médico: trabajar con pacientes, cuidarlos y compartir su vida emocional pero respetando límites. Eso puede ser terapéutico para los médicos. El médico que no se ha enfermado jamás tiene menor posibilidad de ser empático en su práctica futura. Los médicos que han tenido sus propios problemas personales han confesado que pudieron encontrar un alivio o final al hablar con pacientes. Los médicos que sufren desgaste profesional o que se aburren son comúnmente, supongo, aquellos que ven a sus tareas como algo simplemente médico y técnico. La contra-transferencia puede tener un cometido terapéutico dinámico para los médicos.

Las revoluciones sociales de finales del siglo XX trajeron consigo la relación médico-paciente del distante ideal **profesional** de William Olser, a uno que fomenta la intimidad y que debe variar de acuerdo a las normas culturales. Los médicos del siglo XXI en EUA preguntan sobre los hábitos e inclinaciones sexuales, preguntas que alguna vez fueron tabú. Con la desaparición del paternalismo, somos más francos sobre las dudas de nuestra práctica. Prudentemente, el Dr. Hojat ha estudiado la influencia de la cultura y el ambiente, las expectativas que moldean nuestro comportamiento. Como educadores, podríamos desear haber inculcado la empatía de alguna manera en nuestros estudiantes antes de que llegaran a la escuela de medicina, pero, como sabían los jesuitas, para eso tendríamos que entrenarlos desde la infancia. Los hábitos y las normas de los médicos varían con el paso del tiempo; el ideal de lo que es apropiado decir o hacer como médicos también ha variado: a

veces tocar al paciente es apropiado y reconfortante, a veces es incomprendido e inapropiado.

La empatía varía con la edad y la experiencia. ¿Soy más empático ahora que hace 40 años porque he tenido más experiencias? ¿Se desarrolla la empatía? ¿O se atrofia o debilita? Al reconocer las diferencias entre varones y mujeres, Hojat concluye firmemente que las mujeres son más empáticas que los varones, al menos en la cultura occidental. Las mujeres son nuevas en la medicina, al menos en EUA siguen buscando el camino; y los datos pueden cambiar con la **maduración** de sus prácticas médicas.

No todos los médicos necesitan la empatía, porque los encuentros paciente-médico abarcan muchas relaciones diferentes. Los médicos deben ser como un camaleón para adaptarse a las circunstancias. Tratar a un paciente con neumonía es diferente de evaluar a alguien con dolor abdominal de origen incierto. Su fe en la eficiencia de las computadoras ha convencido a algunos médicos de que la empatía es innecesaria para su carácter. El tiempo es un lujo; los médicos familiares se quejan de que no les pagan para ser amables con los pacientes. Tienen que ver a más pacientes en menos tiempo sólo para cubrir gastos. Esta debe ser la razón por la que pocos graduados están escogiendo la atención primaria o incluso medicina interna.

El análisis de entrevistas videograbadas debe ser una buena manera de refrescar y recuperar esa empatía que los estudiantes traen consigo a la escuela de medicina. Pueden volver a aprender la empatía discutiendo por qué los pacientes han preguntado cuestiones específicas, y qué respuestas son las más adecuadas, además de qué frases de apoyo podrían hacer a los pacientes sentirse mejor. Rita Charon y colaboradores han hecho que estudiantes de medicina escriban sobre enfermedades desde la perspectiva de sus pacientes; un estímulo apropiado para la empatía y el entendimiento, la **competencia narrativa** que Hojat alaba.

Esto también requiere la lectura de historias y novelas, la discusión de narrativas, y ciertamente requiere más colegialidad que al principio del siglo XXI. La empatía llega a ser más fuerte a través de historias. No deseo agregar nada a lo que otros han escrito sobre el currículo de la escuela de medicina, pero estoy convencido de que la retórica —el equivalente de la persuasión— necesita renacer en la práctica médica. Nosotros los médicos somos más que proveedores de pastillas y procedimientos; necesitamos construir puentes entre nuestra práctica médica y el mundo que sufre a nuestro alrededor. La conversación es esencial, la discusión constante sobre la relación paciente-médico, sobre las relaciones humanas en general. Podemos marcar la pasión de la empatía en la medicina tanto a través de la ciencia como de la poesía, razón e intuición; podemos brindar más que robots y computadoras, porque sólo los varones y las mujeres son capaces de sentir empatía.

La medicina en equipo, ahora más popular, puede brindar ese remedio en algún otro miembro del grupo. Un enfermero o un estudiante de medicina, alguien que no sea un médico, puede hacer preguntas y brindar el confort que los médicos del equipo no siempre tienen tiempo de dar. Ahora que el personal de hospital va frenético de un paciente enfermo al siguiente, la práctica médica en el hospital se ha

vuelto demasiada compleja para una sola persona, y la carga emocional del cuidado en el hospital no puede ser menos demandante.

A medida que la tecnología desplaza la responsabilidad de los médicos para realizar diagnósticos, la empatía necesitará más atención que ecuanimidad. Lo que los médicos pueden hacer en el siglo XXI es más efectivo que antes. Pero los médicos ya no encuentran el tiempo para hablar con sus colegas, mucho menos con sus pacientes. La conversación ayuda a desarrollar empatía, la empatía se impone sobre nuestro aislamiento y en la empatía nos descubrimos a nosotros mismos.

El Dr. Hojat provee acertadamente una agenda para la investigación a futuro, desde la selección de potenciales estudiantes de medicina por su empatía hasta la evaluación de los componentes neurobiológicos de la empatía y la compasión. Él y sus socios de trabajo están interesados en brindar mediciones que predecirán la competencia clínica y la empatía clínica para ayudar en la selección de estudiantes de medicina. Pero podría pasar mucho tiempo antes de que las cualidades personales de los estudiantes médicos sobrepasen sus conocimientos científicos o sus deseables altos puntajes en el MCAT. Para muchos rectores a cargo de admisiones, la amabilidad no resulta tan cautivadora como las altas calificaciones científicas. La utopía de Hojat sabiamente menciona metas que los practicantes médicos y maestros pueden evaluar para tratar de acomodarlas en sus actividades diarias. Estamos en deuda con él.

Howard Spiro, M.D.

Profesor Emérito de Medicina

Escuela de Medicina de la Universidad de Yale

## Prólogo a la primera edición en español

La presente obra es una lectura obligada para quienes trabajamos en el campo de la salud, más aún para quienes además nos relacionamos de alguna manera con la educación. **Empatía en el cuidado del paciente** nos coloca ante un nuevo y prometedor panorama en el desarrollo de la investigación sobre las relaciones humanas en el muy particular contexto de la atención a la salud. Con esto en mente, las palabras que a continuación comparto con el lector buscan transmitir la sincera admiración y respeto que tengo hacia el trabajo contenido en estas páginas. Además, me permitiré aprovechar este espacio para exponer brevemente algunas muestras del impacto que ese trabajo ha tenido, por un lado, en mi experiencia profesional como médico psiquiatra, docente e investigador y, por otro, en el desarrollo de investigación sobre educación médica en México.

Comenzaré por decir que la publicación en español de esta obra es ocasión de gran expectativa por la invaluable contribución que el autor nos ofrece, la cual debe ser compartida más allá de las fronteras del idioma. Así mismo, responde a la imperante necesidad por despertar consciencia sobre la relevancia de la empatía, especialmente en la atención a la salud, la relación médico-paciente, el profesionalismo, la ética y la salud psicosocial.

El doctor en psicología Mohammadreza Hojat es uno de los grandes estudiosos contemporáneos del comportamiento humano. Desde hace varias décadas, realiza un extenso trabajo de investigación y docencia en el reconocido Centro de Investigación sobre Educación Médica y Atención a la Salud de la Universidad Thomas Jefferson. Su labor, junto a destacados investigadores de este centro, apuntala el ámbito de los estudios longitudinales que nos permiten tener evidencia de los resultados de una acción, evento o intervención a través del tiempo.

Debo de reconocer a Hojat y a su equipo, en especial el director emérito de la Facultad Thomas Jefferson, Joseph Gonnella, como las figuras que más han aportado a mi formación como docente e investigador. Su labor me permitió confirmar el primer orden de la urgente necesidad de que las escuelas de medicina asuman el compromiso de conocer el perfil y las características de su población de estudiantes, así como los factores que influyen en el desempeño exitoso en su carrera y vida profesional, por ser ésta la mejor inversión para las mismas universidades.

En la búsqueda de lineamientos que permitan a las escuelas la optimización de recursos en la selección y formación de futuros profesionales de la salud, surge el tema de la empatía en el proceso de la atención al paciente, partiendo de una de las nociones más elementales de la práctica médica: las relaciones entre los prestadores de los servicios de salud y los pacientes que acuden a ellos influyen en los resultados clínicos.

Desde mis primeros encuentros con el equipo de Jefferson, mi pregunta era ¿cómo definir la empatía en el contexto médico?, ¿cómo medirla en la relación mé-

dico-paciente y en el perfil de los interesados en ejercer la medicina o trabajar como parte de un equipo de salud? Aunque la pregunta puede parecer simple, el tema es muy complejo. En este libro, Hojat documenta su calidad científica para estudiarlo y plantear caminos que nos auxilian grandemente en la búsqueda de respuestas.

Así bien, conocemos que en la medida en que se establece una conexión humana satisfactoria se potencializan los beneficios para los pacientes y para los mismos prestadores de atención a la salud. Sin embargo, ¿qué es lo que determina la calidad de la relación médico-paciente y por lo tanto, brinda la oportunidad de generar esos beneficios? Si bien no se trata de un factor único, creo que la empatía es esa poderosa fuerza que une a los seres humanos en todos los contextos, que nos conecta y, en el caso de la atención al paciente, hace que uno tome parte en la travesía del otro de forma que no estamos solos, nos vincula y nos puede ayudar a sanar.

En lo personal, el estudio de la empatía ha sido crucial en mi labor como médico interconsultante, psiquiatra de enlace y docente, pues he podido observar como los pacientes, tanto los llamados “enfermos médicos” como los que se asumen con el mte de “psiquiátricos”, reaccionan con grandes diferencias al impacto de la relación médico-paciente, lo cual puede atribuirse en muchos casos a que una intervención sea más o menos empática por parte del médico, del terapeuta, de la institución o del entorno.

Reconocer estas diferencias es común para todos los médicos, sin embargo, más allá del entendimiento tácito de las diversas situaciones que se nos presentan, el estudio de los factores determinantes en el surgimiento de la empatía es de enorme valor para el desarrollo de una mejor práctica médica. Se trata de un asunto que nos atañe a todos, en especial a quienes además laboramos como educadores, supervisores o tutores en todos los campos institucionales de la salud.

La labor de los médicos al abordar cualquier trastorno de salud debe ser bajo el entendimiento de que hay padecimientos que van más allá de lo que se considera como enfermedad en el sentido estricto de la palabra. La atención a la salud debe ser un proceso integrador de conocimientos, experiencias subjetivas y objetivas, reflexión y comunicación; un proceso que sin duda involucra el ser empáticos: ponerse en los zapatos del paciente y poner ese proceso a su servicio.

Si bien el personal de salud siempre actuará en el mejor interés para la salud del paciente, el alivio no siempre viene por completo de un medicamento o un procedimiento, muchas veces viene de la calma que provoca el saberse comprendido y acompañado. Además, el juicio clínico y el tratamiento pertinente provienen de una relación competente y, éstos a la vez, alivian más ágilmente en una relación empática. En muchas ocasiones, el alivio no sólo es para el enfermo, sino también para su familia a través de nuestra capacidad de escucharlos, comprenderlos y hacerlos sentir acompañados. Otras tantas veces, el alivio también es para nosotros.

A partir de las nociones anteriores podemos distinguir el papel esencial que la empatía juega en las relaciones clínicas y comenzar a entrever los alcances de los hallazgos reportados en esta obra. De esta manera, sobre una estricta base empírica, Mohammadreza Hojat hace un análisis no sólo exhaustivo, sino además profun-

damente reflexivo y propositivo, sobre la empatía en general y su papel en la atención al paciente en particular. El desarrollo de esta obra a través de sus 12 capítulos estructurados en dos partes: I. Empatía en las relaciones humanas y II. Empatía en la atención del paciente y, por supuesto, la elaboración de la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) son contribuciones mayores a este campo.

A través de la primera parte de la obra, encontramos importantísimas contribuciones a manera de antecedentes sobre el concepto, componentes y desarrollo de la empatía. Si bien Hojat encamina las ideas para que sean base del contenido más especializado de la segunda parte del libro, el texto ofrece la oportunidad de un aprendizaje significativo sobre la conducta humana para cualquier tipo de lector.

Entre las aportaciones contenidas en los primeros capítulos, una de las más significativas es la detallada revisión del concepto de salud, así como el de la empatía misma a través del tiempo, examinando individualmente y como conjunto los elementos que la componen, con el propósito de elaborar la definición operacional indispensable para dar lugar a su estudio y medición objetiva en el campo de la atención a la salud.

Así mismo, el autor elabora sobre la empatía en la naturaleza humana y su papel como pieza clave en el establecimiento de conexiones entre los seres humanos, las raíces evolutivas, psicológicas, sociales, fisiológicas, neuroanatómicas y genéticas que la determinan y, la psicodinámica involucrada en su desarrollo desde la infancia temprana a través de la vida.

Esta primera parte culmina con la revisión de los métodos de medición de la empatía en la población en general, tanto niños y adolescentes como adultos, así como de los indicadores fisiológicos y neurológicos involucrados. Esta revisión permite tomar una perspectiva amplia y crítica sobre la necesidad de elaborar un instrumento de medición específicamente diseñado para el contexto de la atención al paciente.

La segunda parte de este libro se enfoca ahora concretamente en el contexto de la atención al paciente. Tomando como base la conceptualización y análisis del inicio de la obra, el PhD Hojat provee una definición específica de la empatía en la atención al paciente y subraya tres características principales: cognición, entendimiento y comunicación del entendimiento.

Lo anterior da lugar a uno de los capítulos de mayor trascendencia, el que nos habla sobre la metodología y construcción de la Escala de Empatía Médica de Jefferson, el instrumento adoptado ya a través del mundo que ha hecho posible el estudio longitudinal de la empatía médica y, su correlación con diversos factores que se examinan a lo largo de la obra. Por un lado, se explora la dinámica única de las relaciones interpersonales médico-paciente y los beneficios para uno y otro. Así mismo, se exploran las relaciones entre la empatía y variables tales como el género, las características de la personalidad, la competencia clínica y la elección de carrera.

Mas adelante, se hace una revisión extensiva de la literatura respecto a la relación entre las mediciones de empatía y los resultados clínicos de los pacientes, incluyendo su satisfacción, adherencia y cumplimiento y, demandas por mala práctica.

La información revisada hasta este punto da lugar a un capítulo sobre la mejora de la empatía, los obstáculos que se enfrentan y los diferentes abordajes que se han utilizado para lograr elevarla entre el personal médico.

El capítulo final condensa las ideas claves desarrolladas a través de la obra y propone un paradigma de la empatía en el cuidado del paciente en busca de crear una referencia sólida para la investigación futura.

En resumen, **Empatía en el cuidado de paciente** es una obra completa que ofrece una interesante perspectiva para la mejora de las habilidades de estudiantes y profesionales de la salud, así como de las estrategias de enseñanza y práctica médica dirigidas hacia el crecimiento humano. En mi experiencia, he encontrado que bajo este tenor se puede modificar y avanzar en nuestra calidad de atención hasta alcanzar niveles de excelencia, ya que para estar a la vanguardia de la educación médica y optimizar recursos, las escuelas de medicina deberían educar a los médicos de forma que sean capaces de responder al perfil que la comunidad requiere, capaces de ver más allá del padecimiento para comprender a sus pacientes.

\* \* \*

Ahora bien, me gustaría destacar el impacto que más allá de lo asistencial, en el campo académico y de investigación ha tenido el autor y su grupo, virtud de la calidad empática e investigadora que salta a la vista en la literatura que publican. En todos sus artículos hay un interés más allá del sujeto de investigación, hay una preocupación por la parte humana en la persona del médico, así como por la relación y beneficio del paciente, por las instituciones y la comunidad que albergan responsabilidades sobre el binomio. Esto se aprecia claramente desde sus estudios previos con el Cuestionario No Cognoscitivo, que fue motivo de nuestro contacto inicial cuando en 1993 quise cristalizar un estudio longitudinal que apoyara la mejor selección de candidatos al campo de la salud, más equipados empáticamente y, en consecuencia, con mejor desempeño y menor deserción para nuestra escuela.

Solicitando su literatura tuve el privilegio de trabajar con ellos, permitiéndome compartir la experiencia de la Facultad de Medicina y el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el desarrollo de investigación sobre evaluación de estudiantes, para la que nos hacía falta un capítulo específico sobre empatía médica. En México, este estudio se inició en nuestro centro, gracias a los avances del equipo de Jefferson y sus estudios pioneros sobre las características de la personalidad a través de medidas no cognitivas o agregando éstas a las cognitivas de las calificaciones básicas y clínicas de los exámenes nacionales. Mi extensa solicitud de literatura generó la inquietud de Mohammadreza Hojat y Joseph Gonnella por saber en qué aplicaría sus instrumentos.

Me compartieron la invitación para asistir a la Conferencia de Educación (la *Ottawa Meeting* a desarrollarse en Filadelfia en fecha próxima), donde Jon Veloski, miembro de su equipo, explicaría el instrumento y las experiencias recopiladas por ellos en casi 30 años de desarrollo.

Asistí y observé su acuciosa revisión al instrumento, que como cada año examinaban en equipo para ratificar o actualizar sus preguntas. Expliqué mis inquietudes respecto a la necesidad de evaluar la empatía en relación al trabajo de equipo, la capacidad de aceptar limitaciones y mantenerse en educación médica continua. Todos tomamos el compromiso de pensar cómo desarrollar esos puntos.

Recibí sólo parabienes por mi inquietud y un gran estímulo a mi trabajo, Hojat tomaba abiertamente las preguntas, notas y observaciones, apoyándome en mi empeño por ampliar mis ideas y darles forma y cuerpo real. Encontré a alguien que veía oportunidades en lo que planteaba sin descalificar de antemano, avalaba y apoyaba con interés. Hojat siempre empático y respetuoso de mi experiencia clínica y como evaluadora de estudiantes y residentes de posgrado, comentó que trabajaría en el desarrollo del Cuestionario pues consideraba oportuno incluir un apartado más específico sobre los aspectos que habíamos venido discutiendo.

El autor compartía mis puntos de vista aderezándolos con su propia experiencia y, ese año me orientaron para que se extendiera el estudio longitudinal a Latinoamérica a través de nuestra escuela, mientras se desarrollaba el cuestionario de empatía. De esta experiencia resultó la firma de un convenio por cinco años, una relación que se ha mantenido hasta la fecha a pesar de conocer nuestras limitaciones. De esta manera nacieron mis primeros cuestionamientos sobre cómo evaluar la empatía y sumarla a las características de los perfiles de ingreso de la escuela de medicina.

Durante nuestra colaboración, el PhD Hojat aceptó ser mi asesor externo de tesis doctoral y me invitó al Centro de Investigación en Educación Médica y Cuidado a la Salud del Colegio Médico Jefferson para trabajar más cercanamente. Convencida de que era una gran oportunidad para crecer en el área profesional, apoyada por mi familia y escuela, tomé la beca que me ofrecieron y, mientras elaboraba mi tesis doctoral en medicina, seguí la metodología y refinamiento de la elaboración de instrumentos.

Un estudio como el que entonces planteaba no era considerado en la época como relevante para hacer mi doctorado. No una, sino muchas veces se me dijo que tomara otro enfoque más médico. Pero entonces, ¿cómo mejorar y apoyar a nuestros estudiantes en su paso por la carrera?, ¿cómo atender sus necesidades y empatizar con sus sufrimientos que afectan su salud, causan *burnout*, los deprimen con gravedad tal que convierten a la profesión en una de alto riesgo, que disminuyen su esperanza y calidad de vida, que afectan su vida social y familiar con problemas de alcohol y drogas, entre muchos otros trastornos a los que son proclives los médicos?, ¿cómo pedirles que atiendan y resuelvan empáticamente los padecimientos de sus pacientes si ni siquiera tienen disposición a reconocer los riesgos de enfermedad en sus propios colegas? Si los responsables de las escuelas de medicina no se interesan en la salud de sus propios futuros colegas ¿cómo podrán atender a sus propios pacientes no colegas? Venciendo resistencias y amparada por la experiencia de investigación del Centro, insistí y fortalecí argumentos hasta que fueron escuchados y se aceptó la propuesta de mi tesis doctoral. Era necesario conocer detalladamente el perfil de ingreso a la escuela de medicina para lograr el desarrollo de programas específicos en apoyo a nuestra población.

Así, apoyada por mi entonces director de la Facultad de Medicina, ahora rector, el Dr. Jesús Áncer Rodríguez, el subdirector, ahora director, Dr. Santos Guzmán López, mi director de Tesis interno, Dra. med. María Victoria Bermúdez Barba (QEPD), el Dr. Juan Montes Villarreal, el Dr. Carlos Medina, el PhD Marco Vinicio Gómez Meza y la Dra. Ana María Salinas entre otros, gradualmente pude lograr que se aprobara la propuesta y aprovechar la oportunidad de un director de Tesis externo de la calidad del autor de este libro, Mohammadreza Hojat PhD, quien me escuchó y siguió con entusiasmo mi investigación. Documentar ideas significó un reto mayor en complejidad, del que retomé su pulcritud y transparencia en discusiones sobre las formas para generar revisiones y llegar a puntos clave que él refleja en este libro.

\* \* \*

Son muchos los temas que se revelan en este libro como campo de investigación, aquí comparto los avances que hemos tenido en nuestra población.

Como antecedente al cuestionario de empatía está el Cuestionario No Cognoscitivo que usé con autorización del autor para mi Doctorado en Medicina con Especialidad en Psicometría, Perfiles de Salud Psicosocial y Educación, con la Tesis: “Salud Psicosocial y su Correlación con el Desempeño Académico de los Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el Primer Tercio de la Carrera”, que junto a los factores de personalidad y emocionales del perfil de los estudiantes del área de salud, fue el cimiento para nuestras primeras incursiones en el tema.

Nuestro estudio longitudinal incluyó más tarde la Escala de Empatía Médica de Jefferson y empezamos por su validación en versión de habla hispana. Así, iniciamos estudios comparativos sobre las similitudes y diferencias en la empatía y capacidad de trabajo en equipo en estudiantes de medicina y residentes por género y nivel de educación médica. Encontramos diferencias significativas en las calificaciones de empatía favoreciendo a las mujeres, pero sólo en los niveles de pregrado. Así mismo, se encontraron diferencias significativas en los diferentes grados de educación; los patrones sugieren que en general las calificaciones de empatía incrementan en nuestro contexto con el nivel de educación médica<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Alcorta-Garza, A., Hojat, M., González, J.F., Ancer, J., Bermúdez, M., Montes, J., Gómez, M., Alcorta, E., Tavitas, S., Garza, S. “Empathy as a function of gender and levels of undergraduate and graduate medical education in Mexico”. *AMEE Conference 2003*: Bern, Suiza, Agosto-Septiembre 2003; Alcorta-Garza, A., Hojat, M., González, J.F., Ancer, J., Bermúdez, M., Montes, J., Santos, R., Gómez, M., Alcorta, E., Tavitas, S., Garza, S. “Relationship between empathy and attitudes towards collaboration among medical students in Mexico”. *AMEE Conference 2003*: Bern, Suiza, Agosto-Septiembre 2003; Hojat M., Nasca T. J., Mitchell J., Cohen M., Fields S. K., Rattner S. L., Griffiths M., Ibarra D., Alcorta-Gonzalez A., Torres-Ruiz A., Ibarra G., Garcia A. “Attitudes toward physician-nurse collaboration: a cross-cultural study of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico”. *Nursing Research*, 2001; 50(2): 123-128... In “Professionalism (empathy, interprofessional collaboration, lifelong learning). (2005). *Jefferson Longitudinal Study of Medical Education*. Paper 12; Hojat M., Gonnella J. S., Nasca T. J., Fields S. K., Cicchetti A., Scalzo A. L., Taroni F., Amicosante A. M. V., Macinati M., Tangucci M., Liva C., Ricciardi G., Eidelman Sch., Admi H., Geva H., Mashiach T., Alroy G., Alcorta-Gonzalez A., Ibarra D., Torres-Ruiz A. “Comparisons of

Posteriormente hemos anexado los perfiles con capacidad de trabajo en equipo, aprendizaje a lo largo de la vida y sus relaciones con la empatía, el género y nivel de educación médica en México<sup>2</sup>. Se concluyó que las diferencias de género observadas en el estudio son consistentes con los hallazgos reportados en estudiantes de medicina y médicos estadounidenses. Sin embargo, nuestros resultados sobre el efecto positivo de la educación médica en la mejora de la empatía no son consistentes con los de las muestras norteamericanas. Por ejemplo, se ha reportado un decremento de la empatía entre estudiantes de medicina estadounidenses a medida que avanzan en su educación médica, lo cual ha sido atribuido a diversos factores que se amplían en las páginas del libro. Se requiere mayor investigación para examinar los factores que contribuyen a la mejora de la empatía en las muestras mexicanas y al deterioro en las muestras estadounidenses.

Otro estudio<sup>3</sup> fue diseñado con el objetivo de conocer la preferencia de los estudiantes de medicina sobre trabajar en grupo o individualmente cuando inician la escuela médica y analizar las cualidades no-cognitivas de los perfiles que afectan dicha preferencia. Este estudio se realizó entre 4,209 estudiantes de medicina de primer año de la Facultad de Medicina de la UANL aplicando tres medidas de factores no-cognitivos: el Cuestionario de Soledad, Ansiedad General, Autoestima, Extroversión y Neuroticismo del Colegio Médico Jefferson, la versión abreviada del Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Empatía Médica de Jefferson. Además, se preguntó sobre la preferencia de trabajo en grupo. Los estudiantes interesados en una práctica que involucrara trabajo de grupo registraron más extroversión y empatía, mientras que aquellos interesados en el trabajo individual reportaron menos empatía.

De esta manera, realizamos nuestra Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Estudiantes de Medicina<sup>4</sup> con el propósito de ofrecer evidencia sobre las propiedades psicométricas, validez y confiabilidad de este instrumento en la medición operacional de la empatía en estudiantes de medicina. El análisis exploratorio de factores permitió identificar tres factores con valores *eigen* mayores o iguales a uno. Todos los reactivos que registraron coeficientes mayores a 0.30 que integraron el factor 1, fueron las preguntas redactadas en forma positiva y correspondieron al dominio “toma de perspectiva”. Por otra parte, siete de las diez pre-

*american, israeli, italian and mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson Scale of Attitudes toward physician-nurse collaborative relationships*. International Journal of Nursing Studies. 2003; 40(4): 427-435... In *“Professionalism (empathy, interprofessional collaboration, lifelong learning)*. (2005). Jefferson Longitudinal Study of Medical Education. Paper 12.

<sup>2</sup> Alcorta-Garza, A., Hojat, M., González, J.F., Ancer, J., Bermúdez, M., Montes, J., Gómez, M., Alcorta, E., Tavitas, S., Garza, S. “Empathy as a Function of Gender and Levels of Undergraduate and Graduate Medical Education in Mexico”. AMEE Conference 2003: Bern, Suiza, Agosto-Septiembre 2003.

<sup>3</sup> Alcorta-Garza, A., Hojat, M., González, J.F., Ancer, J., Bermúdez, M., Montes, J., Santos, R., Gómez, M., Alcorta, E., Tavitas, S., Garza, S. “Relationship Between Empathy and Attitudes Towards Collaboration Among Medical Students in Mexico”. AMEE Conference 2003: Bern, Suiza, Agosto-Septiembre 2003.

<sup>4</sup> Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, Tavitas-Herrera, Rodríguez-Lara, Hojat, M. “Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Estudiantes Mexicanos”. Salud Mental, Vol. 28, N° 5, pag. 57-62. Octubre 2005.

guntas planteadas en forma negativa cargaron en un segundo factor, con coeficientes mayores a 0.40; todas ellas estuvieron relacionadas con el dominio "cuidado con compasión". Por último, otras dos preguntas negativas conformaron el factor 3; este factor incluyó el dominio "habilidad para ponerse en los zapatos del paciente". Los resultados de este estudio indicaron la validez de la EEMJ. En lo que respecta a la confiabilidad, la consistencia interna se encontró dentro del rango aceptable para pruebas de personalidad (0.74).

Recientemente estudiamos el cuestionario que fue aplicado a población de estudiantes y profesionales (versión E y PS, respectivamente)<sup>5</sup>, observando las cualidades psicométricas aceptables. La muestra se integró por 3,775 estudiantes y un número menor de médicos de posgrado, aunque mostrando cualidades psicométricas igualmente aceptables –alfa de Cronbach de 0.87 y 0.80-).

Además se realizó una adaptación para la relación paciente-psicoterapeuta<sup>6</sup>. Una versión larga del cuestionario de reporte de empatía del paciente calificando a su terapeuta se aplicó a una población de 415 pacientes que calificaron a sus terapeutas (coeficiente alfa de Cronbach de 0.96), mientras que los 56 terapeutas contestaron versión adaptada de la escala a manera de auto-reporte (alfa de 0.79).

En nuestros datos, los niveles de empatía aumentaron al pasar de los años preclínicos a los clínicos y se mantuvieron en el posgrado; en nuestros estudios además se asoció mayor empatía a preferencias de trabajo en equipo multidisciplinario con enfermería. Así mismo, hubo una menor empatía entre los sujetos que se reportaron interesados en carreras quirúrgicas en comparación a las de mayor contacto con el paciente (medicina familiar, medicina interna y psiquiatría).

En los terapeutas, estos factores, incluso el grado y avance en la carrera o la licenciatura de origen (ser médico o psicólogo) no se asociaron significativamente a mayores niveles de empatía. Nuestra observación sobre la adherencia de los pacientes a los terapeutas mostró que es la edad del terapeuta la que se asocia e influye en la adherencia a tratamiento sólo en el caso de tener pacientes con mayor edad. Por otro lado, las mujeres mostraron ser más empáticas que los varones del área médica, pero esta diferencia no se observó entre los terapeutas. Esto puede sugerir que los perfiles que se toman para el ingreso a la residencia de Psiquiatría y Psicoterapia son más homogéneos entre géneros que en el caso de los estudiantes de medicina y médicos graduados.

Por otro lado, desde nuestra escuela recientemente se inició la colaboración con el Centro de Investigación de la Rioja en Logroño, España, con el estudio de médicos de diferentes grados, con las versiones S y HP con propiedades psicométricas igualmente aceptables (alfa de .82)<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> (2005 a 2011, *in press*).

<sup>6</sup> (Alcorta-Garza, A., Núñez-Montemayor C., Tavitas-Herrera S. E., Gomez-Meza, M.V. "Empathy and desertion in Mexican patients". AMEE Conference 2012: Lyon, Francia, Agosto 2012).

<sup>7</sup> Vázquez A., Gil de Gómez M. J., Vargas L., Alcorta-G A, Vivanco L. "Measuring Medical Emphathy During Specialized Health Education- A Cohorts Study". 8<sup>th</sup> International Conference on Bioethics Education: Contents, Methods, Trends. pp.185, Septiembre, 2012.

En otras latitudes, los reportes continúan fortaleciendo el instrumento como una herramienta sólida de investigación en la medida de las cualidades empáticas de los profesionales de la salud.

\* \* \*

Finalizo este prefacio con la certeza de que el lector hará nuevas y enriquecedoras preguntas. Estoy segura que se verá al final de su lectura con un renovado entusiasmo para seguir más allá las líneas de investigación propuestas.

Esta lectura nos hará reflexionar, uniéndonos a la toma de consciencia internacional en el campo de la investigación de empatía, sus relaciones con el profesionalismo, la relación médico-paciente o personal de salud y equipo de trabajo con sus pacientes y familias, entre otros puntos de interés incluidos los temas de las neurociencias y neuroimagen, procesos de socialización, valores, desarrollo de mecanismos de sobrevivencia y empatía, que se han enriquecido extraordinariamente en las oportunidades de su estudio con las aportaciones de Mohammadreza Hojat.

Agradezco al autor el honor que me ha conferido al recibirme como emisaria de las inquietudes de investigación que fueron motivo de este fructuoso encuentro. En un campo donde ediciones de género restan oportunidades o inhiben nuestro trabajo, la calidad empática de colegas como el autor ha sido invaluable para mi desarrollo profesional.

Debo agradecer a las grandes voluntades que han hecho posible la publicación de esta versión en español, particularmente al excelente trabajo de traducción de Ana Maltos; a las instituciones y colaboradores que me ofrecieron su apoyo para hacer realidad este proyecto.

A mi esposo Juan Francisco y mis amados hijos, Juan Francisco Jr, Adelina y Celia Beatriz, a mi familia, por su confianza y su paciente cariño que han sido la inspiración más importante para concretar cada vez más objetivos profesionales con el sueño de que sean trascendentes para nuestros nietos y comunidad. No tengo duda de que este campo y los avances de investigación del autor ya dan frutos y apoyan las transformaciones que actualmente se están dando en la cultura de educadores y servidores de la salud.

Agradezco a Mohammadreza Hojat, Joseph Gonnella, Jon Veloski, Daniel Louis, y a todo el equipo de trabajo del CRMEHC. Serán siempre el mejor recuerdo para tomar inspiradora energía al continuar mi vida profesional enfocada en la calidad, la mejora continua y la excelencia en investigación sobre la empatía académica, clínica, básica y psicométrica. Sobre todo, gracias por su calidad humana y atención empática a mis avatares para desarrollo profesional y personal.

Dra. med. Adelina Alcorta Garza  
Jefa del Departamento de Psiquiatría  
del Hospital Universitario Dr. José E. González  
de la Universidad Autónoma de Nuevo León

# Prefacio

*Todos los seres humanos son en realidad iguales,  
todos en la creación comparten un origen.  
Cuando el destino otorga a un miembro dolencias y sufrimiento,  
no hay entonces tranquilidad para los otros miembros.  
Si, imperturbado, la pena de otro puedes observar,  
tú no eres digno del nombre de ser humano.*

–Saadi (poeta clásico persa, 1210-1290 d.C.)

A pesar de que la intención principal de este libro es describir los antecedentes, desarrollo, medición y consecuencias de la empatía en el contexto de la atención al paciente, parte del material presentado va más allá de ese propósito. Para lograr un análisis más comprensivo, no podemos aislar una entidad tan compleja y dinámica como la empatía en la atención al paciente de una cadena de factores determinantes (p. ej., sus aspectos evolutivos, genéticos, de desarrollo y psicodinámicos) y de sus múltiples consecuencias (p. ej., el bienestar físico, mental y social). Por lo tanto, para conseguir un entendimiento más vasto de la empatía en el cuidado al paciente, se discutió el tema en el amplio contexto de un sistema dinámico, cuyo funcionamiento descansa en las seis siguientes premisas:

- Los seres humanos son criaturas sociales.
- La necesidad humana de afiliación y apoyo social tiene valor de supervivencia.
- Las relaciones interpersonales pueden satisfacer la necesidad humana de afiliación y apoyo social.
- La relación interpersonal entre médico y paciente es un caso especial de **mini** sistema social que puede satisfacer la necesidad de afiliación y apoyo social.
- La empatía en la atención al paciente contribuye a la satisfacción de la necesidad de afiliación y apoyo.
- Una relación médico-paciente empática puede mejorar el bienestar físico, mental y social tanto del médico como del paciente.

Los seres humanos están diseñados por la evolución para formar relaciones interpersonales significativas a través de la comunicación verbal y no verbal. En los seres humanos, existe un sistema de necesidades de afiliación social: de creación de lazos y unión, de formación de una red social, de sentirse comprendido, de entender y ser entendido. El gran principio es el mismo, sea el individuo un lactante, un niño, un adolescente o un adulto, sea varón o mujer, esté saludable o enfermo: **Estar conectado es benéfico para el cuerpo y la mente humana.**

El principio mencionado es de hecho el tema subyacente en los 12 capítulos de este libro. En algunos capítulos, pudiera parecer que desví mi atención del objetivo de la atención al paciente, pero siempre regreso al tema subyacente para vincular la discusión a la relación médico-paciente. Cuando es apropiado, con frecuencia utilizo los términos **clínico** y **cliente** en lugar de **doctor**, **médico** y **paciente** para hacer la discusión más general y aplicable a todas las profesiones de cuidado de la salud, no sólo la medicina.

La empatía es vista en este libro desde una perspectiva multidisciplinaria que incluye la evolución, la neurología, la psicología clínica, social, del desarrollo y educacional, la sociología, la medicina y la educación médica. Algunos aspectos teóricos de los antecedentes, desarrollos y resultados de la empatía son discutidos y, estudios experimentales y descubrimientos empíricos relevantes se presentan en sustento de la discusión teórica. Este libro está basado en mis años de investigación sobre la empatía en la educación médica y de práctica en el Colegio Médico Jefferson, la cual resultó en el desarrollo y validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson, un instrumento psicométricamente sólido que es usado por muchos investigadores en EUA y en otros países (véase capítulo 7).

El libro está escrito para una amplia audiencia que incluye médicos, residentes, estudiantes de medicina y estudiantes y practicantes de otras profesiones de la salud, incluyendo las disciplinas de enfermería, psicología y trabajo social clínico. En particular, profesores involucrados en la educación y entrenamiento de profesionales de la salud pueden utilizar este libro como referencia en sus cursos. El libro está dividido en dos secciones. La primera sección consiste de los capítulos 1 al 5, en los cuales la empatía se discute desde una perspectiva más amplia en el contexto general de las relaciones humanas. Esta primera parte establece los cimientos sobre el tema; sin ella, la discusión de la segunda sección se vería como una estructura sin pilares de soporte.

En la segunda sección, que abarca de los capítulos 6 al 12, el enfoque se orienta más específicamente a la empatía en el contexto de la atención al paciente. Ambas secciones están estrechamente interrelacionadas, lo cual es evidente al referir con frecuencia a los lectores a diferentes capítulos en la otra parte para evitar redundancias. Cada capítulo comienza con un preámbulo en el que se presentan las cuestiones sobresalientes del texto y termina con un párrafo recapitulativo que provee una visión global del capítulo.

Debido a que el libro tiene la intención de servir como fuente de referencia sobre el tema de la empatía en la atención al paciente, en varias ocasiones he citado múltiples referencias sobre asuntos críticos para aquellos que necesiten revisarlos más allá de lo que he presentado en este libro. Aunque una revisión crítica de la literatura no estaba entre los propósitos del libro, ocasionalmente, cuando es apropiado, presento información adicional como los instrumentos de medición y describo la muestra utilizada en la investigación citada para ayudar a los lectores a juzgar la validez de los resultados.

El capítulo 1 presenta antecedentes históricos sobre el concepto de empatía y discute la ambigüedad relacionada con sus definiciones y descripciones. La confu-

sión entre empatía y simpatía es descrita y se enlistan las características específicas de cada constructo para distinguir entre ellos. Además, se hacen distinciones entre cognición y emoción y entre entendimiento y sentimiento. Finalmente, las implicaciones de tales distinciones son esbozadas para evitar confusión sobre la conceptualización y medición de la empatía en el contexto de la atención al paciente.

El capítulo 2 está basado en la presunción de que los seres humanos, para sobrevivir, evolucionaron para conectarse entre sí. Por lo tanto, se enfatiza la importancia de establecer y romper conexiones humanas en la salud y la enfermedad. Los efectos benéficos de un sistema de apoyo social sobre la salud y los efectos dañinos de la soledad son presentados para subrayar la naturaleza, mecanismos y consecuencias de las relaciones interpersonales. El capítulo concluye con la noción de que la relación entre médico y paciente se forma por el impulso de conexión humana y sirve como una clase especial de sistema de soporte social, con todo su poder benéfico sanador.

En el capítulo 3, la empatía es vista desde una perspectiva evolutiva, y se describe la función psico-socio-fisiológica del compromiso empático. En este capítulo también se discuten resultados recientes de estudios de neuroimagen en el cerebro y una nueva línea de investigación sobre las neuronas espejo en el cerebro que prometen incrementar nuestro entendimiento de la neuroanatomía de la empatía y como percibimos las experiencias, sentimientos y emociones de otras personas. Además, el capítulo discute los estudios genéticos de la empatía y el vínculo entre el deterioro neurológico y la deficiencia de empatía. El capítulo termina con la noción de que los cimientos de la capacidad para la empatía se desarrollaron durante la evolución de la raza humana y que la base neurológica de la empatía es intrínseca.

El capítulo 4 discute las psicodinámicas de la empatía al enfatizar la importancia de los factores prenatales, perinatales y postnatales en el desarrollo de comportamientos pro-sociales y altruistas. En particular, se describen los efectos del ambiente de crianza temprana, especialmente la disponibilidad y sensibilidad de la madre, en el desarrollo de modelos internos funcionales que operan en las relaciones interpersonales posteriores de una persona. Estudios experimentales se presentan para mostrar que las relaciones tempranas con un proveedor de cuidado primario influyen en la regulación de emociones que se convierte en un factor importante en las relaciones interpersonales en general y en los compromisos empáticos en particular.

El capítulo 5 describe brevemente varios instrumentos que los investigadores han utilizado con frecuencia para medir la empatía en niños y adultos. Los contenidos de los apartados en estos instrumentos indican que la mayoría de ellos son útiles para medir la empatía en la población en general, pero su relevancia en el contexto de la atención al paciente es limitada. Por lo tanto, un instrumento psicométricamente sólido, desarrollado de manera específica para medir la empatía en el contexto de la atención al paciente, era necesario para satisfacer la necesidad urgente de medir la empatía entre estudiantes y practicantes de las profesiones del cuidado de la salud.

En el capítulo 6, la empatía en la atención al paciente es discutida en relación a la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el paradigma

triangular biopsicosocial de la enfermedad. En ese contexto, la empatía en la atención al paciente es definida y tres características clave en esta definición son enfatizadas: cognición, entendimiento y comunicación. El capítulo concluye con la premisa de que el reconocimiento del paciente de la empatía del médico a través de comunicación verbal y no verbal juega un rol importante en el resultado del compromiso empático.

El capítulo 7 describe en detalle las fases de desarrollo y las propiedades psicométricas de la Escala de la Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) o JSPE por sus siglas en inglés *Jefferson Scale of Physician Empathy*), la cual fue desarrollada específicamente para medir la empatía entre estudiantes y practicantes en la profesión médica así como en otras relacionadas a la salud. Se presenta evidencia empírica para sustentar la validez (en relación con apariencia, contenido, constructo y criterios) y fiabilidad (consistencia interna y estabilidad de puntuación) tanto de la versión para estudiantes (versión E) como la versión para profesionales de la salud (versión PS) de la EEMJ. El capítulo termina con la idea de que la evidencia que soporta la validez y fiabilidad de la escala debería infundir confianza en aquellos que están buscando un instrumento psicométricamente sólido que pueda ser utilizado en la investigación empírica sobre la empatía entre estudiantes que son educados para las profesiones de la salud o entre individuos que ya practican en dichas profesiones.

El capítulo 8 discute las dinámicas interpersonales involucradas en una relación empática entre médico y paciente, y propone que ambos pueden beneficiarse del compromiso empático. El capítulo presenta varios estudios experimentales que describen cómo las expectativas de rol, la tendencia a enlazarse con otros para sobrevivir, la aceptación no crítica y cumplimiento con figuras de autoridad, y los efectos del ambiente clínico pueden influenciar en el comportamiento de médicos y pacientes en los encuentros clínicos. Además, el capítulo argumenta que mecanismos psicológicos como la identificación, transferencia y contra transferencia, además de efectos de placebo, factores culturales, espacio personal y límites hacen a los encuentros médico-paciente únicos. El capítulo termina con una noción de que para lograr un mejor compromiso empático, el médico debe aprender a escuchar con el **tercer oído** y a ver con el **ojo de la mente**.

El capítulo 9 describe la relación entre empatía, género, variables psicosociales, desempeño clínico, intereses de carrera y elección de especialidad. Se argumenta que las mujeres pudieran estar dotadas a una edad temprana con una mayor sensibilidad a los estímulos sociales y un mejor entendimiento de las señales emocionales que pueden resultar en una mayor capacidad para el compromiso empático. Este argumento se refleja en estudios que informan las diferencias de sexo en los estilos de práctica entre médicos varones y mujeres. El capítulo también informa un número de atributos deseables de personalidad que están correlacionados positivamente con la empatía y un número de cualidades personales indeseables que se correlacionan de manera negativa con la empatía. Los datos presentados en este capítulo sugieren que puntajes altos en mediciones de la empatía están relacionados con una mejor competencia clínica y con el interés en especialidades orientadas a las personas en oposición a las orientadas a la tecnología o a los procedimientos.

El capítulo 10 describe la relación teórica entre la empatía y los resultados positivos de los pacientes y provee evidencia concerniente a que la calidad de la relación médico-paciente lleva a diagnósticos más precisos, un mayor cumplimiento del consejo del médico, un compromiso más firme con los planes del tratamiento y una tendencia reducida a presentar demandas por mala práctica. Los estudios informados en este capítulo confirman la relación entre el compromiso empático médico-paciente y los resultados positivos del paciente.

El capítulo 11 presenta los obstáculos en el desarrollo de la empatía en la educación y práctica médica: el cinismo que los estudiantes desarrollan durante su educación profesional, los cambios que evolucionan en el sistema de cuidado de la salud, y la excesiva confianza actual en la tecnología. El capítulo también presenta alguna evidencia la cual sugiere que la empatía es susceptible al cambio a través de programas educativos específicos y describe una variedad de acercamientos utilizados en la investigación de la educación psicológica y de la salud para mejorar la empatía: entrenamiento de las habilidades interpersonales, toma de perspectiva, interpretación de roles, exposición a roles modelo, imaginación, exposición de los estudiantes a actividades que asemejen las experiencias de los pacientes al estar hospitalizados o durante encuentros con proveedores de cuidados de la salud, el estudio de literatura y las artes, desarrollo de habilidades narrativas y el enfoque Balint para entrenar médicos.

En el capítulo 12, el capítulo final, la empatía en el contexto de la atención al paciente es vista desde la amplia perspectiva de la teoría de sistemas. Sugiero que un paradigma sistemático de la empatía en la atención al paciente incluye los siguientes subconjuntos que operan interactivamente en el sistema: el subconjunto relacionado con el médico, el no relacionado con el médico, el de aprendizaje social y el educativo. Se discuten los elementos en cada subconjunto, así como su interacción dentro de y entre subconjuntos durante los encuentros clínicos que llevan a resultados funcionales (positivos) o disfuncionales (negativos) en el paciente. Por último, se presenta un esbozo de agenda para la investigación futura sobre siete temas que involucran la empatía en la atención al paciente. El capítulo concluye que la implementación de remedios para el mejoramiento de la empatía es una obligación sobre la que se debe actuar, y cualquier intento para mejorar el entendimiento empático entre las personas es un paso adelante hacia la construcción de una mejor civilización.

Es mi intención que esta obra ayude a mejorar nuestro entendimiento de la empatía en el contexto de la atención al paciente. Un problema que es bien entendido es un problema que está en parte resuelto. Cuanto mejor entiendan los profesionales de la salud la importancia de la empatía en la atención al paciente, tanto mejor atendido será el público.

## Agradecimientos

Estoy en deuda con muchos por su influencia en mis pensamientos, por inspirarme a seguir esta línea de investigación y por su aliento y apoyo a mis ideas y actividades de investigación. Debido a las restricciones de espacio, no podría nombrarlos a todos.

Existe un dicho popular en el lenguaje persa: “Por siempre permanecerán mis maestros, aquellos de los que he aprendido.” Siguiendo este consejo, debo comenzar por mi madre; ese ángel de quien supe antes de tomar mi primer aliento, quien me enseñó a decir mi primera palabra, quien se grabó vívidamente en mi mente como el mayor símbolo de amor, cariño y entendimiento empático.

Entonces siguen otros: entre ellos, aquellos que son los más valiosos de los recursos humanos, los maestros. Son muchos de ellos, pero quisiera mencionar dos de mis maestros universitarios de psicología, los profesores Reza Shapurian y Amir Hooshang Mehryar, quienes no sólo me abrieron una ventana hacia el estudio del comportamiento humano sino también infundieron confianza en mí mismo al pedirme, cuando era un estudiante universitario novato, que escribiera una crítica de su libro para publicación.

Hay otros que me entrenaron en el trabajo y me alentaron en mi desarrollo profesional, particularmente en la investigación sobre educación médica. Entre ellos están Joseph S. Gonnella, M.D. y Carter Zeleznik, Ph.D. Joe Gonnella es uno de los mejores y más brillantes modelos de un ejemplar médico-académico, maestro, líder, escolar e investigador en la educación médica, quien es mi mentor en este campo. Su gran consejo sobre que “el perfeccionismo es un obstáculo para el progreso” ha hecho productiva mi carrera en la investigación. Carter Zeleznik frecuentemente dice, espero que con humor, que ¡el peor error fue contratarme en Jefferson! Sus ideas, cálido corazón y sentido del humor hicieron de la investigación sobre educación médica algo divertido para mí. Él está ahora disfrutando de sus años dorados de retiro.

Tengo una enorme deuda hacia mis colaboradores en el Colegio Médico Jefferson, quienes han contribuido intelectual e instrumentalmente a la concepción y desarrollo del proyecto sobre la empatía del médico de Jefferson. Este libro es un producto de ese proyecto. Esos colaboradores son, en orden alfabético, Clara A. Callahan, M.D., Decano Asociado de Admisiones, Colegio Médico Jefferson; James B. Erdmann, Ph.D., Decano del Colegio de Profesiones de la Salud de Jefferson; Joseph S. Gonnella, M.D., Decano Emérito del Colegio Médico Jefferson, Distinguido Profesor de Medicina y Director Fundador del Centro para la Investigación sobre Salud y Educación Médica, Colegio Médico Jefferson; Daniel Louis, M.S., Director Administrativo, Centro para la Investigación sobre Salud y Educación Médica; Thomas J. Nasca, M.D., Decano del Colegio Médico Jefferson y Vicepresidente Mayor de la Universidad Thomas Jefferson; Salvatore Mangione, M.D., Profesor Asociado de Medicina, Director del Curso para Diagnóstico Físico, Colegio Médico Jefferson; y Jon Veloski, M.S., Jefe de la División de Investigación sobre Educación Médica, Centro

para la Investigación sobre Salud y Educación Médica, Colegio Médico Jefferson. A través del libro, he utilizado el pronombre plural **nosotros**, en lugar del singular **yo**. Frases tales como "nuestros resultados de investigación" en lugar de "mis resultados de investigación", reflejan mi reconocimiento a las contribuciones de estos colaboradores.

El proyecto sobre empatía del médico de Jefferson ha sido apoyado durante los últimos cuatro años por una beca de la Iniciativa en Humanidades de Pfizer Medical, Pfizer, Inc., Nueva York. Mike Magee, M.D., quien fuera Director de la Iniciativa en Humanidades de Pfizer Medical y miembro del proyecto sobre empatía del médico de Jefferson, me brindó continuo apoyo, aportaciones intelectuales y aliento en mi búsqueda en esta línea de investigación. En un principio, no podía imaginar que un apoyo financiero modesto podría conducir a un proyecto tan importante. También recibí una beca sin restricciones de la Iniciativa en Humanidades de Pfizer Medical para enviar copias complementarias de este libro a los decanos de todas las escuelas de medicina alopáticas y osteopáticas en los EUA y a los directores de algunos programas de residencia en psiquiatría.

Muchos colaboradores revisaron diferentes capítulos de este libro e hicieron valiosas sugerencias para mejorarlo. El Dr. Gonella fue muy amable al revisar todos los capítulos; Hebert Adler, M.D., Ph.D., revisó los capítulos 1 y 6; James Erdmann, Ph. D., revisó los capítulos 5 y 7; A. M. Rostami, M.D., Ph.D., revisó el capítulo 3; y Joh Veloski, M.S. revisó los capítulos 1, 5, 6 y 7. Todos estos colaboradores hicieron valiosos comentarios para mejorar los capítulos; sin embargo, yo tengo la completa responsabilidad por cualquier omisión en el texto.

Kaye Maxwell ha tenido un importante cometido en el desarrollo de formas escaneables por computadora, compilando la Guía de Usuario para la Escala de Empatía Médica de Jefferson (ver capítulo 7), y preparando informes computarizados para la escala. Elizabeth Bowman me asistió amablemente con el pulido editorial del texto, y Bethany Brooks me ayudó en la edición del manuscrito. Elegí Springer Science + Business Media sobre otras editoriales, no sólo por su reputación en la edición de libros académicos, sino también por la forma profesional en que Janice Stern, editora de adquisiciones, respondió a mi propuesta. Estuve complacido e impresionado por su retroalimentación inicial alentadora —Bowman buscó un experto para asegurar el valor del libro, en lugar de ofrecer la respuesta estándar de que el mérito del libro debe ser juzgado por los críticos de la editorial. Las editoriales académicas necesitan más editores como ella, quien entiende empáticamente el fuerte lazo que existe entre los autores y su propiedad intelectual.

Felix Portnoy, el editor de producción, tiene un papel líder en los aspectos de diseño del libro y las mejoras estéticas. Él también hizo útiles sugerencias para mejorar la organización de los capítulos. Arvind Sohal, el administrador de escritura del proyecto trabajó amablemente conmigo para incorporar cambios de último minuto que hice al texto y también me ayudó a recopilar los índices por autor y tema. Jason Robeson me asistió en la preparación de los índices iniciales.

Me gustaría expresar mi sincera gratitud a todos a quienes he reconocido activamente hasta ahora y a aquellos colaboradores del Colegio Médico Jefferson que me

ofrecieron un periodo sabático para conseguir el satisfactorio logro de escribir este libro.

Mis hijos, Arian, Anahita y Roxana, me llenaron con gusto y energía adicionales al preguntar repetidamente: “¡Papi! ¿Cómo te va con tu libro?” Por último, pero no menos importante, quisiera agradecer a mi esposa, Mimi, quien me brindó todo lo que necesitaba para trabajar en una atmósfera de paz y amor en casa durante mi sabático para escribir este libro.

## Odisea personal

*¡La vida está llena de sorpresas!*

–(Cliché popular)

Una madre y su hija están sentadas en el consultorio, esperando que entre el doctor. Ven ansiosamente la puerta cerrada, esperando que un extraño en bata blanca la abra en cualquier momento. El tiempo parece detenerse cuando un paciente espera a que llegue un doctor. Es interesante que los pacientes vean siempre a un doctor como el más confiable de todos los extraños a menos que algo suceda, usualmente durante su primer encuentro.

Por recomendación del pediatra, la madre llevó a su hija de 13 años a este cardiólogo pediátrico para que la examinara por palpitations cardíacas. El pediatra ha indicado que, a los 13 años, las palpitations ocasionales no son necesariamente una causa de preocupación: podrían ser resultado de mucha cafeína para una amante del café como esa joven, una señal de ansiedad ante un examen en la escuela o un signo de un estado emocional transitorio. Sin embargo, para eliminar la posibilidad de una condición cardíaca seria, el pediatra refirió a la niña a un experto en cardiología.

Aquí se encontraban esperando a que el experto diera el veredicto final: ya fuera una nota de buena salud o un tratamiento a largo plazo que al final podría involucrar procedimientos quirúrgicos. El miedo a lo desconocido que siempre persigue a los seres humanos iba escalando con el paso del tiempo. Por fin, el doctor entró al cuarto ensombrecido por una mujer joven que también vestía bata blanca. La señaló y dijo, “Ella es mi asistente”. No se intercambiaron saludos, y el doctor parecía indiferente y con prisa. El encuentro fue frío. Sin mirar a la madre o a la niña, abrió el informe médico que el pediatra le había enviado y anuncio que se necesitarían más exámenes. La prueba que sugirió fue un monitor cardíaco que la niña usaría las 24 h del día, 7 días de la semana, por al menos un mes. Después de cada palpitation anormal, el dispositivo transmitiría las señales grabadas a un centro de monitoreo por medio de una línea telefónica conectada al monitor.

Cuando la madre ansiosa preguntó al médico cómo podría su hija estar atada a un monitor cardíaco durante un mes sin perder clases, el cardiólogo dijo que el monitor era ligero y podía ser sujetado a un cinturón alrededor de su cintura y conectado a un dispositivo parecido a un reloj en su muñeca. La única información adicional que brindó fue que el monitor podía ser rentado por un mes y que el gasto podría no ser cubierto por el seguro. Él parecía estar más preocupado sobre cómo sería pagado el monitor que por las necesidades de madre e hija de escuchar comentarios reconfortantes.

El doctor informó a la madre que la próxima cita sería en alrededor de un mes, después de que la prueba del monitor cardíaco fuera completada. La madre ansiosa

esperaba, en cualquier oportunidad, más información sobre la condición de su joven hija, alguna señal del doctor que hiciera que la niña, quien miraba sin esperanza a los ojos inexpresivos del doctor, por lo menos se sintiera un poco más reconfortada. Mientras el doctor y su residente abandonaban el consultorio (donde no se realizó consulta alguna), la madre, con una mirada desesperada, preguntó al doctor: “¿La condición cardíaca de mi hija es en verdad lo suficientemente seria como para necesitar monitoreo constante durante un mes? ¿No podría ser transitoria?” El médico miró a la residente y murmuró, “Tenemos a una doctora aquí”, y los dos dejaron el cuarto, y en él a madre e hija sintiéndose desalentadas y confundidas.

La madre no confió en el experto, nunca rentó el monitor, y la palpitación cardíaca se detuvo abruptamente cuando la hija dejó de tomar café. Sin embargo, los recuerdos de los encuentros fríos pueden durar para siempre.

Es interesante que un evento adverso que ocurre cuando una persona está en un estado elevado de excitación emocional tienda a dejar una cicatriz más profunda en la mente de la persona. O podría ser que una falta de entendimiento empático tiene un efecto más duradero en la presencia de una **preocupación desinteresada**. ¿Es sorpresivo en lo absoluto que tantos pacientes odien ir al consultorio del médico? (por cierto, casualmente esa madre es mi esposa y esa niña de 13 años, mi hija).

\* \* \*

Este evento, además de mi persistente curiosidad y fascinación con los dos polos opuestos de la conexión *versus* la falta de conexión humana —podría llamarse, relación interpersonal *versus* soledad— me obligó a embarcarme en un viaje que me conduciría a un mejor entendimiento de por qué la empatía es tan importante en la atención al paciente.

Desde mis años universitarios, he sido curioso sobre por qué la gente se comporta como lo hace al formar o romper conexiones humanas. ¿Cuáles son las bases sobre las que los seres humanos construyen, o fracasan en construir, la capacidad para formar relaciones interpersonales significativas?, ¿la evolución humana ha incluido el desarrollo de la habilidad para formar conexiones interpersonales?, ¿qué roles juegan la predisposición genética, el ambiente de crianza, las cualidades personales y las experiencias educativas en el logro del éxito personal y profesional, en los encuentros médico-paciente o en las relaciones estudiante-maestro, o incluso en lograr la simpatía u obtener las cualidades de liderazgo profesional, educativo o político?

Mientras realizaba mis estudios de maestría en la Universidad de Tehran, intenté satisfacer mi curiosidad sobre los atributos personales que conducen al éxito al examinar las cualidades de estudiantes populares utilizando una metodología sociométrica. Encontré que el atributo humano de simpatía, o popularidad, estaba enraizado en el ambiente temprano de crianza y estaba relacionado además con rasgos positivos de la personalidad, como la autoestima. Más aun, el éxito académico y profesional es el resultado final de esas habilidades sociales. Esta investigación culminó con mi tesis de maestría, *Un Estudio Empírico de la Popularidad*.

Durante mis estudios de doctorado en la Universidad de Pensilvania muchos años después, continué persiguiendo mis intereses de investigación, los cuales eventualmente resultaron en mi disertación doctoral, *La Soledad como una Función de Variables de Personalidad, Psicosociales y Demográficas Selectas*. En este periodo, estudié los factores que contribuyen a la soledad, una indicación de una incapacidad de formar relaciones interpersonales significativas. Los resultados mostraron que un conjunto de factores personales, experiencias tempranas en el ambiente familiar, las relaciones tempranas con compañeros y el ambiente de vida posterior pueden predecir la experiencia de soledad en la vida adulta.

De los resultados en ambos estudios, aprendí que un conjunto común de atributos psicosociales contribuye al desarrollo de una capacidad (o incapacidad) de formar (o romper) las conexiones humanas. Estos atributos psicosociales son similares a los elementos de la **inteligencia emocional**, como la competencia y la habilidad de entender las perspectivas, sentimientos y emociones de los demás: es decir, la capacidad del entendimiento empático.

\* \* \*

Como psicólogo por entrenamiento académico, entré en un nuevo territorio de la investigación sobre educación médica hace más de dos décadas. En un principio, no estaba seguro si mis intereses, conocimiento, habilidades y antecedentes académicos en psicología podrían servir para el propósito de este campo. Sin embargo, pronto descubrí que éste era un territorio rico y desafiante en la intersección de muchas especialidades, incluyendo la psicología, la educación y la sociología tanto como la medicina. Como resultado de aprender más sobre el campo, me convencí de que tanto el arte de la medicina como el alivio del sufrimiento humano florecerían al incorporar ideas de las ciencias sociales y del comportamiento a la educación de los médicos.

Comencé mi carrera de investigador sobre educación médica en un gran centro académico, el Colegio Médico Jefferson de la Universidad Thomas Jefferson, donde tenía responsabilidades administrativas y de investigación en el Estudio Longitudinal sobre Educación Médica de Jefferson. Este estudio toma información sobre los estudiantes y egresados de medicina de Jefferson de la base de datos longitudinal sobre educación médica más completa, extensa e ininterrumpida en una sola escuela de medicina. El Estudio Longitudinal de Jefferson fue iniciado bajo supervisión de Joseph S. Gonella, M.D., una década antes de que yo me uniera al profesorado. Joe era entonces Director de la Oficina de Educación Médica, y más tarde fue Decano del Colegio Médico Jefferson y Vicepresidente Mayor de la Universidad Thomas Jefferson. Actualmente, es Decano Emérito, Distinguido Profesor de Medicina y Director del Centro de Investigación sobre Salud y Educación Médica. Joe inició el estudio porque tenía una visión (¡dice en broma que los pacientes esquizofrénicos tienen visiones!) sobre la necesidad de evaluar los resultados de la educación médica en un momento en que la mayoría de los miembros del profesorado no creían en el valor de un estudio tan caro y extenso y, por lo tanto, no estaban dispuestos a dedicarle recursos.

Mi experiencia con el Estudio Longitudinal de Jefferson no sólo me abrió una nueva oportunidad de investigación sino que también resultó ser un inicio extremadamente interesante para mi vida profesional. Disfruté la libertad que se me concedió para agregar nuevas dimensiones (p. ej. mediciones de personalidad y psicosociales) a la base longitudinal de datos para abordar aspectos psicosociales del éxito académico en la escuela de medicina. Para mí, la luz verde, que me permitió incluir dichas mediciones en el estudio longitudinal, ¡fue análoga a ofrecer un vaso de agua fresca a un hombre sediento en el calor del desierto! El trabajo me brindó una oportunidad de oro para incorporar mis ideas sobre los atributos de la personalidad a la investigación sobre la contribución de esos atributos para lograr el éxito académico de los estudiantes y profesionales de la medicina. Hasta ahora, este proyecto de investigación altamente productivo ha resultado en más de 150 publicaciones en revistas científicas. Mientras tanto, mi largo interés en por qué las personas se comportan como lo hacen al formar o romper relaciones humanas cambió a un interés más específico sobre la empatía en la atención al paciente. Entonces la pregunta fue: ¿Por qué algunos médicos son más capaces que otros de formar relaciones empáticas con sus pacientes? Más todavía, ¿cómo puede conceptualizarse y cuantificarse la empatía en el contexto de la atención al paciente? Y, ¿cuáles son los antecedentes y consecuencias de la empatía en el contexto de la atención al paciente?

Hace algunos años, en busca de las respuestas a estas preguntas, comencé a desarrollar un instrumento para médicos que medía la empatía en la atención al paciente (véase capítulo 7). Durante ese tiempo, fui afortunado de beneficiarme de la contribución intelectual y el apoyo instrumental del grupo de médicos escolares y practicantes que conformaron el equipo del Colegio Médico de Jefferson para el proyecto de empatía médica (véase Agradecimientos).

Todos los elementos en esta cadena de eventos interrelacionados me trajeron al desconocido terreno de la empatía en la atención al paciente. Con este interés, la empatía ha probado ser un área de investigación extremadamente rica que requiere un abordaje multidisciplinario que relacione las perspectivas, conceptos, teorías e información de diversas disciplinas, tales como psiquiatría evolutiva, etología, psicología del desarrollo, clínica y social, psicoanálisis, sociología, neuroanatomía, filosofía, arte y literatura. Lo que me llevó a embarcarme en la búsqueda de respuestas para mis preguntas sobre cómo se desarrolla la empatía y cuáles son sus antecedentes y resultados en las profesiones de la salud fue la fascinación con la riqueza de este territorio desconocido, en combinación con mi largo interés sobre los misterios de las relaciones interpersonales, mis antecedentes académicos en las ciencias sociales y del comportamiento, y mi experiencia profesional en la investigación sobre educación médica.

Si un adivinador me hubiera dicho al inicio de mis años universitarios que yo terminaría con una carrera como investigador sobre la educación médica, ¡probablemente me hubiera reído escandalosamente con incredulidad! Y el sabio adivinador tal vez hubiera respondido diciendo, “Bueno, joven, ¡la vida está llena de sorpresas!” ¡Y en realidad lo está!

# PARTE I

Empatía en las  
relaciones humanas

# 1 | Definición y conceptualización

*El ser uno de corazón es mágico,  
más aún que serlo de palabra.*

—Rumi (poeta místico y filósofo persa, 1207-1273 d.C.)

## PREÁMBULO

La palabra empatía, traducida del alemán *Einfühlung*, ha sido descrita como un concepto elusivo y esquivo, con una larga historia marcada por la ambigüedad y la controversia. No existe un consenso sobre la definición de la empatía; sin embargo, ha existido un continuo debate acerca de este constructo, que en ocasiones se ha descrito como un atributo cognitivo caracterizado por el entendimiento de las experiencias de otras personas; en otras ocasiones, se describe como un estado emocional de la mente con la particularidad de compartir los sentimientos; e incluso en otras ocasiones, se le considera un concepto que involucra tanto la cognición como la emociones. En este capítulo se distingue entre la cognición y las emociones, así como entre entender y sentir. Más adelante se explora el asunto inconcluso de las diferencias entre empatía y simpatía, al considerar la empatía como un atributo predominantemente cognitivo caracterizado por el entendimiento de las inquietudes de los demás y que guarda una relación lineal positiva con los resultados del paciente, y al considerar la simpatía como un concepto en principio emocional que se manifiesta al compartir las emociones y sentimientos que guarda una relación curvilínea (forma de U invertida) con los resultados en el paciente. Las distinciones entre cognición y emoción, entendimiento y sentimiento, empatía y simpatía tienen importantes implicaciones, no sólo por la conceptualización y medición de la empatía en la atención brindada a los pacientes, sino por el estudio del resultado clínico de los mismos.

## INTRODUCCIÓN

La noción de empatía tiene una larga historia marcada por ambigüedad, discrepancias y controversias entre los filósofos y los investigadores conductuales, sociales y médicos. (Aring, 1958; Basch, 1983; Preston y deWaal, 2002; Wispe, 1978, 1986). Debido a su ambigüedad conceptual, la empatía ha sido descrita como un concepto elusivo (Basch, 1983) —uno que es difícil de definir y complejo de medir (Kestenbaum, Farber y Sroufe, 1989)—. Eisenberg y Strayer (1987a, p. 3) describieron a la empatía como “un concepto escurridizo... que ha provocado considerable especulación, emoción y confusión”. Además, a causa de la ambigüedad relacionada con el concepto de empatía, Pigman (1995) sugirió que la empatía ha llegado a signifi-

car tantas cosas, ¡que no significa nada! Hace más de medio siglo, Theodore Reik (1948, p. 357), el destacado psicoanalista, hizo un comentario similar: “La palabra empatía en ocasiones significa una cosa; en otras ocasiones, otra; al grado que ahora no significa nada en lo absoluto”.

Debido a esta ambigüedad conceptual, Wispe (1986) sugirió que los resultados de la investigación sobre la empatía podrían carecer de validez, ya que significa cosas distintas para los diversos investigadores, quienes pudieran creer estar estudiando lo mismo, ¡cuando en realidad se refieren a cosas distintas! Como resultado, Lane (1986) planteó que, después de todo, la empatía pudiera no existir siquiera en realidad. Después, Levy (1997) propuso que el término debería ser eliminado y sustituido por uno menos ambiguo.

A pesar de la ambigüedad conceptual, es interesante advertir que la empatía es una de las dimensiones humanísticas de la atención al paciente que se mencionan con más frecuencia (Linn, DiMatteo, Cope y Robbins, 1987). Muchos médicos exitosos saben intuitivamente qué es la empatía sin ser capaces de definirla. En ese sentido, la empatía pudiera ser análoga al amor, ¡el cual muchos hemos experimentado aun sin tener la capacidad definirlo! Así, mientras todos tenemos una imagen positiva del concepto de empatía y una idea preconcebida respecto a sus efectos positivos en las relaciones interpersonales, nos preguntamos cómo definirla operacionalmente. Está por demás decir que ningún concepto puede ser sujeto de escrutinio científico sin una definición operacional.

## ORIGEN E HISTORIA DEL TÉRMINO *EMPATÍA*

El concepto de empatía (no el término inglés) fue inicialmente discutido en 1873 por Robert Vischer, un historiador del arte y filósofo alemán que empleó la palabra *Einfühlung* para referirse a los sentimientos del observador provocados por obras de arte (Hunsdahl, 1967; Jackson, 1992). Según Pigman (1995), la palabra se utilizó para describir la proyección de sentimientos humanos sobre el mundo natural y objetos inanimados. Sin embargo, en un principio el término alemán no fue empleado para describir un atributo interpersonal, sino para enmarcar los sentimientos del individuo al apreciar una obra de arte, específicamente cuando esos sentimientos desvanecen la distinción entre el ser del observador y el objeto de arte (Wispe, 1986).

En 1897, el filósofo psicólogo alemán Theodore Lipps transfirió la palabra *Einfühlung* de la estética a la psicología. Al describir experiencias personales relacionadas con el concepto de *Einfühlung*, Lipps indicó que “cuando observo a un artista de circo sobre la cuerda floja, siento que estoy dentro de él” (citado en Carr, Iacoboni, Dubeau, Mazziotta y Lenzi, 2003, p. 5502). En 1903, Wilhelm Wundt, el padre de la psicología experimental, quien además estableció el primer laboratorio de psicología experimental en 1879 en la Universidad de Leipzig en Alemania, utilizó *Einfühlung* por primera vez en el contexto de las relaciones humanas (Hunsdahl, 1967). En 1905, Sigmund Freud (1960) empleó *Einfühlung* para describir la psico-dinámica de ponerse a uno mismo en la posición de otra persona (citado en Pigman, 1995).

El término inglés *empathy* es un neologismo acuñado por el psicólogo Edward Bradner Titchener (1909) como equivalente en inglés o traducción del significado de *Einfühlung*. El término empatía deriva de la palabra griega *empathēia*, que significa apreciación de los sentimientos de otra persona (Astin, 1967; Wispe, 1986).

Aunque Titchener (1915) utilizó el término empatía para transmitir “el entendimiento” de otros seres humanos, Southard (1918) fue el primero en describir el significado de la empatía en la relación entre médico y paciente con el fin de facilitar el resultado diagnóstico. A partir de entonces, los científicos sociales y conductuales estadounidenses han usado con frecuencia el concepto de empatía en referencia a la relación psicoterapéutica o de orientación y en la discusión sobre comportamiento pro-social y altruismo (Batson y Coke, 1981; Carkhuff, 1969; Davis, 1994; Eisenberg y Strayer, 1987b; Feshbach, 1989; Feudtner, Christakis y Christakis, 1994; Hoffman, 1981; Ickes, 1997; Stotland, Mathews, Sherman, Hansson y Richardson, 1978). La empatía también ha sido discutida con frecuencia en la literatura psicoanalítica (Jackson, 1992), en la psicología social y de orientación y, en la psiquiatría y psicología clínicas (Berger, 1987; Davis, 1994; Eisenberg y Strayer, 1987c; Ickes, 1997).

## DEFINICIONES, DESCRIPCIONES Y CARACTERÍSTICAS

Una revisión de la literatura indica que hay más desacuerdo que consenso entre los investigadores acerca de la definición de empatía. Presentar una larga lista de definiciones y descripciones de la empatía rebasaría el alcance previsto y las limitaciones físicas de este libro. He seleccionado deliberadamente unas cuantas definiciones y descripciones que parecen ser más relevantes para el tema de este libro y además pueden proveer un marco de referencia para la conceptualización y definición de la empatía en el contexto de la atención a pacientes que se presentará en el Capítulo 6.

Carl Rogers (1959, p. 210), fundador de la terapia centrada en el paciente, refirió la siguiente definición de empatía, frecuentemente citada, como una capacidad “de percibir el marco de referencia interno de otra persona con exactitud, como si uno fuese la otra persona pero sin perder la condición de **como si jamás**” (haciendo énfasis). Además, Rogers (1975) describió la experiencia de la empatía como entrar al mundo perceptual privado de otra persona y estar completamente cómodo en él. De forma similar, en uno de los primeros estudios psicoanalíticos sobre la empatía, Theodore Schroeder (1925, p. 159) sugirió que “la penetración empática implica observar **como si** fuera desde el interior de la persona que se está observando” (haciendo énfasis).

George Herbert Mead (1934, p. 27) propuso la siguiente definición de empatía hace más de siete decenios: “La capacidad de asumir la función de otra persona y adoptar perspectivas alternativas”. Hace medio siglo, Charles Aring (1958) describió la empatía como el **acto o capacidad** de apreciar los sentimientos de otra persona sin compartir dichos sentimientos. Robert Hogan (1969, p. 308) definió la

empatía como “la aprehensión intelectual o imaginativa de la condición o estado mental de otra persona **sin** llegar a experimentar realmente los sentimientos de esa persona” (haciendo énfasis). Clark (1980, p. 187) determinó la empatía como “la capacidad única del ser humano de sentir la experiencia, necesidades, aspiraciones, frustraciones, angustias, alegrías, ansiedades, dolor o hambre de los demás **como si** fuesen las suyas propias” (haciendo énfasis). Estas definiciones de Hogan y Clark concuerdan con la condición **como si** de Rogers (1959), y con la característica **sin compartir** de Aring (1958) para describir la empatía. Afirmaré más adelante en este capítulo que la condición **como si** es una característica clave que distingue la empatía de la simpatía.

Wispe (1986, p. 318) describió la empatía como “el intento de un ser consciente de sí mismo por comprender sin juzgar las experiencias positivas o negativas de otro ser”. Baron-Cohen y Wheelwright (2004) describieron la empatía como el **adhesivo** del mundo social que lleva a las personas a ayudarse entre sí y las detiene de lastimar a otros. Levasseur y Vance (1993, p. 83) detallaron la empatía de la siguiente manera: “La empatía no es una experiencia psicológica o emocional, ni un salto psíquico hacia el interior de la mente de otra persona, sino una apertura y un respeto hacia otro como persona”. De manera similar, Shamasundar (1999) describió la empatía en relación con un amplio criterio y tolerancia a la ambigüedad y lo complejo.

Mead (1934) describió la empatía como elemento de la inteligencia social. Esta descripción semeja la noción de la inteligencia emocional introducida originalmente por Salovey y Mayer (1990) y más tarde por Goleman (1995), quienes propusieron que la empatía, como capacidad de reconocer las emociones en otros, es dominio de la inteligencia emocional. La propuesta de que la empatía tiene superposición significativa con las medidas de la inteligencia emocional y las habilidades sociales ha sido apoyada (Schutte *et al.*, 2001).

Greif y Hogan (1973) describieron el desarrollo empático como una función paralela a la madurez moral. Schafer (1959, p. 343) definió la empatía como “la experiencia interna de compartir y comprender el estado psicológico momentáneo de otra persona”. Stefano Bolognini (1997, p. 279) describió la empatía como “un estado de contacto consciente-preconsciente complementario basado en separar y compartir”. William Ickes (1997, p. 183) determinó la empatía como “un estado de nuestra mente sobre el cual nos reflejamos”. Bellet y Maloney (1991, p. 183) definieron la empatía como “la capacidad de entender lo que otra persona está experimentando desde dentro del marco de referencia de la otra persona, por ejemplo, la capacidad de ponerse a uno mismo en los zapatos de otro”. Hamilton (1984, p. 217) definió la empatía como “vehículo para entenderse entre sí de manera significativa”.

Levasseur y Vance (1993, p. 82) describieron la empatía como “un modo de cuidado”, añadiendo que “la empatía no es para aquellos que están prosperando o felices... La empatía es para aquellos que necesitan de ayuda o están sufriendo o luchando de alguna manera”. Asimismo, Shamasundar (1999) sugirió que la intensidad de la resonancia empática es más profunda para estados negativos, tales

como tristeza, ira y hostilidad. Estas descripciones muestran la importancia de la empatía en situaciones en que otros sufren o padecen tristeza. Por lo tanto, es evidente la importancia de las relaciones empáticas en los encuentros con pacientes.

Recientemente, la empatía ha sido descrita como un mecanismo de cotejo neural constituido por un sistema de neuronas espejo en el cerebro que nos permite colocarnos en los **zapatos mentales** de los demás (Gallese, 2001, 2003). En otras palabras, las neuronas espejo son células cerebrales (no células visuales) que son activadas cuando observamos a otra persona realizando una actividad orientada a lograr una meta como si nosotros estuviéramos realizándola (Carr *et al.*, 2003; Gallese, 2001; Iacoboni *et al.*, 1999). Estudios de proyección de imagen han demostrado que observar en una pantalla de televisión una aguja pinchando un músculo específico de la mano afecta el mismo músculo de la mano en el observador (Singer y Frith, 2005). Estos nuevos estudios sugieren la posibilidad de que, en el futuro, la empatía pudiera ser definida en términos neuroanatómicos y ser medida mediante indicadores fisiológicos (véase capítulo 3 para una exposición más detallada).

## Empatía vista desde las perspectivas cognitiva y emocional

En general, la empatía se ha descrito como atributo cognitivo o emocional (o afectivo), o como una combinación de ambos. La cognición consiste en las actividades mentales involucradas en la adquisición y procesamiento de información para un mejor entendimiento, mientras que la emoción es compartir el afecto manifiesto en sentimientos que se experimentan subjetivamente (Coleman, 2001). Dos tipos de empatía, la cognitiva y la emocional, concuerdan con esta descripción.

### **Perspectiva cognitiva**

Rosalind Dymond (1949) consideró la empatía una habilidad cognitiva para asumir el rol de otra persona. Heins Kohut (1971, p. 300) la describió como “una forma de **cognición** que se encuentra afinada específicamente para la percepción de una configuración psicológica compleja” (haciendo énfasis). Basch (1983) también la definió como un proceso cognitivo complejo que involucra funciones cognitivas, como juzgar y comprobar la realidad. MacKay, Hughes y Carver (1990, p. 155) la expresaron como “la capacidad de entender la situación de alguien sin apropiarse de dicha situación”.

Las actividades cognitivas, como la toma de perspectiva y el ocupar un rol, están entre las características que algunos autores han presentado en sus definiciones de la empatía. Por ejemplo, Dymond (1949, p. 127) definió la empatía como “la trasposición imaginativa de uno mismo en la manera de pensar, sentir y actuar de otra persona, y de esta forma, estructurando el mundo como lo hace dicha persona”. Blackman, Smith, Brokman y Stern (1958) definieron la empatía como una habilidad de ponerse en los zapatos de otra persona y regresar con la misma facilidad a los propios cuando sea necesario. Los que apoyan el enfoque cognitivo de la empatía, le otorgan mayor énfasis a la comprensión y al enfoque social que a la cuestión emocional (Rogers, 1975).

### ***Perspectiva emocional***

Algunos autores han definido la empatía como una respuesta emocional al generarse sentimientos idénticos y al compartir emociones entre las personas. Por ejemplo, Batson y Coke (1981, p.169) definieron la empatía como “una respuesta emocional provocada por, y en congruencia con, el bienestar percibido de otra persona”. Rushton (1981, p. 260) definió la empatía como “el experimentar el estado emocional de otra persona”. Eisenberg (1989) la describió como “una respuesta emocional que se origina de la aprehensión del estado o condición emocional de otra persona en congruencia con el estado emocional o condición de uno mismo” (p. 108). Halpern (2001, p. xv) describió la empatía como “una forma de razonamiento emocional con los riesgos de error que tal razonamiento conlleva”. Katz (1963, p. 26) la definió como “la experiencia interna de sentir que uno mismo es similar, o casi idéntico, a otra persona”. Kalisch (1973, p. 1548) la definió como “la capacidad de adentrarse en la vida de otra persona para percibir con precisión sus sentimientos actuales y su significado”; y Hoffman (1981, p. 41) la definió como “una respuesta afectiva sustitutiva a la situación de alguien más en lugar de la de uno mismo”. Sin embargo, Underwood y Moore (1982) sugirieron que una perspectiva emocional no es condición suficiente para definir la empatía. Posteriormente, describiré cómo la empatía es análoga a la simpatía.

Sin embargo, varios investigadores creen que la empatía involucra tanto la cognición como la emoción (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004; Davis, 1994). Por ejemplo, Bennett (2001, p. 7) definió la empatía como “una forma de relación en la que una persona llega a conocer el contenido mental de otra, tanto afectiva como cognitivamente, en un momento particular en el tiempo y como resultado de la relación existente entre ellos”. Mark Davis (1994) cree que las facetas cognitivas y afectivas de la empatía interactúan dentro de su modelo organizacional de la empatía. Él definió la empatía como “un conjunto de constructos relacionados con las respuestas de un individuo a las experiencias de otro. Estos constructos incluyen específicamente los procesos que ocurren dentro del observador y los resultados afectivos y no afectivos consecuentes de dichos procesos” (Davis, 1994, p. 12). Hodges y Wegner (1997, p. 313) sugirieron que “la empatía puede tener ya sea un componente emocional... o un componente cognitivo, o ambos”.

## **COGNICIÓN Y EMOCIÓN**

Silvan Tompkins (1962, 1963) visualizó la cognición y la emoción como dos sistemas separados que funcionan uno al lado del otro para procesar la información entrante. El procesamiento de información cognitiva involucra frecuentemente actividades mentales específicas, como razonar y evaluar (Tausch, 1998). En contraste, el procesamiento mental emocional muchas veces implica una respuesta afectiva experimentada de manera espontánea sin involucrar los procesos mentales superiores que se activan durante el razonamiento (Basch, 1996). Por consecuencia, el razonamiento y la evaluación son las características de las respuestas cognitivas,

mientras que la espontaneidad y la excitación son los sellos distintivos de las respuestas emocionales. La descripción de Solomon (1976) sobre la sabiduría de la **razón** en oposición a la traición de las **pasiones** es de alguna forma análoga a la naturaleza de una respuesta cognitiva en contraste con una respuesta emocional.

Las emociones y sus expresiones, como Charles Darwin (1965) notó por primera vez, son universalmente similares sin importar los factores culturales, los antecedentes personales ni las experiencias educativas. Por el contrario, el proceso de información cognitiva no está libre de influencia cultural y depende en gran parte de los antecedentes personales, el aprendizaje y las experiencias educativas. Por lo tanto, la contribución del aprendizaje es más significativa en una respuesta cognitiva (p. ej., la empatía) que en una reacción emocional (p. ej., la simpatía). La manifestación de comportamientos cognitivos requiere **más esfuerzo**, y sus raíces conductuales son más avanzadas. Lo mismo aplica para la empatía. La expresión de la emoción **no requiere esfuerzos**, y sus raíces conductuales son más primitivas. Lo anterior es válido para la simpatía. Una respuesta emocional es teñida en su mayoría por juicios subjetivos, conduciendo a una interpretación menos precisa de la que resultaría de una respuesta cognitiva.

A nivel neuroanatómico, distintos mecanismos cerebrales parecen estar involucrados en el procesamiento de entradas cognitivas y emocionales (Nathanson, 1996). El procesamiento mental cognitivo es primeramente un proceso intelectual avanzado que con frecuencia involucra la percepción social, el análisis de información y la generación de respuestas apropiadas basadas en el entendimiento de otra persona y la situación. En especial, las respuestas emocionales consisten en procesos mentales más primitivos, en los cuales la persona responde, mediante un proceso de contagio, con emociones similares a las que presentan las demás personas en el entorno (Mehrabian, Young y Sato, 1988). Por lo tanto, las emociones son usualmente contagiosas en los intercambios interpersonales, mientras que la cognición no lo es.

A pesar de estas diferencias entre la cognición y la emoción, algunos autores no hacen tales distinciones y les asignan una relevancia equivalente en el constructo de la empatía (Bennett, 2001). Freud (1958a, 1958b), por ejemplo, enfatizó el componente intelectual o cognitivo al tiempo que reconocía la emoción como otro importante aspecto de la empatía en la formación de relaciones empáticas entre médico y paciente.

De hecho, es prácticamente imposible considerar la emoción y la cognición como dos entidades independientes, ya que una no puede existir sin la otra. Sin embargo, por motivos prácticos, la distinción entre ambas es importante para evitar confusión entre los conceptos de entendimiento y sentimiento (y por ende, empatía y compasión) que discutiré en las secciones siguientes.

## Entendimiento y sentimiento

La distinción entre cognición y emoción ofrece un contexto para distinguir entre los otros dos conceptos interrelacionados de entendimiento y sentimiento, los cua-

les con frecuencia son empleados de manera intercambiable. Sin embargo, en el contexto de las relaciones interpersonales es de utilidad definir el entendimiento como la consciencia de significado (Sims, 1988) y definir el sentimiento como la percepción de las emociones. Todas las relaciones sociales de importancia están basadas tanto en el entendimiento mutuo como en el sentir las emociones.

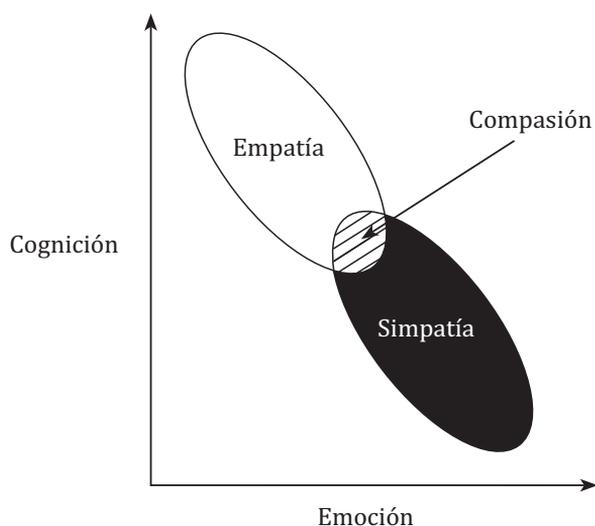
El entendimiento está frecuentemente basado en **tangibilidad y objetividad**, mientras que el sentir es más bien un producto de **subjetividad** y por lo tanto puede ser sujeto de **prejuicio**. Es más probable que **la precisión en el juicio** emerja de actividades mentales esforzadas, relacionadas con el entendimiento que de la excitación emocional espontánea y sin esfuerzo. El entendimiento está basado, con mayor probabilidad, en el aprendizaje y requiere esfuerzos activos, mientras que el sentimiento es, con mayor seguridad, innato y sin esfuerzo (Wispe, 1986). Un procesamiento mental superior está involucrado al intentar entender las preocupaciones de otra persona, mientras que un procesamiento mental primitivo está involucrado al sentir las emociones de otras personas. La empatía está más relacionada con la respuesta cognitiva y el entendimiento, mientras que la simpatía con las emociones. Según Ballet y Maloney (1991, p. 1831), para ser empático “el médico no necesita experimentar los intensos sentimientos o emociones que dominan al paciente... basta con entenderlos y relacionarse con ellos al tiempo que se mantiene el sentido de uno mismo”. Según Shamasundar (1999), entre menos empatía exista entre individuos, más difícil se llega a un entendimiento mutuo sin importar el uso de un vocabulario más extenso y preciso.

## EMPATÍA Y SIMPATÍA

Tanto la empatía como la simpatía son componentes importantes de las relaciones interpersonales. La simpatía se deriva del griego *sym* (estar con) y *pathos* (sufrimiento, dolor) (Black, 2004). Estos dos conceptos distintos de empatía y simpatía con frecuencia se colocan erróneamente en el mismo acervo terminológico en la investigación sobre la empatía —un error que ha creado confusión conceptual y discusión por muchos años, sin que nunca se haya resuelto (Black, 2004; Chismar, 1988; Gruen y Mendelsohn, 1986; Wispe, 1986; Zhou, Valiente y Eisenberg, 2003). Se ha sugerido que la simpatía es una respuesta relacionada con la empatía (Zhou *et al.*, 2003). Sin embargo, la evidencia sugiere que los dos constructos, empatía y simpatía, reflejan diferentes cualidades humanas que tienen influencias medibles distintas sobre la conducta profesional del médico, su empleo de recursos y el resultado clínico (Nightingale, Yarnold y Greenberg, 1991; Yarnold, Greenberg y Nightingale, 1991).

Según Decety y Jackson (2004, p. 85), “un aspecto esencial de la empatía es el reconocer a la otra persona como a uno mismo mientras se mantiene una clara separación entre uno mismo y la otra persona”. La característica clave de la empatía es la preponderancia del procesamiento de información **cognitiva** que la distingue del procesamiento mental predominantemente **emocional** involucrado en la simpatía

(Brock y Salinsky, 1993; Streit-Forest, 1982; Wolf, 1980). No se puede asegurar que la empatía y la simpatía son totalmente independientes de la cognición y la emoción, pero sí se puede argumentar que el grado de participación cognitiva y emocional es distinto en los conceptos de empatía y simpatía. En la figura 1-1 se muestra la participación relativa de la cognición y la emoción en la empatía y la simpatía, así como la superposición entre ellas. (Esta representación gráfica es idea de mi colega Jon Veloski.) Como se muestra en la figura 1-1, la empatía está en el área de mayor cognición que emoción. Contrariamente, la simpatía está en el área de mayor emoción que cognición. La compasión, según propongo, reside en el área en que se superponen la empatía y la simpatía, en donde ambos atributos son expresados en cantidades moderadas.



**Figura 1-1.** Empatía y simpatía en relación a la cognición y la emoción.

La empatía es un atributo **intelectual**, mientras que la simpatía es un estado **emocional** de la mente (Gruen y Mendelsohn, 1986). La empatía se refiere al intento de una persona de comprender las experiencias de otra persona sin emitir juicios (Wispé, 1986). La autopercepción se encuentra exaltada en la empatía y disminuida en la simpatía. Mientras que el objetivo de la empatía es conocer mejor las preocupaciones de otra persona, el objetivo de la simpatía es sentir mejor las emociones de otra persona. La relación empática implica la convergencia de entendimiento entre dos personas, y la relación simpática, un paralelismo de sentimientos entre las dos personas (Buchheimer, 1963). Según Kohut (1984), la empatía es una forma de observación con **valor neutro**. De manera similar, Olinick (1984) creía que la empatía es un fenómeno libre de afecto, mientras que la simpatía involucra una percepción cargada de afecto.

La motivación conductual subyacente en la empatía es probable que sea altruista, pero en la simpatía, es más probable que sea egoísta. El objetivo final del acto de ayudar motivado por el altruismo es reducir la angustia de otra persona sin esperar recompensa alguna, mientras el objetivo primario del acto de ayudar motivado por el egoísmo es reducir el nivel de estrés de uno mismo, para evitar sentimientos adversos o para recibir recompensas (Coke, Batson y McDavis, 1978). Un intento genuino de entender las experiencias de otra persona, o **entendimiento empático**, incrementa la probabilidad de la conducta de ayuda altruista. Sin embargo, sentir las emociones de los demás, o compartir por simpatía las emociones, conduce a una excitación fisiológica, incrementando, por lo tanto, la probabilidad de una conducta egoísta para reducir la excitación emocional y evitar experiencias adversas.

En encuentros clínicos, la empatía implica un esfuerzo de **entender** las experiencias del paciente sin participar en ellas, mientras que la simpatía involucra sentimientos que no requieren esfuerzo para **compartir** o ser partícipe del dolor y sufrimiento del paciente (Aring, 1958). Olinick (1984) sugirió que la empatía incluye la separación y la simpatía, el acercamiento; la empatía **siente el interior** y la simpatía **siente con**. Titchener (1915), quien acuñó el término empatía, distinguió entre empatía y simpatía al describir la empatía como una tendencia a percibir las experiencias de otra persona, y la simpatía como **sentir junto** con otra persona. McKellar (1957, pp. 220-221) sugirió que “uno puede, sin embargo, empatizar sin experimentar necesariamente simpatía por la otra persona; la empatía involucra entendimiento en lugar de ponerse del lado de alguien”. Wilmer (1968) describió la empatía como el penetrar en la mente del que sufre y entender su dolor desde adentro, como si el dolor fuese nuestro pero continúa siendo suyo. Por el contrario, según Wilmer, la simpatía es compartir los sentimientos junto con el paciente como si el dolor fuese nuestro y continúa de esa manera.

Hinshelwood (1989) escribió que la empatía, en contraste a la simpatía, implica una operación mental sofisticada en la cual dos personas que interactúan están claramente separadas, pero una imagina el panorama mental de la otra sin perder el sentido de la realidad ni su propia identidad. De igual manera, Black (2004) piensa que la empatía es un acto sofisticado y consciente mientras que la simpatía es una propensión involuntaria que hace posible la armonía afectiva.

Entender el **tipo** y la **calidad** de las experiencias del paciente es el ámbito de la empatía, mientras que sentir el **grado** y la **cantidad** de las preocupaciones del paciente se encuentra en el campo de la simpatía. El paciente se sentirá comprendido si el médico entiende el tipo y calidad, no el grado o cantidad, de sus experiencias (Greenson, 1960). Mientras que la empatía es un proceso cognitivo interno que debe ser comunicado, la simpatía parece ser más transparente. Benjamin Disraeli describió la transparencia de los sentimientos en la siguiente declaración: “Nunca te disculpes por mostrar sentimientos. Cuando lo haces, te disculpas por decir la verdad” (obtenido de <http://www.wisdomquotes.com> en febrero de 2005).

La empatía ha sido descrita como el arte del entendimiento (Agosta, 1984; Starcevic y Piontek, 1997). La noción de entendimiento empático se refleja en distintas características atribuidas a la empatía, tales como la toma de perspectiva, la toma

de roles, ponerse en los zapatos de otro, la tolerancia, la franqueza, el juicio no-crítico y la aceptación incondicional.

La diferencia entre la empatía y la simpatía va más allá de la semántica ya que cada una involucra distintas actividades mentales durante el procesamiento de la información (Gruen y Mendelsohn, 1986). La naturaleza predominantemente cognitiva de la empatía y la naturaleza primeramente emocional de la simpatía implican diferencias adicionales entre estos dos términos, diferencias que rebasan la semántica. Una respuesta cognitiva (en la empatía) es más probable que no sea espontánea, pues está influida por el proceso regulador de la **evaluación**. Una reacción afectiva (en la simpatía) es más probable que sea espontánea, pues está influida por el proceso regulador psicológico de la **excitación** (Siegel, 1999).

Además, la empatía como respuesta cognitiva se caracteriza por un estado **inhibitorio** conservador de energía en la rama **parasimpática** del proceso regulador neurológico. Sin embargo, la simpatía como reacción emocional se caracteriza por un estado **excitatorio** consumidor de energía relacionado con el procesos regulador neurológico **simpático** (Siegel, 1999).

A pesar de las diferencias entre la empatía y la simpatía, éstas no pueden ser completamente independientes entre sí. Por ejemplo, en uno de nuestros estudios (Hojat *et al.*, 2001b), encontramos una correlación moderada entre las mediciones de los dos constructos ( $r = 0.45$ ,  $p < 0.01$ ). Una correlación de esta magnitud indica que la superposición entre los dos conceptos es de aproximadamente 20% (coeficiente de determinación:  $r^2 = 0.45^2 = 20\%$ ). Se requiere mayor investigación empírica para examinar el grado de superposición entre las mediciones de empatía y simpatía.

## EMPATÍA Y SIMPATÍA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

La distinción entre simpatía y empatía tiene implicaciones importantes para la relación médico-paciente, debido a que compartir las emociones del paciente, característica clave de la simpatía, puede impedir el buen resultado clínico. El médico deberá sentir los sentimientos del paciente sólo hasta un punto limitado con el fin de mejorar su entendimiento del paciente sin que se impida el buen juicio profesional (Starcevic y Pointek, 1997). Al experimentar la empatía, los individuos son capaces de desprenderse de los demás, mientras quienes experimentan simpatía tienen dificultad para mantener la percepción de cuáles sentimientos pertenecen a cada quién (Decety y Jackson, 2006).

Ehrlich y Jaffe (2002) indicaron que la empatía debe distinguirse de la simpatía y el sentimentalismo, ya que ninguno de estos dos conceptos es deseable en el contexto de la atención al paciente. Starcevic y Pointek (1997) argumentaron que debido a que el médico, como un ser humano independiente, jamás podrá compartir los sentimientos del paciente, la simpatía perfecta jamás se puede lograr. Además, como sugirieron Truax y Carkhuff (1967), sería indeseable para el médico sentir las

emociones del paciente con intensidad. Black (2004) indica que la simpatía es un concepto que los psicoanalistas evitan, en contraste a la empatía, la cual emplean con orgullo. Wilmer (1968, p. 246) comparó los resultados de la lástima, la simpatía y la empatía en el contexto de la atención al paciente y concluyó que “la lástima raramente ayuda y la simpatía usualmente lo hace, mientras que la empatía siempre es de ayuda”.

Debido a la naturaleza emocional de la simpatía, el exceso puede ser abrumador y, por lo tanto, puede impedir el buen desempeño del médico. Esta noción sobre las restricciones en las relaciones simpáticas médico-paciente y sus resultados clínicos implica probabilidad de que la relación entre la simpatía y el desempeño del médico sea **curvilínea** —una función de U invertida similar a la que existe entre la ansiedad y el desempeño durante exámenes académicos. Aunque cierta cantidad de ansiedad puede mejorar el desempeño, demasiada ansiedad puede ser dañina al interrumpir las funciones cognitivas. De igual manera, cierto grado de simpatía puede llegar a ser benéfica en los encuentros médico-paciente; más allá, sin embargo, puede interferir entre la objetividad clínica y la eficacia profesional. No obstante, la relación entre la empatía y el buen desempeño clínico se considera **lineal**. Es decir, cuanto más empática sea la relación, tanto mejor será el resultado clínico. Así, la conclusión general es que la simpatía debe ser restringida en situaciones clínicas, mientras que la empatía no requiere ser limitada (Hojat, Gonnella, Mangione, Nasca y Magee, 2003b).

La diferencia entre las características de la empatía y la simpatía se resumen en el cuadro 1-1. He descrito algunas de estas diferencias al discutir los conceptos de cognición y emoción, y entendimiento y sentimiento, que corresponden a la empatía y a la simpatía, respectivamente.

En el contexto de la atención del paciente, cuando se expresa en abundancia, la empatía es un factor **habilitador**, mientras que la simpatía en exceso es un factor **deshabilitador**. Como he mencionado, los dos conceptos de empatía y simpatía se han empleado de manera intercambiable como si uno pudiese reemplazar al otro sin consecuencia alguna. Sin embargo, en el contexto de la atención del paciente, estos dos términos deberán utilizarse en su contexto apropiado debido a los resultados distintos que producen en los pacientes. Espero que las diferencias descritas en la cuadro 1-1 ayuden a resolver el debate largamente sostenido respecto a la empatía y simpatía. Volveré a retomar los problemas de la definición de empatía y las diferencias que existen con la simpatía en el contexto de la atención al paciente en el capítulo 6.

## RESUMEN

La empatía es un concepto vago que se ha descrito en ocasiones como un atributo cognitivo, en algunas se describe como un estado mental emocional, y en otras como una combinación de ambos. La ambigüedad relacionada con la definición de la empatía obstruye nuestra vista para ver con claridad lo que intentamos estudiar y obs-

**Cuadro 1-1. Características de la empatía y la simpatía.**

<b>Característica</b>	<b>Empatía</b>	<b>Simpatía</b>
Contribución del aprendizaje	Más significativo	Menos significativo
Contribución de la cognición	Más significativo	Menos significativo
Contribución del afecto	Menos significativo	Más significativo
Contribución de factores innatos o genéticos	Menos innato	Más innato
Objetividad <i>versus</i> subjetividad	Más objetivo	Más subjetivo
Probabilidad de precisión	Más preciso	Menos preciso
Raíces conductuales	Avanzadas	Primitivas
Esfuerzos requeridos	Más esfuerzo	Sin esfuerzo
Relación con el desempeño del médico	Lineal	Forma de U invertida
Tiempo de reacción	No espontáneo	Espontáneo
Emociones de los pacientes	Apreciadas sin unirse a ellas	Percebidas al unirse a ellas
Sentir que se ha comprendido	El tipo y calidad de los sentimientos del paciente	El grado y cantidad de los sentimientos del paciente
Área de procesamiento cerebral	Neocorteza predominante	Sistema límbico predominante
Proceso regulador psicológico	Evaluación	Excitación
Proceso regulador neurológico	Parasimpático (inhibitorio)	Simpatético (excitatorio)
Estado psico-fisiológico	Conservador de energía	Consumidor de energía
Motivación conductual	Altruista	Egoísta
Estado mental	Intelectual	Emocional
Expresión típica al paciente	Entiendo tu sufrimiento	Siento tu dolor
Mecanismo de procesamiento mental clave	Cognitivo/intelectual/entendimiento	Afectivo/emocional/sentimiento

ta culiza nuestra capacidad de medirla en el contexto de la atención del paciente. Además, debemos reconocer que las diferencias fundamentales que existen entre cognición y emoción, entre entendimiento y sentimiento y, entre empatía y simpatía, tienen importantes implicaciones no sólo para la conceptualización y medición de la empatía en la atención al paciente, sino además para la evaluación de los resultados en los pacientes. Los resultados de la investigación sobre la empatía pueden estar sujetos a importantes retos si los problemas de conceptualización, definición y medición continúan sin resolverse.

## 2 Conexión humana en la salud y la enfermedad

*¡Escucha el quejido sollozante del junco!  
¡Escúchalo contar su relato de duelo!  
Arrancado del lugar que tanto amó,  
Su pena, sus suspiros nuestras lágrimas obligan.*

–Rumi (poeta místico y filósofo persa, 1207-1273 d.C.)

*No es bueno que el hombre esté solo.*

–(Génesis 2:18)

### PREÁMBULO

Los seres humanos hemos evolucionado para establecer vínculos con el fin de sobrevivir. Entre los factores que cumplen con la necesidad humana de afiliación y conexión están las instituciones sociales, como el matrimonio, la familia y las redes de apoyo social, incluyendo las relaciones empáticas médico-paciente. Las conexiones humanas sirven para promover la salud y prevenir la enfermedad. De manera inversa, la ausencia de una conexión humana satisfactoria, experimentada como soledad, es nociva para el bienestar físico, mental y social. Los mecanismos involucrados en vincular la calidad de la conexión humana con la salud o enfermedad no se han entendido por completo. Sin embargo, las oportunidades de compromiso empático y de participación multisistémica de la psiconeuroinmunología podrían ofrecer una explicación sobre los efectos benéficos de las conexiones humanas. La relación médico-paciente se establece por el impulso de establecer una conexión que se incrementa con la enfermedad. La conexión empática entre el médico y el paciente además puede servir como un sistema especial de apoyo social con un poder benéfico de sanación.

### INTRODUCCIÓN

Los seres humanos hemos evolucionado para ser sociales. Según Larson (1993), estamos **preprogramados** para conectarnos por diseño evolutivo en aras de nuestra supervivencia. Nuestra supervivencia depende de nuestra capacidad de entender a los demás y nuestra “habilidad” para comunicar nuestro entendimiento. Las relaciones sociales proveen oportunidades para el compromiso empático, que a su vez refuerzan las conexiones humanas, un ciclo que ha permanecido en constante

movimiento durante la evolución de la humanidad. En la lista frecuentemente citada de las necesidades básicas propuesta por el psicólogo Henry Murray (1938), la necesidad de **aflicción**, así como la necesidad de **entendimiento** y **protección** (gratificarse al ser entendido) están enlistadas entre las necesidades psicosociales básicas del ser humano. Sin la satisfacción de esas necesidades, según Murray, la autoactualización no puede lograrse por completo.

En este capítulo, describo la importancia de los lazos humanos en la salud y la enfermedad y las consecuencias de establecer y romper conexiones humanas sobre el bienestar físico, mental y social. Además, evidenciaré que el compromiso empático médico-paciente es el epítome de las conexiones humanas.

## NECESIDAD DE CONEXIÓN

La conexión humana es el origen del crecimiento empático. La avidez de estar conectado surge de la necesidad humana de afiliación. Esta necesidad básica nos conduce a enamorarnos, casarnos y establecer una familia, criar hijos, asociarnos con otras personas, disfrutar de la compañía de los demás y desarrollar relaciones interpersonales con quienes buscan ayuda y con quienes la proveen. La necesidad de afiliación tiene ventajas para la supervivencia y está enraizada en la historia evolutiva de la humanidad.

El sentirse conectado conduce no sólo al placer psicológico, sino además a cambios y actividades biofisiológicas en el sistema endocrino. Por ejemplo, estudiantes de sexo femenino que vivían juntas en dormitorios universitarios notaron que sus ciclos menstruales se sincronizaron, y esta sincronización hormonal ocurre no sólo entre compañeras de cuarto, sino también entre redes de amigas cercanas (McClintock, 1971).

Con frecuencia, las personas que interactúan entre sí muestran una sincronización conductual, usualmente de manera inconsciente, la cual se manifiesta en pistas no verbales tales como la **mímica facial** o la reacción de **espejo motor** (véase capítulo 4). Estas señales no son necesariamente aprendidas; parecen ser el resultado de un repertorio conductual intrínseco que facilita los intercambios interpersonales.

## Establecimiento de conexiones

Hoy día se reconoce ampliamente que establecer conexiones tiene un efecto poderoso en la conservación de la salud, y que su disolución puede conducir al desarrollo de enfermedades (Cohen, 1988). Sin embargo, este hallazgo no es nuevo. Las investigaciones pioneras del sociólogo francés Emile Durkheim sobre los factores que contribuyen al suicidio encontraron que la erosión de la capacidad para la integración social y conexión humana era el factor desencadenante de las miserias sociales, incluyendo los intentos de las personas por terminar con sus propias vidas (Durkheim, 1951).

En su investigación epidemiológica altamente citada, realizada hace más de un cuarto de siglo, Berkman y Syme (1979) demostraron que la ausencia de conexiones humanas está significativamente vinculada a un incremento en la enfermedad y mortalidad. Es tanta la evidencia acumulada que hoy es indudable estar conectado y sentirse comprendido es benéfico para el bienestar físico, mental y social, los tres pilares de la salud definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) (véase capítulo 6). Las conexiones sociales en las investigaciones epidemiológicas son típicamente definidas en términos de estatus marital, familia, amigos, relaciones de trabajo y pertenencia a grupos sociales y religiosos (Cacioppo *et al.*, 2002). En este contexto, el matrimonio, la familia y las redes sociales así como el compromiso empático médico-paciente tienen un común denominador: conectan a la gente y sirven como sistemas de apoyo social.

### **Matrimonio y familia**

Tradicionalmente, la familia se cimienta sobre el acuerdo del matrimonio con el fin de unir a las parejas para hacer un compromiso de compartir sus preocupaciones, sentimientos y experiencias en la salud y la enfermedad, en la felicidad y la tristeza hasta que la muerte los separe. Por lo tanto, el matrimonio y la familia son importantes sistemas de apoyo social que pueden satisfacer las necesidades humanas de afiliación, intimidad y conexión.

El sistema de apoyo social se origina en la familia, la cual se considera una base segura para el desarrollo de la capacidad de conexión, desde la cuna hasta la tumba. Las relaciones dentro de la familia entre los esposos, padres e hijos, y los demás miembros de la familia, se convierten en modelos prototípicos o representativos de las conexiones humanas más allá de la familia, extendiéndose a las amistades, compañeros de trabajo y colaboradores (véase capítulo 4).

En consistencia con la noción de que la satisfacción de la necesidad de afiliación promueve la salud, las investigaciones han demostrado que la tasa de mortalidad por causas médicas es significativamente menor en parejas casadas que en individuos solteros, separados, divorciados y viudos (Goodwin, Hunt, Key y Samet, 1987; Ortmeyer, 1974; Wiklund, Oden y Sanne, 1988). Además, las personas casadas son el grupo más sano, con la tasa más baja de enfermedades crónicas y discapacidades, seguidos por personas solteras, viudas, divorciadas y separadas, en ese orden (Verbrugge, 1979).

La proporción de ancianos que vivían con apoyo doméstico o en asilo fue más alta entre aquellos solteros o divorciados y, más baja entre las personas casadas (Verbrugge, 1979). Las investigaciones indican además que los pacientes casados con cáncer sobreviven más tiempo que sus homólogos solteros (Goodwin *et al.*, 1987).

Numerosos estudios indican que la pareja, hijos, otros miembros de la familia y la red de amistades tienen un cometido importante en la prevención de las enfermedades y la conservación de la salud. Entre pacientes que fueron sometidos a angiografía coronaria y tenían cuando menos una arteria coronaria obstruida, aquellos que no estaban casados o carecían de un acompañante con quien hablar regularmente tuvieron una probabilidad mayor de morir durante los cinco años posteriores al procedimiento (Williams *et al.*, 1992).

Se ha sugerido que un matrimonio estable y una relación familiar cercana pueden librar a una persona de quedar atrapada en una psicopatología grave (Valliant, 1977). De manera consistente con esta recomendación, los datos empíricos derivados de un estudio longitudinal realizado en Suecia encontraron que las personas solteras y aquellas que viven solas tenían un riesgo elevado de demencia en comparación con las personas casadas que vivían con sus parejas (Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan y Winblad, 2000). Al resumir sus estudios sobre la familia, Lewis (1998) indicó que el matrimonio y la familia tienen efectos benéficos debido a que con frecuencia las parejas expresan abiertamente su afecto entre sí y los miembros de la familia comunican, en particular, empatía entre sí.

Es interesante notar que aunque hacer una conexión mediante el matrimonio es benéfico tanto para hombres como para mujeres, los varones se benefician más del matrimonio que las mujeres. Además, a pesar de que romper la conexión marital es dañino tanto para hombres como para mujeres, los hombres parecen sufrir más que las mujeres debido a separación, divorcio o muerte de la pareja (Glynn, Cristenfeld y Gerin, 1999). Las diferencias entre los sexos en cuanto a sociabilidad, habilidades interpersonales, comportamiento social y capacidad empática (véase capítulo 9) pueden explicar los diferentes efectos de establecer y disolver conexiones humanas en varones y mujeres.

También debe advertirse que debido a que la disolución de conexiones humanas resultante de la interrupción del matrimonio, la separación y el divorcio es perjudicial para el bienestar físico, mental y social (Bloom, Asher y White, 1978; Verbrugge, 1979), la fragmentación de esta importante institución social hace alerta en la salud pública de la sociedad a gran escala. Dicha tendencia hacia la disolución de la familia añade la responsabilidad adicional para los proveedores de la salud de llenar la brecha y servir como un soporte social. Tener un médico de apoyo que escuche empáticamente las experiencias personales del paciente con un **tercer oído** y vea sus preocupaciones con el **ojo de la mente** ayuda al paciente a clasificar esas experiencias y es, por sí mismo, terapéutico.

### **Apoyo social**

El apoyo social se define como un constructo multidimensional de las relaciones sociales que propicia el bienestar (Rodríguez y Cohen, 1998). También se ha descrito como el recurso interpersonal que utiliza la gente para compartir entendimiento y emociones, y para desarrollar un sentido de pertenencia (Wellman, 1998). Un sistema de apoyo social provee recursos psicológicos y materiales que favorecen la capacidad de un individuo de afrontar el estrés (Blumenthal *et al.*, 1987; Cohen, 2004). Una red de apoyo social de colaboradores y amigos es de importancia para el bienestar tanto de niños como de adultos (Cohen, 2004; Hartup y Stevens, 1999). Un volumen sustancial de evidencia acumulada indica el grado en que las relaciones sociales de apoyo están relacionadas con el bienestar físico, social y mental del individuo (Berkman, 1995). Debido a los beneficios del sistema de apoyo social en la promoción de la salud, Berkman (1995) sugirió que las redes de apoyo social como familia, amigos y comunidad deberían ser incorporadas dentro de interven-

ciones de tratamiento. Según Morgan (2002), una red de apoyo social funcional requiere de empatía.

## Resultados benéficos de establecer conexiones

La asociación entre la conexión social y sus efectos sobre la salud está bien establecida en la investigación epidemiológica (Glynn *et al.*, 1999). Dean Ornish (1998) describió el poder curativo de la intimidad y las relaciones sociales en la enfermedad arterial coronaria, más allá de los medicamentos y la cirugía, de la siguiente manera: “Nuestro corazón **es** una bomba que necesita ser atendida a nivel físico, pero nuestros corazones son algo más que tan sólo bombas. Un verdadero médico es más que sólo un fontanero, técnico o mecánico. Tenemos además un corazón emocional, un corazón psicológico y un corazón espiritual. Nuestro lenguaje refleja este entendimiento” (p. 11).

Cohen (1988) descubrió que cuando los participantes de investigaciones fueron expuestos al virus de la gripe común, las conexiones sociales percibidas sirvieron como un factor de protección contra el virus. Se encontró que la sociabilidad y la actividad social predijeron mayor sobrevivencia entre mujeres con cáncer de mama (Hislop, Waxler, Coldman, Elwood y Kan, 1987), además, es ampliamente reconocido que uno de los factores que contribuyen a mejorar la salud de pacientes con cáncer es la conexión social (Holland, 2001). Los estudios previamente mencionados apoyan la noción de que las relaciones sociales significativas, manifestadas como compromiso empático, pueden optimizar la inmunocompetencia humana a un nivel milagroso.

A pesar de que el muy conocido Estudio del Corazón de Framingham (del inglés, *Framingham Heart Study*) se ha enfocado principalmente a los factores fisiológicos y de estilo de vida en enfermedades cardíacas (Levy, 1999), éste y muchos otros estudios epidemiológicos a gran escala proveen bases sólidas para el supuesto de que la conexión humana es benéfica para la salud y la falta de ella es un factor de riesgo independiente para la enfermedad. Por ejemplo, en un estudio de la tasa de mortalidad causada por enfermedades cardíacas entre residentes italoamericanos en dos poblaciones adyacentes al este de Pennsylvania, los investigadores descubrieron que la incidencia de muerte entre los residentes de Roseto fue mayor que en los residentes de Bangor (Egolf, Lasker, Wolf y Potvin, 1992; Wolf, 1992). Los investigadores atribuyeron esta diferencia en las tasas de mortalidad a cambios en el sistema de apoyo social y a una menor cohesión familiar y de la comunidad de los italoamericanos en Roseto como resultado de haberse convertido en una comunidad más **americanizada**.

Recuperaciones notables de enfermedades que amenazan la vida se han relacionado con el poder de las conexiones sociales, tales como un matrimonio duradero, las relaciones familiares y las amistades (Hirshberg y Barasch, 1995). En un estudio de japoneses que emigraron a EUA, Marmot y Syme (1976) encontraron que los migrantes que conservaron sus lazos familiares tradicionales presentaron una baja prevalencia de enfermedades del corazón, de forma similar a sus contrapartes

que aún vivían en Japón; sin embargo, los migrantes que se aculturizaron adoptando el estilo de vida occidental tenían de 3 a 5 veces mayor probabilidad de padecer problemas cardiacos.

En otro estudio epidemiológico, llevado a cabo en el condado de Alameda cerca de San Francisco, se descubrió que la percepción de la falta de una red social (familia, amigos y otros tipos de grupo de filiación como los religiosos) incrementó significativamente la tasa de mortalidad de 1.9 a 3.1 durante el periodo de seguimiento de nueve años (Berkman, 1995; Berkman, Glass, Brissette y Seeman, 2000; Berkman, Leo-Summers y Horwitz, 1992; Berkman y Syme, 1979). Incluyendo residentes del mismo condado, los investigadores encontraron que durante su estudio de cinco años, la tasa de mortalidad para cáncer de mama fue dos veces mayor entre mujeres que carecían de una conexión social fuerte (Raynolds, Boyd y Blacklow, 1994).

Investigadores en el Estudio de la Salud de la Comunidad Tecumseh (del inglés *Tecumseh Community Health Study*), conducido en Michigan, descubrieron que durante un periodo de 10 a 12 años, las tasas de mortalidad por accidente cerebrovascular, otros problemas cardiacos, cáncer, artritis y enfermedad pulmonar se incrementaron en 2 o 3 veces durante el periodo del estudio como resultado del debilitamiento de los sistemas de apoyo social de los participantes (House, Robbins y Metzner, 1982). Blazer (1982) descubrió que la gente que expresó insatisfacción con su sistema de apoyo social tenía una probabilidad tres veces mayor de morir antes por enfermedad, que sus contrapartes satisfechos.

Éstos y otros estudios epidemiológicos indican que el riesgo de enfermedad física, como mínimo, se duplica cuando las conexiones sociales de una persona se debilitan o fragmentan (Kaplan, Salonem y Cohen, 1988; Orth-Gomer y Johnson, 1987; Schoenbach, Kaplan, Fredman y Kleinbaum, 1986; Seeman, Berkman y Koohtout, 1993). Con base en los hallazgos descritos, parece ser que vigilancia, preguntas y consejos respecto a las conexiones sociales de los pacientes no sólo pueden servir a los médicos para encontrar remedios que mejorarán el estado de salud de sus pacientes, sino que además pueden confirmar la importancia de la conexión empática entre médico y paciente como prototipo de un sistema de apoyo que, por sí mismo, es terapéutico.

Pennebaker (1990) sugirió que un sistema de apoyo social tiene un poderoso beneficio porque sirve como desahogo para que la gente hable sobre sus preocupaciones y sentimientos. De igual manera, el poder curativo al **abrirse** durante la consulta con un proveedor de la salud se facilita por la escucha activa y la conexión interpersonal empática del proveedor con el paciente (véase capítulo 8). Pennebaker, Kiecolt-Glaser y Glaser (1988) reportaron que la autodiscusión de los eventos traumáticos pasados durante el encuentro entre médico y paciente puede tener efectos benéficos sobre el sistema inmune del paciente. La comprensión empática del médico puede reforzar la conexión médico-paciente que conduce al paciente a autodiscutir a niveles más profundos, lo cual, en su momento, resulta en un resultado más positivo en la salud. En sustento a esta noción, Greenberg, Watson, Elliot y Bohart (2001) sugirieron que una relación empática puede ayudar a reforzar el sentido de uno mismo y a liberar a una persona del aislamiento y la soledad.

Los mecanismos precisos que promueven la salud como resultado de la conexión humana no son completamente entendidos. Sin embargo, las investigaciones sugieren que algunos mecanismos tanto neurobiológicos como psicológicos están involucrados. Berkman (1995) sugirió que el sistema inmune y neuroendócrino participan en el enlace entre las conexiones sociales y los resultados sobre la salud. En un artículo de revisión, Cohen (1988) concluyó que los efectos promotores de la salud de los lazos sociales reflejados en la integración social (p. ej., el matrimonio, la red de familiares y amigos, las actividades grupales y la afiliación religiosa) son los resultados combinados de factores psicosociales (p. ej., la regulación de emociones, los procesos cognitivos, el estilo de vida y los comportamientos de la salud), así como de funciones biofisiológicas (p. ej., sistemas neuroendócrino, inmune y cardiovascular).

Las conexiones sociales son protectoras debido a la satisfacción que resulta de las relaciones humanas: un importante factor promotor de la salud. Por ejemplo, Berkman (2000) enfatizó que la satisfacción con pareja, hijos, familiares y amigos es más importante que la frecuencia de contacto con ellos. Es decir, la calidad **percibida** de las conexiones sociales es más importante que la **cantidad** de dichas conexiones en el mantenimiento de la salud. De forma similar, Seeman y Syme (1987) mostraron que la dimensión de la red social es menos importante que la calidad de las relaciones interpersonales dentro de dicha red para reducir el riesgo de enfermedad arterial coronaria. Se ha acumulado evidencia de que el apoyo social sirve como un **amortiguador** protector contra el miedo y la ansiedad relacionados con el estrés (Cohen, 1988; LaRocco, House y French, 1980) que, en un momento dado, puede prolongar las vidas de los pacientes con cáncer de mama (Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil, 1989).

Los aspectos promotores de la salud de las conexiones humanas podrían ser una consecuencia de ciertos patrones de respuesta psicofisiológica en relación con el efecto relajante de la afiliación, una actividad simpático-suprarrenal disminuida y actividades hormonales y metabólicas relacionadas con el contacto humano (Uvnas-Moberg, 1997). Parece ser que la percepción de las conexiones interpersonales afecta los sistemas nervioso, endocrino e inmune (colectivamente denominados psiconeuroinmunología), y que los efectos combinados de las interacciones de los tres sistemas contribuyen ya sea a la salud (cuando las conexiones son satisfactorias) o a la enfermedad (cuando las conexiones, tales como las relaciones negativas o estresantes, son insatisfactorias).

Según los estudios mencionados, el riesgo de enfermedad debería ser menor entre personas que tienen fuertes conexiones sociales en varios campos, incluyendo la percepción de apoyo de sus proveedores de salud. Es importante que esto sea conocido por los proveedores de la salud, pues Berkman (2000) sugirió que un tipo de relación social puede llenar el vacío de otra. Por lo tanto, el compromiso empático en los encuentros médico-paciente puede servir como sustituto o fuente adicional de conexión humana, con todos sus resultados benéficos.

## Efectos dañinos de romper conexiones

Establecer y romper conexiones humanas obviamente tendrá consecuencias opuestas para la salud. Una red social inadecuada se asocia con un alto grado de experiencias de soledad (Seeman y Syme, 1987). La gente solitaria obviamente está privada de los efectos benéficos de las conexiones humanas. Según House y colaboradores (House, Landis y Umberson, 1988), el aislamiento social es un factor de riesgo significativo para la morbilidad y la mortalidad comparable a la obesidad, el modo de vida sedentario, e inclusive, fumar. Una discusión detallada sobre la soledad y sus efectos corrosivos en el bienestar humano está más allá del alcance de este libro. Sin embargo, debido a que la soledad reduce la probabilidad de un compromiso empático, discutiré de forma breve sus resultados dañinos, así como su relación con la empatía.

La soledad, definida como la percepción de carecer de conexiones significativas con otros, es un fenómeno complejo producto de muchos factores, que incluyen el entorno en el desarrollo temprano, relaciones de apego inseguras en la infancia, una red social disfuncional, un ambiente vital no-facilitador, fuerzas sociales y la falta de habilidades interpersonales (Hojat y Crandall, 1989). Estos mismos factores también contribuyen a una capacidad deficiente para la empatía (véase capítulo 4).

La soledad no sólo impide el bienestar psicosocial, sino que además tiene un efecto negativo sobre la salud física a través de la vía del sistema inmune (Kennedy, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988). Se ha demostrado que la desconexión humana, experimentada como soledad, conduce a un sistema inmune comprometido y por lo tanto, incrementa la vulnerabilidad de una persona a infecciones y enfermedades. Por ejemplo, estudiantes de medicina que eran solitarios tenían una función inmune pobre, al medir el declive en las proporciones de linfocitos T colaboradores y en el número y función de células asesinas naturales (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1984).

Las personas desconectadas carecen de habilidades sociales y son similares a las personas con capacidad empática deficiente. Por ejemplo, en uno de nuestros estudios recientes en estudiantes de medicina (Hojat *et al.*, 2005b), encontramos que las calificaciones en la Escala de Empatía Médica de Jefferson (véase capítulo 7) estaban correlacionadas negativamente con las calificaciones de la Escala de Soledad de UCLA (Russell, Peplau y Cutrona, 2004) pero estaban correlacionadas positivamente con las calificaciones de sociabilidad en la Subescala de Extraversión del Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman (Zuckerman, 2002).

La investigación ha demostrado que es probable que las personas solitarias califiquen bajo en mediciones de aspectos positivos de personalidad que contribuyen a mejores relaciones interpersonales (p. ej., autoestima, extraversión) (Hojat, 1982a, 1982b, 1983; Shapurian y Hojat, 1985). Por el contrario, las personas solitarias tienen probabilidad de calificar alto en aspectos negativos de la personalidad que son dañinos para las relaciones interpersonales (p. ej., depresión, ansiedad, neurosis, terquedad) (Hojat, 1982a, 1982b, 1983; Hojat y Shapurian, 1986; Hojat, Shapurian y Mehryar, 1986; Shapurian y Hojat, 1985). Es menos probable que las personas desconectadas confíen en los demás, como lo indica una significativa correlación

entre las calificaciones en la Escala de la Soledad de UCLA y las calificaciones en una escala que mide la misantropía o la fe en las personas (Hojat, 1982a). Los hallazgos de que la gente solitaria carece de las habilidades requeridas para lograr conexiones interpersonales y que tiende a no confiar en los demás sugieren que la soledad no conduce a la formación de relaciones empáticas. En un estudio reciente (Papadakis *et al.*, 2005), se descubrió que las relaciones deterioradas entre compañeros de la escuela de medicina podrían predecir la acción disciplinaria posterior de los consejos clínicos en contra de médicos. Por lo tanto, la capacidad de establecer conexiones puede tener un efecto duradero en el comportamiento profesional de los médicos.

En su intrigante libro con el revelador título *Los Corazones Rotos: Las Consecuencias Médicas de la Soledad*, James Lynch (1977, p. 181) propuso que “la falta de compañía humana, la súbita pérdida del amor y la soledad humana crónica son contribuyentes importantes para las enfermedades graves (incluyendo la enfermedad cardiovascular) y la muerte prematura”. Por ejemplo, estar rodeado de familia o amigos redujo la probabilidad de muerte prematura a la mitad entre los pacientes ancianos en comparación con la tasa de mortalidad entre aquellos que eran solitarios (Penninx, van Tilburg y Kriegsman, 1997).

Otro estudio encontró que vivir solo fue un factor de riesgo independiente en los eventos cardíacos mayores recurrentes (Case, Moss, Case, McDermott y Eberly, 1992). Sin embargo, se ha descubierto que sentirse solo es más dañino para la salud que vivir solo (Berkman, 2000; Hojat, 1992). Un creciente conjunto de evidencia en medicina epidemiológica y psicosomática sugiere que la desconexión es un importante estresor que puede ser un elemento causante al inicio o exacerbación de una gran y diversa cantidad de enfermedades médicas, incluyendo asma, cáncer, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, hepatitis infecciosa, leucemia, úlcera péptica, hipertensión, hipertiroidismo y artritis reumatoide, así como al inicio de catástrofes médicas como la muerte súbita después de la pérdida de un ser querido (para una revisión, véase Hojat y Vogel, 1989). La angustia percibida que emerge de la insatisfacción con la red social afecta de manera adversa al sistema psiconeuroinmune, lo cual conduce al avance de la enfermedad y al deterioro de la salud (Keller, Shiflett, Schleifer y Bartlett, 1994).

Una serie de estudios han documentado que los pacientes solitarios, solteros o que carecen de un confidente tienen una tasa de mortalidad más alta después de un infarto agudo de miocardio (Berkman *et al.*, 1992; Case *et al.*, 1992). Niveles bajos de recursos sociales fueron identificados como factores significativos de riesgo, independientes de factores de pronóstico médico importantes, en pacientes tratados médicamente por cardiopatía isquémica (Williams *et al.*, 1992). Las consecuencias nocivas relacionadas con la falta de conexiones interpersonales resultan en una habilidad reducida para adaptarse a los cambios ambientales, lo cual puede causar daño en los sistemas cardiovascular, metabólico e inmune (McEwen, 1998).

Un hallazgo reciente indica que el aturdimiento miocárdico fue resultado del estrés emocional resultante de la muerte de un miembro de la familia o amigo cercano en 47% de los pacientes con miocardiopatía relacionada con estrés (Wittstein *et al.*,

2005). Los autores sugieren que la estimulación simpática exagerada (o síndrome del **corazón roto**) como resultado del estrés emocional abrumador, después de la pérdida de un ser amado, podría ser central para el aturdimiento miocárdico.

Windholz, Marmar y Horowitz (1985) reportaron que los esposos en duelo estaban en mayor riesgo de deterioro de la salud y tuvieron una tasa de mortalidad más alta. En un estudio longitudinal de voluntarias de mamografía, Fox, Harper, Hyner y Lyle (1994) encontraron que experimentar la muerte de la pareja o de algún otro miembro cercano de la familia durante los dos años previos al estudio, incrementó significativamente el riesgo de cáncer mamario. En síntesis, la desdicha toca a la puerta cuando la conexión humana se rompe por muerte de un ser querido, divorcio, separación o soledad. El compromiso empático puede disipar el sufrimiento de la desconexión humana.

### Conexión humana en la terapia

La conexión humana puede generar una dinámica interpersonal que brinda un efecto curativo. Por ejemplo, la terapia de grupo es un método de tratamiento que se realiza en un grupo de pacientes quienes muchas veces presentan problemas similares. Los grupos de apoyo compuestos de pacientes o pacientes previos que se juntan para hablar sobre experiencias relacionadas con su enfermedad representan otra aproximación terapéutica. Los únicos elementos de este tipo de terapias son la conexión interpersonal, la comprensión mutua y el compartir las experiencias y preocupaciones, los cuáles también son parte del compromiso empático. Shamasundar (1999) postuló que los participantes en dichos grupos experimentan desahogo de su ansiedad y sufrimiento mediante el proceso de dilución de los estados emocionales durante el compromiso empático que ocurre al compartir sus experiencias con los demás. David Spiegel y colaboradores (Spiegel, 1990, 1994; Spiegel y Bloom, 1983; Spiegel, Bloom y Yalom, 1981) demostraron que al ofrecer a los miembros apoyo social, la terapia de grupo y los grupos de apoyo conducen a prolongar la vida de pacientes con cáncer. En una serie de artículos, Spiegel y colaboradores (Spiegel, 1993, 1994, 2004; Spiegel *et al.*, 1989) demostraron que la percepción de pertenecer que se relaciona con la pertenencia a un grupo puede incrementar significativamente la longevidad de las pacientes con cáncer metastático de mama.

En un estudio clínico, se alentó a pacientes con cáncer metastático de mama a expresar sus sentimientos sobre su enfermedad ante un grupo (Spiegel *et al.*, 1989). En promedio, estas pacientes vivieron aproximadamente 18 meses más que los miembros de un grupo de control. Los investigadores concluyeron que el apoyo de un grupo y el expresar sentimientos pueden movilizar los recursos vitales del paciente con mayor eficacia. Un fenómeno similar ocurre durante el compromiso empático médico-paciente.

En un estudio metaanalítico, Bohart, Elliot, Greenberg y Watson (2002) confirmaron que la terapia de grupo condujo a resultados ligeramente mejores en los pacientes que una terapia individual. Un estudio realizado con médicos adictos reveló que un programa de autoayuda conducido por colaboradores similar a Alcohólicos

Anónimos fue exitoso al tratar la adicción de los médicos (Galanter, Talbott, Gallegos y Rubenstone; 1990). Los autores identificaron tres factores que contribuyeron a los resultados positivos del programa —creencias compartidas, unión de grupo e identificación mutua— todos elementos del compromiso empático. El desarrollo de una comprensión empática entre los participantes en terapia de grupo o grupos de apoyo como resultado de compartir metas y experiencias comunes podría ser un factor contribuyente para los cambios que ocurren en la conducta del grupo (Shamasundar, 1999). La sensación de ser comprendido genera una unión que disminuye los sentimientos de soledad y la percepción de enajenación del paciente que conduce a la alianza terapéutica (Book, 1991).

El fenómeno conocido como conducta psicógena masiva sucede con frecuencia a nivel de grupo entre los miembros de una red compuesta por miembros de la familia, amigos, compañeros de trabajo o de colegio quienes comparten experiencias y preocupaciones similares (Colligan, Pennebaker y Murphy, 1982). La relación empática se ha identificado como un factor que contribuye al contagio de la conducta psicógena del grupo (Colligan y Murphy, 1982). Además, el bostezo contagioso desencadenado al ver o imaginar el bostezo de otra persona se ha ligado a la capacidad que se tiene de empatizar con los demás (Platek, Critton, Myers y Gallup, 2003; Platek, Mohamed y Gallup, 2005). Por ejemplo, el bostezo después de cenar, que provoca que otros bostecen, puede ser algo similar a la conducta psicógena masiva que es análoga a la mímica interpersonal o a la postura sincronizada provocada por el compromiso empático (Boruch, 1982). Platek y colaboradores (2005) han propuesto que el bostezo contagioso es una expresión de procesos cognitivos relacionados con la conciencia de uno mismo y de los demás y que podría estar guiado por el denominado sistema de neuronas espejo (véase capítulo 3).

## El don de estar presente en la atención al paciente

El impulso humano de conexión se incrementa durante momentos de sufrimiento relacionado con enfermedad porque a menudo, las enfermedades hacen que el paciente se sienta desconectado (Platt y Keller, 1994). Por lo tanto, la disponibilidad de apoyo social para pacientes es crucial. Como indicó Morgan (2002), el apoyo social es sinónimo de atención en el contexto del cuidado de la salud. Estar presente cuando una persona requiere ayuda es, por sí solo, un factor de apoyo social y es un remedio terapéutico descrito como el **don de la presencia** (Nicholas, 2002). La presencia del médico es de especial apoyo cuando se ha establecido una relación empática entre el médico y el paciente.

La presencia de un aliado que apoya, como el caso de un proveedor de la salud empático, sirve como amortiguador contra la respuesta de estrés cardiovascular (Christenfeld y Gerin, 2000). Se ha descubierto que, en particular, la presencia de una mujer que brinde apoyo social ha sido más significativa que el apoyo social brindado por un varón (Christenfeld y Gerin, 2000). En un experimento sobre la influencia del apoyo social brindado por hombres y mujeres, a los participantes del estudio se les asignó la tarea de dar un discurso breve sobre la eutanasia (Glynn et

*al.*, 1999). Los investigadores descubrieron que cuando el apoyo era brindado por mujeres, quienes se encontraban entre el público asintiendo con la cabeza, la magnitud de la tensión arterial sistólica se redujo tanto en los oradores varones como en las mujeres. Sin embargo, un efecto cardiovascular de esta magnitud no se observó en los oradores cuando eran hombres entre el público quiénes asentían con la cabeza. Con base en los resultados de este experimento, los investigadores concluyeron que el don de la presencia por parte de individuos que apoyan, en especial mujeres, probablemente conduciría a que hubiese menos condiciones cardiacas (Glynn *et al.*, 1999). (Véase capítulo 9 para una discusión sobre las diferencias entre géneros en el estilo de la práctica médica.) Estos hallazgos sugieren, además, el importante rol que desempeñan las enfermeras (quienes en su mayoría son mujeres) al brindar atención y apoyo a los pacientes (p. ej., el concepto de cuidar *versus* curar en el capítulo 8).

## RELACIONES EMPÁTICAS MÉDICO-PACIENTE COMO EL EPÍTOME DE LA CONEXIÓN HUMANA

El término apoyo social aplica a una amplia gama de conceptualizaciones sobre estructuras de red social y su función de promoción de la salud (Blumenthal *et al.*, 1987; Cohen y Matthews, 1987). En este sentido, la relación médico-paciente puede ser conceptualizada como un tipo especial de sistema de apoyo social. Cohen (2004) sugirió que el apoyo social puede ofrecer los tres tipos de recursos siguientes: a) instrumental, involucrando el proveer ayuda material, b) emocional, que conlleva la expresión de empatía, cuidado y confianza, y c) informacional, que incluye proveer información relevante para ayudar al individuo a entender mejor el problema y a tolerar las dificultades. Una relación médico-paciente cooperativa ofrece todos los recursos antes mencionados, pues la investigación ha revelado que la comprensión mutua del dolor y el sufrimiento se incrementa en relaciones cooperativas, al contrario de aquellas que son competitivas (Goubert *et al.*, 2005).

La percepción del paciente del apoyo del médico es un fenómeno complejo que está en función de la naturaleza del comportamiento de búsqueda de ayuda y del deseo de afiliación del paciente, así como de la respuesta del médico a través de una comunicación empática. Cuando se establece una relación de confianza y se refuerza más allá mediante el compromiso empático, desaparecen las limitaciones en la relación y se forma una conexión humana de corazón a corazón. Este tipo de conexión humana, caracterizada por una confianza plena, se puede establecer de igual forma entre parejas como entre médicos y sus pacientes.

La relevancia e importancia de la noción de apoyo social en las relaciones médico-paciente se hace más evidente, considerando que los pacientes exhiben un incremento en el deseo de afiliación, algo que se espera de modo natural cuando la gente sufre (Taylor, Klein, Gruenewald y Fernandes-Taylor, 2003). En su experimento clásico, Stanley Schachter (1959) demostró que el estrés incrementa nuestro deseo de afiliación. En él, los participantes en condiciones de alto estrés (se les dijo que reci-

birían una descarga eléctrica dolorosa) fueron dos veces más propensos que los demás participantes a esperar en compañía de otros, en lugar de esperar solos su turno para participar en el experimento. Se ha demostrado que la presencia de alguien que nos importa puede reducir la experimentación del dolor y el sufrimiento (Romano, Jensen, Turner, Good y Hops, 2000).

Una explicación posible es que la conectividad humana tiene un efecto reductor del miedo que contribuye a los resultados positivos en la salud (House *et al.*, 1988). Además, se ha demostrado que el encuentro entre un médico y su paciente tiene, en sí, un poder curativo potencial (Novack, 1987; Spiro, 1986). Debido a este poderoso impacto, Balint (1957) describió a los clínicos como los agentes terapéuticos empleados con mayor frecuencia en la historia de la medicina.

La influencia positiva de los encuentros médico-paciente sobre los resultados finales del paciente se ha llamado el **Factor X**, un factor desconocido en la curación del sufrimiento humano (White, 1991). El sistema de apoyo social del paciente, en lo general, la naturaleza y calidad de la relación médico-paciente, en lo particular, están entre los componentes del factor humano en la salud y la enfermedad. En el proceso de conexión interpersonal, la empatía tiene un rol de mediador en la mejora de la fuerza de las conexiones al incrementar un sentido de identidad común y reducir los prejuicios (Stephan y Finlay, 1999). De esta manera, la empatía construye el camino hacia la conexión interpersonal entre médicos y pacientes, la cual es un tipo especial de sistema de apoyo social, con todos sus poderes curativos benéficos.

## RESUMEN

La tendencia humana a buscar conexiones tiene una raíz evolutiva y una ventaja de supervivencia. Abundantes evidencias indican que satisfacer la necesidad de afiliación y de conexión humana mediante el matrimonio, la familia, los compañeros, los amigos, la comunidad y otras redes de apoyo social, encamina hacia el bienestar físico, mental y social. Por el contrario, la ruptura de las conexiones sociales conduce a la soledad y sus efectos dañinos para la salud. La oportunidad de un compromiso empático es una razón subyacente para los efectos promotores de la salud de las conexiones humanas. Debido a que el impulso de esta conexión se incrementa durante periodos de sufrimiento y enfermedad, la presencia de un médico empático es un don de apoyo social para los pacientes y personifica la conexión humana con todos sus efectos benéficos.

### 3 Perspectiva evolutiva, fisiología psicosocial, neuroanatomía y herencia

*La empatía puede conducir a la evolución de la justicia.*

–(Karen Page y Martin Novak, 2002, p. 1101)

*La empatía es un concepto biológico por excelencia.*

–(Leslie Brothers, 1989, p. 17)

## PREÁMBULO

Para un mejor entendimiento de la empatía, necesitamos entender sus raíces evolutivas, su función fisiológica psicosocial, y su neuroanatomía. Durante el curso de la evolución, los seres humanos han sido dotados con la capacidad innata de expresar y entender emociones a través de indicaciones no verbales, la cual otorga ventajas para la supervivencia y se conceptualiza como una empatía primitiva. Diversas regiones del cerebro han sido implicadas en la empatía: en algunas ocasiones las áreas neocorticales, en otras, el sistema límbico, probablemente debido a una conceptualización diferente de la empatía, ya sea como un atributo cognitivo o emocional. La tecnología de neuroimágenes, los estudios de discapacidades neurológicas y el descubrimiento del sistema de neuronas espejo apoyan las nociones de la neuroanatomía y la función cerebral de la empatía. Estudios conducidos en gemelos sugieren que la herencia es un componente significativo de la empatía, más aún cuando usamos una medición de empatía emocional.

## INTRODUCCIÓN

En el capítulo 2 describí a los seres humanos como criaturas sociales que evolucionaron para establecer conexiones con otros seres humanos debido a que las agrupaciones sociales proveían mayor protección contra los depredadores (Plutchik, 1987). El compromiso empático, particularmente en momentos de sufrimiento, fue revisado en ese capítulo como un tipo especial de sistema de apoyo social. En este capítulo, analizo cómo la empatía tiene una raíz evolutiva con función fisiológica psicosocial, una estructura neuroanatómica y un componente heredable.

Mucho antes de desarrollar la capacidad de comunicación verbal e inventar el lenguaje, nuestros antepasados podían transmitir sus sentimientos, intenciones y expectativas por medios no verbales, tales como expresiones faciales, imitación, mímica motora y posturas corporales. La comunicación empática no verbal tiene una historia más longeva en el curso de la evolución humana que la comunicación verbal.

Por lo tanto, si el cerebro tiene áreas para la comunicación verbal y el lenguaje (p. ej., el área de Broca y la de Wernik), debe tener áreas para la comunicación no verbal y el entendimiento de emociones. Debido a que la empatía implica la comprensión de sentimientos, emociones y experiencias internas, cualquier medio para comunicar estas entidades sería de interés en el estudio de la capacidad para la empatía.

Los intercambios empáticos, según Buch y Ginsburg (1997a, p. 481), involucran genes de comunicación, “un proceso espontáneo de comunicación, basado en la genética, que es fundamental para todas las cosas vivas y que incluye mecanismos innatos de envío y recepción (visuales, auditivos, o visualizaciones químicas y pre-calibraciones de dichas visualizaciones, respectivamente); la empatía involucra genes comunicativos”. Si uno asume que la empatía está basada en un mecanismo **innato** e involucra **genes comunicativos**, entonces debe tener una raíz evolutiva, una estructura neuroanatómica y una función fisiológica psicosocial.

## PERSPECTIVA EVOLUTIVA

La evolución traza la trayectoria histórica que la humanidad ha recorrido hasta llegar al punto actual. Para entender el comportamiento humano, debemos entender su evolución. Según la noción de evolución de Charles Darwin (1965, 1981), los seres humanos han evolucionado durante una larga historia evolutiva de lucha por la existencia que resultó en la supervivencia del más apto. Durante esa larga historia, las emociones y sus expresiones y la cognición social evolucionaron por sus ventajas adaptativas al lidiar con la tarea fundamental de sobrevivir (Ekman, 1992).

Allport (1924) sugirió que la expresión de las emociones se originó de las experiencias de aprendizaje **comunes** para todos los seres humanos. De igual manera, Ekman (1992) propuso que nuestra valoración cognitiva de situaciones que evocan emociones (p. ej., aquellas que amenazan nuestra supervivencia) es determinada primeramente por nuestro pasado ancestral. Carl Gustav Jung (1964) propuso la noción de **inconsciente colectivo** como un residuo transpersonal de experiencias heredadas de generación en generación. Estas visiones implican la existencia de una raíz evolutiva común en la expresión de emoción y en la valoración cognitiva, que son vehículos de la comunicación empática.

En su artículo que invita a la reflexión sobre la perspectiva biológica de la empatía, Leslie Brothers (1989) propuso que la capacidad para la empatía mejora la aptitud para sobrevivir. Las capacidades que nuestros ancestros desarrollaron para leer las emociones con base en indicaciones no verbales (p. ej., la expresión facial, el movimiento corporal, el tono de la voz) servían como medio para distinguir a los enemigos de los amigos y al peligro de lo seguro. La habilidad de entender señales sociales transmitidas mediante expresiones faciales y movimientos corporales brinda una ventaja competitiva sobre los adversarios y protege de ser engañado por ellos (Brothers, 1989).

Obviamente, la gente que estaba armada con la capacidad de entender el estado mental de los demás podía escapar del peligro más fácilmente que otros que care-

cían de esta habilidad; por lo tanto, eran más aptos para sobrevivir. La gente que fallaba en desarrollar la capacidad para la empatía debido a experiencias psicosociales inapropiadas, un ambiente de crianza no facilitador o un desarrollo neurológico atrofiado, tenían menos probabilidades de sobrevivir. La selección natural, por lo tanto, favoreció la empatía (Humphrey, 1983; Ridley y Dawkins, 1981). En paralelo a la sensibilidad para detectar señales sociales, los seres humanos desarrollaron habilidades de engaño y manipulación para disimular sus emociones e intenciones ante los depredadores. Estas habilidades adaptadas evolutivamente tienen implicaciones para el estudio de la empatía.

La adaptación evolutiva ha contribuido no sólo a los cambios físicos y anatómicos, sino además a comportamientos sociales tales como la selección de pareja (Buss, 2003), las estrategias reproductivas (Buss, 1995; Buss y Schmitt, 1993), la inversión parental (Trivers, 1972) y la conducta prosocial, el altruismo y la empatía (Buck y Ginsburg, 1997a; Ridley y Dawkins, 1981). Durante la larga historia de la evolución, las capacidades han evolucionado gradualmente para lograr el propósito fundamental de la vida: la preservación de genes. Dawkins (1999) propuso que el motor de la máquina para la supervivencia es dirigido por el **gen egoísta**, el cual determina si se ha de proteger, luchar o escapar para incrementar la probabilidad de supervivencia. Sin embargo, Ginsburg (1997b, p. 19) argumentó que “algunos genes son egoístas y funcionan para apoyar la supervivencia del organismo individual, pero otros genes lo hacen socialmente para apoyar la supervivencia de la especie”.

La noción de Buck y Ginsburg fue apoyada por Hamilton (1964), quien, al discutir el concepto evolutivo de aptitud exclusiva, propuso que los seres humanos no están programados exclusiva y egoístamente para proteger sus propios genes individuales, sino que están programados inclusiva y altruistamente para proteger la supervivencia de los otros que comparten características similares.

En apoyo a esta noción, Quervain y colaboradores (2004) emplearon la tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés *positrón emission tomography*) para estudiar las bases neurales del **cerebro social** en relación con las recompensas intrínsecas de las conductas prosociales (p. ej., la cooperación y respetar las normas sociales) y el castigo por violarlas. Los investigadores encontraron que la gente obtiene una satisfacción intrínseca al castigar a aquellos que violan las normas, lo cual sugiere que tal castigo altruista por el bien de la supervivencia del grupo ha sido una fuerza decisiva en la evolución del comportamiento social humano. Una región del cerebro relacionada con las recompensas, el cuerpo estriado dorsal, ha sido implicada en el procesamiento de recompensas que resultan del comportamiento socialmente deseable (Quervain *et al.*, 2004).

La idea de un gen **no egoísta** que apoya la supervivencia del grupo sugiere que la unidad de observación para el propósito de sobrevivir podría ser el grupo de individuos con características comunes, en lugar del individuo. Las probabilidades de supervivencia del grupo se incrementan con las conductas prosociales y motivadas altruistamente. La base evolutiva de la empatía, según Hoffman (1978), puede vincularse al comportamiento altruista al ayudar a otros en peligro, a veces con riesgo para uno mismo.

Los comportamientos altruistas han intrigado a los estudiosos de la evolución que creen que el propósito de la lucha por la existencia es la preservación de los genes individuales. Sin embargo, la noción de un gen no egoísta puede explicar la motivación subyacente del altruismo. Por ejemplo, el sacrificar la propia vida por el bien del país (comportamiento patriótico) fue dramáticamente ilustrado por los pilotos kamikaze japoneses durante la Segunda Guerra Mundial. Políticas misiones suicidas también pueden ser explicadas por el concepto de un gen no egoísta con miras a la supervivencia del grupo en lugar de la individual. La empatía podría tener un papel en tales comportamientos de autosacrificio, enraizados en el entendimiento del sufrimiento de otros.

La disyuntiva acerca de que si los esfuerzos inconscientes (o conscientes) por sobrevivir son dirigidos egoísta e interesadamente hacia la preservación de los genes individuales, o son dirigidos desinteresada y altruistamente hacia el mantenimiento de los genes del grupo, ha sido discutida de manera acalorada por los estudiosos de la evolución. A pesar de que los detalles de dicho debate están más allá del alcance de este libro, siempre debemos recordar que somos producto de millones de años de adaptación evolutiva con el propósito de la supervivencia individual o grupal. La empatía es un producto secundario de esta adaptación evolutiva.

## Medios no verbales de comunicación empática

A través del proceso de la evolución, el cerebro humano ha progresado para enviar y recibir mensajes mediante indicaciones no verbales, tales como las expresiones faciales, la mímica motora, las gesticulaciones corporales, el cambio del color de la piel facial, la sudación y el temblor, así como sonidos vocales; el tono de la voz, el llanto y la risa, de tal manera que la felicidad, lo amistoso y los comportamiento bienintencionados pueden ser distinguidos de la tristeza, el desacuerdo y las intenciones hostiles (Adolphs, Tranel, Damasio y Damasio, 1994; Siegel, 1999). Como resultado de este proceso evolutivo, según Darwin (1965), los afectos básicos, como la felicidad, la tristeza, la ira, el miedo y el asco, así como los medios no verbales de expresarlos, se pueden entender y comunicar fácilmente sin importar los obstáculos del lenguaje o la cultura.

En el comportamiento interpersonal, considerado como “las contribuciones de una persona a hacer algo con otras personas” según Westerman (2005, p. 22), la expresión de las emociones tiene un cometido principal. La habilidad de enviar y recibir señales comunicativas en los encuentros interpersonales es un medio para la supervivencia. La habilidad de entender las emociones de otras personas por señales externas, como expresiones faciales y gestos corporales, también es ingrediente medular para establecer una relación empática (Ekman y Friesen, 1974; Zahn-Waxler, Robinson y Emde, 1992). La empatía puede ser transmitida tanto a través de medios de comunicación léxicos como cinéticos (Mayerson, 1976). Se ha sugerido que las indicaciones conductuales o no verbales podrían ser incluso más eficaces para la transmisión de mensajes emocionales que la comunicación léxica o verbal (Bayes, 1972).

## MÍMICA Y EXPRESIÓN FACIAL

El rostro humano presenta fascinantes y significativas pistas sobre el estado físico y mental de una persona. Los músculos faciales, controlados por el sistema nervioso central, tienen la capacidad única de producir una amplia variedad de expresiones (Dawson, 1994; Siegel, 1999). Debido a que las expresiones faciales y las posturas corporales son la manifestación externa del mundo interno, facilitan la comunicación empática, en especial en los encuentros médico-paciente. Por ejemplo, el grado de afinidad entre médico y paciente, según Goldstein y Michaels (1985, p. 107), se correlaciona con el acontecer de una **postura compartida**.

Otro medio no verbal para comunicar experiencias es la mímica, la cual ocurre cuando alguien observa la expresión de otra persona y responde con una representación motora similar (Hess, Blairy y Phillipot, 1999). Por ejemplo, todos tendemos a asumir las tensiones de la postura de atletas o bailarines durante los momentos en que estamos absortos observando sus acciones (Davis, 1985). Además, la mayoría hemos experimentado u observado que al alimentar con cuchara a sus hijos, las madres con frecuencia abren su propia boca **como si** se estuvieran alimentando a sí mismas. Estos ejemplos sugieren que la mímica es una imitación no deliberada que tiene una función de comunicación (Schafren, 1964).

Debido a que la mímica y sus resultados somatosensoriales pueden ayudarnos a entender las experiencias de otra persona (Wicker *et al.*, 2003), su relevancia para la empatía es evidente (Chartrand y Bargh, 1999). Según Davis (1985), valorar el concepto de la mímica es importante al analizar el componente de la empatía. La mímica y la expresión facial generan cambios en el sistema nervioso autónomo relacionados con sentimientos que corresponden a la expresión facial (Decety y Jackson, 2004). Basch (1983) propuso que la imitación inconsciente automática de las expresiones faciales de otra persona (mímica facial) y de los gestos corporales (mímica motora) genera una respuesta automática y sincronizada en el observador que conduce a un mejor entendimiento de las experiencias idénticas a aquellas experimentadas por el individuo observado.

Carr y colaboradores (2003) propusieron que los individuos con un alto grado de empatía en comparación con otros, exhiben mayor mímica inconsciente de las expresiones faciales y posturas corporales de otras personas. Chartrand y Bargh (1999) describieron este fenómeno como el **efecto camaleón** —la sola percepción del comportamiento de otra persona puede automáticamente incrementar la probabilidad de imitar el comportamiento percibido. Chartrand y Bargh sugieren que el efecto camaleón es el mecanismo tras la mímica motora que satisface la necesidad humana de conexión y afiliación. Además, informaron que los individuos con calificaciones de empatía altas en el Índice de Reactividad Interpersonal (Davis, 1983) (véase capítulo 5) exhibieron el efecto camaleón en un grado mayor que otros con calificaciones de empatía bajas.

Evidencia experimental sugiere que el cerebro humano está diseñado para estar atento a señales emocionales emitidas a través de expresiones faciales. Por ejemplo, empleando el procedimiento de **cara inmóvil**, Tronick, Als, Adamson, Wise y Bra-

zelton (1978) descubrieron que los niños pequeños se tornan incómodos y retraídos cuando sus madres asumen una cara inexpresiva, evitando revelar sus emociones (véase capítulo 4). La evidencia también indica que los bebés pueden imitar gestos faciales humanos, como sacar la lengua, resaltar los labios y abrir la boca (Meltzoff y Moore, 1977, 1983). La mímica y la habilidad de imitar gestos faciales y entender expresiones faciales han sido conceptualizadas como un tipo de empatía primitiva (Bavelas, Black, Lemery y Mullett, 1986).

Por otra parte, los recién nacidos llorarán en respuesta al sonido del llanto de otro bebé (Sagi y Hoffman, 1976; Simner, 1971). Este llanto reactivo no ocurre en respuesta ya sea a un ruido fuerte ni a un sonido vocal que carece de los componentes afectivos del llanto del otro bebé, ni siquiera al llanto grabado del mismo recién nacido. Según Hoffman (1978), el llanto reactivo del bebé humano está basado en un mecanismo intrínseco que es un precursor temprano del entendimiento empático.

## FISIOLOGÍA PSICOSOCIAL

El vínculo entre la fisiología humana y la interacción social ha llamado la atención de los estudiosos por mucho tiempo. Por ejemplo, hace medio siglo, Boyd y DiMascio (1957) estudiaron el concepto de la **sociofisiología** del comportamiento social y encontraron una relación entre las emociones expresadas en entrevistas clínicas y las respuestas fisiológicas autónomas, tales como la frecuencia cardiaca, la resistencia de la piel y la temperatura facial. La noción de **fisiología interpersonal** en las interacciones médico-paciente fue introducida por primera vez en un estudio por DiMascio, Boyd y Greenblatt (1957), quienes encontraron que la frecuencia cardiaca y la temperatura de la piel del paciente y del médico estaban sincronizadas durante las entrevistas clínicas. Goldstein y Michaels (1985, p. 68) reportaron que la sincronización ocurre típicamente entre individuos que tienen **afinidad** entre sí. La precisión en la percepción de emociones negativas se encontró como una función de la sincronía fisiológica entre el perceptor y la persona objetivo (Levenson y Ruef, 1992). Se sugiere que la empatía puede emerger como resultado del sistema nervioso autónomo, el cual tiende a simular el estado fisiológico de otra persona (Ax, 1964). En otras palabras, un compromiso empático reflejado en una afinidad interpersonal facilita la sincronización fisiológica durante las consultas.

En otro experimento temprano, los investigadores notaron que las respuestas fisiológicas de jóvenes soldados saludables eran diferentes al interactuar con un oficial (que era un psiquiatra) y con una persona que era un hombre enlistado en el servicio militar (Reiser, Reeves y Armington, 1955). Los investigadores concluyeron que la fisiología psicosocial de la relación en encuentros médico-paciente podría ser una función del punto de vista del cliente respecto al prestigio o estatus del proveedor de la salud (Reiser *et al.*, 1955).

En un artículo de revisión reciente, Adler (2002) propuso que la experiencia de una relación empática en los encuentros clínicos reduce la secreción de hormonas del estrés y concluyó que “el efecto inmediato de una relación afectuosa fluye a partir

de las consecuencias fisiológicas de sentirse atendido, pues la neurobiología de tal relación promueve un patrón de respuesta endocrina que favorece la homeostasis y es la antítesis de la respuesta de lucha o huida (p. 878)".

Durante las entrevistas clínicas se pone en marcha un círculo de retroalimentación fisiológica que es un reflejo simbólico del entendimiento mutuo. Se ha reportado que observar emociones en otra persona resulta en una exhibición similar de emoción en el observador (Lanzetta y Englis, 1989). De manera similar, el sufrimiento emocional de una persona puede desencadenar automáticamente un sufrimiento similar en otra persona cuando ambas interactúan (Eisenberg, 1989). Un estudio de los cambios fisiológicos, por ejemplo en la frecuencia cardíaca, durante interacciones interpersonales reveló que el estilo interpersonal de un médico (p. ej., elogiar o criticar) puede influir la reacción fisiológica del paciente (Malno, Boag y Smith, 1957). Por ejemplo, estos investigadores observaron que las frecuencias cardíacas de los pacientes se elevaron significativamente más cuando el médico había tenido un **mal** día. Los resultados de un estudio reciente indican que la sincronización fisiológica (p. ej., en frecuencia cardíaca y actividad muscular) entre las personas puede conducir a percepciones más precisas de sus sentimientos (Decety y Jackson, 2006).

Kaplan y Bloom (1960, p. 133) propusieron la idea de que el proceso empático involucra no sólo el ponerse a uno mismo en los zapatos **psicológicos** de otra persona sino ponerse también en sus zapatos **fisiológicos**. Sin embargo, Szalita (1976, p. 145) sugirió que en el compromiso empático con pacientes, "es bueno ser capaz de ponerse uno mismo en los zapatos de alguien más, pero debes recordar que tú no los usas". En un estudio reciente de parejas examinadas empleando resonancia magnética (RM), Singer y colaboradores (2004) encontraron que las parejas que calificaron más alto en la Escala de Empatía (Hogan, 1969) (véase capítulo 5) y en la Subescala de Preocupación Empática del Índice de Reactividad Interpersonal mostraron actividad cerebral más intensa cuando observaron a su pareja experimentando dolor.

Estos hallazgos sugieren que la resonancia empática involucra actividades fisiológicas y neurológicas compartidas entre las personas que interactúan. La noción de fisiología compartida entre personas que interactúan es intrigante (Ax, 1964; Kaplan y Bloom, 1960; Levenson y Ruef, 1992), y abre una ventana para estudiar la **danza fisiológica** que ocurre en el compromiso empático. Se requiere más investigación para esclarecer los mecanismos subyacentes involucrados en la fisiología psicosocial del comportamiento social y la relevancia de las respuestas fisiológicas compartidas al entendimiento empático y a los sentimientos simpáticos.

## NEUROANATOMÍA

Según Brothers (1989, p. 11), la empatía como un comportamiento social es un concepto que "parece tener una gran utilidad potencial para unir los datos neurológicos y psicológicos". Para lograr un mejor entendimiento de la empatía, debemos

expandir nuestro conocimiento sobre los mecanismos celulares involucrados en las relaciones interpersonales y la neuroanatomía de la empatía. En un concienzudo artículo sobre un nuevo marco de referencia intelectual para la psiquiatría, Eric Kandel (1998) propuso un principio básico de que todos los procesos mentales, cognitivos y emocionales, sin excepción, se derivan de operaciones neurofisiológicas del cerebro. Sugirió, además, que este principio se aplica tanto a comportamientos individuales como a interacciones sociales. Por lo tanto, la empatía bien cabe dentro del alcance de las operaciones neurofisiológicas del cerebro.

El cerebro humano es un complejo centro de comando y control para la cognición y las emociones. Aunque las tres divisiones del cerebro (tallo cerebral, sistema límbico y corteza cerebral) son estructural y evolutivamente distintas, están estrechamente interconectadas mediante una compleja red neurológica. El tallo cerebral (cerebro reptiliano), filogenéticamente la sección más antigua del cerebro, controla la fisiología de la supervivencia (p. ej., el latido cardíaco, la respiración). La sección que le sigue en antigüedad, el sistema límbico, se envuelve en torno al tallo cerebral y funciona como el centro primario para las emociones y el comportamiento social (MacLean, 1990). El cerebro límbico tiene receptores opioides en abundancia que no sólo pueden reducir el dolor físico, sino que además pueden disminuir el devastador dolor psicológico que surge de la ruptura de una relación interpersonal (Lewis, Amini y Lannon, 2000).

Incluido en el sistema límbico hay un número de subestructuras interconectadas, como la amígdala, el hipocampo, el hipotálamo y el cíngulo. Entre las estructuras del sistema límbico, la función de la amígdala es importante al entender la neuroanatomía del comportamiento social, debido a su contribución para detectar las señales sociales. La amígdala es una estructura en forma de almendra consistente de un cúmulo de neuronas altamente interconectado situado en la profundidad de los lóbulos temporales internos. Está implicada en la producción de reacciones emocionales, expresiones de emoción (Milner, Squire y Kanel, 1998) y respuestas a las señales sociales. La amígdala es el acceso a la perspectiva del ambiente social de una persona (Nauta y Feirtag, 1986) y desempeña un papel crucial en la respuesta de lucha o huida (Siegel, 1999). La empatía, conceptualizada por algunos investigadores como un atributo emocional, podría estar vinculada a la amígdala.

El componente más nuevo del cerebro, la corteza cerebral, (más grande en seres humanos), tiene mucho que ver con el comportamiento cognitivo complejo, el pensamiento abstracto, el razonamiento, el lenguaje y otras actividades de alto nivel del cerebro humano. Un cambio impactante que ocurrió en el curso de la evolución del cerebro es el tremendo incremento en la complejidad y el tamaño de la corteza cerebral en los vertebrados en general y en los seres humanos en particular (Nolte, 1993). Las capas más nuevas de la corteza cerebral, la **neocorteza**, resultan de la vida social compleja (Keverne, Nevison y Martel, 1997). Estas capas permiten involucrarse en el comportamiento social voluntario basado en el entendimiento cognitivo (semejante a la empatía).

Parece ser más probable que la cognición sea una actividad cortical, mientras que la emoción sea una actividad subcortical (Nathanson, 1996). La mayor parte de

la cognición ocurre en el eje tálamo-neocortical (el cerebro pensante), mientras que las emociones primarias se registran principalmente en el eje hipotálamo-límbico (el cerebro que siente) (Moore, 1996). En consecuencia, podemos especular que el sistema límbico es más relevante para la simpatía, mientras que la neocorteza es más para la empatía. (Las diferencias entre simpatía y empatía fueron discutidas en el capítulo 1, y sus implicaciones en la atención al paciente serán discutidas en el capítulo 6.)

Una larga trayectoria evolutiva que dio por resultado el desarrollo de la capacidad de establecer vínculos y relaciones interpersonales debió haber dejado huellas perdurables en el sistema nervioso central humano. Actualmente, está fuera de discusión dualista que nuestra cognición y emociones están inextricablemente entrelazadas en la estructura y función del cerebro humano (Damasio, 2003).

Los estudiosos de la conducta empiezan a abordar el estudio del comportamiento social e interpersonal desde una perspectiva neurobiológica, aprovechando el beneficio que les brinda la avanzada tecnología (Bennette, 2001). Utilizando estos avances biomédicos, tales como las imágenes cerebrales, una nueva e interesante línea de investigación está descubriéndose sobre el terreno desconocido del cerebro empático. Nuevas tecnologías, como el PET y, en particular, la resonancia magnética funcional (RMf), permiten la exploración no invasiva del cerebro humano con un alto nivel de resolución que ayuda a los investigadores a entender no sólo los aspectos estructurales sino además las actividades funcionales del cerebro que están relacionadas con la empatía. Sin embargo, actualmente sólo tenemos indicios de lo que las bases neuroanatómicas de la empatía podrían ser, aún con todos los avances biotecnológicos.

Diversas partes del cerebro han sido implicadas en estudios de la neuroanatomía de la empatía. Entender el estado mental de otros, lo cual es la columna central del compromiso empático, parece estar localizado en áreas de la corteza frontal (Plattek, Keenan, Gallup y Mohamed, 2004), especialmente en el lóbulo frontal derecho (Stuss, 2001). Eslinger (1998) descubrió que la corteza prefrontal es, en particular, vital para el compromiso empático y sugirió que la región dorsolateral de la corteza frontal y su función podrían estar vinculadas con la capacidad de las personas de entender las experiencias de otros; y que la región orbitofrontal del cerebro podría estar relacionada con la respuesta emocional y la sensibilidad de las personas al estado emocional de los demás. También, de Quervain y colaboradores (2004) creen que tanto la corteza prefrontal como la orbitofrontal están involucradas en la integración de operaciones cognitivas en las relaciones interpersonales y en la toma de decisiones. Se ha propuesto que lesiones dorsolaterales se relacionan con un déficit de la empatía, así como con discapacidad en la flexibilidad cognitiva, mientras que pacientes con lesiones de corteza orbitofrontal estaban más inhabilitados para la empatía que para la flexibilidad cognitiva (Decety y Jackson, 2004). Además, la corteza orbitofrontal ha sido relacionada con la regulación de las emociones que contribuye al compromiso empático (Cahill, 2005). Singer y Frith (2005) reportaron que ver imágenes de gente desconocida siendo lastimada (p. ej., una mano atrapada por la puerta de un automóvil, o la mano de alguien siendo pinchada por una

aguja) evocó actividades cerebrales en la sección cognitiva-afectiva (corteza del cíngulo anterior) y no en los componentes sensoriales del cerebro. En su discusión sobre el **lado doloroso de la empatía**, los autores sugirieron que se inducen actividades mentales aun cuando las personas piensan en el dolor de los demás. En otro estudio empleando IRMf, Jackson, Meltzoff y Decety (2005) concluyeron que evaluar el dolor de otros se relaciona con cambios bilaterales significativos en las actividades del cíngulo anterior, la ínsula anterior y el cerebelo, que son conocidos por su participación en el proceso del dolor. Estos autores concluyeron que sus hallazgos ayudan a entender los mecanismos neurológicos que están implicados en la empatía humana. En una revisión reciente de “La Arquitectura Funcional de la Empatía Humana”, Decety y Jackson (2004, p. 80) concluyeron que “parte de la red neural mediadora de las experiencias dolorosas es compartida cuando empatiza con el dolor de los demás”.

El hemisferio derecho parece tener un rol importante en la capacidad para la empatía. Las señales interpersonales, como las expresiones faciales de emoción, son mejor reconocidas en el hemisferio cerebral derecho, y la mayoría de los mecanismos relacionados con la regulación de emociones se activan así mismo en el hemisferio derecho. La capacidad de reconocer emociones transmitidas por expresiones faciales está dañada en pacientes cuyo hemisferio derecho ha sido dañado (Kolb y Taylor, 1981) y el reconocimiento de expresiones faciales y el entendimiento empático estaban deterioradas en pacientes con atrofia del lóbulo temporal derecho (Perry *et al.*, 2001).

La expresión y percepción de la comunicación no verbal parecen estar mediadas por el hemisferio derecho, mientras que la comunicación verbal es mediada predominantemente por el hemisferio izquierdo (Siegel, 1999). En general, se cree que la región posterior del hemisferio derecho tiene un cometido especial en la percepción de emociones y en el reconocimiento de indicios emocionales (Buck y Ginsberg, 1997a, 1997b). Los aspectos cognitivos de la empatía (entendimiento mutuo), tales como las habilidades de toma de perspectiva y desempeño de un rol, están vinculadas con funciones del lóbulo frontal, mientras que para los aspectos emocionales de la empatía (emociones compartidas) se ha propuesto la hipótesis de que están asociados con las aéreas orbitofrontales (Eslinger, 1998). Spinella (2002) reportó que los componentes emocionales de la empatía (más afines a la simpatía que a la empatía), medidos por la Escala de Empatía Emocional (Mehrabian y Epstein, 1972) (véase capítulo 5), se correlacionaron con los olores identificados por la nariz derecha, mientras que los componentes cognitivos de la empatía no lo hicieron. Una explicación podría ser que el sentido del olfato está estrechamente ligado al sistema límbico, el centro procesador de las emociones del cerebro.

Carr y colaboradores (2003) utilizaron la RMf con sujetos humanos y confirmaron que para establecer relaciones empáticas, la gente necesita evocar la representación de acciones en el cerebro asociadas con las emociones que observan en los demás. El sistema límbico es sumamente importante para el procesamiento emocional a través del circuito de la red frontoparietal, que interactúa con la corteza temporal superior para la manifestación de comportamientos o la representación

de acciones (Carr *et al.*, 2003). Este mismo circuito es crucial para la activación del sistema de neuronas espejo que será descrito más adelante en este capítulo.

## Deterioro neurológico y empatía

Si supusiéramos que la empatía es una función de las actividades celulares en el cerebro, sería razonable esperar que el daño neurológico en el cerebro pudiese deteriorar la capacidad empática. Esta aseveración es apoyada por estudios en pacientes con lesión cerebral o con ciertos problemas neurológicos. El bien conocido caso de Phineas Gage es un ejemplo clásico de habilidades sociales deterioradas asociadas con lesiones del lóbulo frontal (Benton, 1991; Damasio, Grabowski, Frank, Galaburda y Damasio, 1994; Hamilton, 1984). Gage fue capataz en una compañía constructora ferroviaria. En 1848, como resultado de una explosión accidental, una barra de hierro le atravesó completamente el cráneo y aterrizó unos 25 m detrás de él (Macmillan, 2000). Aunque se recuperó físicamente después del tratamiento, y sobrevivió 11 años y medio después de la lesión, nunca recuperó la capacidad de establecer relaciones empáticas.

Eslinger (1998) descubrió que más de la mitad de los pacientes con deterioro neurológico calificaron más de dos desviaciones estándar por debajo de la media en una medición de la empatía. En un estudio sobre pacientes con daño neurológico causado por lesiones cefálicas cerradas, infarto hemisférico isquémico, encefalitis o esclerosis múltiple, Eslinger, Satish y Grattan (1996) encontraron que tanto el aspecto cognitivo de la empatía (medido con la Escala de Empatía de Hogan) como su aspecto emocional (medido con la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein) se encontraban deteriorados por daño neurológico. Bothers (1989) planteó la hipótesis de que el deterioro de la empatía observado en ciertas condiciones neurológicas, como el autismo o en ciertas lesiones de la corteza en el hemisferio cerebral derecho, sugería que la empatía tiene un origen neurofisiológico.

De todos los trastornos del desarrollo, el autismo está entre los mejores ejemplos clínicos para estudiar los determinantes neurológicos de la empatía. Las habilidades sociales pobres están entre las características centrales de los individuos autistas, y la patología central del autismo es un deterioro de la capacidad para la empatía (Brothers, 1989). La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) establece que un defecto en la interacción social es un criterio primario para el diagnóstico del autismo (Frances, First y Pincus, 1995). Se ha observado que los niños autistas nunca responden a la sonrisa de sus madres, lo cual indica que no tienen la capacidad de responder con empatía a los demás (Decety y Jackson, 2004). En otras palabras, la evidencia empírica y clínica sugiere que en comparación con la población en general, los individuos autistas obtienen calificaciones más bajas en pruebas para medir la capacidad de entender las expresiones faciales presentadas en fotografías de gente con cara feliz, triste o temerosa, y presentan una capacidad seriamente deteriorada para la empatía (Baron-Cohen, 2003).

Además del autismo, otros trastornos dominantes del desarrollo (p. ej., el síndrome de Asperger) y algunos trastornos de la personalidad (p. ej., el mutismo elec-

tivo, el síndrome de Tourette, la anorexia nerviosa y el trastorno obsesivo-compulsivo) se han relacionado con un déficit de empatía. Gillberg (1992, 1996) agrupó estas condiciones en una categoría denominada **trastornos de la empatía**. Gillberg (1996) supuso que los humanos tienen un **coeficiente de empatía** que, como el coeficiente de inteligencia (IQ), tiene una distribución normal entre la población general (una curva en forma de campana con media de 100 y desviación estándar de 15). En consecuencia, Gillberg (1996) afirmó que de manera similar a la clasificación de la capacidad intelectual, el autismo podría ser clasificado arbitrariamente como una deficiencia empática equivalente a un coeficiente por debajo de 50 (las personas con un IQ por debajo de 50 son clasificadas como retraso mental moderado, grave o profundo), y el síndrome de Asperger (una forma más leve de autismo) sería equivalente a un coeficiente en el rango de 50 a 70 (las personas con un IQ entre 50 y 70 son clasificadas como retraso mental leve).

Se han estudiado otros deterioros neurológicos que influyen en la capacidad de empatía. Por ejemplo, en una investigación sobre los cambios de carácter en pacientes con esclerosis múltiple, se observó un declive de la empatía (medida con la Escala de Empatía de Hogan) el cual se atribuyó a un síndrome neurogénico del lóbulo frontal (Benedict, Priore, Miller, Munschauer y Jacobs, 2001). En otro estudio, se descubrió que la agnosia afectiva en pacientes con lesiones en el área temporoparietal derecha hace al paciente incapaz de entender emociones transmitidas por la calidad vocal (Heilman, Scholes y Watson 1975). Otra condición, el síndrome apródico-agesural, causada por lesiones en el hemisferio derecho, hace a los pacientes incapaces de expresarse a través de gestos (Ross y Mesulam, 1979). Un grupo más de pacientes incluye aquellos con lesiones en el hemisferio izquierdo que deterioran su habilidad de comunicación simbólica y los hace incapaces de hacer pantomima.

La alexitimia es un trastorno que afecta la percepción que tiene el paciente del estatus afectivo de otras personas. Quienes la padecen tienen, en común, dificultad para reconocer y nombrar las emociones y sentimientos, lo cual ha sido asociado con el deterioro de su capacidad empática (Mann, Wise, Trinidad y Kohanski, 1994). Se encontró que la alexitimia está inversamente relacionada con la empatía medida por el Índice de Reactividad Interpersonal (Guttman y Laporte, 2002). Aunque una lesión cerebral específica no ha sido identificada como causa de la alexitimia, los estudios de casos de pacientes con esta condición deberán ser de interés para los investigadores de la empatía, pues podrían examinar los posibles mecanismos subyacentes involucrados en la habilidad de reconocer emociones necesarias para establecer relaciones empáticas.

Se ha descubierto que el daño cerebral adquirido, como el daño focal de la corteza prefrontal en la edad adulta y el daño al lóbulo frontal en la infancia temprana, puede perturbar el comportamiento social, incluyendo la capacidad para la empatía (Eslinger, 1998). La investigación demostró que el entendimiento empático fue deteriorado después de lesiones focales en la corteza prefrontal (Decety y Jackson, 2004; Eslinger, 1998). Algunos hallazgos de investigaciones referentes a las bases neuroanatómicas del comportamiento social indican que después del daño al lóbulo frontal, los pacientes se tornan profundamente ineptos en su comportamiento social

en general (Grattan y Eslinger, 1998) y en su capacidad para la empatía en particular (Eslinger, 1998).

Cuando el daño cerebral impide la capacidad emocional y cognitiva de una persona, es claro que ésta se encuentra en gran desventaja, no sólo para adaptarse apropiadamente al ambiente externo, sino además para administrar los mecanismos corporales internos que facilitan dicha adaptación (Bennett, 2001). La incapacidad de adaptarse a los cambios en el ambiente y una habilidad deteriorada para reconocer las emociones propias y las emociones de otros están entre las razones subyacentes de la discapacidad para la empatía en pacientes con cierto daño neurológico. Esta hipótesis fue apoyada en un estudio en el cual se informó que el cambio empático (medido por la Escala de Empatía de Hogan) después de una lesión cerebral podría ser un resultado de discapacidades adquiridas, incluyendo una inflexibilidad cognitiva (Grattan y Eslinger, 1989).

Rankin, Kramer y Miller (2005) descubrieron en pacientes con demencia semántica niveles bajos de empatía tanto cognitiva como emocional, mientras que los pacientes con demencia frontotemporal sólo tenían déficit en la empatía cognitiva medida por el Índice de Reactividad Interpersonal. En un estudio por Shamay-Tsoory, Tomer, Goldsher, Berger y Aharon-Peretz (2004), el deterioro de la empatía cognitiva (medida por el Índice de Reactividad Interpersonal) y la empatía afectiva (medida por la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein) se examinó en pacientes con lesiones cerebrales. Se descubrió que los pacientes con lesiones prefrontales (en especial aquellos con lesiones que involucraban las regiones orbitofrontal e interna) estaban significativamente discapacitados tanto para la empatía cognitiva como para la afectiva. Además, los pacientes con lesiones en la corteza prefrontal tuvieron puntajes de empatía muy bajos. El daño del hemisferio derecho resultó en una mayor discapacidad de la empatía cognitiva, mientras que el daño a la corteza prefrontal derecha no ejerció un deterioro significativo de la empatía afectiva (Shamay-Tsoory, 2004). Es importante notar que, con excepción del estudio recién mencionado, no se ha hecho diferenciación entre la empatía cognitiva y emocional (o entre empatía y simpatía) en los estudios neuroanatómicos sobre la empatía. Esta falta de claridad conceptual puede explicar los resultados mixtos sobre las áreas del cerebro relacionadas con la empatía y el deterioro neurológico. Mi especulación es que las áreas neocorticales están con frecuencia involucradas como el centro de procesamiento clave en la empatía cognitiva. Sin embargo, el sistema límbico está principalmente involucrado como el área primaria de actividad cerebral para la empatía emocional o simpatía.

## Sistema de neuronas espejo

Un fenómeno interesante que conecta la cognición social y la actividad cerebral fue descubierto a mediados del decenio de 1990 por un grupo de investigadores que aplicaron tecnología avanzada de neuroimágenes (Gallese, Fadiga, Fogassi y Rizzolatti, 1996; Keysers y Perrett, 2004; Rizzolatti, Fadiga, Gallese y Fogassi, 1996). El neurocientífico Giacomo Rizzolatti y sus colaboradores en la Universidad de Parma,

Italia, descubrieron el sistema de neuronas espejo en monos a principios del decenio de 1990 (Gallese *et al.*, 1996; Rizzolatti *et al.*, 1996). El grupo encontró que un conjunto específico de neuronas en la corteza premotora ventral del cerebro del mono (conocido como el área F5) se descargaba cuando el mono observaba a otro mono realizando acciones manuales, tales como sujetar, rasgar y sostener o manipular un objeto. Además, el mismo conjunto de neuronas se descargaba cuando el mono realmente realizaba la acción manual que había observado. Vittorio Gallese y colaboradores (Gallese, Keysers y Rizzolatti, 2004, p. 396) concluyeron que “la observación de una acción conduce a la activación de partes de la **misma** red neural cortical que está activa durante su ejecución” (haciendo énfasis). Este mecanismo cerebral, conocido como el **sistema de neuronas espejo**, sirve como un puente que se relaciona con el entendimiento de las acciones de alguien más y es considerado como la base neural de la cognición social (Gallese *et al.*, 2004).

Otros estudios conducidos por Marco Iacoboni y otros neurocientíficos, en la Universidad de California en Los Ángeles, demostraron la existencia de un sistema similar de neuronas espejo en seres humanos (Buccino *et al.*, 2001; Gallese, 2003; Hari *et al.*, 1998; Iacoboni *et al.*, 1999). Los resultados de estos estudios condujeron a la suposición de que una región del cerebro humano, análoga al área F5 del cerebro del mono, es activada cuando observamos acciones realizadas por otros **como si** estuviéramos realizándolas nosotros mismos.

Estudios de imágenes cerebrales en seres humanos han mostrado que las neuronas espejo correspondientes a la acción de la mano disparan en los siguientes sectores de la red cortical: la región de Broca, la corteza premotora y la corteza parietal posterior (Buccino *et al.*, 2001; Gallese, 2003). Considerando la analogía entre el área F5 del cerebro del mono y la región de Broca en el lóbulo frontal inferior (involucrada en el control del habla) del cerebro humano (Hari *et al.*, 1998; Kohler *et al.*, 2002), podemos encontrar similitudes en el sistema de neuronas espejo equivalente entre monos y humanos.

Además, la investigación ha demostrado que las neuronas espejo **audiovisuales** son activadas ya sea que el observador realmente desempeñe el acto observado, o simplemente observe o escuche acerca del acto (Kohler *et al.*, 2002; Keysers *et al.*, 2003). Asimismo, Wicker y colaboradores (2003) descubrieron no sólo que observar la acción manual de otra persona activó el sistema de neuronas espejo del observador, sino que observar otras emociones tales como asco producido por olores desagradables podía activar la representación neural de tal emoción. Utilizando la IRMf, Wicker y colaboradores concluyeron que la información anatómica y funcional suministró evidencia de que la ínsula fue la base neuronal común al ver y sentir asco, una vía de acceso para el entendimiento empático. Umiltà y colaboradores (2001) mostraron que cuando una acción fue observada parcialmente (p. ej., una mano alcanzando un objeto para sujetarlo, pero el sujetar no fue realmente observado) el sistema de neuronas espejo del mono fue activado sugiriendo que el acto completo de sujetar podía ser inferido. Se cree que el sistema de neuronas espejo es el indicador neurofisiológico clave en la comunicación gestual (Kohler *et al.*, 2002), otro ingrediente clave de la empatía.

Según Carr y colaboradores (2003), la ínsula es un candidato plausible para transmitir información acerca de la representación de la acción hacia el área del sistema límbico que procesa el contenido emocional. Las lesiones en este circuito pueden conducir al entendimiento deteriorado de las emociones de otras personas, bloqueando por lo tanto la vía para el entendimiento empático.

Los estudios mencionados apoyan la noción de que la estructura neural implicada en la ejecución de una acción o en la percepción de una emoción también está activa cuando dichas acciones y sensaciones son observadas. De esta manera, tiene sentido intuitivo que el observador y la persona observada experimenten sensaciones similares que puedan conducir a un entendimiento común (Goubert *et al.*, 2005). Observar una araña trepando por la cara de otra persona puede provocar escalofríos al observador, como si la araña estuviera trepando por su propia cara. Utilizando imágenes cerebrales, Keysers y colaboradores (2004) atribuyeron esta **empatía táctil** a actividades cerebrales en la corteza somatosensorial secundaria. Gallese (2003, p. 176) propuso que “las sensaciones y emociones de los demás también pueden ser **empatizadas**, y por tanto **implícitamente** comprendidas, mediante un mecanismo de cotejo en espejo”. No causa sorpresa el que, al describir el significado de *Einfühlung* (véase capítulo 1), Lipps haya dicho que cuando observó a un acróbata caminando sobre la cuerda floja, sintió estar dentro del acróbata que presentaba su acto (Carr *et al.*, 2003; Gallese, 2003). La noción de que la percepción de un comportamiento en otra persona puede activar la representación propia de dicho comportamiento no es algo nuevo (Decety y Jackson, 2004); sin embargo, ofrecer evidencia objetiva mediante neuroimágenes y vincularla con la neuroanatomía de la empatía es algo nuevo. El sistema de neuronas espejo desempeña un cometido importante en el entendimiento de las experiencias de los demás. Debido a que el sistema faculta a los seres humanos para desarrollar ricas y diversificadas experiencias intersubjetivas, es de esperarse que conduzca a nuevos descubrimientos en torno a la estructura neuroanatómica del cerebro y su relación con la empatía.

## HERENCIA

Mumford (1967) se refirió a la empatía como una cualidad determinada genéticamente que es reforzada o inhibida por experiencias positivas o negativas durante la vida (citado en Szalita, 1976). Un acercamiento estándar para investigar sobre la herencia es el **estudio con gemelos**. En este diseño de investigación, gemelos idénticos o monocigóticos (MZ, del inglés *monozygotic*) (que comparten 100% de los genes comunes) son comparados con gemelos fraternos o dicigóticos (DZ, del inglés *dizygotic*), quienes comparten aproximadamente 50% de sus genes. La herencia puede determinarse respecto a un rasgo en particular cuando los gemelos MZ se correlacionan más que los gemelos DZ, suponiendo un ambiente de crianza similar. En una muestra de 278 gemelos MZ y 378 gemelos DZ, se encontraron fuertes influencias genéticas en 78% de los gemelos menores de 11 años de edad y en 66% de

aquellos de 11 o más años de edad respecto a la herencia de habilidades cognitivas sociales relevantes para la empatía (Scourfield, Martin, Lewis y McGuffin, 1999).

En otro estudio, con 114 gemelos MZ y 116 gemelos DZ, los investigadores encontraron un componente de herencia significativo de 72% en un índice derivado de preocupación empática (Matthews, Batson, Horn y Rosenman, 1981). En un estudio más, que incluyó 94 gemelos MZ y 90 gemelos DZ, los investigadores encontraron evidencia modesta de herencia de la empatía (Zahn-Waxler *et al.*, 1992).

Al final, en un estudio de 573 pares de gemelos adultos de ambos sexos, la empatía, medida por la Escala de Empatía Emocional, tuvo un índice de herencia relativamente alto (una correlación intraclase) de 0.53 (Rushton, Fulker, Neale, Nias y Eysenck, 1986). Los resultados de otro estudio utilizando el Índice de Reactividad Interpersonal mostraron evidencia de una herencia significativa para las Escalas de Preocupación Empática y Ansiedad Personal, mas no así para la Escala de Toma de Perspectiva (Davis, Luce y Kraus, 1994). Estos hallazgos sugieren en general que es más probable que los indicadores de la llamada empatía emocional (p. ej., ansiedad personal), la cual es más semejante a la simpatía, tengan un mayor componente heredable que las medidas cognitivas de la empatía (p. ej., toma de perspectiva).

## RESUMEN

Las raíces evolutivas de los comportamientos sociales, la expresión de emociones a través de comunicación no verbal, la fisiología psicosocial de las interacciones sociales, los hallazgos de la investigación sobre la neuroanatomía de la empatía, el vínculo entre el deterioro neurológico y las deficiencias en el entendimiento empático, los resultados de la investigación sobre la herencia y el reciente descubrimiento del sistema de neuronas espejo sugieren que las bases de la función empática son algo con lo que nacemos. Sin embargo, la manifestación de la empatía depende de factores experienciales y ambientales que serán descritos en el capítulo 4.

## 4 | Psicodinámica y desarrollo

*El amor y la falta de éste cambian al cerebro joven para siempre.*

–(Thomas Lewis, Fari Amini y Richard Lannon, 2000, p. 89)

*La llave del cielo está bajo las pisadas de mamá.*

–(Dicho popular persa)

*La mano que mece la cuna rige al mundo entero.*

–(Cliché popular)

### PREÁMBULO

La empatía es fomentada por un ambiente de crianza temprana facilitador, particularmente en correspondencia con la calidad de la relación con la madre o un proveedor de cuidados primarios. La evidencia sobre la preferencia del recién nacido por la voz de su madre; la dedicación materna en la crianza del niño; la lactancia y alimentación materna y las relaciones de apego, sugiere que la naturaleza ha dotado a la madre con la habilidad innata para ser la protectora más adecuada del desarrollo de la capacidad de empatía del niño. Hallazgos experimentales utilizando los paradigmas de **rostro inmóvil** y **abismo visual** indican que los bebés pueden entender y reaccionar al comportamiento emocional de su proveedor de atención primario. La base para la representación mental del niño (modelos funcionales internos) acerca del mundo es la relación temprana con la madre, que se convierte en una fuerte influencia en la regulación de emociones y el comportamiento empático a lo largo de la vida.

### INTRODUCCIÓN

La búsqueda de raíces de la capacidad para la empatía es de suma importancia para entender el trayecto para su óptimo desarrollo o su atrofia. En este capítulo, describo algunos de los factores que contribuyen al fomento de la empatía. La noción central que se enfatiza a lo largo del capítulo es que la empatía es fomentada en el ambiente de crianza temprana en correspondencia con la calidad de las relaciones de apego tempranas con un proveedor de cuidados primario (Henderson, 1974; Schafren, 1964).

## DEBATE NATURALEZA-CRIANZA

El asunto de si la naturaleza o la crianza contribuyen más al comportamiento prosocial se ha discutido por mucho tiempo. Quienes defienden a la naturaleza ponen gran énfasis en la idea de que la constitución genética tiene un cometido innegable en el desarrollo del comportamiento humano. Los avances recientes en el Proyecto Genoma Humano han contribuido con más datos en apoyo a este argumento (Collins, 1999).

Sin embargo, quienes defienden a la crianza utilizan las propuestas de Watson y Skinner sobre el condicionamiento clásico y el aprendizaje operante como evidencia de que el comportamiento humano puede ser moldeado según los principios de modificación de la conducta; ellos creen que los factores ambientales y experienciales tienen un efecto más prominente que los genes en el desarrollo del comportamiento prosocial o antisocial. La multicitada declaración de John Brutus Watson (1924, p. 82), fundador de la escuela de psicología conductual, apoya la noción de la crianza:

Entréguenme una docena de bebés sanos, bien formados, y mi propio mundo especial para criarlos, y garantizaré poder tomar a cualquiera de ellos al azar y entrenarlo para ser cualquier tipo de especialista que pudiera seleccionar: médico, abogado, artista, líder de negocios y sí, inclusive pordiosero y ladrón, sin importar sus talentos, tendencias, inclinaciones, habilidades, vocación o la raza de sus antepasados.

Aunque algunos autores aún creen que la crianza importa más que la naturaleza al determinar el comportamiento humano (Hoover, 2000), la mayoría de los estudiosos contemporáneos son de la opinión de que es la interacción de la naturaleza con la crianza lo que contribuye al desarrollo del comportamiento social. Los seres humanos nacen con un potencial para **comprometerse**, el cual es activado y será desarrollado hasta cierto grado y alcance, dependiendo de factores ambientales y experienciales (Neubauer y Neubauer, 1990).

A pesar de que muchos científicos orientados a la genética se emocionaron con los hallazgos del Proyecto Genoma Humano (Collins, 1999), determinar las bases del comportamiento humano demostró ser un asunto más complicado que un simple mapa del genoma humano. Por ejemplo, los resultados de un estudio en 44,788 pares de gemelos indicaron los factores ambientales y del modo de vida, así como los genes heredados que hacen significativas contribuciones en el desarrollo de distintos tipos de cáncer (Lichtenstein *et al.*, 2000). Se ha acumulado abundante evidencia de investigación en apoyo a la propuesta de que el ambiente familiar y la atención de los padres tienen un cometido importante en el desarrollo del comportamiento prosocial del adulto, incluyendo la propensión a las relaciones empáticas.

## AMBIENTE FAMILIAR

La familia es la más antigua e importante institución social en la historia de la civilización humana. Es “el semillero del compromiso, el amor, el carácter y la respon-

sabilidad tanto social como personal” (Ashcroft y Straus, 1993, p. 1). La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, adoptada de manera unánime por la Asamblea General, reconoció que para un desarrollo pleno y armonioso, los niños deben crecer en un ambiente familiar facilitador en una atmósfera de amor y felicidad provisto por sus padres (Grant, 1991; Hojat, 1993, 1997). La experiencia tranquilizante de sentirse comprendido y el eco del amor se despiertan por primera vez en la familia, para después expandirse hasta abarcar una red social más amplia, incluso toda la humanidad (Eibel- Eibesfeldt, 1979).

El ambiente familiar durante la edad temprana no sólo da forma a la calidad de las relaciones interpersonales posteriores (Fonagy, 2001), sino además siembra la semilla para el crecimiento de la capacidad para el compromiso empático. La manera en que somos criados en los periodos tempranos de nuestra vida influye en “todas nuestras relaciones posteriores, todos nuestros días siguientes” (Neubauer y Neubauer, 1990, p. 81). El niño cuyas necesidades emocionales son insatisfechas o negadas en la familia no desarrollará un sentido de confianza, tendrá un problema perdurable con influencia negativa en sus relaciones sociales futuras (Rempel, Holmes y Zanna, 1985). La capacidad para la empatía también puede ser influida negativamente por las necesidades emocionales insatisfechas en la familia (Eisenberg y Strayer, 1987b; Perry *et al.*, 2001) debido a que, tal como Guzzetta (1976) propuso, la empatía surge de las relaciones interpersonales dentro de la familia. El desarrollo de la empatía, según Barnett (1987), ocurre en un ambiente familiar en donde el cariño y la sensibilidad de los padres satisfacen las necesidades emocionales del niño y le proveen oportunidades de observar y experimentar respuestas interpersonales en diversas situaciones.

La familia es importante en el desarrollo de la empatía; lo que ha llevado a los investigadores de la atención de la salud a describir acertadamente a la familia como la base para el desarrollo de habilidades interpersonales en la atención al paciente (Farber, Novack y O'Brien, 1997; Mengel, 1987).

## LOS PADRES

La empatía tiene una rica y compleja historia de desarrollo (Shapiro, 1974). Surge de la comunicación sensorial y táctil temprana entre madre e hijo (Schwaber, 1981). En una revisión de la bibliografía sobre el comportamiento de los padres que contribuye al desarrollo de la empatía en los niños, Mehrabian y colaboradores (1988) concluyeron que los padres de niños con una fuerte capacidad para la empatía eran verbalmente más explícitos sobre sus sentimientos, ofrecían mayor apoyo emocional y eran más tolerantes. Las interacciones tempranas con los padres, según Roe (1957), determina la decisión vocacional futura del niño hacia ocupaciones orientadas a las personas en contraste con otras.

Los seres humanos se distinguen de todos los demás animales por la duración de su dependencia de un proveedor de cuidados para sobrevivir y ser protegidos. Este periodo de dependencia es crucial para el desarrollo neurológico (p. ej., el proceso de

mielinización) (Davison y Peters, 1970) y el crecimiento social. El periodo crítico de susceptibilidad abre una ventana de oportunidad, durante la cual la activación de funciones cerebrales específicas es esencial para el desarrollo continuo de diferentes áreas del cerebro relacionadas con el comportamiento social (Siegel, 1999). Esta ventana se cerrará después de un cierto tiempo.

La importancia del periodo crítico de desarrollo neurológico fue notada por primera vez por Hubel y Wiesel, quienes encontraron que suturar un ojo a gatos durante las primeras semanas después de nacer causó un marcado declive en el número de células en sus cortezas visuales (Hubel, 1967; Hubel y Wiesel, 1963). Los autores encontraron que, cinco años después de haber abierto el ojo, sólo una cantidad mínima de corteza visual se había recuperado (Hubel y Wiesel, 1970). En 1967, Hubel notó que cuando los gatitos no eran expuestos a líneas horizontales durante un cierto periodo crítico del desarrollo, sus cortezas visuales eran incapaces de procesar información horizontal en su vida.

Abundante evidencia apoya la existencia de un periodo crítico de desarrollo neurológico. Por ejemplo, los chimpancés bebés criados en la oscuridad durante ese periodo estarán ciegos por el resto de sus vidas (Chow, Riesen y Newell, 1957). MacLean (1967) encontró que si ciertos circuitos neurales no se formaban durante un periodo receptivo crucial en el desarrollo del cerebro, era poco probable que se desarrollaran completamente alguna vez. El supuesto es que la activación repetida de vías neuronales específicas, como resultado de experiencias tempranas, refuerza la firmeza de las conexiones entre grupos de neuronas. Las neuronas que crean interconexiones a través de experiencias tempranas, según la teoría de asociación de Hebb (Hebb, 1946; Keysers y Perrett, 2004), se proyectarán juntas más tarde en la vida, por así decirlo, ya que las neuronas proyectadas en conjunto se interconectan entre sí.

Además de contribuir al estímulo físico, las interacciones emocionalmente ricas en la edad temprana contribuyen al desarrollo neurológico. Un experimento pionero sobre la importancia de las experiencias en la edad temprana para la supervivencia humana fue realizado en el siglo XIII por el Emperador Federico II, quien quería saber qué idioma hablarían los niños si nadie hablara con ellos. Con este fin, “ordenó que madres adoptivas y nodrizas amamantaran a los niños, los bañaran y asearan, pero sin hablar de ninguna forma con ellos... pero su labor fue en vano, ya que los niños murieron” (Ross y McLaughlin, 1949, pp. 366-367).

Se ha planteado la hipótesis de que la calidez de los padres promueve la capacidad de empatía y el comportamiento prosocial en los niños (Hoffman, 1982; Janssens y Gerris, 1992). Los hijos de padres empáticos reaccionaron indirectamente a las emociones negativas de los demás (Robinson, Zahn-Waxler y Emde, 1994; Trommsdorff, 1995). Investigaciones transversales y longitudinales, con modelos de ecuaciones estructurales, han confirmado que la expresión de emociones positivas de los padres (en particular de la madre) es un mecanismo que media una relación causal entre la calidez de la crianza y la capacidad empática de los niños (Zhou *et al.*, 2002).

## La mano que siembra las semillas

Los padres usualmente proveen el amor y afecto que sus hijos necesitan para su desarrollo saludable. Las investigaciones han mostrado que una relación de apoyo con ambos padres es pronóstico de altas calificaciones de empatía así como de sensibilidad social en los niños (Adams, Jones, Schvaneveldt y Jenson, 1982). Sin embargo, aunque ambos padres deben compartir las responsabilidades del cuidado de sus hijos para lograr el desarrollo social ideal, algunos resultados sugieren que el rol de la madre podría ser más crucial que el de cualquier otro proveedor de cuidados, incluyendo el padre.

Por ejemplo, en un estudio realizado con graduados de la Universidad de Harvard que tuvieron seguimiento por 35 años, Russek y Schwartz (1997) encontraron que 91% de los graduados, que percibían la falta de una relación cálida y amistosa con su madre tuvieron serios problemas de salud en la edad madura (p. ej., cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, alcoholismo) en comparación, con 45% de los graduados que percibían su relación con su madre como cálida y amistosa. Las cifras correspondientes para la relación percibida con sus padres fueron de 82% y 50%, respectivamente. En consistencia con estos resultados, encontramos que los estudiantes de medicina, que percibían una relación satisfactoria con su madre durante la infancia calificaron su salud en general como más positiva e informaron mayor resistencia al evaluar los eventos estresantes de su vida (Hojat, 1996).

Las percepciones de los individuos sobre sus relaciones tempranas con sus padres generalmente están relacionadas, de forma positiva, con atributos de personalidad que contribuyen a las relaciones interpersonales (Hojat, Borenstein y Shapurian, 1990). En nuestro estudio de 422 estudiantes de medicina, examinamos los efectos diferenciales de relaciones tempranas satisfactorias con la madre y el padre y encontramos que los puntajes más altos en la Escala de Empatía Médica de Jefferson (véase capítulo 7) estaban significativamente relacionados con reportes retrospectivos de los estudiantes referentes al nivel de satisfacción con la relación temprana con su madre (Hojat *et al.*, 2005b). Tal asociación no se encontró respecto a la relación percibida por los estudiantes con su padre.

Estos resultados son consistentes con los de otra investigación en la que estudiantes de pregrado reportaron que sus madres pasaban más tiempo con ellos que sus padres, eran más afectivas y expresaban más empatía hacia ellos (Barett, Howard, King y Dino, 1980). Las calificaciones de los estudiantes de pregrado en la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein (1972) (véase capítulo 5) estaban más relacionadas con sus interacciones con sus madres que con sus padres.

En otro estudio, las percepciones retrospectivas de estudiantes de medicina de una relación satisfactoria con su madre tuvieron un vínculo significativo con un perfil positivo de personalidad, como una autoestima más alta y más relaciones satisfactorias con compañeros (Hojat, 1998). En el mismo estudio, las percepciones de relaciones satisfactorias con la madre guardaron correlación inversa con aspectos negativos de la personalidad, como depresión, ansiedad y soledad. Tales patrones de relaciones significativas no se observaron para las percepciones de los estudiantes

respecto a sus relaciones tempranas con sus padres. Además, las percepciones de los estudiantes respecto a la disponibilidad de la madre en la niñez fueron significativamente asociadas con puntajes más altos de autoestima y puntajes más bajos de depresión y soledad (Hojat, 1996).

En un estudio con niños preescolares y sus madres, se observó correlación sustancial en la empatía entre madre e hijo (Trommsdorff, 1991). Una explicación probable es que las madres empáticas se comprometan en intercambios empáticos con sus hijos, y la investigación empírica apoya esta especulación. Por ejemplo, Wiesenfeld, Whitman y Malatesta (1984) observaron que las calificaciones de las madres en la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein predijeron sus respuestas emocionales al sufrimiento emocional de sus bebés y su deseo de cargarlo. Otros investigadores encontraron que las madres con calificaciones altas en la Escala de Empatía Emocional fueron menos molestadas por el llanto de sus bebés y consideraron el llanto menos irritante que las madres con poca empatía (Lounsbury y Bates, 1982). Se descubrió a la inversa un vínculo entre los niveles bajos de empatía de las madres y el abuso infantil materno. Por ejemplo, Letourneau (1981) estudió que las calificaciones en la Escala de Empatía de Hogan y en la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein podrían distinguir entre madres abusivas y no abusivas mejor que la medición de sucesos estresantes de la vida.

¿Por qué tienen las madres un cometido más crucial en el desarrollo del comportamiento prosocial y empático de sus hijos? La naturaleza les ha otorgado privilegios únicos que les hace capaces de desempeñar su función como proveedoras de atención. Algunos de estos privilegios se describen en seguida.

### ***Preferencia del bebé por la voz y el rostro de la madre***

Bajo circunstancias normales, la voz que el feto en desarrollo escucha con mayor frecuencia es la de su madre, quien habla, canta, grita, ríe o llora. Por lo tanto, el inicio de la conexión interpersonal ocurre con la voz de su madre. Aunque el feto es incapaz de responder, es capaz de escuchar una y otra vez la voz de la madre. Su voz es diferente del sonido rítmico de baja frecuencia del latido de su corazón, que probablemente tiene un efecto tranquilizador.

Debido a que la voz de la madre es la señal acústica más intensa en el ambiente amniótico del útero, el recién nacido muestra una clara preferencia por el sonido de su voz en los tres primeros días después del nacimiento (DeCasper y Fifer, 1980; Fifer y Moon, 1994). Fifer y Moon (1994) sugirieron que las primeras experiencias con las voces tienen una influencia duradera en el desarrollo del cerebro del bebé. El tono específico y el rango de agudeza que las madres utilizan para conseguir la atención de bebés preverbales han sido descritos como las **melodías maternas** universales que sirven como un poderoso mediador de la comunicación afectiva (Papousek, Papousek y Symmes, 1991).

Empleando una mamila no nutritiva conectada a un registrador electrónico que monitoreó el ritmo y amplitud de los patrones de succión del infante, DeCasper y Fifer (1980) encontraron que los bebés recién nacidos cambiaban su patrón de succión cuando escuchaban una grabación de la voz de sus propias madres, pero tal

cambio no fue registrado para otras voces femeninas. Sus patrones de succión tampoco cambiaban cuando escucharon una grabación de la voz de sus propios padres (DeCasper y Prescott, 1984). DeCasper y Fifer (1980) sugirieron que la preferencia del bebé por la voz de su madre es importante para iniciar el vínculo con la madre. Por ello, parece ser que la madre biológica tiene una ventaja única que no se comparte con ningún otro proveedor de atenciones: la habilidad de establecer una relación de apego temprana con su bebé a través del reconocimiento de su voz por el recién nacido. El inicio de la empatía puede ser rastreado hasta este tipo de intercambio temprano entre madre e hijo (Burlingham, 1967).

La preferencia por la voz materna puede llevar al niño a preferir el rostro de la madre. De hecho, los datos empíricos sugieren que los neonatos aprenden rápidamente a reconocer la cara de sus madres. El bebé no sólo muestra una preferencia por la voz de su madre, sino que además pone especial atención a la variedad de sus expresiones faciales. Pascalis, DeSchonen, Morton, Deruella y Fabre-Grenet (1995) descubrieron que el recién nacido de cuatro días observa durante más tiempo la cara de su madre que la de un desconocido.

### ***Inversión de la madre en la crianza de sus hijos***

Trivers (1972) indicó que en todas las especies de mamíferos, la madre está usualmente más involucrada en el esfuerzo por la crianza de los hijos que ningún otro proveedor de cuidados, incluyendo al padre. Los siguientes factores contribuyen a una mayor inversión por parte de la madre: la escasez de gametos y la certeza materna, la psicología del embarazo, la neuroquímica durante la maternidad, la lactación o amamantamiento y el apego madre-hijo.

### ***Escasez de gametos y certeza materna***

Los estudiosos de la evolución han propuesto dos razones de la mayor inversión materna que paterna en el cuidado de los hijos. Primero, las mujeres tienen menos gametos que los hombres: usualmente un óvulo cada cuatro semanas durante el limitado periodo de fertilidad contra millones de espermatozoides por eyaculación. Esta escasez de gametos conduce a una mayor protección de las crías por parte de la madre y, consecuentemente, su cuidado (Bjorklund y Kipp, 1996; Buss y Schmitt, 1993). En segundo lugar, debido a la gestación interna y al parto, la certeza materna (la confianza de la madre de que ella es la madre biológica) ha sido históricamente mayor que la certeza paterna (la confianza del padre de que él es el padre biológico), lo cual ha resultado en una mayor inversión materna en la preservación de los genes propios (Bjorklund y Kipp, 1996; Buss, 2003, Buss y Schmitt, 1993; Trivers, 1972).

### ***Psicología del embarazo y neuroquímica de la maternidad***

La psicología de la gestación interna conduce a una experiencia materna fundamentalmente única al traer una vida nueva al mundo (Ballou, 1978). Al inicio de su embarazo, la madre percibe al hijo como una parte en desarrollo de sí misma. El apego inicial comienza a desarrollarse en esta etapa. Los nueve meses de gestación del feto, la subsiguiente experiencia del parto y un prolongado periodo de alimen-

tación materna y crianza del bebé proveen un sentido de inversión emocional que es una experiencia única para la madre gestante.

La neuroquímica de la maternidad, incluyendo los cambios hormonales durante el embarazo, después del parto y durante la lactancia, es exclusiva de la madre biológica. Por ejemplo, los niveles de oxitocina se incrementan drásticamente en las madres humanas alrededor del momento del parto. Se cree que estas altas concentraciones de oxitocina sirven como la fibra con que se tejen los lazos entre madre e hijo (Lewis *et al.*, 2000), lazos que Freud (1964, p. 188) describió como “únicos, sin paralelo, establecidos inalterablemente para toda la vida como el primer y más fuente objeto de amor y como el prototipo de todas las relaciones amorosas subsecuentes: para ambos sexos”.

La oxitocina puede influir en la activación de neuronas productoras de dopamina (Insel, 2000; Oliver, 1939), las cuales hacen la maternidad más placentera bajo circunstancias normales. Estudios han mostrado que el incremento de oxitocina puede inducir comportamiento maternal en ratas no gestantes (Pedersen y Prange, 1979; Pedersen, Ascher, Monroe y Prange, 1982). Por el contrario, otros estudios han mostrado que la fijación reducida de oxitocina en el cerebro inhibe el inicio del comportamiento maternal (Fahrbach, Morrell y Pfaff, 1985; Insel, 2000).

### **Lactación y lactancia**

La oxitocina prepara a la madre biológica para alimentar a su recién nacido al estimular la liberación de prolactina, permitiendo así la lactación (Mori, Vigh, Miyata y Yoshihara, 1990). La lactancia o amamantamiento es otro privilegio fisiológico que la naturaleza ha otorgado sólo a la madre biológica. Además de las cualidades nutritivas de la leche materna, la cual contribuye a la mejora de la inmunocompetencia y del desarrollo neurológico del bebé, el amamantamiento es la primera experiencia interactiva humana que satisface las necesidades fisiológicas y psicológicas del recién nacido. Winnicott (1987, p. 79) describió la experiencia de la lactancia para el recién nacido como un medio de comunicación que “entona una canción sin palabras”. Así se construye el camino hacia la empatía.

Las secuencia de actividades de la lactancia, como la búsqueda por proximidad hacia el pezón, el movimiento rítmico de la cabeza, la boca y la lengua, la succión que estimula la secreción de leche, su ingestión y el retiro y separación del pezón, ofrecen una oportunidad única para la regulación conductual y fisiológica que se desarrolla en la díada madre-hijo (Smotherman y Robinson, 1994). La alimentación al seno materno es fisiológicamente placentera tanto para la madre como para el bebé. Se ha descubierto que las respuestas fisiológicas femeninas durante el coito y la lactancia son similares. Por ejemplo, las contracciones uterinas, la erección de los pezones y la eyección de leche pueden ocurrir tanto durante la relación sexual como durante la lactancia (Newton y Newton, 1967). El amamantamiento no sólo tiene un efecto tranquilizante sobre el bebé humano, mediado por la activación del sistema opioide (Smotherman y Robinson, 1994), sino que además sirve como un mecanismo termorregulador para el intercambio de calor corporal entre madre e hijo. Durante la succión, ocurren contracciones del útero y se incrementa la temperatura

de la piel, lo que resulta placentero para la madre (Newton, Feeler y Rawlins, 1968). La sensación gratificante que experimentan las madres cuando amamantan a sus bebés sirve como un refuerzo positivo de la unión madre-hijo. Las semillas de la empatía crecen en el éxtasis de tales interacciones amorosas.

La sincronía universal observada entre madre e hijo durante la lactancia (p. ej., la postura de sostener al bebé, las miradas y los intercambios vocales) es en sí, un modelo único de comunicación humana. Según Schore (1996), la empatía está enraizada en esta sintonización psicobiológica temprana entre madre e hijo. Isabella y Belsky (1991) descubrieron que las interacciones sincrónicas entre madre e hijo abren el camino hacia una unión segura entre ellos. Todas estas experiencias tempranas influyen en el cerebro en crecimiento del bebé al modificar la fuerza de las conexiones sinápticas que contribuyen al comportamiento afectivo y cognitivo más tarde en la vida.

Son estos intercambios fisiológicos y psicológicos tempranos entre el lactante y la madre lo que puede cambiar las trayectorias del desarrollo neural y del comportamiento interpersonal posterior. El apego entre madre e hijo que es fortalecido por estos intercambios entre los dos puede ser visto como un ejemplo prototípico de un compromiso empático.

### **Relación de apego**

La unión entre una madre y su hijo se fortalece en el momento del parto durante el contacto piel con piel (Klaus y Kennell, 1970; Klaus *et al.*, 1972). John Bowlby (1973, 1980, 1982) describió con delicadeza la dinámica y las consecuencias relacionadas con los encuentros repetidos del bebé con su principal proveedora de atención en su teoría del apego, la cual formuló, desarrolló y elaboró sistemáticamente en su trilogía de libros ampliamente citada.

La teoría no sólo fue concebida como una teoría general del desarrollo psicosocial, sino además fue tratada específicamente como marco de referencia para las relaciones interpersonales y sociales posteriores. Según los principios de la teoría, una madre amorosa y sensible sirve como base segura al permitir al niño explorar el mundo cómodamente.

La presencia (o ausencia) de la madre, su atención y respuestas amorosas (o su descuido o falta de sensibilidad) a las señales de su bebé y su suministro (o falta de suministro) de cuidados físicos y emocionales, gradualmente se convierten en un hecho de la vida para el niño en crecimiento. Es probable que la formación de un apego madre-hijo seguro ocurra en la presencia de una madre sensible y amorosa, mientras que lo contrario (un apego inseguro) es probable que ocurra si la madre no está disponible física o emocionalmente (Bowlby, 1988). (Para una revisión, véase Hojat, 1995, 1996, 1998.) Un fuerte apego entre madre-hijo es un antecedente importante del interés temprano en los demás y es una condición necesaria para el desarrollo de la capacidad para la empatía (Mussen y Eisenberg-Berg, 1977).

La calidad de la relación de apego madre-hijo es evaluada por los Procedimientos de Situación Extraña, una prueba de uso frecuente desarrollada por Ainsworth y colaboradores (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). Las diferencias

individuales entre bebés y niños que andan respecto a la calidad del apego con su proveedor de atención primaria pueden ser medidas con este procedimiento de laboratorio controlado, el cual toma unos 20 minutos e incluye los siguientes siete episodios, cada uno de los cuales dura tres minutos o menos: 1) un bebé o niño que comienza a andar (usualmente de 12 a 18 meses de edad) y su madre son llevados a un cuarto de laboratorio que contiene algunos juguetes; 2) un desconocido (usualmente una mujer) entra a la habitación, se sienta y habla con la madre y su hijo; 3) la madre sale entonces de la habitación mientras que la desconocida permanece en ella; 4) la madre regresa y la desconocida sale de la habitación; 5) una vez más, la madre deja la habitación, dejando al bebé solo; 6) la desconocida regresa; 7) finalmente, la madre regresa.

Según Ainsworth y colaboradores, la reacción del niño, particularmente en los dos episodios de reunión madre-hijo en este procedimiento (episodios 4 y 7), refleja la naturaleza y calidad del apego madre-hijo. Originalmente, los investigadores identificaron tres tipos de apego madre-hijo. De manera breve, si el niño exploró y jugó con los juguetes cuando la madre estaba presente, expresó menos interés en los juguetes cuando ella dejó la habitación y buscó estar cerca e iniciar expresiones positivas con ella cuando regresó, el apego fue clasificado como **seguro** (Ainsworth, 1985b). Sin embargo, si el bebé continuó explorando los juguetes durante todos los siete episodios, no exhibió sufrimiento cuando la madre dejó la habitación y la evitó cuando regresó, el apego del niño fue clasificado como **evasivo**. Finalmente, si el niño tendió a ser cauteloso con la desconocida, se tornó intensamente molesto cuando la madre se fue y exhibió un comportamiento ambivalente cuando ella regresó (queriendo aproximarse a ella y estando simultáneamente enojado y evitando estar cerca de ella, siendo difícil de consolar), el apego fue clasificado como **ambivalente**. Main y Solomon (1990) introdujeron una nueva categoría de apego, el **apego desorganizado**, intentando explicar la situación cuando ninguno de los otros tres patrones de apego se aplica.

Es probable que el tipo de apego desarrollado en la infancia temprana perdure para toda la vida (Ainsworth, 1985a, 1985b). La investigación ha mostrado que los niños apegados de forma segura desarrollan un sentido de confianza con los proveedores de atención que responden a ellos empáticamente y por lo tanto, desarrollan la capacidad de responder sensible y empáticamente hacia los demás en sus relaciones posteriores (Kestenbaum *et al.*, 1989). Además, la investigación ha mostrado que la falta de un apego seguro con la madre puede resultar en comportamientos agresivos y no complacientes en los años venideros, los cuales no conducen al compromiso empático (Belsky, 1988; Karen, 1994). (Para una revisión, véase Hojat, 1995.)

En un estudio en niños preescolares, Kestenbaum *et al.* (1989) observaron continuidad entre la calidad de la relación temprana de un niño con el proveedor primario de atención y su capacidad para responder empáticamente más tarde en la vida. Esta observación confirmó la noción de que “es con la ayuda de señales madre-hijo modificadas que establecemos y mantenemos contacto amistoso con nuestros semejantes” (Eibel-Eibesfeldt, 1979, p. 230). Se han observado anomalías

des graves en las relaciones interpersonales en bebés, tales como los huérfanos de Rumania, que han sido privados del amor materno (Konner, 2004). La anormalidad al conectarse con otros, conocida como **trastorno reactivo de apego**, es otro testimonio de la importancia de la calidad del apego temprano para el comportamiento empático subsecuente o la falta del mismo.

Según Bowlby (1988, p. 82), la necesidad de un apego seguro permanece “desde la cuna hasta la sepultura”. Resulta importante, como Bowlby señaló, que la calidad de la relación temprana del niño con su madre conducirá al desarrollo de esquemas cognitivos en relación al mundo que reside profundamente en la mente del niño, que “tienden a persistir y son tan tomados por sentados que terminan operando a un nivel inconsciente” (p. 130). En otras palabras, el modelo prototípico del mundo, como amistoso y considerado como hostil o desconsiderado, se convierte en una característica influyente de la estructura cognitiva del niño, sirviendo de manera fundamental como una fuerza motivacional inconsciente que afecta las relaciones interpersonales del adulto y la capacidad para el compromiso empático de forma significativa (Ainsworth, 1985a, 1985b).

La naturaleza y calidad de las primeras experiencias interpersonales del niño con el principal proveedor de atención y sus resultados positivos o negativos graban imágenes cognitivas relativamente permanentes en la mente, las cuales los estudiosos del apego describen como **modelos funcionales internos** (Bretherton, 1987). Esta representación mental del mundo, o **libreto** psicológico, se convierte más tarde en un importante factor motivacional en las relaciones empáticas (Nathanson, 1996; Tomkins, 1987). La aseveración de que las relaciones de apego en la infancia pueden influir en el comportamiento interpersonal, a lo largo de la vida, tiene implicaciones amplias para la psicología del desarrollo, social y clínico. Además, se ha descubierto que las relaciones con los miembros de la familia, los compañeros de trabajo y otros son influidas por las experiencias tempranas de apego (Bartholomew y Horowitz, 1991). Shaver y Hazan (1989) estudiaron que las relaciones amorosas adultas comparten similitudes y tienen sus raíces en las primeras experiencias de apego con un proveedor de atención primario. También se ha descubierto que el historial de apego puede pronosticar las preferencias de especialidad de los estudiantes de medicina. Por ejemplo, es más probable que los estudiantes con un historial de apego seguro elijan especialidades que requieren mayor interacción con los pacientes (Ciechanowski, Russo, Katon y Walker, 2004). Las experiencias tempranas de apego también pueden influir en el estilo de práctica clínica. Por ejemplo, psicólogos clínicos con historial de apego inseguro que dieron respuestas paternas menos empáticas requirieron más apoyo y eran más vulnerables al estrés por trabajo (Leiper y Casares, 2000).

La conducta de apego del niño en todas las culturas se torna extremadamente fuerte en el segundo año de vida, cuando las principales vías del sistema límbico se mielinizan. Según Konner (2004), el fenómeno mencionado mejora el funcionamiento de los circuitos subcorticales que procesan las emociones y el comportamiento social. Por lo tanto, la calidad del apego madre-hijo ejerce una influencia duradera sobre el desarrollo del cerebro, así como sobre el comportamiento prosocial.

Debido a que la capacidad para la empatía está enraizada en la relación de apego temprana con un proveedor de atención primario, una serie de estudios empíricos han tratado el enlace entre la empatía y la relación de uno con sus padres. Los resultados de estos estudios, por lo general, confirman una relación significativa entre las calificaciones de empatía, la naturaleza y calidad de la relación temprana con el proveedor de atención primario y el ambiente de crianza.

Kestenbaum y colaboradores (1989) estudiaron que los niños de 12 a 18 meses de edad con un apego seguro con sus madres crecieron siendo más empáticos con los demás y exhibieron mayor comportamiento prosocial. Zhan-Waxler, Radke-Yarrow y King (1979) descubrieron que proveer atención empática (determinada con base en si las madres respondían de manera oportuna a las dolencias de sus niños, se anticipaban a los peligros y ofrecían atención protectora) guarda relación significativa con un mayor comportamiento prosocial y altruista en los niños. Las perspectivas teóricas y resultados empíricos mencionados sugieren que las semillas de la empatía son sembradas por la misma mano que mece la cuna. Debido a la importancia de la relación madre-hijo en el desarrollo de la capacidad para la empatía de los niños, Goldstein y Michaels (1985) propusieron una serie de programas de entrenamiento para mejorar la comunicación empática entre las madres y sus hijos.

Hay similitudes entre el apego madre-hijo y la relación médico-paciente. El niño necesita la ayuda y protección de la madre para sobrevivir, y el comportamiento de apego (p. ej., la búsqueda de proximidad) se intensifica cuando el niño sufre o siente dolor. De manera similar, los pacientes tienen una tendencia natural a hacer lazos con una figura protectora (el médico) para conservar su salud durante un momento de dolor y sufrimiento. Por lo tanto, la unión médico-paciente se asocia, aunque de manera inconsciente, con la primera relación de apego. Se puede especular una mayor probabilidad que las personas con antecedentes de apego seguro establezcan relaciones empáticas más fuertes y con rapidez que aquellas con antecedentes de apego ambivalente o evasivo. Esta tendencia conductual también debe ser válida tanto para el médico como para el paciente.

## Otras vías para el desarrollo de la empatía en la niñez

Los siguientes factores fomentan el desarrollo de la empatía y el comportamiento social en los niños.

### ***Imitación facial y mímica motora***

La naturaleza ha dotado a los bebés humanos con un cerebro imitativo, que les permite no sólo entender el estado mental afectivo de otros, sino además aprender de las emociones de los demás. Como se mencionó en el capítulo 3, Meltzoff y Moore (1977, 1983) descubrieron que los bebés de tan sólo 12 a 21 días de nacidos pueden imitar los gestos faciales humanos, como sacar la lengua, proyectar los labios y abrir la boca, una habilidad conceptualizada como un tipo de empatía primitiva (Bavelas *et al.*, 1986). Al inicio de la vida, el bebé pone atención a las expresiones de emociones en el rostro humano. La atención del bebé a las expresiones faciales y

sus respuestas aparentes son descritas como intercambios **telepáticos** que establecen los cimientos para la comunicación empática (Burlingham, 1967). El entendimiento de las emociones propias y las de los demás surge de estos intercambios (Ickes, 1997). Según Decety y Jackson (2004), una ventaja adaptativa de la mímica es que conecta a las personas entre sí y fomenta la empatía.

La mímica motora (p. ej., hacer una mueca cuando una persona o animal es herido, imitando una expresión facial similar a la expresión de otra persona que sufre) es de hecho una modalidad no verbal de comunicación basada en la observación de las emociones de otra persona. Este fenómeno, el cual ha sido observado en niños y adultos por igual, apoya la noción de que los individuos están intrincada y visiblemente conectados en sus interacciones interpersonales (Bavelas *et al.*, 1986). Según Decety y Jackson (2006), las personas pueden **captar** los estados emocionales de los demás como resultado de la mímica motora. Bush, Barr, McHugo y Lanzetta (1989) sugirieron que las respuestas faciales miméticas de un observador podrían tener un cometido importante en el desarrollo de las respuestas empáticas.

### **Teoría de la mente**

La capacidad de representar los estados mentales de los demás es descrita en la teoría de la mente (Fonagy y Target, 1996; Wellman, 1991) como parte del desarrollo cognitivo-emocional del ser humano. Según esta perspectiva teórica, la empatía es la capacidad de ponerse en los zapatos mentales de otra persona (Gallese, 2001). En contraste con la propuesta de Jean Piaget (1967) de que los niños entre 2 a 7 años de edad son primariamente egocéntricos e incapaces de ponerse en los zapatos de otro, la investigación subsiguiente demostró que los niños pequeños están conscientes de las emociones de otras personas y, por lo tanto, son capaces de responder empáticamente a los sentimientos de los demás (Borke, 1971). Los mecanismos involucrados en la capacidad del recién nacido humano para entender e imitar gestos faciales proveen las bases del entendimiento hacia los demás, esto es, el ingrediente clave en la conceptualización de la empatía (véase capítulo 1).

### **Experimentos de rostro inmóvil**

Evidencia adicional que apoya la capacidad del bebé para entender las emociones de los demás es provista por el procedimiento de **rostro inmóvil** desarrollado por Tronick y colaboradores. (1978). En este procedimiento, se instruye a la madre para que distorsione su retroalimentación afectiva hacia su bebé al asumir un rostro sin expresión alguna (un rostro inmóvil) después de un periodo normal de intercambio alegre con su bebé. El bebé en primera instancia se torna desagradablemente sorprendido al observar la expresión sin emoción de su madre; luego intenta captar su atención en un esfuerzo por restablecer la emoción a su rostro inexpressivo. Cuando estos esfuerzos fallan, el bebé se muestra abiertamente incómodo, afligido y ansioso. Al final, cuando la cara de la madre no cambia, el niño se torna indiferente, desapegado y apático. La mayoría de los bebés responden en lo fisiológico al rostro inmóvil de sus madres con una alta frecuencia cardiaca, lo cual Weinberg y Tronick (1996) atribuyeron a la alteración de la meta del bebé por relacionarse

con los demás. Los experimentos de rostro inmóvil indican que aunque el bebé no ha desarrollado lenguaje para facilitar la comunicación verbal, las interacciones cara a cara entre una madre y su hijo son un sistema de comunicación recíproco, orientado por metas que sirven como regulador de emociones en las relaciones sociales y como el primer paso hacia el desarrollo de la capacidad empática.

### **Experimentos de abismo visual**

El entendimiento de los niños pequeños sobre las emociones de los demás también fue demostrado en experimentos que involucraban el aparato de **abismo visual** (Gibson y Walk, 1960). Este aparato consistía en una gruesa lámina de vidrio colocada unos 30 centímetros por encima del suelo mediante una estructura semejante a una mesa. Material impreso colocado en el espacio bajo el vidrio, daba la impresión de un abismo sin fondo. Se colocó al bebé en un extremo de la estructura y la madre permaneció en el lado opuesto y alentó al bebé para que se acercara a ella gateando sobre el vidrio. Los bebés humanos pueden reconocer la profundidad tan pronto están en edad de gatear; los bebés se negaron a gatear sobre el vidrio.

Sorce, Emde, Campos y Klinnert (1985) demostraron que para la edad de 12 meses, era más probable que los niños se sintieran con la confianza suficiente para cruzar el abismo visual cuando sus madres se veían alegres o asumían una expresión facial positiva. Sin embargo, cuando la madre adoptaba una expresión facial negativa, como miedo o enojo, los bebés titubeaban en cruzar sobre el vidrio. Estos resultados sugieren que los niños pequeños no sólo pueden reconocer las expresiones emocionales de la madre, sino además pueden ser alentados por su apariencia positiva a cruzar el abismo. La relevancia de estos resultados para la empatía fue descrita por Campos y Sternberg (1981), quienes sugirieron que una raíz del desarrollo de entendimiento empático es una forma de comunicación emocional conocida como **referenciación social**, a través de la cual los niños intentan inferir información emocional de las interacciones con los demás para ajustar en consonancia su propio comportamiento.

La habilidad de los bebés de imitar expresiones faciales, copiar actividades motoras y entender emociones indica que poseen una notable capacidad innata de establecer conexiones sociales en los primeros días de vida. Fomentar esta habilidad prepara los cimientos del desarrollo de una capacidad de entender los estados emocionales positivos y negativos de otras personas (Stern, 1985). Tal entendimiento es el camino principal hacia la empatía.

## **REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES**

Según Marx, Heidt y Gold (2005), la regulación de emociones es definida como el proceso que habilita a los individuos para controlar la calidad, frecuencia, intensidad o duración de sus respuestas emocionales. Se ha descubierto que la regulación de las emociones está positivamente ligada a un importante aspecto de la empatía: estar interesado en los demás (Decety *et al.*, 2004). Un mecanismo para enlazar el

comportamiento de los proveedores de atención con el desarrollo de la empatía en los niños puede ser explicado por el proceso de regulación de emociones, el cual desempeña un cometido importante al organizar, motivar y mantener el comportamiento social y al otorgar significado a las experiencias (Nathanson, 1996). Los bebés están bien equipados para la socialización, pues cuentan con un sistema de afecto que puede ser regulado y, por lo tanto, establece los cimientos para un ingrediente clave en el desarrollo de relaciones interpersonales.

Algunos estudiosos del desarrollo han propuesto que la regulación de emociones empieza sumamente temprano en la vida, por las interacciones cara a cara con el proveedor de atención primario (como se comprobó por la reacción de los bebés en los experimentos de **rostro inmóvil** y **abismo visual**) y por la calidad del apego madre-hijo (como se comprobó en los experimentos referentes al apego seguro e inseguro).

La regulación de emociones se desarrolla como un resultado de la armonización emocional entre madre e hijo (Black, 2004) e involucra un proceso donde las personas reconocen y expresan sus emociones (Archer, 2004). La regulación de emociones es una condición necesaria para demostrar el comportamiento prosocial, y funciona como un mecanismo para alcanzar un estado interno óptimo para las relaciones sociales. La regulación de emociones tiene un cometido importante al mantener una barrera entre uno mismo y los demás (Decety y Jackson, 2006), que es un aspecto importante del compromiso empático en la atención al paciente.

Aunque las emociones tienen un rol importante en el comportamiento social, también se cree que su regulación tiene una función esencial en las relaciones empáticas (Demos, 1988). La respuesta emocional del bebé depende de sus capacidades regulatorias y de la estructura regulatoria provista por la madre (Weinberg, Tronick y Cohn, 1999). Por lo tanto, la madre es el primer y más importante regulador de las emociones, pues ella provee un contexto suplementario para el desarrollo del comportamiento social de su bebé (Lott, 1998). El comportamiento autoregulado es una función de la calidad de las interacciones con el proveedor de atención primario durante el periodo formativo del desarrollo cerebral (Nathanson, 1996). Juntos, la madre y el bebé son una unidad reguladora, y el rol de la madre en los intercambios reguladores está influido por sus propias relaciones de apego tempranas (Mays, Carter, Eggar y Pajer, 1991).

La naturaleza y la calidad de la interacción del recién nacido, bebé o niño pequeño con su madre prepara el escenario para el desarrollo de un libreto psicológico (Nathanson, 1996; Tomkins, 1962, 1963), un modelo funcional interno (Ainsworth, 1985a, 1985b; Bretherton, 1987) y un sistema de regulación emocional (Lott, 1998; Weinberg *et al.*, 1999) que servirán como una guía firme para el comportamiento empático durante el resto de la vida. Los recuerdos implícitos de la relación cariñosa temprana con el proveedor de atenciones primarias conducen al desarrollo de una estructura neural perdurable que influye en el comportamiento autoregulador reflejado en las relaciones interpersonales (Amini *et al.*, 1996). El despertar emocional generado por los sentimientos del dolor y sufrimiento ajenos requiere regulación y control para que ocurra el entendimiento empático (Decety *et al.*, 2004).

Según Watson (2002), una tendencia a regular las emociones en los encuentros clínicos puede acentuar el compromiso empático y mejorar los resultados del paciente.

## RESUMEN

La evidencia sugiere que los bebés están dotados con una capacidad de entender y responder a las emociones. La empatía se fomenta en un ambiente familiar facilitador donde se brindan oportunidades para formar relaciones de apego seguro con un proveedor de atención primario (usualmente la madre). La motivación para el comportamiento prosocial y la capacidad para las relaciones empáticas son el resultado de intercambios sociales-emocionales tempranos que conducen al desarrollo de un modelo funcional interno, un libreto mental y un sistema de regulación emocional que guían las respuestas interpersonales desde la cuna hasta la sepultura.

## 5 Medición de la empatía en la población general

*Si algo existe, existe en cierta cantidad.  
Si existe en cierta cantidad, puede ser medido.*

–(E. L. Thorndike, citado en Issac y Michael, 1981, p. 101)

### PREÁMBULO

Algunos de los instrumentos que han sido desarrollados para medir la empatía en niños y adultos serán brevemente descritos en este capítulo. Los tres más utilizados en la investigación sobre educación médica y atención de la salud son la Escala de Empatía de Hogan, la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein y el Índice de Reactividad Interpersonal de Davis. Aunque estos instrumentos son útiles para algunas aplicaciones en la población general, su relevancia en el contexto de la atención al paciente es limitada por dos razones. Primero, como el contenido de los elementos en los tres instrumentos implica, ninguno está enmarcado en el contexto de las relaciones médico-paciente (doctor-cliente). Por tanto, la validez de su empleo en dicho contexto es cuestionable. Segundo, los tres instrumentos no fueron desarrollados de manera específica para tratar el concepto de empatía definido cognitivamente, una conceptualización que es más deseable en el contexto de la atención al paciente. Los investigadores han planteado sus inquietudes respecto a la validez de los instrumentos que intentan medir la empatía. Los avances biotecnológicos en las imágenes funcionales del cerebro y el reciente descubrimiento del sistema de neuronas espejo han abierto una ventana para medir la empatía que es extremadamente prometedora. En una época de cambios en el sistema de atención a la salud que interfieren en la relación médico-paciente, un instrumento con solidez psicométrica para medir la empatía y estudiar sus antecedentes, desarrollo y resultados tiene alta demanda.

### INTRODUCCIÓN

En el capítulo 1, indiqué que la razón de la escasez de investigación empírica sobre la empatía en las profesiones de la salud es la falta de un instrumento psicométricamente sólido que pueda ser utilizado para medir el concepto en el contexto de la atención médica. Este capítulo describe de manera breve algunos de los instrumentos utilizados con más frecuencia para medir la empatía en la población general y presenta elementos muestra que nos permiten juzgar su **validez aparente** en el contexto de la atención al paciente. Si bien un análisis detallado de las propiedades

psicométricas de estas escalas puede ser informativo, dicha discusión técnica está más allá del alcance de este libro. Sin embargo, en el capítulo 7 describiré a detalle el desarrollo y las propiedades psicométricas de la Escala de Empatía Médica de Jefferson, la cual fue diseñada de manera específica para medir la empatía entre estudiantes de medicina, médicos titulados y otros profesionales de la salud.

En general, un instrumento sirve no sólo como un dispositivo para la medición, sino además como la base de un lenguaje común que los investigadores utilizan para comunicar sus hallazgos empíricos. Por ello, la familiaridad con los instrumentos y las puntuaciones que generan es necesaria para comprender los resultados de la investigación. Con este propósito, he seleccionado algunos instrumentos diseñados para medir la empatía en las poblaciones infantiles y adultas en las siguientes secciones.

## MEDICIÓN DE LA EMPATÍA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Esta sección describe los métodos representativos que han sido empleados para medir la empatía en niños.

### Llanto reflexivo o reactivo

Simner (1971) investigó de manera sistemática el llanto reactivo de los recién nacidos y descubrió que cuando éstos escuchaban el llanto de otro recién nacido, lloraban con frecuencia significativamente mayor en respuesta (llanto reflexivo) que para cualquier otro ruido no alarmante. Estos resultados fueron replicados más tarde en otros estudios (Martin y Clark, 1982; Sagi y Hoffman, 1976). Es interesante notar que los recién nacidos no respondieron a su propio llanto (Martin y Clark, 1982), sugiriendo que los bebés son capaces de distinguir entre sí mismos y los demás al principio de la vida (Decety *et al.*, 2004). La reacción de un bebé al llanto de otro ha sido utilizada como un indicador de la empatía en los bebés, con base en el supuesto de que el llanto de un bebé en respuesta al sufrimiento de otro es un reflejo de una respuesta empática (Eisenberg y Lennon, 1983). Eisenberg (1989) sugirió que la capacidad de responder a los indicios de sufrimiento de otra persona durante la infancia es un precursor primitivo de capacidades empáticas más maduras que se desarrollan más tarde. Sin embargo, la suposición de que el llanto reactivo en los bebés es un indicador de necesidades de empatía necesita ser verificada de manera empírica en estudios longitudinales.

Los siguientes resultados despiertan interrogantes sobre la validez del llanto reflexivo como un indicador de la capacidad empática. Martin y Clark (1982) observaron que niños de ambos sexos lloraron más en respuesta al llanto de un recién nacido varón que al llanto de una niña recién nacida. Según Eisenberg y Lennon (1983), no hay disponible evidencia convincente para confirmar que el llanto reflexivo implica necesariamente una respuesta empática.

## Métodos de imagen o historia

Un método popular para medir la empatía en niños pequeños, desarrollado por Eisenberg y Lennon (1983), ha sido exponer a los niños al sufrimiento de otra persona al mostrarles imágenes o relatándoles historias que representan situaciones hipotéticas. Después, se les pide a los niños que describan sus propios sentimientos acerca del protagonista de la historia, de manera verbal o seleccionando de un conjunto de imágenes una que represente una variedad de caras con diversas expresiones, tales como una cara feliz o triste. La correspondencia entre los sentimientos del niño y los sentimientos del protagonista se considera una indicación de entendimiento empático. La dificultad para diferenciar entre empatía y simpatía cuando se utilizan los métodos de imagen o historia para evaluación ha provocado inquietud sobre la validez de este método. Además, la validez predictiva de este método está en espera de verificación empírica.

## Prueba de Situaciones Afectivas para la Empatía de Feshbach

La Prueba de Situaciones Afectivas para la Empatía de Feshbach (FASTE, por sus siglas en inglés *Feshbach Affective Situations Test of Empathy*), publicada por Feshbach y Roe (1968), es una variación ampliamente utilizada del método de imagen o historia para medir la empatía en niños. Se les enseña a niños (usualmente de 6 a 7 años de edad) caricaturas en una serie de diapositivas acompañadas de historias hipotéticas que representan a niños en diferentes condiciones con carga afectiva (felicidad, tristeza, miedo e ira). Se les pide entonces que describan sus propios sentimientos y emociones respecto a la imagen o historia, de manera verbal o seleccionando una respuesta de un conjunto de expresiones faciales que muestran diferentes emociones. Por ejemplo, una trama para la felicidad es una imagen de una fiesta de cumpleaños, una trama para la tristeza es un perro extraviado, una trama para el miedo es un perro aterrador y una trama para la ira es una acusación falsa. La capacidad del niño para la empatía es determinada por una correspondencia entre el sentimiento expresado por el niño y la trama representada en la imagen o historia. La FASTE ha sido modificada para ajustarse a los estudios de diferentes investigadores (Zhou *et al.*, 2003).

Algunos han criticado la FASTE debido a su débil apoyo psicométrico, sus instrucciones sugestivas de prueba (p. ej., instrucciones diseñadas de forma que provocan el comportamiento deseado) y una falta de claridad en la puntuación (Eisenberg y Lennon, 1980; Eisenberg y Lennon, 1983; Hoffman, 1982; Zhou *et al.*, 2003). También ha surgido inquietud respecto al efecto confuso de la **demanda característica** en las respuestas de los niños (Goldstein y Michaels, 1985). Este fenómeno hace que los encuestados modifiquen sus respuestas a lo que ellos creen que exige la situación de prueba. La demanda característica (p. ej., una tendencia a responder de cierta forma que puede hacer imprecisa la validez de los resultados) es inherente en los autoinformes de los niños cuando un adulto les pregunta de manera constante sobre sus sentimientos. Otra inquietud es el efecto confuso del sexo del investigador

sobre los resultados de la FASTE, pues la investigación ha indicado que cuando el investigador es una mujer, las niñas calificaron más alto que los niños (Levine y Hoffman, 1975; Roe, 1977).

## Índice de empatía

El autoinforme del Índice de Empatía, desarrollado por Bryant (1982) consiste en 22 elementos diseñados para medir la empatía en niños y adolescentes. La medida es comparable a la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein, la cual fue desarrollada para medir la empatía en la población adulta (esta escala será descrita más adelante en este capítulo). El autor del Índice de Empatía indicó que estos instrumentos comparables pueden ser útiles para explorar los cambios en la empatía en diferentes edades. Un elemento muestra sería “Me gusta mucho ver a la gente abrir regalos, aun cuando yo no reciba uno”. Los coeficientes de confiabilidad de solidez interna para esta medición fueron de 0.54 para los de primer grado, 0.68 para los de cuarto y 0.79 para los de séptimo (Bryant, 1982; Zhou *et al.*, 2003).

Aunque los métodos mencionados para medir la empatía en niños y adolescentes parecen ser útiles para las reacciones a situaciones afectivas, no hay disponible evidencia convincente en apoyo a la validez predictiva del instrumento como indicador de la capacidad para la empatía.

## MEDICIÓN DE LA EMPATÍA EN ADULTOS

### Instrumentos utilizados con mayor frecuencia

Las tres primeras medidas de autoinforme de la empatía discutidas en esta sección —la Escala de Empatía de Hogan, la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein y el Índice de Reactividad Interpersonal de Davis— han sido los instrumentos utilizados con mayor frecuencia en la investigación de la empatía. A pesar de que fueron desarrollados para uso en la población general, en lugar de profesionales de la atención a la salud, han sido utilizadas en la investigación de la atención a la salud. Estas mediciones se describen de manera breve en el orden que fueron publicadas originalmente. Si bien se han diseñado otros instrumentos para medir la empatía, no han recibido amplia atención. Algunos de ellos se describen más adelante en este capítulo.

### Escala de Empatía

Publicada por Robert Hogan (1969) y basada en su disertación doctoral en la Universidad de California en Berkeley, la Escala de Empatía incluye 64 elementos verdadero-falso adoptados del Inventario Psicológico de California (IPC), el Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (IMPM) y otras pruebas utilizadas en el Instituto de Investigación y Evaluación de la Personalidad. La escala fue desarrollada

dentro del marco referencial de la teoría de desarrollo moral. Un elemento típico es “He visto cosas tan tristes que casi he querido llorar”.

Evidencia en apoyo de la validez de la escala fue provista al mostrar que quienes tenían puntajes altos tenían más probabilidad de ser socialmente perspicaces y sensibles a los matices en las relaciones interpersonales, y que quienes tenían puntajes bajos tenían más probabilidad de ser hostiles, fríos e insensibles a los sentimientos de otros (Hogan, 1969). Además, en un grupo de estudiantes de medicina, Hogan encontró una significativa correlación positiva entre las puntuaciones en esta escala y una medida de criterio de la sociabilidad en la IPC ( $r = 0.58$ ), así como una significativa correlación negativa con la introversión social en la IMPM ( $r = -0.65$ ) (Hogan, 1969). El análisis factorial de la Escala de Empatía en diferentes estudios resultó en una estructura de factores inconsistente. Por ejemplo, Greif y Hogan (1973) descubrieron los siguientes factores: **disposición ecuánime, dominio social y actitudes sociopolíticas humanistas**; mientras que Johnson, Cheek y Smither (1983) descubrieron **confianza social, temperamento constante, sensibilidad e inconformidad**. Estos resultados inconsistentes despertaron dudas sobre la validez de constructo de la escala. Con base en los resultados analíticos factoriales, se sugiere que la escala entera pudiera no captar la esencia de la empatía (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004). La fiabilidad de la escala también ha sido cuestionada (Cross y Sharpley, 1982). Una búsqueda en línea conducida en septiembre de 2005 utilizando *Hogan y Empathy Scale* como palabras claves resultó en 41 entradas en la base de datos *PsycInfo* y 8 entradas en la base de datos *Medline*.

### **Escala de Empatía Emocional**

Este instrumento fue desarrollado por Albert Mehrabian y Norman Epstein (1972) e incluye 33 elementos para medir la empatía emocional. “Me entristece ver a un desconocido solitario en un grupo” es un elemento típico. El título de la medición y el contenido de los elementos se refieren a la susceptibilidad de contagio emocional (Zhou *et al.*, 2003), indicando que los autores utilizaron una conceptualización afectiva de la empatía al desarrollar la escala (Davis, 1994). Esta conceptualización entra en conflicto con la definición de la empatía como un concepto primariamente cognitivo en el contexto de la atención al paciente que se adoptó en este libro (véase capítulo 6).

Los elementos se contestan en una escala tipo Likert de 9 puntos (muy de acuerdo = +4, muy en desacuerdo = -4). La fiabilidad dividida por la mitad de esta escala fue de 0.84, y la confiabilidad de solidez interna fue de 0.79 (Zhou *et al.*, 2004). La validez de esta escala fue determinada utilizando un paradigma experimental similar al de los experimentos de Milgram (1963, 1968), en donde era menos probable que las personas que obtuvieron puntajes altos, al contrario de aquellos con puntajes bajos, administraran descargas eléctricas a los sujetos experimentales (Mehrabian y Epstein, 1972) (véase capítulo 8, para una descripción del paradigma experimental de Milgram). Con base en su visión subjetiva, Mehrabian y Epstein descubrieron que la escala incluía los siguientes componentes e identificaron los elementos que median cada uno de ellos: sensibilidad emocional extrema, apreciación de los sen-

timientos de personas distantes y no familiares, tendencia a ser afectado por las experiencias emocionales de los demás y tendencia a sentir simpatía. Un estudio de Dillard y Hunter (1989) no pudo sustentar los componentes multidimensionales mencionados. Más tarde, Mehrabian y colaboradores (1988) cambiaron el nombre de la escala a Escala de Tendencia Empática Emocional. Una búsqueda en línea en septiembre de 2005 utilizando *Mehrabian y Epstein y Emotional Empathy* como palabras clave resultó en 54 entradas en la base de datos *PsycInfo* y 18 entradas en la base de datos *Medline*.

### **Índice de Reactividad Interpersonal**

Como parte de su disertación doctoral en la Universidad de Texas en Austin, Mark Davis desarrolló el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) (Davis, 1983) para medir las diferencias individuales en la empatía. El instrumento incluye 28 elementos que examinan cuatro componentes de la empatía en los dominios cognitivo y emocional. Estos cuatro componentes están reflejados en cuatro subescalas (Toma de Perspectiva, Preocupación Empática, Fantasía y Ansiedad Personal), cada una de las cuales incluye siete elementos que se contestan en una escala de cinco puntos variando de 0 (no me describe muy bien) a 4 (me describe muy bien). Estos componentes fueron originalmente determinados por juicio subjetivo sin apoyo estadístico. Sin embargo, un análisis factorial confirmatorio dio resultados mixtos respecto a la existencia de las cuatro subescalas (Cliffordson, 2002; Litvack-Miller, McDougall y Romney, 1997).

La subescala de Toma de Perspectiva mide la tendencia a adoptar los puntos de vista de los demás de manera espontánea. “Yo en ocasiones trato de entender mejor a mis amigos imaginando cómo se ven las cosas desde su perspectiva” es un elemento típico. La subescala de Preocupación Empática mide la tendencia a experimentar los sentimientos de los demás y a sentir simpatía y compasión por personas desafortunadas. Un elemento típico es “Con frecuencia tengo sentimientos compasivos de preocupación por la gente menos afortunada que yo”. La subescala de Fantasía mide la tendencia a imaginarse uno mismo en una situación ficticia. Un elemento típico es “Después de ver una película u obra de teatro, he sentido como si yo fuese uno de los personajes”. La subescala de Ansiedad Personal examina la tendencia a experimentar el sufrimiento de los demás. “Cuando veo a alguien que necesita ayuda desesperadamente en una emergencia, me desmorono” es un elemento representativo. Según Davis, es más probable que la subescala de Toma de Perspectiva mida la empatía cognitiva, mientras que las otras tres subescalas midan la empatía emocional.

Los coeficientes de confianza de solidez interna variaron desde 0.71 hasta 0.77 para las cuatro subescalas, y las confiabilidades de prueba y confirmación variaron desde 0.62 hasta 0.71 (Davis, 1983). Las confiabilidades de prueba y confirmación en una muestra de adolescentes durante un periodo de dos años variaron desde 0.50 hasta 0.62 (Davis y Franzoi, 1991; Zhou *et al.*, 2003). Al correlacionar las puntuaciones de las subescalas del IRI con las de la Escala de Empatía de Hogan, la correlación positiva más alta se encontró con la subescala de Toma de Perspectiva ( $r = 0.40$ ) y

la correlación negativa más alta fue encontrada con la subescala de Ansiedad Personal ( $r = -0.33$ ) (Davis, 1983). La subescala de Toma de Perspectiva del IRI produjo la correlación más baja con los puntajes de la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein ( $r = 0.24$ ), y las subescalas de Fantasía y Preocupación Empática produjeron las correlaciones más altas (0.52 y 0.60, respectivamente) (Davis, 1983). Este patrón de correlaciones confirma la afirmación de Davis sobre la naturaleza cognitiva de la subescala de Toma de Perspectiva.

En 1994, Davis declaró que existía evidencia convincente en apoyo de algunos aspectos psicométricos del IRI, aunque no se ha presentado evidencia estadísticamente satisfactoria para confirmar la estabilidad de los cuatro componentes del índice. En un estudio con médicos y con estudiantes de pregrado de psicología, Yarnold, Bryant, Nightingale y Martin (1996) descubrieron un componente adicional llamado **participación** en su análisis estadístico del IRI. Los resultados de que las puntuaciones en la subescala de Ansiedad Personal del IRI estaban negativamente correlacionadas con las puntuaciones en la subescala de Toma de Perspectiva plantearon una seria duda acerca de la validez de la puntuación del IRI por medio de la suma de las puntuaciones de todas sus subescalas, incluyendo la sub-escala de Ansiedad Personal. Según D'Orazio (2004), debido a la correlación negativa entre las subescalas de Ansiedad Personal y de Toma de Perspectiva, y dado que puntuaciones altas en la Ansiedad Personal se asocian con relaciones interpersonales disfuncionales, sumar las calificaciones de las cuatro subescalas del IRI no sería relevante. Una búsqueda en línea en septiembre de 2005 utilizando "Interpersonal Reactivity Index" como palabra clave resultó en 154 entradas en la base de datos *PsycInfo* y 28 entradas en la base de datos *Medline*.

## Otros instrumentos

Algunos otros instrumentos para la medición de la empatía en la población adulta se describen aquí en orden cronológico.

Kerr desarrolló una prueba de empatía con la intención de medir la habilidad de los encuestados de **anticipar** ciertas reacciones, sentimientos y comportamientos típicos de otras personas (Kerr, 1947). La prueba consiste de tres secciones, las cuales solicitan a los encuestados que califiquen la popularidad de 15 tipos de música, la circulación nacional de 15 revistas y la prevalencia de 10 tipos de molestias para un grupo particular de personas (Chlopan, McCain, Carbonell y Hagen, 1985). Las calificaciones de los encuestados se comparan con los datos empíricos para evaluar la precisión de las calificaciones otorgadas por los entrevistados. Esta prueba parece ser una medición de información general, en vez de una medición de empatía. Aun así, Kerr y Speroff (1954) declararon que la prueba era un indicador de entendimiento empático y que podría predecir la popularidad, los sentimientos por los demás, el liderazgo y los historiales de ventas de una persona.

Una medición de la introspección y la empatía fue introducida por Dymond (1949, 1950). Esta medida se basaba en la conceptualización de la empatía como la transposición imaginaria de uno mismo dentro del modo de pensar, sentir y actuar de

otra persona. En la Prueba de Clasificación (de la capacidad empática) de Dymond, los entrevistados se califican a sí mismos y a los demás en una escala de cinco puntos sobre seis atributos, tales como “superior-inferior”, “amistoso-hostil”, “líder-seguidor”, “confianza en uno mismo”, “egoísmo-abnegación”, y “sentido del humor”. La concordancia entre las calificaciones del individuo para sí mismo y sus predicciones sobre cómo lo calificarían los demás se consideró una medida de capacidad empática. Quienes calificaron alto en la Prueba de Clasificación de Dymond fueron clasificados como empatizadores por el análisis de sus respuestas a la Prueba de la Apercepción Temática (PAT) (Dymond, 1949). Aunque no hay disponible evidencia satisfactoria para confirmar la validez del instrumento como una medida de empatía, algunos datos preliminares sobre sus características psicométricas fueron presentados por Chlopan y colaboradores. (1985). Sin embargo, esos mismos investigadores plantearon inquietudes acerca de la carencia de procedimientos sencillos de administración y calificación de la medición.

Barrett-Lennard (1962) desarrollaron un instrumento llamado Inventario de Relaciones, el cual fue diseñado para investigar los cambios en la relación clínico-paciente en el contexto psicoterapéutico. Este instrumento puede ser completado tanto por el clínico como por el cliente.

El inventario original incluía 92 elementos. Sin embargo, una versión revisada consiste de 64 elementos divididos en cuatro subpruebas determinadas subjetivamente sobre las relaciones interpersonales: 1) Entendimiento Empático, descrita como el grado hasta el cual una persona está consciente de la consciencia de otra persona, 2) Nivel de Consideración, el aspecto afectivo de la respuesta de una persona hacia otra, 3) Consideración Incondicional, el grado de la constancia de consideración que una persona siente por otra y 4), Congruencia, el grado hasta el cual una persona está funcionalmente integrada en el contexto de su relación con otra persona (Barrett-Lennard, 1986). La subprueba Disponibilidad para Ser Conocido incluida en la versión original del Inventario de Relaciones se definía como el grado hasta el cual una persona quiere ser conocida como persona por alguien más. Esta subprueba se descartó en la versión revisada debido a su insignificante validez predictiva respecto a los resultados terapéuticos (Barrett-Lennard, 1986). Se han desarrollado versiones subsecuentes del Inventario de Relaciones para su empleo en situaciones no clínicas que implican relaciones familiares, amistosas, de trabajo y entre maestros y alumnos (Bennett, 1995).

Una subprueba de 16 elementos de este instrumento, llamada Entendimiento Empático, contiene elementos tales como “El doctor me entiende”. Los elementos son contestados en una escala tipo Likert que varía de -3 (“No”, como un fuerte desacuerdo percibido) a +3 (“Sí”, como un fuerte acuerdo percibido). Se descubrió una correlación clínico-paciente insignificante de 0.09 para la subprueba de Entendimiento Empático (Barrett-Lennard, 1962).

Truax y Carkhuff (1967) desarrollaron el Cuestionario sobre Relaciones de 141 elementos para medir las percepciones del paciente sobre psicólogos o consejeros en consejería psicológica y psicoterapia. Cuarenta y seis de los 141 elementos del Cuestionario sobre Relaciones conforman una subescala llamada Escala Precisa

de Empatía, la cual consiste en elementos tales como “En ocasiones él me entiende tan completamente que sabe lo que siento aún cuando estoy ocultando mis sentimientos”. Varias preguntas han surgido sobre la validez, confiabilidad y estabilidad de la puntuación de la Escala Precisa de Empatía (Beutler, Johnson, Neville y Workman, 1973; Blass y Hech, 1975; Chinsky y Rappaport, 1970).

Carkhuff (1969) desarrolló la Escala de Entendimiento Empático en Procesos Interpersonales. Este instrumento de un solo elemento proporciona a los médicos una calificación global de empatía con base en cinco niveles de comportamiento empático, a juzgar por los observadores. Los médicos que califican en nivel 1 son considerados incapaces de expresar conciencia alguna de siquiera los sentimientos más obvios del paciente, mientras que aquellos que califican en nivel 5 son considerados como completamente conscientes y capaces de responder con precisión a todos los sentimientos del cliente. Debido a que un observador califica el comportamiento empático global del médico en un solo elemento, la validez de este instrumento es cuestionable (LaMonica, 1981).

La Escala de Fantasía-Empatía (F-E) desarrollada por Stotland y colaboradores (1978) mide la tendencia a responder emocionalmente a las situaciones. Esta escala contiene tres elementos que se contestan en una escala de cinco puntos: por ejemplo, “Cuando veo una buena película, con facilidad me puedo ubicar en el lugar del personaje principal”. Algunos datos psicométricos de esta breve escala han sido estudiados (Stotland, 1978). Por ejemplo, se descubrió una correlación de 0.44 entre la Escala F-E y la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein (Williams, 1989).

Layton (1979) desarrolló la Prueba de Empatía, un instrumento en dos partes con 48 elementos, como parte de un proyecto de investigación diseñado para enseñar la empatía a estudiantes de enfermería. El propósito de esta medición fue evaluar si la empatía puede ser aprendida observando modelos de comportamiento empático. Cada parte de la prueba de empatía consiste en 12 elementos verdaderos-falsos y 12 elementos de opción múltiple. Según los resultados de Layton, los coeficientes de confiabilidad para la medición son inaceptablemente bajos (alrededor de 0.20), y no se encontraron correlaciones significativas entre esta medición y la subprueba de Entendimiento Empático del Inventario de Relaciones de Barrett-Lennard ni la Escala de Entendimiento Empático en Procesos Interpersonales de Carkhuff (Carkhuff, 1969).

Otro instrumento para medir la empatía es la Escala de Calificación de Constructos de Empatía desarrollada por LaMonica (1981). El instrumento consiste en 84 elementos acerca de los sentimientos o las acciones del entrevistado hacia otra persona, los cuales se responden en una escala tipo Likert de 6 puntos (-3, extremadamente poco probable; +3, extremadamente probable). Un elemento típico es “Parece entender la condición de otra persona”. El gran factor bipolar de esta escala incluye la noción de una “empatía bien desarrollada” (p. ej., “Muestra consideración por los sentimientos y reacciones de otra persona”) en un extremo y **falta de empatía** (p. ej., “No escucha lo que dice la otra persona”) en el extremo opuesto.

Recientemente, un nuevo instrumento de medición —Coeficiente de Empatía (EQ, del inglés *Empathy Quotient*)— fue desarrollado en Inglaterra por Baron-Co-

hen, Lawrence y colaboradores que contiene 40 elementos de empatía además de 20 elementos de relleno para distraer a los participantes del incesante enfoque en la empatía (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004; Lawrence, Shaw, Baker, Baron-Cohen y David, 2004). Cada elemento es contestado en una escala de cuatro puntos tipo Likert que va desde **muy de acuerdo** hasta **muy en desacuerdo**. Aunque los autores declaran que la EQ fue diseñada explícitamente para aplicaciones clínicas, el contenido de la mayoría de los elementos no apoya tal aplicación. Elementos muestra son “Yo realmente disfruto cuidando a otra gente” y “Yo tiendo a involucrarme emocionalmente con los problemas de mis amigos”. Una confiabilidad de prueba y confirmación de 0.83 es estudiada para el EQ. Tres factores, empatía cognitiva, reactividad emocional y habilidades sociales, emergieron de los análisis factoriales del EQ. Con excepción del factor de empatía cognitiva, el cual no fue correlacionado con ninguna subescala del IRI, el EQ produjo correlaciones moderadas con las subescalas de Preocupación Empática y Toma de Perspectiva del IRI y una correlación negativa insignificante con la subescala de Ansiedad Personal (Lawrence *et al.*, 2004).

## INDICADORES FISIOLÓGICOS Y NEUROLÓGICOS DE LA EMPATÍA

Algunos psicólogos sociales han estudiado la empatía utilizando mediciones fisiológicas, tales como la frecuencia cardiaca, la conductancia de la piel, la sudación de las palmas de las manos y la vasoconstricción, como indicadores del entendimiento del sufrimiento de otras personas (Goldstein y Michaels, 1985; Stotland *et al.*, 1978). Aunque la mayoría de estas mediciones fisiológicas están probablemente libres de un conjunto de respuestas de deseabilidad social, parecen ser indicadoras de la reacción emocional de una persona al sufrimiento de otra. Es probable que dichas reacciones fisiológicas estén más relacionadas con la simpatía que con la empatía, como se discutió en el capítulo 1. Rn concordancia, quizás no sean apropiadas para la medición de la empatía definida cognitivamente en la atención de pacientes.

Hace poco, los métodos de imágenes funcionales cerebrales (p. ej., RMf y el escaneo PET) han sido utilizados como indicadores de actividad cerebral en individuos que experimentan empatía (Carr *et al.*, 2003; Wicker *et al.*, 2003). Además de los avances en las imágenes cerebrales, el reciente descubrimiento del sistema de neuronas espejo que se activa al observar a otra persona realizar una acción (véase capítulo 3) es, en mi opinión, el inicio de un acercamiento prometedor para cuantificar las manifestaciones neurofisiológicas de la empatía en la investigación futura.

## RELACIONES ENTRE LAS MEDICIONES DE LA EMPATÍA

Los resultados de los estudios que intentan determinar las correlaciones entre las diferentes mediciones de la empatía, no han sido alentadores. Por ejemplo, Jarski,

Gjerde, Bratton, Brown y Matthes (1985) probaron un grupo de estudiantes de medicina y no encontraron correlaciones significativas entre la Escala de Empatía (Hogan, 1969), la Subprueba de Entendimiento Empático del Inventario de Relaciones (Barrett-Lennard, 1962) y la Escala de Entendimiento Empático en los Procesos Interpersonales (Carkhuff, 1969).

Otro estudio con enfermeras tituladas examinó las correlaciones entre cuatro mediciones de empatía (Layton y Wykle, 1990). Los resultados mostraron que la Escala de Entendimiento Empático en los Procesos Interpersonales de Carkhuff estuvo moderadamente correlacionada ( $r = 0.25$ ) con la Prueba de Empatía de Layton, pero no con la Subprueba de Entendimiento Empático del Inventario de Relaciones de Barrett-Lennard. Además, la Escala de Calificación de Constructos Empáticos de LaMonica no se correlaciona con la Prueba de Empatía de Layton, pero estuvo moderadamente correlacionada ( $r = 0.37$ ) con la Escala de Entendimiento Empático en los Procesos Interpersonales de Carkhuff y altamente correlacionada ( $r = 0.78$ ) con la Subprueba de Entendimiento Empático del Inventario de Relaciones de Barrett-Lennard.

En un artículo de revisión, Chlopan y colaboradores (1985) descubrieron resultados de estudios sobre la validez y confiabilidad de diversas mediciones de empatía, incluyendo la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein y la Escala de Empatía de Hogan. Chlopan y colaboradores argumentaron que ambas escalas parecen medir dos aspectos diferentes de la empatía. Como indica su nombre, es más probable que la Escala de Empatía Emocional mida los aspectos afectivos de la empatía, o excitabilidad emocional general (Mehrabian *et al.*, 1988), mientras que la Escala de Empatía mida la capacidad de desempeñar un rol, un aspecto cognitivo de la empatía. Chlopan y colaboradores también indicaron que las subescalas del IRI parecen examinar tanto el aspecto emocional (p. ej., la Subescala del Ansiedad Personal) como el cognitivo (Subescala de Toma de Perspectiva) de la empatía.

Las intercorrelaciones entre estas mediciones de la empatía a menudo son débiles e inconsistentes y, en la mayoría los casos, insignificantes o sin importancia (Bohart *et al.*, 2002; Gladstein *et al.*, 1987). Una razón para estos resultados inconsistentes es que diferentes instrumentos examinan diferentes aspectos de la empatía basándose en diferentes definiciones del concepto. Aunque estos instrumentos pueden tener un valor potencial en situaciones particulares, ninguno puede ser recomendado como el mejor para todas las situaciones de atención a pacientes (Bennett, 1995). Con excepción de la Subescala de Toma de Perspectiva del IRI, los contenidos de los otros instrumentos descritos en este capítulo no reflejan la conceptualización cognitiva de empatía adoptada en este libro (véase capítulo 6). Por lo tanto, el valor aparente (y la validez de contenido) sería cuestionable cuando la empatía se conceptualiza como un atributo predominantemente cognitivo en el contexto de la atención al paciente presentado en este libro.

## MEDICIÓN DISEÑADA DE MANERA ESPECÍFICA PARA EL CONTEXTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

Una medida que evalúa la empatía en la atención al paciente —en particular en el tratamiento médico— debe ser más específica que los instrumentos discutidos en este capítulo hasta el momento. Debido a los cambios que evolucionan en el sistema de atención a la salud estadounidense y a la expansión de sistemas de entrega de atención administrada dirigidos por el mercado que obstaculizan las relaciones médico-paciente (véase capítulo 9), el estudio empírico de la empatía en la educación y práctica de la atención a la salud es tan importante como oportuno. La empatía en la educación y práctica de la atención al paciente requiere una definición operacional y una medición psicométricamente sólida. En el año 2000, como respuesta a esta necesidad, nuestro equipo de investigación en el Centro de Investigación de Educación Médica y Atención a la Salud en el Colegio Médico Jefferson, comenzó a desarrollar una escala diseñada de manera específica para medir la empatía entre estudiantes y quienes ejercen profesiones de atención a la salud. Esta escala será descrita en detalle en el capítulo 7.

### RESUMEN

Existen varios instrumentos de los que se afirma miden la empatía en niños y adultos. Se han planteado dudas acerca de la validez de las mediciones fisiológicas que podrían reflejar la excitabilidad afectiva o reacciones emocionales al sufrimiento de otra persona, en lugar de la empatía. Recientemente, la tecnología de imágenes cerebrales funcionales, utilizada para tratar las actividades cerebrales en las relaciones interpersonales, ha emergido como un camino prometedor para medir el compromiso empático en el futuro. Los tres instrumentos que se emplean con frecuencia y cuya finalidad es medir la empatía en adultos —la Escala de Empatía de Hogan, la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein y el IRI de Davis— fueron desarrollados para probarse en la población general, y la exploración de sus contenidos sugiere que no abarcan la esencia de la empatía en el contexto de la atención al paciente. Por lo tanto, existía la necesidad de un instrumento desarrollado de manera específica para medir la empatía en el contexto de la atención al paciente.

# PARTE II

Empatía en la atención  
del paciente

## 6 Definición y características clave de la empatía en la atención del paciente

*El estudio clínico equivale al estudio de una persona por otra, y el diálogo y las relaciones son sus herramientas indispensables.*

–(George L. Engel, 1990, p. 15)

### PREÁMBULO

La empatía en la atención de la salud se aborda en este capítulo en el contexto de la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y considerando la noción de un paradigma biopsicosocial de la enfermedad. Defino la empatía en el contexto de la atención al paciente como un atributo predominantemente cognitivo que involucra un entendimiento de las experiencias, inquietudes y perspectivas del paciente, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento. Entonces, ahondaré sobre la importancia de las tres características clave (cognición, entendimiento y comunicación) utilizadas en la definición de empatía y sugeriré que en el contexto de la atención al paciente, es importante distinguir entre cognición y emoción, entre entendimiento y sentimiento y entre empatía y simpatía, debido a sus diferentes efectos en los resultados del paciente. Una abundancia de compromiso empático, propongo, siempre es benéfica en el contexto de la atención al paciente, mientras que el involucramiento simpático excesivo puede ser dañino tanto para el médico como para el paciente. Sostengo además que para lograr resultados positivos en los pacientes, la comunicación del entendimiento en el compromiso empático entre médico y paciente debe ser recíproca, confirmando el importante cometido del paciente en el resultado de la atención médica.

### INTRODUCCIÓN

No podemos estudiar de manera científica la empatía en la atención al paciente a menos que exista un acuerdo con respecto a su definición y que un instrumento psicométricamente sólido esté disponible para medir el concepto definido. Las definiciones y descripciones de empatía presentadas en el capítulo 1 proveen un marco referencial para la definición y conceptualización de la empatía en el contexto de la atención al paciente. Comienzo este capítulo describiendo la definición de salud propuesta por la OMS y describiendo brevemente el paradigma biopsicosocial de la enfermedad. Es entonces que ofrezco una definición de la empatía en la atención al paciente y elaboro sobre las características clave de la definición y sus implicaciones en los resultados del paciente.

## DEFINICIÓN DE SALUD DE LA OMS Y EL PARADIGMA BIOPSIOSOCIAL

La constitución de la OMS (1948, p. 1) define salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o padecimiento”. Esta definición es consistente con el paradigma biopsicosocial de la enfermedad en la medicina (Engel, 1977, 1990; Hojat, Samuel y Thompson, 1995). En general, la enfermedad humana puede ser observada desde dos diferentes perspectivas: la biomédica y la biopsicosocial.

El paradigma **biomédico** de la enfermedad postulado por el médico alemán Robert Koch y el profesor francés Louis Pasteur, aunque aún válido para algunas enfermedades, presenta una imagen incompleta de las enfermedades sufridas por la humanidad. Este modelo **cazador de microbios** de la enfermedad (DeKruif, 1926) tiene un alcance más limitado que el triangular paradigma biopsicosocial de la enfermedad (Engel, 1977, 1990; Hojat *et al.*, 1995; Ray, 2004). En el paradigma biopsicosocial, el tratamiento dirigido de un órgano afectado es reemplazado por la curación del paciente entero, quien es visto como un ser sistémico, siempre en relación con los elementos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan estrechamente uno con otro (véase capítulo 12 para una discusión acerca de la teoría de sistemas). Debido a su limitado alcance, el modelo biomédico no puede describir las razones interpersonales subyacentes de las victorias en la superación de la enfermedad humana (Frenk, 1998; McKinlay y McKinlay, 1981) ni explicar los efectos promotores de la salud de las conexiones humanas, incluyendo el compromiso empático médico-paciente en la salud y la enfermedad.

Además de la importancia de los determinantes fisiopatológicos de la enfermedad, en el paradigma biopsicosocial de la salud y la enfermedad los factores psicológicos, sociales e interpersonales también son tomados en consideración (Engel, 1977, 1990). Este paradigma de salud y enfermedad atestigua que la curación ocurre cuando la ciencia de la medicina (los aspectos biomédicos y fisiopatológicos de la enfermedad) y el arte de la medicina (los aspectos psicológicos, sociales e interpersonales de la enfermedad) se fusionan en un enfoque holístico unificado para la atención al paciente. La empatía es un elemento clave en este enfoque holístico.

El arte de la medicina, según Blumgart (1964), consiste en aplicar con gran habilidad la ciencia de la medicina en el contexto de las relaciones humanas para conservar la salud y aliviar la enfermedad. La unidad de observación en el arte de la medicina es la persona individual en relación con factores sociales y culturales, mientras que la unidad de observación en la ciencia de la medicina es el órgano afectado o la fisiopatología de la enfermedad. La ciencia de la medicina en el tratamiento de enfermedades y el arte de la medicina en la curación de padecimientos no son entidades independientes; se complementan una a la otra (Peabody, 1984). Como Peabody (1984, p. 814) señaló, “el tratamiento de la enfermedades puede ser totalmente impersonal, pero la atención al paciente debe ser personal por completo”. Considerando que la relación médico-paciente es una herramienta indispensable

ble en las situaciones clínicas para lograr mejores resultados en el paciente (Engel, 1990), los profesionales de la atención de la salud deberían prestar atención no sólo a los aspectos biomédicos de la enfermedad sino también a los factores psicosociales del padecimiento (Spiro, 1992). Tratar una enfermedad fisiopatológica podría no requerir tanta empatía como lo requiere curar el padecimiento del paciente (Novack, 1987; Novack, Epstein y Paulson, 1999).

## DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLAVE DE LA EMPATÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

La empatía en la atención al paciente ha sido caracterizada como derivada “de un deseo natural de interesarse por otros” (Baron-Cohen, 2003, p. 2). Gianakos (1996, p. 135) se refirió a la empatía en la atención al paciente como “la habilidad de los médicos para imaginar que son el paciente que ha acudido a ellos por ayuda”. Green-son (1967, p. 367) describió la empatía en la atención al paciente de la siguiente manera: “Yo tengo que permitir que una parte de mí se convierta en el paciente, yo tengo que pasar por su experiencia **como si** yo fuera el paciente”. (Recuerde la condición **como si** en la definición de Roger de la empatía descrita en el capítulo 1).

La noción de una relación empática con el paciente fue descrita de manera elegante en una declaración atribuida a Sir William Osler (1932): “Es tan importante conocer qué tipo de hombre [sic] tiene la enfermedad, como lo es conocer qué clase de enfermedad tiene al hombre”. (Esta cita es con frecuencia atribuida a Osler, como lo cita White, 1991, p. 74; también es atribuida a Hipócrates, como lo cita Ray, 2004, p. 30.) En cualquier caso, esta declaración describe mejor el paradigma biopsicosocial en el que la ciencia y el arte de la medicina son complementarios. Para Larson y Yao (2005, p. 1105), la empatía es el mejor camino para el tratamiento y “un símbolo de la profesión de atención a la salud”. Comprometerse en relaciones empáticas hace de los médicos sanadores más eficaces y sus carreras más satisfactorias. Freud (1958a) sugirió que la empatía no sólo es un factor en la mejora de la relación médico-paciente; además provee una condición para la interpretación correcta de los problemas del paciente. Por esto, la empatía es valiosa tanto para hacer diagnósticos precisos como para lograr resultados deseables en el tratamiento. Y que el paciente como el médico se beneficien del compromiso empático. Este tema se discutirá con mayor detalle en el capítulo 8.

Las definiciones de los conceptos clave en la investigación sirven como un lenguaje común para entender la naturaleza de los conceptos en estudio. Aunque no todos los expertos podrán estar de acuerdo sobre todos los aspectos de cualquier definición, por lo menos algún acuerdo debería existir sobre las características clave de una definición; de lo contrario, la investigación basada en un concepto vago resultaría obviamente infructuosa. Considerando las diversas descripciones y características de la empatía que fueron descritas en el capítulo 1 y tomando en cuenta la naturaleza específica de la empatía en la atención al paciente y sus implicaciones en los resultados positivos del éste, nuestro equipo de investigación en el Colegio

Médico de Jefferson propuso la siguiente definición de empatía en el contexto de la atención al paciente (Hojat *et al.*, 2002b, 2002d, 2003b):

La empatía es un atributo predominantemente **cognitivo** (en lugar de emocional) que involucra un **entendimiento** (en lugar de sentimiento) de las experiencias, inquietudes y perspectivas del paciente, combinado con una capacidad de **comunicar** este entendimiento.

Los tres términos clave en esta definición aparecen resaltadas por su importancia en el constructo de la empatía en el contexto de la atención al paciente. Desarrollamos esta definición después de una exhaustiva revisión de la bibliografía (Hojat *et al.*, 2001b; Hojat *et al.*, 2003b) y una esmerada consideración de los factores que contribuyen a resultados positivos en los pacientes. Nuestra intención original era presentar una definición funcional que clarificara los ingredientes clave que nuestro equipo de investigación consideró conceptualmente relevantes para la empatía en la atención al paciente, y proporcionar un marco referencial para cuantificar el concepto definido al desarrollar un instrumento con el cual medir la empatía en el contexto de la atención al paciente (el instrumento será descrito con detalle en el próximo capítulo). Nuestra selección de los tres términos clave en la definición de empatía —cognición, entendimiento y comunicación— requieren mayor descripción.

## Cognición

Nuestro equipo de investigación observó la empatía como un atributo predominantemente cognitivo (en lugar de emocional) basándose en la creencia de que en situaciones de atención al paciente, la empatía emerge como resultado de las actividades mentales descritas en el capítulo 1, como facetas del procesamiento de información cognitiva. Tales facetas incluyen el razonamiento y la valoración, las cuales son la base del juicio clínico. Aunque el procesamiento mental cognitivo (una característica clave de la empatía) puede conducir a resultados positivos en el paciente, las emociones abrumadoras (una característica clave de la simpatía) pueden impedir los resultados óptimos al oscurecer la objetividad en los juicios clínicos.

La cognición y la emoción, aunque en apariencia relacionadas, tienen cualidades diferentes independientes de su apariencia ligada (Lazarus, 1982). Los terapeutas experimentados tienden a responder al sufrimiento del paciente con retroalimentación cognitiva, en lugar de emocional. Por ejemplo, un análisis de las respuestas interpersonales entre Carl Rogers y sus pacientes mostró que alrededor dos terceras partes de sus respuestas fueron descritas como reacciones cognitivas (Tausch, 1988).

La distinción entre cognición y emoción (entre empatía y simpatía, respectivamente) podría no parecer tan importante en situaciones en que la atención al paciente no es una consideración primaria. Sin embargo, en el contexto de dicha atención, tal distinción debe ser establecida debido a las diferentes implicaciones respecto a los resultados en el paciente. Los médicos deben sentir los sentimientos

de sus pacientes sólo hasta el grado necesario para mejorar su entendimiento de los pacientes sin obstaculizar su juicio profesional (Starcevic y Pointek, 1997). No es esencial para los médicos sentir los sentimientos del paciente hasta un nivel abrumador. El involucramiento emocional excesivo es una característica de la simpatía, no de la empatía (Olinick, 1984). Sin embargo, para el propósito de diagnósticos más precisos, es esencial para los médicos entender, lo más posible, los sentimientos e inquietudes del paciente.

Las nociones de **interés desapegado**, **objetividad compasiva** y **distancia afectiva** han sido utilizadas para describir los límites del compromiso emocional en la relación médico-paciente (Blumgart, 1964; Halpern, 2001; Jensen, 1994; Lief, Lief y Lief, 1963). Ayra (1993) sugirió que la separación de los médicos de las emociones de los pacientes puede ayudarlos a conservar su equilibrio mental. Farber y colaboradores (1997) descubrieron que aunque la medicina es una profesión caracterizada por la atención y la empatía, también ha sido caracterizada a través de la historia por aspirar al **desapego objetivo**. Esto es posible cuando el involucramiento emocional en encuentros médico-paciente es restringido. A pesar de esta restricción, sin embargo, la **completa** separación emocional conlleva sus propios riesgos en el contexto de la atención al paciente (Friedman, 1990). Como describí en el capítulo 1, la emoción es aceptable hasta cierto grado, y en ocasiones es difícil distinguir dónde termina la emoción y comienza la cognición en el contexto de la atención al paciente. Creo que la controversia sobre el interés desapegado en los encuentros médico-paciente surge de la confusión acerca de la naturaleza y el significado de la empatía y la simpatía. Mantener una distancia afectiva para evitar involucrarse emocionalmente en exceso (una característica de la simpatía) hace el juicio clínico del médico más objetivo, pero una indulgencia cognitiva excesiva (una característica de la empatía) siempre puede llevar a un juicio más preciso. La objetividad al tomar decisiones clínicas puede lograrse mejor al evitar el involucramiento emocional excesivo, el cual nubla el juicio médico (Koenig, 2002).

Es difícil ser altamente emocional y objetivo al mismo tiempo (Wispe, 1986), ya que la emoción excesiva en la atención al paciente puede interferir en el principio de la objetividad al tomar decisiones diagnósticas y seleccionar tratamientos (Blumgart, 1964; Gladstein, 1977; Spiro, 1992). Quizás una razón por la que se aconseja a los médicos no tratar a miembros cercanos de su familia que padecen serios problemas de salud es la noción de que los sentimientos excesivos de simpatía hacia los miembros cercanos de la familia pueden impedir la objetividad clínica (Aring, 1958). En efecto, los lineamientos profesionales sobre el tratamiento de miembros de la familia inmediata del Código de Ética de la Asociación Médica Americana (sección E-8.19) establecen que “La objetividad profesional podría estar comprometida cuando un miembro de la familia inmediata o el médico es el paciente; los sentimientos personales del médico podrían influir demasiado su juicio médico, interfiriendo así en la atención que se brinda”. (Resumen de marzo de 2005, de <http://www.ama-assn.org/pub/category/print/8510.html>).

Borgenicht (1984) sugirió que al realizar determinados procedimientos, los médicos deben mantener un cierto grado de distancia emocional del paciente ya que el

involucramiento emocional excesivo podría impedirles tomar decisiones objetivas en momentos de crisis. Demasiado afecto impide la comunicación efectiva entre médico y paciente, mientras que una abundancia de entendimiento la facilita. Brody (1997) sugirió que el verdadero riesgo para la eficacia del médico se encuentra en el compromiso simpático excesivo con el paciente. Leif y Fox (1963) introdujeron el concepto de **interés desapegado** en la bibliografía de educación médica para prevenir el compromiso emocional excesivo entre médico y pacientes. En contraste, nunca nadie ha expresado inquietud sobre un exceso de entendimiento. Una **distancia afectiva** entre médico y paciente es deseable no sólo para evitar un involucramiento emocional intenso, el cual podría poner en riesgo el principio de neutralidad clínica, sino además para mantener la estabilidad personal del médico (Jensen, 1994). Debido a que las emociones excesivas pueden oscurecer el juicio del médico respecto al predicamento del paciente, Freud (1958b) propuso que para lograr mejores resultados terapéuticos, ¡los clínicos deben hacer a un lado toda su simpatía humana!

Por razones prácticas, una distinción entre cognición y emoción es importante debido a sus implicaciones en cuanto a determinar los contenidos de los elementos en instrumentos cuya intención es medir la empatía (véase capítulo 7), a desarrollar programas educativos para mejorar la empatía y a evaluar los resultados de los pacientes. La flexibilidad al cambio variará entre los comportamientos cognitivo y emocional. Los atributos cognitivos son más propensos al cambio como un resultado de programas educativos en comparación con las respuestas emocionales (véase capítulo 11).

## Entendimiento

Entender los sentimientos y comportamientos de los demás es central para la supervivencia humana (Keysers y Perrett, 2004). El entendimiento es además un ingrediente clave del compromiso empático en la relación médico-paciente (Levinson, 1994). La percepción del paciente de ser comprendido, según Suchman, Markakis, Beckman y Frankel (1997), es intrínsecamente terapéutica porque ayuda a restablecer un sentido de conexión y apoyo. La empatía en la atención al paciente está construida sobre la noción central de conexión y entendimiento (Hudson, 1993; Sutherland, 1993). Puesto que ser entendido es una necesidad humana básica, el entendimiento del médico de las necesidades físicas, mentales y sociales del paciente es, en sí, relevante para el cumplimiento de una necesidad humana básica. Por consiguiente, nuestro equipo de investigación propuso que “cuando se establece una relación empática, una necesidad humana básica se satisface” (Hojat y cols., 2003b, p. 27).

Según Schneiderman (2002, p. 627), “cuanto mejor los entendemos (a los pacientes), tanto más nos acercamos a descubrir el verdadero estado de las cosas, y más probable será que seamos capaces de diagnosticar y tratar correctamente”. El entendimiento de la perspectiva del paciente fue considerado un elemento esencial de la comunicación médico-paciente por un grupo de expertos en educación médica

en la conferencia de Kalamazoo, Michigan, realizada en 1999 (Makoul, 2001). Una característica específica del entendimiento en la relación médico-paciente es la habilidad de ponerse en los zapatos del paciente sin abandonar el propio espacio personal y ver el mundo desde la perspectiva del paciente sin perder de vista el propio cometido personal y responsabilidades profesionales. Con este trasfondo presente, nuestro equipo de investigación decidió considerar el **entendimiento** (en lugar del **sentimiento**) como una palabra clave en la definición de la empatía en el contexto de la atención al paciente.

La precisión del entendimiento es otro tema de discusión en el estudio de la empatía. Como Rogers (1975, p. 4) recomendó a los médicos “quizás si deseamos ser mejores terapeutas, deberíamos permitir a nuestros clientes decirnos si estamos entendiéndolos precisamente”. En general, la precisión del entendimiento depende de la fuerza de la relación empática y los mecanismos de retroalimentación. Debido a que la precisión del entendimiento es un asunto que podría estar sujeto a debate, los médicos deberían verificar de manera ocasional el grado preciso de su entendimiento, **comunicándose** con el paciente, otro ingrediente esencial de la empatía en la atención al paciente que será discutido en la próxima sesión.

## Comunicación del entendimiento

Según Carkhuff (1969) y Chessick (1992), el aspecto central curativo de la relación médico-paciente yace no sólo en la capacidad del médico de entender al paciente sino también en su habilidad de comunicarle este entendimiento. Reynolds (2000) y Diseker y Michielutte (1981) incluyeron la comunicación del entendimiento como una característica de la empatía en las relaciones médico-paciente. Por ejemplo, Carkhuff (1969, p. 315) indicó que “(la empatía es) la capacidad de reconocer, percibir y entender los sentimientos que otra persona ha relacionado con sus expresiones conductuales y verbales y de comunicarle este entendimiento. De manera similar, Reynolds (2000, p. 13) definió la empatía como “una percepción precisa del mundo del cliente y una habilidad de comunicarle este entendimiento”.

La comunicación del entendimiento también es una característica clave en la descripción de la empatía de LaMonica: “La empatía... involucra la percepción precisa del mundo del paciente por el consejero, la comunicación de este entendimiento al paciente y la percepción del mismo sobre el entendimiento del consejero” (LaMonica, 1981, p. 398). Traux y Carkhuff (1967, p. 40) describieron la empatía como involucrar la habilidad de percibir el **mundo privado** del cliente y de comunicar este entendimiento en “un lenguaje ajustado a los sentimientos actuales del paciente”. Un médico que tiene un entendimiento empático del paciente pero no comunica dicho entendimiento no sería percibido como un médico empático (Bylund y Makoul, 2005). Según Branch y Malik (1993), existen ventanas de oportunidad en los encuentros médicos para expresar el entendimiento mutuo cuando los pacientes describen sus inquietudes emocionales, personales y familiares. Los médicos deben captar estos momentos de **oportunidades empáticas potenciales** (Suchman *et al.*, 1997) para expresar su entendimiento de las inquietudes del paciente.

Un aspecto importante de la comunicación en la atención al paciente es la noción de **reciprocidad** o **mutualidad** (Makoul, 1998; Miller, 2002; Raudonis, 1993). Si bien la idea de que la empatía involucra el entendimiento mutuo no es ampliamente discutida en la investigación de la empatía (Bennett, 2001), debe considerarse un término esencial del compromiso empático en la atención al paciente. El entendimiento mutuo genera un circuito dinámico de retroalimentación que sirve no sólo para fortalecer el compromiso empático, sino además para hacer diagnósticos más precisos y así proveer un mejor tratamiento. Es importante notar que el entendimiento mutuo y la retroalimentación recíproca durante los intercambios verbales y no verbales indican que tanto el médico como el paciente deben desempeñar un papel activo para mejorar el compromiso empático. Sin estas características, el compromiso empático no puede desarrollarse por completo.

Los médicos deben hacer saber a sus pacientes que sus problemas de salud e inquietudes psicosociales son completamente entendidos. También es deseable que el paciente confirme el entendimiento del médico. Utilizando un sistema de codificación (Sistema de Codificación de Comunicación Empática), Bylund y Makoul (2005) estudiaron que la mayoría de los pacientes ofrecen al médico oportunidades empáticas potenciales. En su sistema de codificación, las reacciones del médico a esas oportunidades potenciales fueron registradas en una escala de siete puntos (0 = el médico ignora la oportunidad empática, 6 = el médico hace una declaración explícita para expresar entendimiento de las inquietudes del paciente). Encontraron que más del 80% de los médicos pudieron detectar las oportunidades y reaccionaron ya fuera con confirmación, reconocimiento e interrogantes o elaboraciones sobre los asuntos de interés. La creencia del paciente sobre el entendimiento del médico refuerza el compromiso empático entre los dos. Las siguientes declaraciones representan algunos enfoques sencillos de comunicación del entendimiento empático: “Entiendo sus sentimientos. Usted ha pasado por muchas dificultades”, “Puedo ver cómo usar un yeso lo dejaría incapacitado” (el enfoque de expresión de entendimiento empático); “Puedo entender por qué este problema es tan difícil para usted” (el enfoque de validación); “Yo entiendo su problema muy bien porque yo pasé por una situación similar” (el enfoque de apertura); “Quiero cerciorarme de entender su inquietud. Permítame expresarla de esta otra manera...” (el enfoque de parafraseo); “Es triste sentirse así” (simpatía); o “Esto me recuerda la historia de...” (el enfoque metafórico) (Matthews, Suchman y Branch, 1993; Mayerson, 1976).

La mutualidad genera una creencia en el paciente que no sólo mejora la relación empática sino además tiene un misterioso efecto benéfico en los resultados clínicos (Hudson, 1993). Aunque el mecanismo del efecto positivo de la mutualidad en el entendimiento no se comprende del todo, uno podría especular que los resultados benéficos son atribuibles a una mayor satisfacción con el proveedor de atención a la salud, un mejor cumplimiento con el tratamiento o a factores psicológicos tales como ansiedad reducida, optimismo reforzado y percepciones de apoyo social, los cuales son activados en relaciones interpersonales entendidas mutuamente. La comunicación recíproca puede ayudar a remover las barreras de la relación

médico-paciente ya que, como una regla de oro en las relaciones interpersonales, cuando las barreras desaparecen, las personas comienzan a revelar sus secretos.

## RESUMEN

El paradigma biopsicosocial triangular de la salud y la enfermedad, consistente con la definición de salud en la constitución de la OMS, sugiere que el compromiso empático en los encuentros médico-paciente debe conducir a un bienestar físico, así como mental y social, reforzado. La definición de la empatía discutida en este capítulo enfatiza tres características específicas de la empatía en el contexto de la atención al paciente: cognición, entendimiento y comunicación. El requisito de entendimiento mutuo y retroalimentación recíproca apoya la noción de que el reconocimiento del paciente de la empatía del médico, mediante la comunicación verbal y no verbal de este último, tiene un cometido significativo en los resultados del paciente.

*La ciencia comienza en la nada de la ignorancia  
y avanza hacia la verdad  
al acumular más y más información,  
construyendo teorías a medida que los hechos se acumulan.*

–(Stephan Jay Gould, 1981, p. 321)

## PREÁMBULO

Con base en la creencia de que los instrumentos de medición que fueron desarrollados para la población en general no exploran la esencia de la empatía en el contexto de la atención al paciente, desarrollamos una medida operacional de la empatía aplicable de manera específica a la atención médica. Este capítulo describe los pasos seguidos en el desarrollo y análisis psicométrico de la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ). La evidencia presentada en apoyo de la validez (de apariencia, contenido, constructo, relacionada a criterio, convergente y discriminante) y confiabilidad (coeficiente alfa en apoyo de la consistencia interna y confiabilidad de prueba y confirmación en apoyo de la estabilidad de la calificación) puede reforzar la confianza de los investigadores que están en busca de un instrumento psicométricamente sólido desarrollado en particular para estudiar la empatía en el contexto de la atención al paciente. Los resultados generales sobre las propiedades de medición de la EEMJ sugieren que el instrumento puede servir como medida operacional de la empatía entre estudiantes (versión E) y quienes ejercen en las profesiones de la salud (versión PS). Se requiere más investigación para esclarecer la relación entre las puntuaciones en la EEMJ y los resultados clínicos, tales como la precisión del diagnóstico, la satisfacción del paciente, el cumplimiento del paciente y el decrecimiento del riesgo de quejas por negligencia médica.

## INTRODUCCIÓN

La empatía ha sido descrita en la bibliografía como el atributo mencionado con mayor frecuencia acerca del médico humanista (Linn *et al.*, 1987); aún así, la investigación empírica sobre el tema es escasa debido a la ambigüedad del término (véase capítulo 1) y a la falta de una medida psicométricamente sólida de la empatía en el contexto de la atención al paciente. Algunos investigadores creen que los instrumentos desarrollados para la población general no examinan la esencia del constructo de la empatía en el contexto de la atención al paciente y no son adecuados para ese propósito (Evans, Stanley y Burrows, 1993).

Hasta donde alcanza mi conocimiento, no había disponible un instrumento psicométricamente sólido para medir la empatía entre estudiantes y profesionales de la salud hasta que se desarrolló la EEMJ. Ninguno de los instrumentos descritos en el capítulo 5 es lo suficientemente específico para captar la esencia de la empatía en el contexto de la atención al paciente. En términos más técnicos, ninguno de los instrumentos tiene validez de **apariciencia** y **contenido** en situaciones de atención a pacientes.

Nuestro equipo de investigación en el Colegio Médico de Jefferson reconoció la necesidad de un instrumento que hiciera a los investigadores capaces de conducir investigaciones empíricas sobre el desarrollo de la empatía entre estudiantes y quienes ejercen las profesiones de la salud, de estudiar las diferencias entre grupos y de examinar las correlaciones, antecedentes y resultados de la empatía en diferentes etapas del entrenamiento, así como en diferentes tipos de prácticas. En respuesta a esta necesidad, desarrollamos la EEMJ. Originalmente diseñada para estudiantes de medicina (Hojat *et al.*, 2001b), la EEMJ fue modificada después para ser aplicable a médicos practicantes y otros profesionales de la salud (Hojat *et al.*, 2002d). Una breve historia del desarrollo y las modificaciones a la EEMJ es presentada en las siguientes secciones.

## DESARROLLO DE UN MARCO DE REFERENCIA

### Revisión de la bibliografía

Para construir una prueba, se debe desarrollar un marco de referencia a fin de entender el concepto que se intenta medir y sus elementos relacionados. La travesía comienza con una revisión exhaustiva de la bibliografía para explorar marcos conceptuales, perspectivas teóricas e investigaciones empíricas sobre el tema y para identificar los comportamientos que son relevantes para el concepto en cuestión. Por consiguiente, en 1999 buscamos en la base de datos *Medline* todos los estudios publicados a partir de 1966 (fecha de inicio de la base de datos *Medline*) que identificaran contextos y contenidos que pudiéramos utilizar como una guía al esbozar los elementos para la versión preliminar del instrumento. Empleando **empatía** como palabra clave en nuestra búsqueda, encontramos 3,541 fuentes publicadas en inglés. La búsqueda cruzada utilizando los términos **empatía** y **médico/médicos** resultó en 107 entradas publicadas. Una revisión de éstas y otras referencias relevantes, la mayoría de las cuales estaban citadas en las 107 entradas originales, nos brindó algunas ideas sobre cuáles debían ser los contenidos de los elementos en la versión preliminar del instrumento para medir la empatía entre estudiantes de medicina y médicos.

### Revisión de la validez de apariciencia

El segundo paso, subsecuente a la revisión de la bibliografía, fue examinar la validez de apariciencia de los elementos o reactivos bosquejados. La validez de apariciencia

involucra juicios subjetivos, usualmente de personas no expertas, acerca de la relevancia de los contenidos de los elementos para el concepto que está siendo medido. Nuestro equipo de investigación esbozó 90 elementos para la versión preliminar de la EEMJ que parecieron ser relevantes para la empatía, y, en consecuencia, parecían tener validez de apariencia.

Los elementos en la versión preliminar abarcaban amplias áreas, tales como entender las experiencias subjetivas de los pacientes y sus familias; las relaciones interpersonales con los pacientes; la atención a las señales verbales y no verbales en las comunicaciones médico-paciente; el humor; la atención a arte, poesía, literatura y habilidades narrativas; la absorción en historias, obras de teatro y películas; la sensibilidad cognitiva y afectiva; el apego y la distancia emocional entre médico y paciente; la objetividad en la toma de decisiones clínicas; la neutralidad clínica; la expresión y control emocional del médico; los sentimientos; la imaginación; el tacto; la toma de perspectiva; el desempeño de roles; y los indicios en la comunicación.

Durante el proceso de examinar la validez de apariencia de los elementos, un elemento particular podría parecer, a primera vista, irrelevante para el tema. En consecuencia, la inclusión de dicho elemento debe estar justificada. Un argumento convincente debe apoyar la inclusión de cada elemento en caso de que surja algún cuestionamiento respecto a la relevancia del elemento para la empatía. Nosotros utilizamos el método de escala racional de selección de elementos basada en teoría (Reiter-Palmon y Connelly, 2000) con ese propósito. Por ejemplo, incluimos elementos relacionados con el interés en la literatura y el arte basados en el argumento teórico de que estudiar literatura y arte puede mejorar el entendimiento de una persona acerca del dolor y sufrimiento humano (Herman, 2000; McLellan y Hudson Jones, 1996; Montgomery Hunter, Charon y Coulehan, 1995). Por lo tanto, tal interés sería relevante para la capacidad de la empatía (véase capítulo 11). Otro ejemplo fue la inclusión de un elemento basado en la suposición de que el sentido del humor de un médico puede reducir el estrés percibido por el paciente, contribuyendo así a una mejor relación médico-paciente (Yates, 2001). El apoyo teórico adicional para esta propuesta está basado en las observaciones de que el humor puede reducir las restricciones en las relaciones médico-paciente al desahogar la tensión y reducir las inhibiciones (Lief y Fox, 1963). Además, el sentido del humor se ha enlistado como un elemento de profesionalismo en la medicina (Duff, 2002). Según Golden (2002), el humor es una **fuerza mágica** que libera al paciente de su dolor y sufrimiento mediante el poder curativo de la risa. Una película reciente basada en una historia real sobre la vida del Doctor Patch Adams presenta en forma hermosa el rol del humor en la atención médica. De este modo, incluimos un elemento sobre el sentido del humor en el instrumento.

Además, realizamos el máximo esfuerzo para incorporar componentes que fueran consistentes con nuestra definición de empatía (véase capítulo 6). Por ejemplo, ya que el **entendimiento** es un componente clave en nuestra definición, la palabra aparece en alrededor de un tercio de los elementos (siete reactivos) en la escala final.

## Revisión de la validez de contenido

Examinar la validez de contenido de un nuevo instrumento es otro paso importante en su desarrollo. La validez de contenido implica el examen sistemático del contenido del instrumento, usualmente por expertos, para confirmar la relevancia y representatividad de los elementos en cuanto a abarcar los dominios del comportamiento que la prueba pretende medir (Anastasi, 1976). Probamos la validez de contenido de la EEMJ para asegurar que el instrumento incluyera una muestra representativa de los comportamientos que se espera encajen dentro del concepto de empatía, en particular respecto a situaciones de atención al paciente.

Para examinar la validez de contenido de la versión preliminar de la EEMJ, empleamos una versión abreviada de la técnica Delphi (Cyphert y Gant, 1970), la cual suele usarse para obtener juicios sistemáticos e independientes de un grupo de expertos. Enviamos por correo la versión preliminar del instrumento a 100 médicos clínicos y académicos. Una carta en la portada describía que el propósito de nuestro estudio era desarrollar un instrumento para medir la empatía entre profesionales de la salud, tales como los médicos. También describía brevemente la empatía como un entendimiento de las experiencias, emociones y sentimientos de los pacientes, al contrario de la simpatía, la cual fue descrita como el sentir emociones similares a la forma en que los pacientes las sienten.

A los encuestados se les pidió marcar cualquier elemento que consideraran irrelevante para la medición de la empatía, según estaba descrita en la breve definición. Se les pidió además que editaran los elementos restantes buscando la simplicidad y claridad, y añadieran nuevos elementos que consideraran importantes en un instrumento diseñado para medir la empatía en situaciones de atención al paciente. Los 55 médicos que respondieron ofrecieron sugerencias, hicieron mejoras editoriales y brindaron comentarios conceptuales. Además hicieron recomendaciones sobre revisiones, adiciones y eliminaciones.

Durante esta etapa del estudio, excluimos todos los elementos de la versión preliminar que cinco o más médicos habían marcado. También incorporamos las sugerencias editoriales apropiadas que los encuestados habían hecho. Después de varias repeticiones y revisiones para asegurar que los elementos reflejaban aspectos distintos y relevantes de la empatía en situaciones de atención al paciente, 45 de los 90 elementos originales fueron conservados (Hojat *et al.*, 2001b). Fue esta versión del instrumento de 45 elementos la utilizada en los análisis psicométricos preliminares.

## ANÁLISIS PSICOMÉTRICOS PRELIMINARES

Con el propósito de un estudio psicométrico preliminar, el instrumento de 45 elementos fue aplicado a 223 estudiantes de tercer año en el Colegio Médico Jefferson (193 completaron el instrumento, una tasa de respuesta del 86%). Además, un grupo de 41 residentes del programa de medicina interna en el Hospital de la Universidad Thomas Jefferson y sus hospitales afiliados completó el instrumento.

## Escala tipo Likert

Se utilizó una escala tipo Likert de siete puntos (1 = muy en desacuerdo, 7 = muy de acuerdo) para responder a cada elemento del instrumento (Likert, 1932). Escogimos una escala tipo Likert en lugar de un formato de respuesta dicotómico simple (De acuerdo/Desacuerdo, Sí/No) porque las escalas tipo Likert proveen un rango más amplio de puntuación para los elementos, lo cual permite más variación y por tanto un poder discriminatorio más preciso (Oppenheim, 1992). Además, una escala Likert usualmente produce una distribución que semeja una distribución normal (Likert, 1932) y resulta en puntajes numéricos que pueden ser manejados como una escala de medición por intervalos. Las suposiciones subyacentes para usar técnicas estadísticas paramétricas más poderosas no serían violadas por la presencia de una distribución que se aproxima a una distribución normal ni de una escala de medición por intervalos. También seleccionamos una escala tipo Likert de siete puntos, en lugar de la escala de cinco puntos, más común, porque los dos puntos adicionales podrían reducir la tendencia de los encuestados a emplear los puntos extremos de escala sistemáticamente (Polgar y Thomas, 1988; Reynolds, 2000).

## Análisis factorial para conservar los mejores elementos

El análisis factorial es un método estadístico utilizado para revisar las relaciones empíricas entre un conjunto de variables que pueden ser condensadas de manera eficiente por una formulación teórica (un análisis factorial confirmatorio) (Gorsuch, 1974). También es un método para explorar los constructos subyacentes relacionados con un conjunto de elementos (un análisis factorial exploratorio). El conjunto de elementos que están altamente relacionados entre sí emergería bajo un factor (o un constructo hipotético). Además, el análisis factorial es utilizado para reducir la extensión de un instrumento al conservar los elementos que tienen cargas factoriales relativamente altas (p. ej., mayores a 0.30) respecto a los factores importantes y significativos (Gorsuch, 1974).

Para tamizar los mejores elementos por incluir en la próxima versión y así reducir la extensión del instrumento preliminar, empleamos un análisis factorial con la información recopilada de 193 estudiantes de medicina con el instrumento de 45 elementos. Utilizamos el factoraje de componente principal, seguido por una rotación varimax ortogonal. Este tipo de rotación matemática es utilizada con frecuencia para obtener una estructura factorial más simple y para producir factores independientes (no correlacionados).

Con base en los resultados del análisis factorial, conservamos 20 de los 45 elementos. Esos 20 elementos tuvieron los coeficientes más altos de estructura factorial (mayores de 0.40) en el primer factor extraído (factor principal). El valor propio (raíz latente) de este factor principal fue 10.64, el cual fue mucho más alto que el valor propio para el siguiente factor, 3.45. Los valores propios indican la importancia de los factores extraídos en términos de la proporción de variación que representa. Un valor propio relativamente grande para el primer factor es indicador de la

importancia del factor. Una súbita caída en la magnitud del valor propio sin disminución significativa en los valores propios de los factores subsiguientes es utilizada para conservar los factores sustanciales y descartar aquellos que son triviales. Este lineamiento es conocido como la **prueba scree** (Cattle, 1966).

## VERSIÓN GENÉRICA DE LA ESCALA

La versión genérica de la EEMJ contenía 20 elementos (Hojat *et al.*, 2001b). El elemento con el coeficiente de estructura factorial más alto en el factor principal era: “La empatía es un importante factor terapéutico en el tratamiento médico y quirúrgico”. Este elemento se consideró como una **ancla** para evaluar los demás elementos al examinar la magnitud y dirección de las correlaciones entre el elemento ancla y los otros. Debido a que el tamaño de muestra de 41 residentes era insuficiente (p. ej., la razón del tamaño de la muestra de residentes médicos con el número de variables era menor de 10; Baggaley, 1983), no realizamos un análisis factorial para esa muestra. Sin embargo, una revisión de los patrones de correlación entre elementos mostró similitudes considerables entre los estudiantes de medicina y los residentes (Hojat *et al.*, 2001b).

En la versión genérica de la EEMJ, 17 elementos con coeficientes de estructura factorial positivos y correlaciones positivas y estadísticamente significativas con el elemento ancla eran calificados directamente en la escala tipo Likert de siete puntos (p. ej., 1 = Muy en desacuerdo; 7 = Muy de acuerdo). Los otros tres elementos, los cuales tenían coeficientes de estructura factorial negativos respecto al factor principal y además producían correlaciones negativas con el elemento ancla, eran calificados en forma invertida (1 = Muy de acuerdo, 7 = Muy en desacuerdo). Ejemplo de un elemento calificado directamente en la versión genérica final fue: “La disposición para imaginarse a uno mismo en el lugar de otra persona contribuye a proveer atención de calidad”, y un ejemplo de un elemento calificado en forma invertida es: “Las emociones no tienen cabida en el tratamiento de una enfermedad médica”. Una puntuación más alta en la EEMJ indica un mayor grado de empatía.

Las estadísticas descriptivas para la versión genérica de la EEMJ en las dos muestras de estudio preliminar de estudiantes de medicina y residentes aparecen en el cuadro 7-1.

## Validez de constructo

La validez de constructo es el grado hasta el cual una prueba mide los constructos teóricos del atributo que pretende medir (Anastasi, 1976). El análisis factorial ayuda a determinar si las dimensiones de la escala (factores subyacentes) son consistentes con los constructos teóricos del concepto que se intenta medir. Por consecuencia, utilizar el análisis factorial para examinar la validez de constructo puede revelar las principales dimensiones que caracterizan las puntuaciones de la prueba (Anastasi, 1976).

**Cuadro 7-1. Estadísticas descriptivas para la versión genérica de la EEMJ**

Estadísticas	Residentes (n = 41)	Estudiantes de medicina (n = 193)
Promedio	118	118
Desviación estándar	12	11
Mediana (percentil 50)	119	117
Moda	119	112
Percentil 25	110	111
Percentil 75	126	126
Rango posible <sup>a</sup>	20-140	20-140
Rango real <sup>b</sup>	88-140	87-139
Estimado de confiabilidad alfa	0.87	0.89

<sup>a</sup> Las puntuaciones mínimas y máximas posibles.

<sup>b</sup> Las puntuaciones más bajas y más altas obtenidas por las muestras.

Reproducido con autorización de Hojat *et al.*, 2001b.

Para investigar la estructura subyacente de la versión genérica de la EEMJ, la información recolectada de los estudiantes de medicina fue sometida a factoraje de componente principal con rotación varimax ortogonal. Surgieron cuatro factores, cada uno con un valor propio mayor de 1. Este valor, igual o mayor de 1, es conocido como el criterio de Kaiser (Kaiser, 1960), el cual es utilizado con frecuencia para conservar los factores más importantes. Los cuatro factores extraídos representaron 56% de la varianza total. Diez elementos tuvieron coeficientes factoriales mayores a 0.04 respecto al primer factor (valor propio = 7.56, representando 38% de la varianza). Seleccionamos la magnitud de 0.40 como la carga factorial sobresaliente mínima necesaria para suponer una relación significativa entre el elemento y el factor relevante (Gorsuch, 1974).

Asignar un título a un factor en estudios analíticos factoriales es un juicio subjetivo realizado con base en los contenidos de los elementos con coeficientes factoriales más altos respecto al factor correspondiente. Conforme a los contenidos de los 10 elementos con los coeficientes factoriales más altos, el primer factor fue denominado un constructo “la visión del médico de lo que es la perspectiva del paciente”. El elemento con el coeficiente factorial más alto respecto a este factor fue: “Un médico que es capaz de ver las cosas desde la perspectiva de otra persona puede brindar mejor atención”.

Cinco elementos tuvieron un coeficiente factorial mayor de 0.40 en el segundo factor, lo cual representó 7% de la varianza (valor propio = 1.30). Con base en los contenidos de los elementos con coeficientes factoriales altos, este factor fue denominado: “Comprensión de las experiencias, sentimientos e indicios del paciente”. El elemento con el coeficiente factorial más alto en este factor fue: “Lo que ocurre en la mente del paciente puede ser expresado por indicios no verbales con frecuencia,

tales como expresiones faciales o el lenguaje corporal que deben ser observados cuidadosamente por los médicos”.

Dos elementos de calificación invertida tuvieron coeficientes factoriales mayores a 0.40 en el tercer factor (valor propio = 1.14, que representa 6% de la varianza), el cual fue denominado: “Pasar por alto las emociones en la atención al paciente”. El elemento con el coeficiente más alto en este factor fue. “Debido a que la gente es diferente, es casi imposible para los médicos observar las cosas desde las perspectivas de sus pacientes”.

Por último, dos elementos tuvieron coeficientes factoriales mayores de 0.40 en el cuarto factor (valor propio = 1.01, que representa 5% de la varianza), el cual fue llamado “Pensar como el paciente”. El elemento con el coeficiente más alto en este factor fue: “La mejor manera de atender a un paciente es pensando como un paciente”. Según Velicer y Fava (1998), un número mínimo de tres elementos por factor es requerido para un patrón factorial estable. Según este criterio, los últimos dos factores podrían no ser tan estables como los primeros dos.

Además, un súbito declive en la magnitud del valor propio prerrotacional después de extraer el primer factor sugiere que éste es el más notable y confiable entre todos los factores extraídos. La estructura factorial de la versión genérica de la EEMJ es consistente con el concepto multifacético de la empatía descubierto en la bibliografía (Spiro, McCrea Curnen, Peschel y St. James, 1993). Los detalles en torno al análisis factorial de la versión genérica de la EEMJ y una tabla de los coeficientes de estructura factorial se estudian en otras obras (Hojat *et al.*, 2001b).

## Validez de criterio

La validez de criterio implica una revisión de las correlaciones entre los puntajes de las pruebas y medidas de criterio seleccionadas. Un enfoque para la validación de criterio es demostrar correlaciones significativas entre las puntuaciones de la escala y variables conceptuales relevantes (validez convergente) acompañadas por correlaciones no significativas con medidas conceptuales irrelevantes (validez discriminante). La validez convergente y la discriminante son conceptos derivados del método de Campbell y Fiske (1959), utilizado por primera vez en su análisis de la matriz multirrasgo y multimétodo de correlaciones para describir un patrón de relaciones más altas entre variables conceptualmente más relevantes (validez convergente) que entre variables conceptualmente menos relevantes (validez discriminante) en diferentes métodos de evaluación.

Incluimos las medidas de criterio enlistadas en el recuadro 7-1 en un cuestionario para revisar la validez de criterio de la versión genérica de la EEMJ. Las mediciones 1 a 6 estuvieron disponibles tanto para los estudiantes de medicina como para los residentes. Las 10 medidas restantes de atributos personales (elementos 7 a 16) fueron definidas en el cuestionario y fueron contestadas en una escala de 100 puntos. Se pidió a los encuestados que colocaran una marca en la escala para identificar el grado hasta el que percibían que ellos mismos tenían cada atributo personal particular.

### Recuadro 7-1. Medidas de criterio utilizadas para el estudio de validez

1. **Preocupación empática.** Una subescala del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) (Davis, 1983) (véase capítulo 5).
2. **Toma de perspectiva.** Una subescala del IRI.
3. **Escala de fantasía.** Una subescala del IRI.
4. **Calidez.** Una faceta de la personalidad (8 elementos) de la versión revisada del Inventario de Personalidad NEO (NEO PI-R®), un instrumento ampliamente empleado que mide los cinco grandes factores de la personalidad y sus facetas (Costa y McCrea, 1992). El inventario ha sido utilizado en EUA con muestras tanto de médicos como miembros de la población general. Los médicos calificaron más alto que la población general en calidez (Hojat *et al.*, 1999a). Además, los modelos de rol femenino positivo calificaron más alto que la población general en esta faceta de la personalidad (Magee y Hojat, 1998).
5. **Responsabilidad.** Una faceta de la personalidad de la NEO PI-R® (8 elementos). Los modelos de rol positivo tanto masculinos como femeninos en medicina calificaron más alto que la población general en esta faceta (Magee y Hojat, 1998).
6. **Escala de fe en las personas.** Esta escala fue desarrollada por Rosenberg (1957, 1965) y contiene cinco elementos que miden el grado de confianza en la confiabilidad de las personas (Robinson, 1978). Un elemento típico es: “La mayoría de la gente tiende a ayudar a los demás”.
7. **Empatía global.** Definida como: “Ponerse en los zapatos del paciente en la experiencia de la enfermedad”.
8. **Simpatía global.** Definida como: “Desarrollar sentimientos por el sufrimiento del paciente.
9. **Compasión global.** Definida como: “Simpatía por el paciente combinada con intención de hacer el bien y un deseo de ayudar”.
10. **Confianza.** Definida como: “La creencia de que los pacientes informan las experiencias de su enfermedad honestamente”.
11. **Tolerancia.** Definida como: “La habilidad de evaluar un paciente que muestra comportamiento ofensivo y autodestructivo sin juzgar y sin perder el interés en ayudar”.
12. **Desarrollo personal (mediante la interacción con el paciente).** Definido como: “Aprender y ser recompensado mediante interacciones emocionalmente intensas (ya sean positivas o negativas) con pacientes”.
13. **Comunicación (del entendimiento).** Definida como: “La capacidad de reflejar las emociones del paciente brindando algunas afirmaciones que validen los sentimientos del paciente”.
14. **Autoprotección.** Definida como: “Protegerse a uno mismo de ser abrumado por las emociones y/o sufrimiento del paciente”.
15. **Humor.** Definido como: “La habilidad de reír con los pacientes acerca de las fallas humanas y los absurdos relacionados con sus enfermedades y tratamientos, así como las bromas apropiadas y temas ligeros no relacionados con la enfermedad”.
16. **Neutralidad clínica.** Definida como: “Controlar las expresiones de reacciones emocionales hacia los pacientes, ya sea que sus reacciones sean positivas o negativas”.

Los coeficientes de correlación de Pearson entre la EEMJ y las 16 medidas de criterio (en el cuadro) se presentan en el cuadro 7-2. Las correlaciones entre las puntuaciones de la EEMJ y las puntuaciones de la subescala de Preocupación Em-

pática del IRI fueron moderadas. Las correlaciones fueron más bajas, aunque estadísticamente significativas, para las otras dos subescalas del IRI: Toma de Perspectiva y Fantasía (no utilizamos la subescala de Angustia Personal del IRI por dos razones: queríamos reducir la extensión del cuestionario e incrementar la tasa de respuesta, y pensamos que la subescala era menos aplicable en situaciones de atención al paciente).

**Cuadro 7-2. Correlaciones de las puntuaciones de la versión genérica de la EEMJ con las medidas de criterio**

Medidas de criterios	Residentes (n = 41)	Estudiantes de medicina (n = 193)
<b>Escalas IRI<sup>a</sup></b>		
Preocupación empática		0.41**
Toma de perspectiva		0.29**
Fantasía		0.24**
<b>Autoinforme (escala de siete puntos)<sup>b</sup></b>		
Compasión	0.56**	0.48**
Simpatía	0.27***	0.33**
<b>Facetas de la personalidad NEO PI-R<sup>c</sup></b>		
Calidez <sup>c</sup>	NA	0.33**
Responsabilidad <sup>c</sup>	NA	0.24**
Fe en las personas <sup>d</sup>	NA	0.12***
<b>Autoinforme (escala de 100 puntos)<sup>e</sup></b>		
Empatía	NA	0.45**
Compasión	NA	0.31**
Confianza	NA	0.27**
Simpatía	NA	0.26**
Tolerancia	NA	0.25**
Desarrollo personal	NA	0.15*
Comunicación	NA	0.13***
Autoprotección	NA	0.11
Humor	NA	0.05
Neutralidad clínica	NA	-0.05

\* p < 0.05. \*\*p < 0.01 \*\*\*p < 0.10.

<sup>a</sup> Escalas del Índice de Reactividad Interpersonal (Davis 1983).

<sup>b</sup> Elementos individuales.

<sup>c</sup> Facetas de personalidad de la NEO PI-R (Costa y McCrea, 1992).

<sup>d</sup> Escala de fe en las personas (Rosenberg, 1957, 1965).

<sup>e</sup> Atributos personales autoinformados en una escala de 100 puntos.

NA: Información no disponible.

Reproducido con autorización de Hojat *et al.*, 2001b.

Aunque estadísticamente significativas, las correlaciones entre las puntuaciones de la EEMJ y variables conceptualmente relevantes, tales como compasión, calidez,

responsabilidad, fe en las personas, confianza, tolerancia, desarrollo personal y comunicación, no fueron de gran magnitud -posiblemente como resultado de la baja confiabilidad de los elementos individuales utilizados como criterios. Sin embargo, el hecho de que todos estos criterios conceptualmente relevantes produjeron correlaciones positivas y estadísticamente significativas con las puntuaciones de la EEMJ es consistente con nuestras expectativas, lo cual da soporte a la validez **convergente** de la escala. Por el contrario, una falta de relaciones significativas entre las puntuaciones de la EEMJ y de los atributos personales que parecían conceptualmente irrelevantes para la empatía (p. ej., autoprotección y neutralidad clínica: elementos 14 y 16) apoya la validez **discriminante** de la escala.

La simpatía (elemento 8) se empalmó con las puntuaciones de la EEMJ hasta cierto grado, con correlaciones de 0.26 a 0.33 (cuadro 7-2). La empatía y la compasión autoinformadas (elementos 7 y 9) produjeron las correlaciones más altas con las puntuaciones de la EEMJ, con correlaciones que variaron desde 0.31 hasta 0.56 (cuadro 7-2). Estas correlaciones proveen evidencia en apoyo a la validez decriterio de la EEMJ (detalles de estos análisis se estudian en otra obra; Hojat *et al.*, 2001b).

La moderada magnitud de las correlaciones con las medidas de criterio en nuestros estudios sugiere que la empatía puede considerarse un atributo personal distinto con un acoplamiento estadísticamente significativo pero limitado con la compasión, la preocupación, la simpatía, la toma de perspectiva, la imaginación, la calidez, la responsabilidad, la tolerancia, el desarrollo personal, la confianza y la comunicación.

## Confiabilidad de consistencia interna

La confiabilidad de un instrumento es una indicación de la precisión y estabilidad de las respuestas en una situación de prueba individual (consistencia interna) o en situaciones de prueba múltiples (estabilidad de puntuaciones). Estudiamos la consistencia interna de la confiabilidad de la EEMJ calculando el coeficiente alfa de Cronbach (Cronbach, 1951). El coeficiente obtenido fue de 0.89 para la muestra de estudiantes de medicina y de 0.87 para la muestra de residentes (Hojat *et al.*, 2001b). Coeficientes de confiabilidad de esta magnitud son deseables para los instrumentos educativos y psicológicos (Anastasi, 1976).

## REVISIONES ENCAMINADAS A DESARROLLAR LAS VERSIONES PARA PROFESIONALES DE LA SALUD Y PARA ESTUDIANTES

Debido a que la versión genérica de la EEMJ fue desarrollada originalmente para medir las orientaciones o actitudes de los estudiantes de medicina hacia las relaciones empáticas en el contexto de la atención al paciente, nuestro equipo de investigación decidió modificar ligeramente la escala de tal forma que estuvieran disponibles dos versiones: una aplicable a médicos y otros profesionales de la salud (la versión

PS; véase apéndice A); la otra a estudiantes de medicina y otras profesiones de la salud (la versión E; véase apéndice B).

La versión PS estaría más orientada hacia el comportamiento empático del médico en encuentros con pacientes, y la versión E debería reflejar las orientaciones o actitudes de los estudiantes hacia la empatía en la atención al paciente. Por ejemplo, la redacción del elemento en la versión PS, “Debido a que la gente es diferente, es casi imposible para los médicos ver las cosas desde las perspectivas de sus pacientes”, fue modificada como sigue en la versión HP: “Debido a que la gente es diferente, es casi imposible ver las cosas desde las perspectivas de mis pacientes”. Las modificaciones también tuvieron la intención de hacer la EEMJ aplicable para otros profesionales de la salud así como para los médicos (Hojat *et al.*, 2002e).

### Revisiones para balancear elementos redactados positiva y negativamente

Sólo hubo tres elementos redactados negativamente (puntuación invertida) en la versión genérica de la EEMJ. Los elementos redactados negativamente, por lo general, son empleados en pruebas psicológicas o de personalidad para reducir el efecto confuso de un patrón de respuesta conocido como el **estilo de respuesta de aquiescencia** —una tendencia a estar de acuerdo o no constantemente con las declaraciones utilizadas como elementos de prueba. (En el contexto sociopolítico, estas personas son llamadas **afirmadores** o **negadores**.)

En la versión modificada, se conservó un balance al redactar 10 elementos positivamente y los otros 10, negativamente. Los elementos redactados positivamente eran calificados según su peso Likert (1 = Muy en desacuerdo, 7 = Muy de acuerdo), mientras que los elementos redactados negativamente eran calificados inversamente (1 = Muy de acuerdo, 7 = Muy en desacuerdo).

### Revisiones para mejorar la claridad para un público internacional

Se realizaron también revisiones menores a la redacción de algunos elementos para mejorar su claridad para públicos internacionales. Por ejemplo, cuando los investigadores en Italia y México traducían la EEMJ a italiano y español, surgió una cuestión acerca de la traducción textual del verbo **tocar** (*touch*) en el siguiente elemento: “Yo no me permito ser tocado por relaciones emocionales intensas entre mis pacientes y los miembros de su familia” (*I do not allow myself to be touched by intense emotional relationships between my patients and their family members*) (un elemento redactado negativamente). El significado simbólico de **ser tocado por** (*to be touched*) (ser afectado o influido por) no fue algo evidente en las versiones traducidas. Por lo tanto, revisamos este elemento escribiendo **ser influido** (*to be influenced*) en vez de “ser tocado” para evitar confusión en las traducciones.

## COMPARACIONES ENTRE LAS VERSIONES GENÉRICA, PARA PROFESIONALES DE LA SALUD Y PARA ESTUDIANTES

Para estudiar los efectos de nuestras modificaciones y revisiones a la EEMJ, aplicamos la versión genérica y la versión PS a un grupo de 42 residentes de medicina interna empleando un diseño cruzado, de tal manera que la mitad de los residentes completó la versión HP primero y después la versión genérica, mientras que la otra mitad completó las dos versiones en el orden inverso. La correlación entre las puntuaciones de las dos versiones fue de 0.85 ( $p < 0.01$ ). Notamos una tendencia extremadamente ligera y no significativa hacia la mejora en el estimado de la confiabilidad del coeficiente alfa de Cronbach en la versión PS (un incremento de 0.81 a 0.85). No ocurrió ningún cambio significativo en las estadísticas descriptivas de las dos versiones. Por ejemplo, la puntuación promedio en la versión genérica fue de 120.9 (DE = 10.1), y de 120.2 (DE = 10.7) para la versión PS (Hojat *et al.*, 2003b). Datos recientes de estudiantes de medicina que emplearon la versión E muestran estadísticas descriptivas similares a las descubiertas en el cuadro 7-2 para estudiantes de medicina que utilizaron la versión genérica.

Se condujeron dos estudios para examinar las estadísticas descriptivas y las características psicométricas de las versiones HPS y E. En el primer estudio, examinamos las propiedades psicométricas de la versión PS; en el segundo estudio, investigamos las propiedades psicométricas de la versión E.

### Propiedades psicométricas de la versión para profesionales de la salud

Para estudiar los aspectos psicométricos de la versión PS, entre otros, enviamos por correo la escala a 1,007 médicos del Sistema de Salud Jefferson, afiliados al Hospital de la Universidad Thomas Jefferson y al Colegio Médico Jefferson en el área urbana de Filadelfia (se incluyeron sobres con porte pagado para responder). Después de dos recordatorios de seguimiento, 704 médicos completaron y regresaron el cuestionario, una tasa de respuesta del 70% (Hojat *et al.*, 2002e). Una tasa de respuesta del 70% es considerablemente más alta que la típica tasa de 52% reportada para encuestas enviadas por correo a médicos (Cummings, Savitz y Konrad, 2001). Sin embargo, algunos investigadores han sugerido que una tasa de respuesta de por lo menos 75% debe ser obtenida para encuestas enviadas por correo a profesionales para asegurar la representatividad de la muestra (Gough y Hall, 1977). Una comparación de quienes respondieron y quienes no respondieron no logró mostrar ninguna diferencia significativa entre ambos grupos con respecto a la distribución de sus especialidades, ofreciendo apoyo para la representatividad de la muestra de estudio (Hojat *et al.*, 2002e).

Para estudiar la estabilidad de las puntuaciones en la versión PS en el tiempo (confiabilidad de prueba y confirmación), 100 médicos que habían completado la versión PS fueron seleccionados al azar para que recibieran una segunda copia de la escala además de una carta agradeciendo su participación y solicitando que com-

pletaran la segunda copia de la escala para ayudarnos a establecer la confiabilidad de esta última. Setenta y un médicos respondieron, y sus puntuaciones en las dos pruebas fueron correlacionadas. El intervalo de tiempo exacto entre el completado de las dos pruebas no pudo ser determinado con precisión debido a que no pedimos a los médicos que especificaran la fecha en que completaron la encuesta. Sin embargo, al examinar las fechas del correo, pudimos llegar a un estimado de aproximadamente 3 a 4 meses como intervalo de prueba. La confiabilidad de prueba y confirmación fue de 0.65 ( $p < 0.01$ ) (Hojat *et al.*, 2002e).

### Componentes subyacentes (factores)

Cuando condujimos un análisis factorial exploratorio para investigar los componentes subyacentes de la versión PS, tres factores con valores propios mayores de 1 emergieron (4.2, 1.5 y 1.3), que representaban 21, 8 y 7% de la varianza total, respectivamente (Hojat *et al.* 2002e). Los coeficientes factoriales, las magnitudes de los valores propios y las proporciones de la varianza aparecen en el cuadro 7-3. Los 10 elementos redactados positivamente tuvieron coeficientes factoriales mayores de

**Cuadro 7-3. Cargas factoriales rotadas de los elementos de la versión PS de la EEMJ<sup>a</sup>**

Elementos	Factores		
	1	2	3
1. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión del estado emocional de éstos y sus familias	<b>0.70</b>	0.21	-0.08
2. Trato de entender qué sucede en las mentes de mis pacientes poniendo atención en sus indicios no verbales y lenguaje corporal	<b>0.62</b>	0.06	0.23
3. Pienso que la empatía es un importante factor terapéutico en el tratamiento médico	<b>0.60</b>	0.28	-0.25
4. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico estaría limitado	<b>0.58</b>	0.22	-0.16
5. Mi entendimiento de los sentimientos de mis pacientes les da un sentido de validación que es terapéutico por sí mismo	<b>0.58</b>	0.32	0.03
6. Mis pacientes se sienten mejor cuando entiendo sus sentimientos	<b>0.50</b>	-0.02	0.16
7. Considero que entender el lenguaje corporal de mis pacientes es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente	<b>0.48</b>	-0.18	0.30
8. Trato de imaginarme a mí mismo en los zapatos de mis pacientes cuando les brindó atención	<b>0.46</b>	0.29	0.28

(continúa)

**Cuadro 7-3. Cargas factoriales rotadas de los elementos de la versión PS de la EEMJ<sup>a</sup>**

Elementos	Factores		
	1	2	3
9. Tengo un buen sentido del humor, el cual pienso que contribuye a un mejor resultado clínico	<b>0.45</b>	-0.02	0.14
10. Trato de pensar como mis pacientes para brindar una mejor atención	<b>0.46</b>	0.20	0.25
11. Las enfermedades de los pacientes sólo pueden ser curadas por el tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos de mis pacientes no pueden tener un lugar significativo para este propósito	0.17	<b>0.60</b>	-0.01
12. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la eficacia del tratamiento	0.07	<b>0.59</b>	0.07
13. Trato de no prestar atención a las emociones de mis pacientes al entrevistarlos y formar su historia clínica	0.02	<b>0.54</b>	0.02
14. Pienso que la emoción no tiene lugar en el tratamiento de enfermedades médicas	0.22	<b>0.50</b>	-0.03
15. No me permito ser influido por relaciones emocionales intensas entre mis pacientes y los miembros de su familia	0.13	<b>0.44</b>	0.26
16. Mi entendimiento de cómo se sienten mis pacientes y sus familias es un factor irrelevante en el tratamiento médico	-0.03	<b>0.43</b>	0.14
17. No disfruto leer sobre temas no médicos ni el arte	0.05	<b>0.37</b>	0.13
18. Considero que cuestionar a los pacientes sobre lo que sucede en sus vidas es un factor no importante en el entendimiento de sus molestias físicas	0.10	<b>0.37</b>	-0.12
19. Es difícil para mí observar las cosas desde las perspectivas de mis pacientes	0.10	0.05	<b>0.74</b>
20. Debido a que la gente es diferente, es casi imposible para mí observar las cosas desde las perspectivas de mis pacientes	0.17	0.20	<b>0.66</b>
Valores propios	4.2	1.5	1.3
Varianza	21%	8%	7%

<sup>a</sup> Los elementos están listados con base en el orden descendente de la magnitud de los coeficientes de la estructura factorial dentro de cada factor. Los valores mayores de 0.35 aparecen en letras negritas. Las respuestas estuvieron basadas en una escala tipo Likert de 7 puntos. Las respuestas fueron calificadas en forma inversa en los elementos 11 a 20 (Muy de acuerdo = 1, Muy en desacuerdo = siete); los elementos restantes fueron calificados de forma directa (Muy de acuerdo = 7, Muy en desacuerdo = 1).

Reimpreso con autorización del *American Journal of Psychiatry*, Copyright 2002. Asociación Americana de Psiquiatría.

0.40 en el factor 1 (incluido en letras negritas). Este factor puede ser considerado el componente principal de la EEMJ, como lo indica la magnitud de su valor propio. Con base en los contenidos de los elementos con coeficientes factoriales altos, el primer factor puede denominarse **Toma de perspectiva**, un componente de la EEMJ que ha sido descrito como el ingrediente cognitivo central de la empatía (Davis, 1994; Spiro *et al.*, 1993). Este significativo componente es similar al factor principal “la visión del médico de lo que es la perspectiva del paciente” que surgió en la versión genérica.

El factor 2 incluyó ocho de los elementos redactados negativamente con coeficientes factoriales mayores a 0.35. Este factor puede considerarse un constructo que implica **atención compasiva** según los contenidos de los elementos (el polo positivo de los contenidos de los elementos que fueron redactados de modo negativo pero calificados de forma invertida). Desde el punto de vista conceptual, este constructo es similar a los dos factores que surgieron en la versión genérica de la EEMJ: **emociones en la atención al paciente** y **entender las experiencias, sentimientos e indicios del paciente**.

Por último, el factor 3 incluyó otros dos elementos redactados e modo negativo con coeficientes factoriales altos que pueden ser llamados: “Ponerse en los zapatos del paciente” (el polo positivo de los contenidos de los elementos redactados negativamente pero calificados de forma invertida). Este es un componente trivial similar al factor **pensar como el paciente**, el cual surgió en la versión genérica.

Estos resultados sugieren que la estructura factorial de la EEMJ es consistente con la noción de la multidimensionalidad de la empatía (Davis, 1983, 1994; Kunyk y Olson, 2001). Además, la estabilidad de la similitud entre la estructura factorial y los componentes a través de las diferentes muestras (estudiantes de medicina y médicos) y a través de las diferentes versiones (genérica y revisada) ofrece apoyo adicional para la validez de constructo de la EEMJ (Hojat *et al.*, 2002e).

### **Características del elemento y correlaciones elemento-puntuación total**

La puntuación promedio de los elementos en la versión HP varió desde un nivel bajo de 4.8 hasta un nivel alto de 6.5 en la escala de siete puntos (Hojat *et al.*, 2002c). Este resultado sugiere que las respuestas de los médicos a los elementos tendieron a inclinarse hacia el extremo superior de la escala, aunque la distribución de sus respuestas mostró que los médicos en realidad utilizaron el rango completo de posibles respuestas en todos los elementos. Las desviaciones estándar para los elementos varió desde 0.9 hasta 1.6 (Hojat *et al.*, 2002c).

Los dos elementos con las puntuaciones promedio más altas (6.5), ambos redactados negativamente y calificados en forma invertida, fueron: “Mi entendimiento de cómo se sienten mis pacientes y sus familias es un factor irrelevante en el tratamiento médico” y “Pienso que la emoción no tiene lugar en el tratamiento de enfermedades médicas”. El elemento con la puntuación promedio más baja (4.8) fue: “Trato de pensar como mi paciente para brindar una mejor atención”.

Todas las correlaciones elemento-puntuación total fueron positivas y estadísticamente significativas ( $p < .01$ ), variando desde 0.30 hasta 0.60 con una mediana de

correlación de 0.43. Los dos elementos con las correlaciones elemento-puntuación total más altas ( $r = 0.60$ ) fueron: “Trato de imaginarme a mí mismo en los zapatos de mis pacientes cuando les brindó atención” y “Mi entendimiento de los sentimientos de mis pacientes les da un sentido de validación que es terapéutico por sí mismo”. Dos elementos con las correlaciones elemento-puntuación total más bajas ( $r = 0.30$ ) fueron: “No disfruto leer sobre temas no médicos ni el arte” (elemento redactado negativamente y calificado en forma invertida) y “Mi entendimiento de cómo se sienten mis pacientes y sus familias es un factor irrelevante en el tratamiento médico” (calificado invertidamente) (Hojat *et al.*, 2002c). Los hallazgos apoyan la correcta dirección de la puntuación de los elementos y la contribución significativa de cada elemento a la puntuación total de la EEMJ.

### Estadísticas descriptivas y confiabilidad

Las estadísticas descriptivas y la distribución de puntuaciones para la versión HP se describen en el cuadro 7-4. Además, el aspecto de consistencia interna de la confiabilidad (coeficiente alfa) fue 0.81 para la muestra de médicos, y el coeficiente de confiabilidad de prueba y confirmación fue 0.65 (Hojat *et al.*, 2002d). Los coeficientes de confiabilidad indican que la versión PS tiene consistencia interna y sus puntuaciones son relativamente estables en el tiempo (cuadro 7-4).

Sería deseable desarrollar normas basadas en muestras nacionales representativas de médicos para propósitos comparativos o para la evaluación de la puntuación individual de cada médico (p. ej., una mujer médico ejerciendo medicina familiar) respecto a la norma (p. ej., rangos percentiles) derivada de una muestra nacional correspondiente (p. ej., una muestra nacional de mujeres médicos que ejercen medicina familiar). Es claro que la información estudiada en el cuadro 7-4 no puede servir para ese propósito.

### Propiedades psicométricas de la versión para estudiantes

Colectamos información de 685 estudiantes de primer año del Colegio Médico Jefferson (aquellos que se habían matriculado en 2002, 2003 o 2004). Debido a que los patrones de resultados estadísticos fueron similares cuando analizamos la información de cada clase en forma aislada, los datos de las tres clases fueron combinados para los análisis estadísticos finales.

Las puntuaciones promedio de los elementos variaron desde un nivel bajo de 4.57 hasta un nivel alto de 6.63 sobre la escala de siete puntos, y las desviaciones estándares variaron desde 0.78 hasta 1.45. Todas las correlaciones de elemento-puntuación total fueron positivas y estadísticamente significativas ( $p < 0.01$ ), variando desde un nivel bajo de 0.30 para “Debido a que la gente es diferente, es difícil observar las cosas desde las perspectivas de los pacientes” hasta un nivel alto de 0.66 para “El entendimiento del médico sobre el estado emocional de sus pacientes, así como el de sus familias, es un componente importante de la relación médico-paciente”. La mediana de correlación elemento-puntuación total fue 0.50.

**Cuadro 7-4. Distribuciones de puntuación, percentiles y estadísticas descriptivas para la versión PS de la EEMJ (n = 704 médicos)**

Intervalo de puntuación	Frecuencia	Frecuencia acumulativa	Porcentaje acumulativo
≤ 75	3	3	< 1
76-80	3	6	1
81-85	2	8	11
86-90	3	11	2
90-95	13	24	3
96-100	21	45	6
101-105	31	76	11
106-110	57	133	19
111-115	97	230	33
116-120	111	341	48
121-125	114	455	65
126-130	126	581	83
131-135	85	666	95
136-140	38	704	100
Promedio		120	
Desviación estándar		11.9	
Percentil 25		113	
Percentil 50		121	
Percentil 75		128	
Rango posible		20-140	
Rango real		50-140	
Estimado de confiabilidad alfa		0.81	
Confiabilidad de prueba y confirmación <sup>a</sup>		0.65	

<sup>a</sup>La confiabilidad de prueba y confirmación se calcula para 71 médicos en un intervalo de 3 a 4 meses aproximadamente entre pruebas.

Reimpreso con autorización del *American Journal of Psychiatry*, Copyright 202. Asociación Americana de Psiquiatría.

Las estadísticas descriptivas y los coeficientes de confiabilidad para la versión E aparecen en el cuadro 7-5.

Sería deseable desarrollar tablas de normas basadas en muestras de estudiantes de medicina de diferentes escuelas para propósitos comparativos o para evaluar la puntuación individual de un estudiante respecto a la norma nacional (p. ej., un rango percentil). Sobra decir que los datos estudiados en el cuadro 7-5 no pueden servir para ese propósito.

**Cuadro 7-5. Distribuciones, percentiles y estadísticas descriptivas para la versión E de la EEMJ (n = 685 estudiantes de medicina)**

Intervalo de puntuación	Frecuencia	Frecuencia acumulativa	Porcentaje acumulativo
≤ 75	1	1	< 1
76-80	1	2	< 1
81-85	3	5	1
86-90	4	9	1
90-95	16	25	5
96-100	34	59	8
101-105	61	120	17
106-110	109	229	19
111-115	120	349	33
116-120	130	479	70
121-125	102	581	85
126-130	76	657	96
131-135	24	681	99
136-140	4	685	100
Promedio		115	
Desviación estándar		10	
Percentil 25		108	
Percentil 50		115	
Percentil 75		122	
Rango posible		20-140	
Rango real		75-140	
Estimado de confiabilidad alfa		0.80	

## Otros indicadores de validez

### **Método de grupos contrastados**

Otros indicadores que sustentan la validez de las versiones E y PS de la EEMJ están basados en la noción de que un instrumento de medición es válido cuando puede demostrar diferencias de grupo o relaciones en la dirección esperada. Las expectativas están basadas en la investigación previa, teorías y tendencias conductuales descritas en la bibliografía. Este enfoque, en el que diferentes grupos son comparados para examinar si las diferencias en sus puntuaciones ocurren en la dirección esperada, es conocido como validación por el método de **grupos contrastados**

(Anastasi, 1976). Por ejemplo, en la mayoría de los estudios, las mujeres calificaron más alto que los hombres en las medidas de la empatía (véase capítulo 9). Algunos autores han sugerido que el estilo conductual de las mujeres es en general más **empático** que el estilo de los hombres (Baron-Cohen, 2003). Por tanto, esperábamos encontrar diferencias de género que favorecieran a las mujeres en las puntuaciones en ambas versiones de la EEMJ. La confirmación empírica de esta expectativa podría considerarse un indicador de la validez de la EEMJ. En nuestros estudios, las estudiantes de medicina y las doctoras de manera consistente obtuvieron puntuaciones promedio significativamente más altas que los estudiantes y médicos varones (Hojat *et al.*, 2001b, 2002c, 2002e).

Además, esperábamos que los médicos que eligieron ejercer en especialidades orientadas a las personas, tales como medicina familiar, medicina interna y pediatría, calificaran más alto en la versión HP que los médicos en especialidades orientadas a la tecnología o a procedimientos y basadas en hospitalización, tales como cirugía, patología, radiología y anestesiología. Los resultados de nuestros estudios confirmaron esta expectativa (Hojat *et al.*, 2002c, 2002e) (el género, la especialidad médica y la empatía son discutidos en mayor detalle en el capítulo 9).

En otra investigación con los estudiantes de medicina de primer año (Hojat *et al.*, 2005b) encontramos que las puntuaciones altas en la EEMJ se relacionaron con el plan de los estudiantes de dedicarse a especialidades orientadas a las personas (en oposición a las orientadas a procedimientos) después de graduarse de la escuela de medicina. Sin embargo, en su tesis de maestría, Smolarz (2005) no encontró una diferencia significativa en las puntuaciones de la EEMJ entre estudiantes de medicina de pregrado que se especializaron en disciplinas científicas y no científicas.

### **Relaciones con mediciones relevantes**

En una investigación con estudiantes de medicina (Hojat *et al.*, 2005b) encontramos que las puntuaciones en la EEMJ estaban significativamente y positivamente correlacionadas con las puntuaciones de **sociabilidad**, medidas por la versión corta del Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman (CPZK) (Zuckerman, 2002). También obtuvimos una correlación significativa pero negativa entre las puntuaciones en la EEMJ y la subescala Hostilidad-Agresiva del CPZK. Más aún, los niveles más altos de satisfacción autoinformada con la relación maternal temprana se vincularon significativamente con puntuaciones más altas en la EEMJ (Hojat *et al.*, 2005b).

En un estudio con farmacólogos que fue tema de su disertación doctoral, Reisetter (2003) descubrió correlaciones significativas entre las puntuaciones factoriales de la EEMJ y las puntuaciones de subescala de la Escala de Confianza Médica (ECM) (Ashworth, Williamson y Montano, 1984; McLellan, Jansen-Mc Williams, Comer, Gardner y Kelleher, 1999). Por ejemplo, la correlación entre las puntuaciones del factor Atención Compasiva de la EEMJ y la subescala Confianza y Sentimiento de la ECM (definida como la preocupación del clínico sobre su habilidad para atender los problemas psicosociales del cliente) fue  $r = 0.50$ . Se encontró correlación negativa ( $r = -0.30$ ) entre las puntuaciones del factor **estar en los zapatos del paciente** de

la EEMJ y la subescala **carga** de la ECM (definida como las dificultades percibidas por el clínico para atender los problemas psicosociales del cliente).

En una muestra de estudiantes de la Escuela de Odontología en la Universidad de Washington, Sherman y Cramer (2005) encontraron correlaciones positivas y significativas entre las puntuaciones en la EEMJ y 18 de 26 medidas de actitudes hacia las competencias clínicas. Se observó la correlación más alta entre puntuaciones de la EEMJ e índices de la siguiente competencia clínica: “aplicación de los principios de las ciencias conductuales que pertenecen a la atención de la salud bucal centrada en el paciente” ( $r = 0.52$ ). El coeficiente de confiabilidad alfa para la EEMJ en el estudio de Sherman y Cramer fue 0.90, y la estructura factorial de la escala fue similar a la informada en estudiantes de medicina y médicos (Hojat *et al.*, 2001b, 2002d).

### **Correlación entre las puntuaciones en la EEMJ y el IRI**

Durante el desarrollo de la versión genérica de la EEMJ, examinamos las correlaciones entre las puntuaciones en la EEMJ y las puntuaciones en el IRI, el cual ha sido ampliamente utilizado para medir la empatía en la población en general. Obtuvimos relaciones modestas entre las puntuaciones en los dos instrumentos entre estudiantes de medicina (Hojat *et al.*, 2001b). En otro estudio con 93 residentes de medicina interna en el Hospital de la Universidad Thomas Jefferson, examinamos las relaciones entre las puntuaciones totales y puntuaciones factoriales (toma de perspectiva, atención compasiva y ponerse en los zapatos del paciente) en la versión PS y las puntuaciones totales y de subescala del IRI (toma de perspectiva, preocupación empática, fantasía y ansiedad personal) (Hojat, Mangione, Kane y Gonnella, 2005a). Un estudio encontró que las subescalas de Toma de Perspectiva y Preocupación Empática del IRI probablemente miden la empatía, mientras que las sub escalas de Ansiedad Personal y Fantasía probablemente miden la simpatía (Yarnold, Bryant, Nightingale y Martin, 1996). Supusimos que las subescalas de Toma de Perspectiva y Preocupación Empática del IRI eran más relevantes para la relación médico-paciente que las subescalas de Ansiedad Personal y Fantasía. Por lo tanto, esperábamos correlaciones significativas aunque moderadas entre las puntuaciones totales y factoriales de la EEMJ y las puntuaciones totales del IRI y sus subescalas de Toma de Perspectiva y Preocupación Empática. Por el contrario, esperábamos obtener correlaciones triviales entre las puntuaciones en la EEMJ (y sus factores) y las puntuaciones en la subescalas de Ansiedad Personal y Fantasía del IRI. Un resumen de los resultados aparece en el cuadro 7-6.

Tal como esperábamos, todas las correlaciones entre las puntuaciones en la subescala de Ansiedad Personal del IRI y las puntuaciones totales y factoriales en la EEMJ fueron no significativas. Las puntuaciones en la subescala de Fantasía del IRI produjo correlaciones modestas con las puntuaciones en las subescalas de Toma de Perspectiva y Atención Compasiva de la EEMJ ( $r = 0.24, p < 0.05$ , y  $r = 0.37, p < 0.01$ , respectivamente). Las correlaciones más altas se observaron en las puntuaciones de la subescala de Preocupación Empática del IRI y los factores de Atención Compasiva y Toma de Perspectiva de la EEMJ ( $r = 0.41, p < 0.01$ , y  $r = 0.40, p < 0.01$ , respectivamente). La correlación entre las puntuaciones en las dimensiones de toma de

**Cuadro 7.6. Correlaciones entre las puntuaciones en la EEMJ y el IRI (n = 93 residentes de medicina interna de primer año)**

Sub-Escalas del IRI	Factores de la EEMJ			
	Toma de perspectiva	Atención compasiva	Ponerse en los zapatos del paciente	Puntuación total
Toma de perspectiva	0.35**	0.31**	0.17	0.40**
Preocupación empática	0.40**	0.41**	0.16	0.48**
Fantasia	0.24*	0.37**	0.12	0.35**
Ansiedad personal	0.01	0.02	0.13	0.02
Puntuación total	0.34**	0.40**	0.22*	0.45**

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.001$

Reproducido con autorización de Hojat et al., 2005<sup>a</sup>, <http://www.tandf.com.uk>

perspectiva de ambos instrumentos fue  $r = 0.35$  ( $p < 0.01$ ), y la correlación entre las puntuaciones totales en los dos instrumentos fue  $r = 0.45$  ( $p < 0.01$ ).

Por lo tanto, nuestra expectativa fue confirmada respecto a las correlaciones significativas de magnitud moderada entre las puntuaciones totales y factoriales en la EEMJ y las puntuaciones en las subescalas de Toma de Perspectiva y Preocupación Empática del IRI. Nuestra predicción sobre la relación entre las puntuaciones factoriales en la EEMJ y las puntuaciones en la subescala de Fantasía del IRI fue confirmada parcialmente. Más aún, nuestra predicción acerca de la falta de relación entre las puntuaciones de la EEMJ y las puntuaciones de la subescala de Ansiedad Personal del IRI fue correcta (Hojat *et al.*, 2005a). La toma de perspectiva y la preocupación empática parecen emerger de una motivación altruista, mientras que la ansiedad personal parece originarse de una motivación egoísta para reducir la ansiedad de uno mismo en lugar de ayudar a otros a reducir su estrés. Estos resultados proveen mayor evidencia en apoyo a la validez de la EEMJ.

### **Relación entre las puntuaciones en la EEMJ y el desempeño académico**

Esperábamos encontrar una relación positiva y significativa entre las puntuaciones de los estudiantes de medicina en la versión E de la EEMJ y las valoraciones globales de su competencia clínica en rotaciones clínicas básicas. La razón de esta expectativa fue que la habilidad para comunicarse con los pacientes y entender sus preocupaciones se toma en cuenta a menudo cuando se evalúa la competencia clínica global. Nuestra expectativa fue confirmada en una investigación con estudiantes de medicina de tercer año donde encontramos que los estudiantes con

puntuaciones más altas en la versión E obtuvieron mejores valoraciones en competencia clínica que sus compañeros con puntuaciones más bajas para la empatía (Hojat *et al.*, 2002a).

La falta de evidencia convincente excluyó la hipótesis de que el desempeño en pruebas objetivas (opción múltiple) del conocimiento académico debería ser relacionado con puntuaciones de empatía. Por lo tanto, no esperábamos tal relación y, de hecho, no la encontramos (Hojat *et al.*, 2002a). Nuestros resultados fueron consistentes con los de otros investigadores (Diseker y Michielutte, 1981; Hornblow, Kidson y Jones, 1977; Kupfer, Drew, Curtis y Rubinstein, 1978).

## Administración y puntuación

Ambas versiones de la EEMJ pueden administrarse individualmente o en grupos. La mitad de los elementos se califican directamente según sus pesos Likert (1 = Muy en desacuerdo, 7 = Muy de acuerdo) y la otra mitad se califican a la inversa (1 = Muy de acuerdo, 7 = Muy en desacuerdo). Recomendamos que si un encuestado no contesta más del 20% de los elementos (4 elementos), la escala se considera incompleta y se excluya del análisis de datos. En el caso de un encuestado con cuatro o menos elementos sin contestar, recomendamos reemplazar cada valor faltante con la calificación promedio calculada respecto a lo completado por el encuestado. La escala no tiene límite de tiempo, y toma aproximadamente de 5 a 10 minutos contestarla. No recomendamos un límite de tiempo para contestar la escala.

La versión PS (apéndice A) y la versión E (apéndice B) pueden ser administradas a médicos y estudiantes de medicina, respectivamente, sin modificación alguna. Sin embargo, la palabra **médico** en 13 elementos de la versión E (elementos 1 a 5, 9 a 11, 13 y 15 a 18) debe ser sustituida con un título apropiado (p. ej., enfermera o terapeuta) para estudiantes de otras profesiones de la salud. Dicha modificación no parece ser necesaria en la versión PS si se aplica a profesionales de la salud distintos de los médicos.

Debo enfatizar que la evidencia psicométrica estudiada en este capítulo se basa principalmente en los datos obtenidos de estudiantes de medicina, médicos titulados y una muestra pequeña de enfermeras. Planeamos examinar las características psicométricas de la EEMJ con una audiencia amplia, conduciendo estudios a gran escala con muestras representativas de estudiantes y practicantes de otras profesiones de la salud. A pesar de que se invita a los investigadores a utilizar la escala con estudiantes y practicantes de otras profesiones de la salud, deben ser cautelosos al interpretar los resultados y prudentes al examinar las características psicométricas del instrumento en sus propias muestras de investigación.

## BREVE ESCALA PARA MEDIR LAS PERCEPCIONES DE LOS PACIENTES SOBRE LA EMPATÍA DE LOS MÉDICOS

Para investigar la relación entre las puntuaciones autoinformadas por los médicos en la EEMJ y las percepciones de sus pacientes, desarrollamos una breve escala para

medir las percepciones de los pacientes sobre el comportamiento y la preocupación empática de los médicos. Los pacientes completan la Escala de las Percepciones del Paciente sobre Empatía Médica de Jefferson (EPPEMJ) (apéndice C) para evaluar la empatía de su médico.

La escala de percepción del paciente contiene cinco elementos breves que los pacientes pueden contestar en pocos minutos después del encuentro con el médico. Por ejemplo, la preocupación de un médico respecto a un paciente y la familia del paciente es reflejada en el siguiente elemento: “Este médico parece preocuparse por mí y mi familia”. La toma de perspectiva del médico es reflejada por el siguiente elemento: “Este médico puede ver las cosas desde mi perspectiva (ve las cosas como yo las veo)”. En un estudio conducido por Kane y colaboradores con residentes en un programa de medicina interna (Kane, Gotto, Mangione, West y Hojat, 2005) y en otro estudio por Glaser y colaboradores con residentes de un programa de medicina familiar (Glaser, Markham, Adler, McManus y Hojat, 2005), las puntuaciones en esta escala se correlacionaron significativamente con elementos seleccionados del Cuestionario de Comportamientos Humanísticos de los Médicos desarrollado por Weaver, Ow, Walter y Degenhardt (1993) y además con elementos seleccionados de un cuestionario que mide la apreciación del paciente sobre el desempeño de los médicos desarrollado por Matthews y Feinstein (1989).

En los dos estudios preliminares de la EPPEMJ mencionados, conducidos en el Hospital de la Universidad Thomas Jefferson, se utilizaron los datos de 225 consultas entre paciente y médicos residentes en el programa de residencia de medicina interna (Kane *et al.*, 2005) y de 90 consultas entre pacientes y residentes del programa de residencia de medicina familiar (Glaser *et al.*, 2005). Las correlaciones de elemento-puntuación total fueron estadísticamente significativas en ambos departamentos (la mediana de correlación fue 0.78 para medicina familiar y 0.81 para el estudio de medicina interna). La puntuación total y por elemento en la EPPEMJ en el estudio del Departamento de Medicina Interna además produjo correlaciones significativas con las puntuaciones obtenidas de un formulario de calificación para pacientes, desarrollado por el Consejo Americano de Medicina Interna para evaluar las habilidades comunicativas, las cualidades humanísticas y el profesionalismo de los médicos (Lipner, Blank, Leas y Fortna, 2002). La mediana de correlación entre los dos instrumentos fue 0.64. Las confiabilidades de consistencia interna (coeficiente alfa) de la escala de percepción del paciente estuvieron en el rango más bajo (0.50s) probablemente debido al pequeño número de elementos.

El coeficiente de correlación entre las calificaciones de los pacientes sobre sus médicos en escala de percepción del paciente y las autopuntuaciones de los residentes en la EEMJ fue 0.48 ( $p < 0.05$ ) en el estudio de medicina familiar, pero de sólo 0.24 (no significativo) en el estudio de medicina interna. La inspección adicional de los datos del Departamento de Medicina Interna mostró que la mayoría de los pacientes (78 %) otorgaron las puntuaciones más altas posibles a los residentes, llevando a una distribución altamente sesgada de la puntuación en la EPPEMJ con un restringido rango de puntuaciones. Éste serio **efecto de techo** no permitiría capturar en forma plena la correlación entre la empatía autoinformada por los residentes y las percep-

ciones de los pacientes sobre la empatía de los residentes. En otro estudio también se encontró que a pesar de que la relación entre las medidas de empatía autoinformadas por los médicos en la Escala de Empatía de Hogan y las evaluaciones de los pacientes era positiva, no era estadísticamente significativa (Linn *et al.*, 1987). Existe la posibilidad de que los puntos de vista de los pacientes sobre la conducta empática de su médico difieran de los puntos de vista de los médicos sobre su propia empatía. Se requiere de más investigación para explorar esta posibilidad.

El vínculo entre la empatía autoinformada por los médicos y las percepciones de los pacientes sobre la empatía de sus médicos podría ser reforzado por los esfuerzos de los médicos para comunicar su entendimiento a sus pacientes (Free, Green, Grace, Chernus y Whitman, 1985). Medir las percepciones de los pacientes es importante, porque la investigación ha mostrado que sus percepciones sobre la empatía de los médicos producen las correlaciones más altas con los resultados clínicos, seguidas por las evaluaciones de observadores sobre la empatía de los médicos y, finalmente, por la empatía autoinformada por los médicos (Bohart *et al.*, 2002). Debido a que otros factores pueden contribuir a las percepciones de los pacientes sobre la empatía de los médicos, incluyendo el grado hasta el cual los pacientes se adaptan o lidian con sus enfermedades (Mercer, Watt y Reilly, 2001), se necesitan más estudios para examinar las complejas razones de los puntos de vista concordantes y disonantes de los pacientes y médicos sobre el compromiso empático en los encuentros clínicos.

## AMPLIA ATENCIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL

Tras la publicación de nuestros estudios utilizando la EEMJ, recibimos muchas solicitudes de investigadores en EUA y en otros países de copias del instrumento y autorización para utilizarlo. Al escribir esto, habíamos recibido más de 200 solicitudes de EUA y otros 20 países. La EEMJ ya ha sido traducida a 15 idiomas: holandés, alemán, griego, hebreo, húngaro, italiano, japonés, coreano, noruego, persa, polaco, portugués, español (de México y de Chile) y turco. Recomendamos de manera enfática utilizar el procedimiento de traducción inversa (Brislin, 1970, 1980; Guillemin, Bombardier y Beaton, 1993; Geisinger, 1994) en todas las traducciones para asegurar que los contenidos de las versiones traducidas correspondan fielmente a la versión original en inglés.

Resulta interesante el hecho de que los patrones de resultados que hemos recibido hasta el momento de investigadores en cinco países son similares a aquellos que hemos estudiado para muestras en EUA. Estos investigadores son la Dra. Adelina Alcorta González, en México; el Dr. Americo Cicchetti, la Dra. Alessandra LoScalzo y el Dr. Francesco Taroni, en Italia; el Dr. Reza Shapurian, la Dra. Roya Shapurian y el Dr. Reza Roshanpajouh, en Irán; el Dr. Shmuel Eidelman, en Israel, y la Dra. Joanna Kliszez y el Dr. Olzem Malkondu, en Turquía.

Debido a la creciente atención nacional e internacional que la EEMJ está recibiendo, decidimos desarrollar un banco de datos para estudios metaanalíticos ocasiona-

les que contendría datos recopilados mediante la EEMJ por diferentes investigadores con muestras diversas en diferentes países. Los investigadores que estén dispuestos a compartir sus datos con nosotros serán incluidos en el estudio y recibirán crédito por su participación. Esperamos que en el futuro, un gran y valioso banco central de datos esté disponible para estudios metaanalíticos y comparativos de la empatía en la atención al paciente en el Centro para la Investigación en Educación Médica y la Atención a la Salud del Colegio Médico Jefferson.

Para asegurar la integridad en la puntuación y en los análisis estadísticos, hemos desarrollado formularios escaneables para ambas versiones de la EEMJ que pueden ser utilizados por los investigadores y procesados en nuestro centro para puntuación y otros análisis estadísticos, así como para su posible inclusión en nuestro proyecto de base de datos sobre la empatía si los investigadores involucrados otorgan su permiso (la información está publicada en <http://www.tju.edu/jmc/crmehc/medu/oempathy.cfm>). La administración de la escala basada en la web también está disponible.

## DOS ADVERTENCIAS

### Actitudes, orientación, capacidad y comportamiento

Cuando presentamos los manuscritos que describían los resultados de nuestros estudios sobre la empatía a publicaciones revisadas por colaboradores, unos cuantos examinadores expresaron una preocupación legítima sobre el vínculo entre las puntuaciones de los médicos en la EEMJ y su comportamiento empático real. Si uno supone que las puntuaciones de los médicos en la EEMJ reflejan en efecto sus propias actitudes u orientaciones hacia la empatía en la relación médico-paciente, y no necesariamente su comportamiento empático, se requiere un argumento convincente, además de datos empíricos, para establecer un vínculo entre actitudes y comportamiento.

Aunque los psicólogos sociales han debatido desde hace mucho sobre el vínculo entre actitud y comportamiento, el asunto no ha sido del todo resuelto aún (para una revisión metaanalítica, véase Wallace, Paulson, Lord y Bond, 2005). Cuando las personas se han formado una actitud o una orientación hacia un tema, ya no son neutrales respecto a ese tema. En otras palabras, es probable que asuman una postura o desarrollen una tendencia conductual consistente con su actitud u orientación (Sherif, Sherif y Nebergall, 1965). La actitud, la orientación y la percepción comparten elementos cognitivos y neurales comunes que pueden activar un comportamiento relevante (Prinz, 1997; Vivian, 2002).

La correspondencia entre una actitud y un comportamiento es necesaria para evitar una tensión psicológica desagradable que se asemeja a la **disonancia cognitiva** (Festinger, 1964), la cual ocurre cuando una persona queda atrapada en una lucha cognitiva entre fuerzas motivacionales opuestas. Las actitudes con frecuencia generan emociones fuertes (componentes afectivos) y forman una orientación cog-

nitiva (componentes cognitivos) que conducen a preferencias que finalmente provocan acciones (componentes conductuales) (Rosenberg y Hovland, 1960). Por lo tanto, las actitudes, orientaciones, creencias e intenciones son fuerzas motivadoras que pueden provocar comportamientos correspondientes (Fishbein y Ajzen, 1975). Por ejemplo, estudios de aculturación han descubierto que los cambios actitudinales, aún en relación a instituciones sociales profundamente enraizadas, tales como el matrimonio y la familia, pueden conducir a cambios conductuales tangibles, tales como tasas acrecentadas de separación marital y divorcio (Hojat, Shapurian, Foroughi, Nayerahmadi, Farzaneh *et al.*, 2000; Hojat, Shapurian, Nayerahmadi, Farzaneh, Foroughi *et al.*, 1999). Se ha publicado una abundante cantidad de estudios empíricos sobre comportamientos hostiles o llenos de odio resultantes de actitudes prejuiciosas hacia miembros del sexo opuesto y hacia grupos raciales, étnicos y religiosos. Para encontrar evidencia de tales comportamientos, sólo se necesita un periódico.

En un reciente metaanálisis de 797 estudios (Wallace *et al.*, 2005), se encontró que el promedio de las correlaciones actitud-comportamiento fue 0.41, pero la magnitud de la relación variaba dependiendo de la presión social y la dificultad percibida. Considerando que se encontró un efecto promedio de sólo 0.21 en un análisis de más de 33,000 estudios en psicología social (Richard, Bond y Stokes-Zoota, 2003), la correlación actitud-comportamiento mencionada parece impresionante. Estos resultados sugieren que formar una actitud empática, poseer la capacidad para entender a otros, o desarrollar una tendencia o una orientación hacia las relaciones empáticas no asegura necesariamente un comportamiento empático. Lo que es seguro, sin embargo, es que un mayor grado de actitud, tendencia, orientación o capacidad empática aumentará la probabilidad de que estas cualidades sean manifestadas como comportamiento empático bajo ciertas condiciones. Todas las medidas de la empatía, incluyendo la EEMJ, son en el mejor de los casos sólo representaciones del comportamiento empático. La evidencia de validez indicará el grado en que estas medidas son predictivas del comportamiento empático real y de resultados clínicos positivos.

## Transparencia y sesgo de respuesta por deseabilidad social

Los encuestados pueden siempre manipular sus respuestas en pruebas de personalidad autoinformadas para producir un resultado socialmente más deseable. Edwards (1957), quien fue el primero en estudiar de manera sistemática el **fenómeno de deseabilidad social**, creía que los encuestados quizá no están conscientes de esta tendencia a mostrarse a sí mismos en la forma más aceptable socialmente.

Debido a que algunos elementos en la EEMJ son transparentes y por lo tanto susceptibles al sesgo de respuesta por deseabilidad social, éstos pueden ser contestados en una manera que es reconocida como más aceptable socialmente. Construir elementos socialmente neutros que midan atributos personales, tales como la empatía, es difícil y provoca cuestionamientos no sólo sobre la validez de apariencia y contenido de dichos elementos sino también sobre la validez empírica de la prueba.

Por ejemplo, la relevancia para la empatía de los elementos no transparentes, como aquellos acerca de un interés en la literatura y el arte o un sentido del humor, no es necesariamente evidente. De hecho, algunos colaboradores examinadores que evaluaron los manuscritos que presentamos a las publicaciones profesionales cuestionaron las razones para esos elementos en la EEMJ (las razones para incluir esos elementos fueron discutidas en este capítulo).

El grado hasta el cual las respuestas por deseabilidad social a los elementos tienen un efecto desconcertante en los resultados de la prueba podría estar en función de la opinión de quien toma la prueba respecto de la misma. Por ejemplo, cuando la prueba se emplea para filtrar los solicitantes a empleo o admisión a la universidad, quienes toman la prueba podrían estar más inclinados a ofrecer respuestas socialmente aceptables a los elementos de prueba que incrementen su ventaja.

En respuesta a las inquietudes sobre el posible efecto de las respuestas socialmente deseables en nuestros estudios de empatía, ofrecemos tres explicaciones. Primero, la EEMJ ha sido aplicada en situaciones **no penalizadoras** donde el propósito fue descrito como investigación, no como admisión a la universidad o empleo. Se aseguró a los encuestados que sus respuestas serían confidenciales y que serían utilizadas únicamente para los propósitos de investigación aprobados por el Consejo de Revisión del Comité de Ética de Investigación. Esta garantía, por sí misma, puede reducir la tendencia de los encuestados a proveer respuestas socialmente deseables.

Segundo, el patrón de relaciones en nuestros estudios de validez, en particular la validez convergente y discriminante, sugiere que el sesgo de respuesta por deseabilidad social, incluso si es operativa, no distorsiona sustancialmente las relaciones esperadas. Por ejemplo, observamos que la magnitud de la correlación entre las puntuaciones de la EEMJ y un concepto más relevante, como la compasión, fue el doble de la magnitud de la correlación entre las puntuaciones de la EEMJ y un concepto menos relevante, como el desarrollo personal (véase tabla 7-2). Sería poco probable que tal patrón correlacional surgiera en presencia del efecto desconcertante significativo del sesgo de respuesta por deseabilidad social.

Tercero, condujimos un estudio empírico para investigar la influencia de fingir **buenas respuestas** en las puntuaciones de la EEMJ (Hojat *et al.*, 2005b). En ese estudio, administramos la EEMJ y otras pruebas de personalidad, incluyendo el CPZK, a 422 estudiantes de medicina de primer año que se matricularon en el Colegio Médico Jefferson. Se puso a prueba la hipótesis de que la deseabilidad social no distorsionaría la validez de las puntuaciones de la EEMJ en situaciones de prueba no penalizadoras.

El CPZK incluye una subescala de Baja Frecuencia que fue desarrollada para detectar respuestas intencionalmente falsas al identificar encuestados con un patrón de respuestas inválido (Zuckerman, 2002). Las puntuaciones en esta subescala pueden ser consideradas como indicadores del sesgo de respuesta por deseabilidad social. Los intentos de proveer respuestas socialmente deseables fueron determinados por una puntuación de corte de 3, la cual los autores de la prueba han sugerido que identificaría a los encuestados cuyos patrones de respuestas eran de validez

cuestionable. Una revisión de la distribución de las puntuaciones en esta subescala indicó que menos del 5% de los sujetos intentó dar **buenas respuestas** por falsas o respondió sin tomaren cuenta la verdad (Zuckerman, 2002).

Utilizamos dos enfoques para examinar los posibles efectos del sesgo de respuesta por deseabilidad social en los resultados de nuestra investigación sobre la EEMJ. Primero, análisis de datos concernientes a la relación entre las puntuaciones en la EEMJ y en medidas psicosociales o de personalidad de manera clara demostraron que los resultados de investigación permanecen virtualmente sin cambio, ya sea que se incluyan o no los encuestados que responden el instrumento de manera descuidada (determinados por la puntuación en la subescala de Baja Frecuencia que se encontraba por encima del punto de corte de 3). Este resultado se esperaba debido a la pequeña proporción de encuestados (3%) que obtuvieron una puntuación por encima del punto de corte. Estos resultados sugieren además que es poco probable que la magnitud de estadísticas descriptivas tales como el promedio y la mediana sean infladas como resultado de la posible falsificación de los sujetos en condiciones no amenazantes debido a la pequeña proporción de aquellos que califican encima del punto de corte.

Segundo, utilizamos el método de análisis de covarianza (ANCOVA) para controlar el efecto de dar respuestas falsas sobre los resultados de investigación utilizando la puntuación de Baja Frecuencia como una covariable. Una vez más, no notamos cambio sustancial alguno en el patrón general de resultados. Estos resultados sugieren que el sesgo de respuesta por deseabilidad social no distorsiona la validez de las puntuaciones de la EEMJ.

Nuestros resultados fueron consistentes con los de un estudio anterior sobre la heredabilidad de la empatía realizado por Matthews y colaboradores (1981), quienes descubrieron que su índice derivado de empatía no fue afectado por el sesgo de respuesta por deseabilidad social ni por las puntuaciones en una escala de **buena impresión**. Dos estudios adicionales no descubrieron correlaciones significativas entre las puntuaciones de empatía obtenidas con la Escala de Empatía Emocional y el sesgo de respuesta por deseabilidad social (Mehrabian y Epstein, 1972; Mehrabian y O'Reilly, 1980). A pesar de estos resultados, el efecto desconcertante de dar buenas respuestas falsas e intentar presentar una imagen socialmente aceptable en situaciones de prueba penalizadoras (p. ej., por solicitantes de ingreso a la universidad o empleo) debe ser tratado en estudios adicionales.

## RESUMEN

La EEMJ fue desarrollada en respuesta a la necesidad de un instrumento psicométricamente sólido diseñado en especial para medir la empatía en el contexto de la atención al paciente. La evidencia en apoyo a la validez y confiabilidad de las dos versiones de la EEMJ (versiones para estudiantes y para profesionales de la salud) puede incrementar nuestra confianza al utilizar esta escala en estudios sobre la empatía entre estudiantes y quienes ejercen las profesiones de la salud.

## 8 Dinámicas interpersonales en la relación médico-paciente

*Es difícil odiar a las personas con quienes empatizas.*

–(Walter Stephan y Krystina Finlay, 1999, p. 736)

*Con mucho, la medicina más utilizada en la práctica general era el doctor.*

*No era sólo la botella de medicina o la caja de píldoras lo que importaba, sino la forma en que las daba el doctor.*

–(Michael Balint, 1957, p. 1)

### PREÁMBULO

En este capítulo abordo los factores que contribuyen a la dinámica interpersonal en la atención al paciente y propongo que tanto médicos como pacientes pueden beneficiarse del compromiso empático. El paradigma de curación vs. atención y el concepto de enfermedad vs. padecimiento contribuyen al desarrollo de actitudes que influyen el comportamiento empático en los encuentros médicos. Los resultados respecto a la tendencia a relacionarse con otros para sobrevivir, cumplir con las órdenes de las figuras de autoridad y aceptar las figuras de autoridad acríticamente; las expectativas de rol; y los efectos del ambiente clínico sobre el comportamiento de médicos y pacientes, sugieren que dinámicas interpersonales específicas operan en los encuentros médico-paciente. Este capítulo discute importantes facetas de las psicodinámicas interpersonales y su impacto en el entendimiento empático en encuentros clínicos. El efecto placebo de las relaciones empáticas, los factores culturales, el espacio personal y los límites en los encuentros médico-paciente también son discutidos. El capítulo enfatiza cómo escuchar con el **tercer oído** y ver con el **ojo de la mente** puede mejorar el entendimiento empático en el contexto de la atención al paciente.

### INTRODUCCIÓN

En el capítulo 3, en el contexto general de las relaciones humanas, describí factores que contribuyen al desarrollo del entendimiento empático. Este capítulo describe las dinámicas interpersonales específicamente involucradas en los encuentros médicos. La manera en que un médico consulta a sus pacientes puede hacer una diferencia significativa en los resultados en el paciente. En sustento a esta noción, Houston (1938) indicó que los médicos también son agentes terapéuticos mediante

los cuales las curaciones son efectuadas. La **bondad del médico** fue observada como un agente terapéutico por Hipócrates, quién sugirió en el siglo IV a.C. que “el paciente, por la conciencia de que su condición es peligrosa, puede recuperar su salud simplemente a través de su satisfacción con la bondad del médico” (citado en DiMatteo, 1979, p. 14).

Los momentos de entendimiento y conexión en las consultas médicas, según Matthews y colaboradores (1993, p. 973), “[son] frecuentemente marcados por reacciones psicológicas tales como la piel de gallina o un escalofrío; por una inmediatez de conciencia de la situación del paciente (como si se experimentara desde el interior del mundo del paciente); por un sentido de ser parte de un todo mayor; y por un persistente sentimiento de dicha, tranquilidad o asombro. Tales momentos parecen ser terapéuticos para el paciente y para el médico por igual”.

Matthews y colaboradores (1993) se referían a esta poderosa dinámica interpersonal, beneficiosa tanto para el médico como para el paciente, como una **conexión** (*co* por **estar juntos** y *nexus* por **formar un entero**) para indicar que las dinámicas interpersonales en los encuentros médico-paciente generan una totalidad mayor que la suma de sus partes. La importancia de las relaciones empáticas en los encuentros médico-paciente ha sido discutida en la literatura médica (Bylund y Makoul, 2002; Platt y Keller, 1994; Spiro *et al.*, 1993; Squier, 1990; Winefield y Chur-Hansen, 2000), y el efecto positivo de la empatía en los resultados en pacientes ha sido confirmado (véase capítulo 10).

En la antigüedad, la medicina era principalmente una **artesanía** (Lewis, 1998), y fue un arte cuando era practicada por los sanadores griegos (muchos de los cuales eran incapaces de leer o escribir). La medicina no estaba basada en las ciencias (matemáticas y filosofía en aquellos días); estaba basada en la observación, la introspección, la tradición y, lo más importante, las relaciones interpersonales (Lewis, 1998).

Como Rachel Lewinsohn (1998, p. 1268) declaró acertadamente: “No podemos entender la enfermedad sin entender al paciente”. El médico no puede entender en plenitud al paciente sin adentrarse en el mundo del paciente sobre el puente de la empatía. La empatía en la atención al paciente es bidireccional, y afecta tanto al médico como al paciente. Debido a la recompensa intrínseca asociada con establecer una relación significativa con otros, tanto el médico como el paciente pueden beneficiarse al establecer un compromiso empático. Sin embargo, la atención de la investigación sobre los efectos benéficos de la empatía se ha enfocado casi exclusivamente en la ecuación que corresponde al paciente; la parte del médico ha sido víctima de negligencia benigna.

## BENEFICIOS DE LAS RELACIONES EMPÁTICAS PARA LOS MÉDICOS

Desde la perspectiva de la vida personal, la medicina y algunas otras profesiones de atención a la salud, aunque de manera intrínseca autogratificantes, son estresantes

y con frecuencia demandan un estilo de vida que restringe la participación en eventos sociales y familiares. Tales restricciones pueden contribuir al disgusto de los sanadores mismos, que también necesitan ser curados. A pesar de estos problemas, la buena noticia es que la satisfacción de los médicos en sus relaciones con los pacientes puede servir como un amortiguador contra el estrés profesional, el agotamiento, el abuso de sustancias, e inclusive los intentos suicidas, que según se dice alcanzan niveles inusualmente altos entre los profesionales de la salud (Sullivan, 1990).

Los médicos no son invencibles, y la investigación indica que son vulnerables a numerosos problemas psicosociales. Por ejemplo, los médicos tienen más del doble de probabilidad de cometer suicidio que la población general (Miller y McGowen, 2000), y las tasas de divorcio también son más altas entre médicos que en la población general (Sotile y Sotile, 1996). La investigación indica que los médicos frecuentemente no practican lo que dicen a sus propios pacientes y en ocasiones son renuentes a buscar ayuda médica (Forsythe, Calnan y Wall, 1999). Es importante señalar que Miller y McGowen (2000) descubrieron que los médicos que disfrutaban el apoyo de redes sociales (p. ej., la pareja, familia, amigos y conocidos) eran menos propensos a abusar de drogas o a sufrir de agotamiento profesional.

Debido a que los médicos con frecuencia perciben las relaciones empáticas con pacientes como conexiones interpersonales significativas, esas relaciones pueden servir como un amortiguador contra la insatisfacción con el sistema de atención a la salud y el agotamiento profesional. La vida humana es vivida en las relaciones (Lewis, 1998); por ello, las relaciones médico-paciente proveen una recompensa gozosa personal que sirve como un remedio para el estrés de una profesión demandante (Zuger, 2004). La empatía ha sido identificada como un factor protector en contra del estrés experimentado por los clínicos (Shamasundar, 1999) y como un factor potencial para su bienestar (Hyyppa, Kronholm y Mattlar, 1991).

Los médicos administradores que trataron pacientes expresaron mayor satisfacción y felicidad con sus carreras que los médicos administradores que no tuvieron una oportunidad de tratar pacientes (O'Conner, Nash, Buehler y Bard, 2002). Sin embargo, debe mencionarse que la relación entre la satisfacción de los médicos y el número de encuentros con pacientes no es lineal después de un cierto punto de saturación; una carga de pacientes demasiado grande tal vez cause ansiedad (Dunstone y Reames, 2001). No obstante, las relaciones médico-paciente satisfactorias, fortalecidas por la empatía, pueden reducir el estrés profesional y contribuyen positivamente al bienestar del médico.

## **BENEFICIOS DE LAS RELACIONES EMPÁTICAS PARA LOS PACIENTES**

Ahora tornemos nuestra atención a los beneficios que los pacientes derivan de las relaciones empáticas con sus médicos. En las consultas médicas, la comunicación interpersonal es la herramienta principal para el intercambio de información. Un gran volumen de bibliografía está dedicado a los efectos benéficos de las relaciones

médico-paciente sobre el apego de los pacientes a los regímenes de tratamiento, su satisfacción con el proveedor y el sistema de atención a la salud, el recuerdo y entendimiento de la información médica, la capacidad de tolerar la enfermedad, la mejora de la calidad de vida y el bienestar físico, mental y social (véase capítulo 10). La investigación empírica ha mostrado que el comportamiento emocional de los médicos al comunicarse con pacientes resulta en el recuerdo de menos información y percepciones de una condición de salud más seria por los pacientes (Shapiro, Boggs, Melamed y Graham-Pole, 1992).

En el ejercicio de la medicina, una relación médico-paciente empática se considera como el camino real para la atención óptima. La enfermedad no puede ser entendida sin entender al paciente, y la curación comienza, no **cuando** la medicina es administrada, sino más bien con el **cómo** se administra. Además del conocimiento y habilidades clínicas de un médico, el cumplimiento efectivo de la atención a la salud depende de otros factores, como la calidad de las interacciones médico-paciente (Beisecker y Beisecker, 1990; Di Blasi, Harkness, Georgiou y Kleijnen, 2001). Es obvio que la naturaleza de la relación médico-paciente varía en los diferentes encuentros clínicos. Por ejemplo, a diferencia de las enfermedades crónicas, que requieren atención continua, las consultas quirúrgicas de emergencia son breves y por tanto excluyen el establecimiento firme de un compromiso empático. Como lo indica Mayerson (1976), podría ser difícil para un médico en una sala de urgencias sentir empatía por un conductor ebrio lesionado quien ha matado a varias personas en un accidente vehicular. Sin embargo, al enfocarse en las necesidades inmediatas del paciente y preguntarse cómo sería estar en esa situación, el médico podría encontrar más fácil hacer una conexión empática (Mayerson, 1976). El entendimiento empático, sin embargo, es una capacidad interpersonal importante de los médicos (Squier, 1990) sin importar la duración o naturaleza de los encuentros clínicos. El compromiso empático, según Spiro (1998), ayuda a sanar y mejora la práctica médica.

## CURACIÓN VERSUS CUIDADO, ENFERMEDAD VERSUS PADECIMIENTO

En la procuración de tratamiento, se han identificado dos modelos de atención al paciente: curación y cuidado (Baumann, Deber, Silverman y Mallette, 1998; De-Valck, Bensing, Bruynooghe y Batenburg, 2001; Spiro, 1986). En el modelo **cura-ción**, el énfasis recae en el paradigma biomédico de la enfermedad (véase capítulo 6) al identificar la fisiopatología de la enfermedad con el objeto de tratar los síntomas. En el modelo **cuidado**, el énfasis se hace en el paradigma biopsicosocial: El paciente es visto como un todo al enfocarse en el tratamiento del padecimiento, no sólo la eliminación de los síntomas de la enfermedad. Una enfermedad puede ser detectada por pruebas objetivas de laboratorio y exámenes microscópicos (como en el modelo de curación), pero la detección del padecimiento requiere más que eso. Se ha sugerido que “la cura está dirigida a la enfermedad, y el cuidado, a los pacientes” (Spiro, 1998, p. 2). El tratamiento de la enfermedad, según el Dr. Francis Peabody

(1984), puede ser completamente impersonal, pero el manejo del padecimiento requiere atención interpersonal y empatía.

Algunos investigadores han argumentado que la educación y la práctica médica tradicionalmente se inclinan hacia el modelo de curación, mientras que la educación y la práctica en la enfermería enfatizan el modelo de cuidado (Baumann *et al.*, 1998; Linn, 1974, 1975; Webb, 1996). Se provee sustento a este argumento en un estudio donde fue dos veces más probable que estudiantes de enfermería estuvieran de acuerdo con que la sola recuperación de los pacientes no debería ser el punto focal de la atención al paciente de los estudiantes de medicina (67% *versus* 33%). Diferencias significativas en tasas de concordancia también fueron encontradas entre el profesorado de escuelas de enfermería y medicina (89% y 51%, respectivamente) (Linn, 1975). A pesar del arduo entrenamiento de los practicantes de enfermería en procedimientos de diagnóstico y tratamiento, su orientación se acercaba hacia el modelo de cuidado (Linn, 1974). Parece ser que en la educación médica se proveen mayores oportunidades de aprendizaje en los aspectos de curación que en los de cuidado en la atención al paciente. Según Spiro (1998, p. 2) “los médicos aprenden cómo **curar** pero aprenden poco sobre cómo **cuidar**”.

El concepto de profesionalismo en la educación y práctica médica, que pone énfasis en la mejora de la empatía y la atención compasiva en el cumplimiento de la atención a la salud, sugiere que los modelos de curación y cuidado deben ser integrados en la educación de los profesionales de la salud. Incorporar algunos de los conceptos educativos del modelo de cuidado de la disciplina de la enfermería al modelo de curación en el currículo de la educación médica podría ayudar a mejorar la empatía en la atención al paciente.

Para una mejor comprensión de la naturaleza de los modelos de curación y cuidado, es útil distinguir entre **enfermedad** y **padecimiento**. Una enfermedad es el resultado de una disfunción o desadaptación de procesos biológicos y fisiopatológicos que causan una patología orgánica, mientras un padecimiento representa una reacción personal a la enfermedad (Kleinman, Eisenberg y Good, 1978; Spiro, 1986). Un padecimiento puede ser experimentado en ausencia de la enfermedad, como lo indican los resultados de que aproximadamente la mitad de todas las visitas a los médicos están basadas en quejas que carecen de una razón biológica certera. Estas quejas son conocidas como trastornos de somatización (Hojat *et al.*, 1995; Kleinman *et al.*, 1978), y los pacientes con estos trastornos acuden repetidamente a un médico tras otro, un fenómeno llamado **pisca** o compra de médicos (*doctor shopping*) (Ketterer y Buckholtz, 1989) o **salto de un médico a otro** (*doctor hopping*) (Smith, 1991), porque no experimentan entendimiento empático de parte de sus médicos. En una encuesta a pacientes en California, 85% mostró que habían cambiado de médicos en los últimos cinco años o que estaban pensando en cambiar de médicos por razones tales como las deficientes habilidades de comunicación, la incapacidad del médico para inspirar confianza en el paciente, entre otras (Moser, 1984).

Se ha argumentado que la empatía en los encuentros clínicos es costeable debido a que conduce a un diagnóstico preciso y temprano, un mejor cumplimiento, y una

planeación del tratamiento más eficiente, y así evita la búsqueda de médico y los costos en espiral de exámenes médicos y hospitalizaciones innecesarios (Bellet y Maloney, 1991; Book, 1991). Además, un estudio de pacientes en atención primaria y en entorno quirúrgico mostró que las visitas médico-paciente tienden a consumir más tiempo cuando los médicos no muestran entendimiento y empatía (Levinson, Gorawara-Bhat y Lamb, 2000). Por lo tanto, un compromiso empático médico-paciente puede conducir al desarrollo de confianza, que a su vez llevará al mejor manejo del padecimiento y la contención de los costos al prevenir la búsqueda o el cambio de médicos.

## SINGULARIDAD DE LAS RELACIONES EMPÁTICAS MÉDICO-PACIENTE

El encuentro entre clínico y paciente es un evento interpersonal deliberado, y su eficacia para brindar resultados clínicos positivos depende en gran medida de las habilidades del clínico para formar una relación empática, y así ganar la confianza del paciente. Un resultado más positivo en el paciente se logra en un modelo de atención que el médico y el paciente establecen un entendimiento mutuo acerca del problema de salud del paciente (Starfield *et al.*, 1981), el cual ha sido identificado como un elemento importante de la satisfacción del paciente con la atención médica (Kenny, 1995).

Ser empático está entre los ingredientes de la ética de la atención (Branch, 2000). El primer Código de Ética de la Asociación Médica Americana, publicado en 1847, incluyó lo siguiente: “La vida de una persona enferma puede acortarse no sólo por las acciones, sino también por las palabras o los modos de un médico. Es, por lo tanto, un deber sagrado mantenerse dentro de este respeto y evitar todo lo que pueda tender a desalentar al paciente y a deprimir su espíritu” (citado en Katz, 1984, p. 20).

Una relación empática se desarrolla cuando el médico evita ser arrogante y contiene el sentido de superioridad, y en su lugar, se torna amistoso, confiado, relajado, sin prisa y capaz de comunicar su entendimiento empático y sus genuinas inquietudes al paciente, así como a la familia del paciente. Rosenow (1999) argumentó que los médicos que son arrogantes en los contactos interpersonales cometen un pecado mayor que el de la avaricia, porque la arrogancia interfiere en el desarrollo de la empatía.

La necesidad de sobrevivir del paciente, las posiciones desiguales del médico y del paciente en los encuentros clínicos, la atmósfera de la atención al paciente, la psicodinámica de los intercambios interpersonales al buscar y brindar ayuda, y los factores y limitaciones culturales en la atención al paciente, sugieren que la relación clínico-paciente es única en comparación con cualquier otro tipo de conexión humana. Los siguientes estudios ofrecen sustento a la singularidad de la relación médico-paciente.

## Vincularse para sobrevivir (el síndrome de Estocolmo)

En 1973, durante un robo bancario en Estocolmo, Suecia, dos ladrones mantuvieron a cuatro personas secuestradas por seis días. Durante el suplicio, los rehenes desarrollaron un apego hacia sus captores, ¡llegando a creer que sus captores los estaban protegiendo del peligro de la policía! Después de que los rehenes fueron liberados y la terrible experiencia había terminado, ¡uno de los rehenes comenzó a recaudar fondos para la defensa legal de los ladrones! El fenómeno de vincularse con captores para reducir el miedo a la muerte es conocido como el **síndrome de Estocolmo**. Aunque pudiera parecer que este síndrome no tiene relevancia para los encuentros médico-paciente, algunos factores psicológicos son comunes para ambas situaciones.

Primero, la vinculación ocurre en situaciones en que la supervivencia de una persona depende de la misericordia de otra persona. Segundo, la vinculación ocurre cuando una persona percibe que la otra persona no es ignorante y, por lo tanto, le brinda atención. Tercero, la vinculación ocurre cuando una persona se siente aislada de otras personas. Cuarto, la vinculación ocurre cuando una persona percibe que es incapaz de escapar sin la ayuda de otra persona.

Suponiendo que algunos o todos los factores psicológicos subyacentes en el síndrome de Estocolmo están presentes cuando un paciente temeroso consulta a un médico por tratamiento, posible hospitalización y posible cirugía, la similitud entre los factores psicológicos que caracterizan el síndrome y el encuentro médico-paciente se esclarece.

## El médico como figura de autoridad

Al brindar ayuda, el médico es percibido por el paciente como una figura de autoridad. Esta desigualdad, en relación al poder, hace al paciente más vulnerable a la influencia del médico (Koenig, 2002), lo cual puede ser fortalecido en la presencia del entendimiento empático.

### ***Obediencia a la autoridad (Estudio Milgram)***

En un conocido estudio de la obediencia conducido en la Universidad de Yale, Stanley Milgram (1968) utilizó un paradigma experimental para determinar si la gente estaría dispuesta a cumplir con una orden de una figura de autoridad aun cuando el cumplimiento pudiera tener consecuencias dolorosas. A los participantes en el estudio (quienes desempeñaron el rol de maestros) se les dijo que estaban participando en un experimento para mejorar el aprendizaje y la memoria. Su tarea era enseñar a otro grupo de participantes (quienes desempeñaron el rol de alumnos) una lista de relaciones pares. Los alumnos debían recordar las palabras relacionadas. A los maestros se les instruyó para que administraran una descarga eléctrica cada vez que el alumno cometiera un error, y se les dijo que el voltaje se incrementaría con cada descarga subsecuente. El experimentador ordenó a los maestros incrementar la intensidad de la descarga hasta que el aprendiz exigiera terminar el experimento,

o bien continuar administrando descargas por el tiempo que desearan sin importar las protestas del alumno. Por lo tanto, los maestros podrían cumplir con las órdenes del experimentador o negarse a cumplir y atender las súplicas de los alumnos. El experimento se llevó a cabo bajo tres condiciones: 1) el maestro y el alumno estaban en habitaciones adyacentes, y el maestro no podía escuchar las reacciones del alumno a las descargas a menos que el alumno expresara sufrimiento golpeando la pared; 2) el maestro y el alumno estaban en habitaciones adyacentes, pero el maestro podía escuchar las reacciones del aprendiz, y 3) el maestro y el alumno estaban en la misma habitación. En la realidad, no hubo descargas eléctricas verdaderas, y el experimentador había instruido a los aprendices para que simularan que estaban experimentando mayor dolor con cada descarga subsecuente.

Los resultados de Milgram demostraron que alrededor de dos tercios de los maestros cumplieron con las órdenes del experimentador y continuaron administrando las descargas hasta los niveles máximos ¡aunque cumplir era estresante para ellos y aparentemente doloroso para los alumnos! Los resultados indicaron además que los maestros que podían escuchar los gritos o ver las reacciones de los alumnos dejaron de administrar descargas eléctricas antes que los maestros que no advertían las reacciones de los alumnos. Milgram concluyó que los indicios visuales y auditivos ofrecen una imagen más completa del dolor y sufrimiento de otra persona y por, tanto, podrían incrementar las respuestas empáticas. Aunque la investigación de Milgram sobre la obediencia ha sido criticada con base en varios fundamentos éticos, se sigue viendo como una poderosa demostración del cumplimiento con la autoridad. Mehrabian y Epstein (1972) utilizaron el paradigma experimental de Milgram para examinar la validez de constructo de su Escala de Empatía Emocional (véase capítulo 5).

Suponiendo que el médico desempeña el rol del experimentador en el estudio de Milgram y el paciente desempeña el rol del participante en la investigación, el paciente está psicológicamente predeterminado para cumplir con las órdenes del médico. Como una figura de autoridad, el médico tiene una profunda influencia en el cumplimiento del paciente con el régimen de tratamiento aun si éste es doloroso. Más aún, el resultado de Milgram de que los indicios visuales y auditivos de una persona en sufrimiento pueden reforzar la respuesta empática en otra persona sugiere que los encuentros médico-paciente cara a cara tienen una ventaja importante que no puede ser reemplazada por ninguna aproximación a la atención al paciente que excluya la observación directa del paciente (p. ej., atención médica computarizada, consultas a larga distancia, entre otras).

### ***Aceptación acrítica de la autoridad (conferencia del Dr. Fox)***

Un experimento conducido por investigadores de educación médica confirmó la influencia que ejercen las figuras de autoridad, aun en expertos. Naftulin, Ware y Donnelly (1973) contrataron a un actor profesional para que presentara una conferencia a una audiencia de 55 médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores y administradores de escuelas de medicina que asistían a una reunión profesional. Presentado como el “Dr. Myron L. Fox, distinguido ponente y autoridad en la aplica-

ción de las matemáticas al desempeño humano”, el actor presentó una conferencia titulada “La Teoría Matemática del Juego Aplicada a la Educación Física”.

El actor desconocía completamente el tema. Sin embargo, los investigadores lo entrenaron sobre cómo presentar la conferencia y conducir la sesión de preguntas y respuestas con uso excesivo de doble sentido, neologismos y declaraciones contradictorias intercaladas con humor y referencias sin sentido a materiales no relacionados. Cuando los investigadores pidieron después a la audiencia evaluar la presentación del Dr. Fox, ¡un gran número de ellos elogiaron la presentación!

Este experimento tiene relevancia para el apego del paciente a las órdenes del médico y apoya la noción de que las declaraciones de un médico serán probablemente aceptadas sin crítica por los pacientes, inclusive por pacientes concedores de medicina. Algunos han sugerido que la evaluación positiva de los expertos sobre la presentación del Dr. Fox fue resultado, en parte, de las expresiones no verbales del actor profesional al comunicar la información (Friedman, Prince, Riggio y DiMatteo, 1980). Esta interpretación brinda soporte a la importancia de la comunicación no verbal en refuerzo de la confianza del paciente en los encuentros clínicos (véase capítulo 3).

### Expectativas de rol (experimento de la prisión de Stanford)

Las expectativas tanto del médico como del paciente pueden influir en el proceso y el resultado de su relación en un grado significativo. Las expectativas de rol, definidas como “patrones de conducta vistos como apropiados o esperados en una persona que ocupa una posición particular” (Arnkoff, Glass y Shapiro, 2002, p. 336), son resultado del aprendizaje social y factores culturales. Las dinámicas interpersonales involucradas en las expectativas de rol fueron examinadas en un experimento clásico conducido en la Universidad de Stanford en los años 70 (Haney, Banks y Zimbardo, 1973). Aunque el propósito principal del experimento fue evaluar el poder de las fuerzas sociales sobre el comportamiento de los individuos, los resultados son relevantes para los encuentros médico-paciente.

Veintiún jóvenes, varones, saludables, estudiantes universitarios, fueron reclutados para que participaran en el experimento de Stanford a cambio de recibir dinero por cada día de participación. Se asignó al azar a 10 estudiantes para desempeñar el rol de prisioneros y 11 fueron asignados al rol de guardias de prisión. Se les dijo a los participantes que el propósito era estudiar una prisión simulada.

La prisión simulada se instaló en un corredor del sótano en el edificio de psicología de la universidad. Los prisioneros y los guardias vestían uniformes de diferente color para distinguir los grupos. Los investigadores notaron inmediatamente que los **prisioneros** habían adoptado un rol pasivo en lo general, y los **guardias** un rol activo en sus interacciones con los prisioneros.

Aunque se aclaró a los participantes, antes de iniciar el experimento, que no se permitiría ningún abuso verbal o violencia física, la situación se tornó tan tensa debido al comportamiento cada vez más agresivo de los guardias y el sufrimiento de los prisioneros que el experimento tuvo que terminarse después de tan sólo seis

días. Cinco de los prisioneros sufrieron de depresión extrema, llanto, rabia o trastorno de ansiedad agudo. Cuando el experimento tuvo que terminar prematuramente debido a los problemas mencionados, todos los prisioneros estaban encantados, pero la mayoría de los guardias parecían renuentes a renunciar a su rol de controlar prisioneros. Aunque los investigadores observaron diferencias individuales en los comportamientos de afrontamiento de los prisioneros y el comportamiento agresivo de los guardias, los resultados sugieren en general que las expectativas de rol fueron el factor determinante de los comportamientos típicos. Una observación interesante fue que los prisioneros con más altas puntuaciones de empatía (una puntuación combinada sobre medidas de amabilidad, simpatía y generosidad utilizada en el estudio) fueron más resistentes que otros prisioneros durante la adversidad.

La relevancia del experimento de Stanford para los encuentros clínicos es que médicos y pacientes tienen diferentes roles que conducen a diferentes manifestaciones conductuales. Como experto, a menudo se espera que el médico tenga una participación activa, y el paciente, como una persona que requiere ayuda, usualmente tiene una actitud sumisa al cumplir con las órdenes del médico. Incluso es interesante ver a los médicos que consultan a un colega como pacientes adopten el rol de paciente siendo más pasivos y menos asertivos. Las expectativas de rol en los encuentros médico-paciente son factores determinantes para los resultados del paciente (Shapiro y Shapiro, 1984; Turner, Deyo, Loeser, von Korff y Fordyce, 1994). Sobra decir que un compromiso empático médico-paciente puede conducir a expectativas más productivas.

### Efecto del ambiente (estudio Rosenhan)

Los resultados de un experimento titulado “Sobre Estar Cuerto en Lugares de Locura” conducido por Rosenhan (1973) sugiere que el ambiente en donde un médico consulta a un paciente crea expectativas específicas en las mentes de ambos que influyen en su comportamiento. Rosenhan instruyó a un grupo de ocho personas sanas (tres psicólogos, un psiquiatra, un pediatra, un estudiante graduado, un ama de casa y un pintor) para hacer citas con médicos en diferentes hospitales en cinco estados diferentes de las costas este y oeste, quejándose de que escuchaban voces desconocidas en su cabeza.

Todos estos **pacientes** usaron nombres falsos y fueron admitidos en los servicios de psiquiatría de los hospitales. Al internarse, todos los pacientes se comportaron normalmente pero fueron diagnosticados por los expertos del hospital como esquizofrénicos **en remisión** y permanecieron en el hospital por un promedio de 19 días. Resulta interesante el que muchos de los pacientes reales de los hospitales fueron capaces de reconocer que no había nada mal con los participantes del estudio, diciéndoles: “Usted no está loco” o “Usted es un periodista o un profesor” (refiriéndose al hecho de que los participantes de la investigación tomaban notas).

Rosenhan (1973) informó de otro experimento que fue conducido en un hospital de investigación y enseñanza cuyo personal estaba enterado del estudio

original y dudaban que un error tal pudiera ocurrir en su hospital. Se le informó al personal del hospital que durante los próximos tres meses, uno o más seudopacientes intentarían ser internados en el departamento psiquiátrico. Se pidió a los miembros del personal que especificaran su nivel de confianza sobre su juicio respecto a si cada paciente admitido durante el periodo de estudio era uno de los seudopacientes. Entre 193 pacientes internados durante este periodo, se juzgó que 41 eran seudopacientes con un alto nivel de certidumbre por al menos un miembro del personal, mientras que 23 pacientes fueron considerados sospechosos por al menos un psiquiatra. En realidad, ¡no se enviaron seudopacientes al hospital durante el estudio! Los resultados de Rosenhan sugieren que el ambiente de atención al paciente crea expectativas específicas que pueden influir en las dinámicas de las relaciones interpersonales, conduciendo a una exageración de la enfermedad o un diagnóstico incorrecto. Sobra decirlo, un entendimiento empático es una defensa útil contra malentendidos situacionales y puede conducir a diagnósticos más certeros y a decisiones más consistentes con la realidad.

## Psicodinámica de los encuentros clínicos

Además de los factores motivacionales altruista y egoísta (capítulo 3), otros mecanismos psicológicos pueden estar involucrados en el encuentro médico-paciente. Debido a que los mecanismos psicológicos implicados en cualquier comunicación interpersonal son complejos, escudriñar la psicodinámica que envuelve los encuentros médico-paciente es importante para obtener una mejor comprensión de los mecanismos subyacentes que pueden reforzar o impedir la relación. Algunos mecanismos psicológicos que funcionan en los encuentros clínicos se describen en las siguientes secciones.

### Identificación

Entre los mecanismos de defensa psicológica, la identificación comúnmente se relaciona con la empatía (Berger, 1987). Freud (1955, p. 110) hacía referencia al enlace “desde la identificación por vía de la imitación hasta la empatía” (citado en Szalita, 1976, p. 147). La identificación es un proceso mental inconsciente en donde un individuo intenta satisfacer algunas necesidades no cubiertas al hacerse como otra persona (Moore y Fine, 1968). Para establecer una relación empática, el médico debería experimentar una sensación de unicidad temporal con el paciente a través de una identificación transitoria seguida de una sensación de separación (Jaffe, 1986). En otras palabras, el médico primero debería pensar **con** el paciente (identificación, unicidad) y después pensar **acerca** del paciente (separación empática) (Jaffe, 1986). Según Fenichel (1945), la empatía consiste de dos actos: identificación y consciencia. Los médicos usan el mecanismo de identificación para entender mejor las inquietudes de los pacientes mientras que al mismo tiempo se concientizan tanto de sus sentimientos como de los de sus pacientes. Schwaber (1981) creía que identificarse con el paciente es una forma de experimentar verda-

deramente el mundo interior del paciente y argumentaba que la empatía, aunque no equivale a la identificación, ocurre como un resultado de la identificación.

La identificación en ocasiones puede desvanecer los límites entre médico y paciente (Watson, 2002). Beres y Arlow (1974) propusieron que la empatía puede involucrar una identificación transitoria con las actividades mentales de otra persona. Además, creían que la empatía es mediada por la comunicación de fantasías inconscientes compartidas por el paciente y el médico través de las pistas tanto verbales como no verbales que emanan de las palabras, los gestos y el comportamiento. El entendimiento del médico como mecanismo de identificación puede facilitar la formación del compromiso empático con el paciente.

### Efecto del sanador herido

De modo parecido a como ocurre en el mecanismo de identificación, sentirse similar y compartir características en común con el paciente puede influir en el compromiso empático entre médico y paciente. Hace tres décadas, se demostró que la gente a quien se llevaba a creer que sus personalidades y valores eran más parecidas a las de un **actor** empatizaba más con el actor que parecía experimentar placer o dolor (Krebs, 1975). Según Decety y Jackson (2004, p. 73), el sentido de **superposición de uno mismo y otro**, entre el que ayuda y la persona que necesita ayuda, puede contribuir al entendimiento empático.

La tendencia de los profesionales de la salud a ayudar a aquellos con quienes comparten características en común es descrita como el efecto del **sanador herido** (Jackson, 2001). Por ejemplo, se ha demostrado que la propia enfermedad del terapeuta puede constituir una fuente de curación para sus pacientes (Cristy, 2001; Holmes, 1992). La noción es que un sanador herido puede comprender mejor las experiencias de otra persona herida al compartir experiencias en común, por reflexión y por validación de sentimientos (Laskowski y Pellicore, 2002).

Gustafson (1986) sugirió que los médicos que han experimentado el dolor tienen mayor capacidad de entender el dolor de los demás y responder más apropiadamente. La resolución exitosa del dolor psicológico, según Fussel y Bonney (1990), engendra empatía en el psicoterapeuta e influye en el proceso terapéutico en forma positiva. Las heridas en común, según Means (2002), proveen una base para la experiencia de vida compartida y contribuyen al mejor entendimiento de las inquietudes del paciente, conectando así al médico con sus pacientes. La filosofía subyacente en los programas de autoayuda, tales como Alcohólicos Anónimos, está basada en el concepto del sanador herido. Es interesante notar que aunque las similitudes percibidas entre médico y paciente promueven el entendimiento empático, la familiaridad de los pacientes con sus médicos no pronostica el compromiso empático (Makoul y Strauss, 2003). El hecho de que la familiaridad no es un factor importante en el compromiso empático en situaciones clínicas sugiere la naturaleza única de la empatía en los encuentros clínicos.

## Transferencia

En su análisis de la enfermedad psicológica, Sigmund Freud (1958a) notó que dos fenómenos psicológicos pueden presentarse durante el encuentro médico-paciente. Uno ocurre en el paciente (transferencia); el otro, en el médico (contratransferencia). Estos dos fenómenos son universales y pueden dar forma a la naturaleza de las relaciones médico-paciente (Goldberg, 2000). La transferencia se desarrolla con frecuencia en pacientes respecto al médico en formas que imitan una relación importante con alguien significativo (por lo común el proveedor de cuidados primarios, un padre o inclusive un amante) en el pasado del paciente. La transferencia puede ser vista como la repetición de una relación de objeto infantil que hace que el paciente se resista al tratamiento a menos que la resistencia sea afrontada de manera apropiada por el médico (Gabbard, 1994). La empatía tiene un cometido importante en el surgimiento de transferencia y en el desarrollo de la alianza terapéutica (Book, 1988). La importancia de la transferencia en el contexto de la atención médica, en particular en el marco de la atención primaria, ha sido discutida por Zinn (1990).

Debido a que el paciente relaciona de manera inconsciente al médico con alguien significativo en el pasado, es probable que el paciente se comporte **como si** el médico fuera esa persona importante. La necesidad del paciente de comprensión y consuelo, en especial al experimentar enfermedad o dolor, desencadena la tendencia inconsciente a ver al médico como una figura paterna de autoridad (Novack, 1987), incrementando de esta forma la probabilidad de transferencia. El médico es visto en la mente del paciente como alguien significativo del pasado, lo cual lleva al paciente a reexperimentar las intensas emociones asociadas con la relación de la persona importante en el pasado. Según Kohut (1959), este complejo fenómeno, llamado transferencia en la bibliografía psicoanalítica, tiene una participación activa en el desarrollo del compromiso empático en el contexto de la atención al paciente. La conciencia del mundo interior del paciente es posible no sólo a través de los sentidos (audición, vista, olfato y tacto) sino también mediante el entendimiento y análisis del fenómeno de transferencia. El entendimiento empático puede aumentar si el médico maneja el fenómeno con una contratransferencia apropiada.

## Contratransferencia

La transferencia de ninguna manera está limitada al paciente. Los médicos pueden, en respuesta, desarrollar sentimientos mixtos hacia el paciente. La manera en que el médico maneja la transferencia del paciente es llamada contratransferencia. Prestarse uno mismo a convertirse en una figura sabia para poder resolver las frustraciones y conflictos pasados del paciente es ejemplo de una contratransferencia apropiada, la cual conduciría a un resultado positivo en el paciente. Por lo contrario, un médico que proyecta su irracionalidad y conflictos pasados no resueltos ante la relación de transferencia del paciente es ejemplo de una contratransferencia inapropiada, la cual conduciría a un resultado negativo en el paciente (Katz, 1984). Según Book (1988), las dificultades contratransferenciales surgen cuando el médico

utiliza la empatía en forma defensiva para gratificar sus propias necesidades psicológicas. Según Zinn (1990, p. 293), los médicos traen sus propias “tendencias y necesidades emocionales al encuentro, de lo que resulta una interacción dinámica que al final da forma al resultado de la relación”. La consciencia de los médicos del fenómeno de transferencia y su habilidad para manejarla pueden habilitarlos para hacer más eficaces sus intervenciones aún en situaciones de práctica ambulatoria (Schmidt y Baker, 1986).

Manejando de forma adecuada la transferencia del paciente, el médico prepara el camino para un compromiso empático y se convierte en una base segura que el paciente puede utilizar para resolver frustraciones pasadas y explorar opciones para una saludable vida personal y social. Aunque se cree que los fenómenos de transferencia y contratransferencia ocurren en relaciones psicoanalíticas intensas, su presencia en consultas médica no puede ser descartada (Zinn, 1990).

Los estudiantes de medicina y los médicos tienden a evitar explorar los factores psicológicos durante las entrevistas con sus pacientes por temor a ser incapaces de manejar dichos factores adecuadamente (Smith, 1984). La presencia de este temor fue confirmada en un estudio con estudiantes de medicina, cuya gran mayoría expresó sentimientos de ser incapaces de manejar la conversación con pacientes sobre los miedos relacionados al cáncer y la muerte porque temían lastimar a los pacientes (Smith, 1984). Los educadores médicos deberían poner mayor atención en enseñar a los estudiantes de medicina y residentes la psicodinámica de los encuentros interpersonales, incluyendo la transferencia y la contratransferencia, para mejorar su comprensión de las particularidades de los encuentros clínicos y para aumentar su capacidad de compromiso empático con sus pacientes.

## FACTORES REFORZADORES DE LA EMPATÍA EN LOS ENCUENTROS MÉDICO-PACIENTE

Una serie de factores contribuyen a la calidad de la relación entre médico y paciente. Algunos de los factores que son más relevantes para el aumento de la empatía se exponen de manera breve en las siguientes secciones.

### EFFECTO PLACEBO

White (1991) propuso que una vez que se establece una relación empática médico-paciente, el médico se convierte en un poderoso agente tipo placebo, un factor X en la curación, que tiene una tangible influencia positiva sobre los resultados del paciente. Se sugiere además que el efecto placebo en la relación médico-paciente es independiente de cualquier otra intervención tipo placebo (Hróbjartsson y Gøtzsche, 2001).

El efecto placebo, definido como una intervención que simula el tratamiento médico pero no se cree que sea un tratamiento específico para una condición determinada (Brody, 1985), tiene una larga historia en la medicina. La existencia del efec-

to placebo es, por sí misma, testimonio para la noción de que los factores psicosociales tienen una influencia tangible en la fisiopatología de la enfermedad (Spiro, 1986). La tasa de respuesta informada para los placebos varían desde 15% hasta 58% (Turner *et al.*, 1994). Sin embargo, la noción de que un placebo puede ser un tratamiento efectivo en un tercio de los casos se mantiene como el estándar en la investigación clínica (Hróbjartsson y Gøtzsche, 2001). (Esta tasa fue sugerida por primera vez hace aproximadamente medio siglo por Beecher, 1955.) Aunque no existe evidencia convincente respecto a los mecanismos subyacentes del efecto placebo, otros autores han especulado que la expectativa, la ansiedad reducida, el aprendizaje y un efecto mediado por endorfinas podrían explicar la respuesta placebo (Turner *et al.*, 1994). La investigación sugiere que el efecto placebo es más pronunciado cuando los pacientes cumplen con las órdenes del médico (Turner *et al.*, 1994). El mejor cumplimiento es una función del compromiso empático médico-paciente (Pumilia, 2002). Por lo tanto, al conducir al mejor cumplimiento, la relación empática puede dar lugar a un efecto placebo más positivo y un mejor resultado en el paciente.

## Reconocimiento de indicios no verbales

En los encuentros médico-paciente, el reconocimiento de los indicios no verbales y el reconocimiento explícito de los sentimientos, inquietudes y experiencias de los pacientes son importantes para establecer la **vinculación** (Matthews *et al.*, 1993), que es el elemento esencial de las relaciones empáticas. La vinculación también puede ser fortalecida por la habilidad de los médicos para descodificar y codificar mensajes no verbales y transmitir su entendimiento de esos mensajes a sus pacientes (DiMatteo, 1979). Algunas conductas no verbales que se dice promueven la vinculación incluyen los esfuerzos del médico para igualar las posturas del paciente, gestos, ritmos de respiración, tono y velocidad del habla y los patrones de lenguaje (Matthews *et al.*, 1993). Además, el tono de la voz, la mirada o el desvío de la mirada, la postura, el silencio, la risa, el lagrimeo de ojos, la expresión facial, los movimientos de manos y cuerpo, el temblor, el tacto, la distancia física, la inclinación hacia delante o hacia atrás, los suspiros y otras señales de ansiedad o confort son importantes indicios no verbales en los encuentros clínicos (Fretz, 1966; Wolfgang, 1979) (véase capítulo 3 para una discusión detallada sobre la comunicación no verbal en un contexto general).

La habilidad de los médicos para decodificar los indicios no verbales es un componente importante en la formación de relaciones empáticas con sus pacientes (DiMatteo, 1979). Utilizando la Prueba del Perfil de Sensibilidad No Verbal (prueba PPSNV) (Rosenthal, Hall, DiMatteo, Rogers y Archer, 1979), DiMatteo y colaboradores encontraron que la percepción de un paciente de que el médico lo escuchó fue pronosticada por la habilidad del médico para decodificar los indicios no verbales, tales como sonrisas, muecas, tamborileo con los dedos y aumento del timbre de voz (DiMatteo, Taranta, Friedman y Prince, 1980).

Otros autores han indicado que inclinarse hacia delante durante las interacciones interpersonales es percibido como indicación de una relación cálida, íntima,

atenta y empática (Fretz, 1966; Harrigan y Rosenthal, 1983; Hasse y Tepper, 1972; Trout y Rosenfeld, 1980). Los autores además han informado que la congruencia postural (posicionar la cabeza, manos y piernas en una forma correspondiente al interactuar con otra persona) es un indicador de vinculación social no verbal entre amigos, colaboradores y aquellos envueltos en una conversación con una meta en común (Buchheimer, 1963; Trout y Rosenfeld, 1980). La congruencia postural puede ser un remanente del comportamiento sincronizado entre madre e hijo (capítulo 4), un reflejo de la comprensión y el compartir que son importantes en las relaciones empáticas.

Otros componentes del comportamiento no verbal pueden influir en la percepción de vinculación del paciente durante los encuentros con médicos. Por ejemplo, el médico que asienta con la cabeza (indicando acuerdo o aprobación), se inclina hacia el paciente (indicando atención, accesibilidad, cercanía e interés empático) y se sienta con sus manos descansando en el regazo (indicando apertura, confianza en su capacidad y presteza para responder), en vez de cruzar sus brazos a través del pecho, conduce a una vinculación positiva que abre la puerta a más intercambios empáticos (Harrigan y Rosenthal, 1983). Los brazos y piernas en posición abierta expresan una actitud menos defensiva y más positiva que las posiciones de brazos y piernas cerrados (Mehrabian, 1969).

Además, el grado de contacto visual puede indicar la naturaleza del compromiso empático médico-paciente. Por ejemplo, Mehrabian (1969) descubrió que se mantiene un mayor grado de contacto visual cuando la pareja que interactúa siente agrado, en lugar de desagrado, entre sí. Sin embargo, factores culturales y de género ayudan a determinar el nivel de contacto visual deseable en el encuentro médico-paciente. Por ejemplo, Mehrabian (1969) indicó que en la cultura norteamericana, las personas tienen que mantener mayor contacto visual cuando tratan con individuos de alto estatus. En algunas culturas no occidentales descritas como colectivistas (contrarias a las individualistas) (Triandis, 1995), se evita el contacto visual directo entre personas del sexo opuesto o de diferente estatus.

El rostro es reconocido como un canal primario para la comunicación afectiva (Ekman y Friesen, 1974). Los cambios en la expresión facial (p. ej., expresiones que proyectan dolor) se acompañan a menudo de cambios paralelos en la excitación neurovegetativa y sentimientos subjetivos (Vaughan y Lanzetta, 1981). Las expresiones faciales y los indicios no verbales con frecuencia **dejan filtrar** mensajes inconscientes (DiMatteo *et al.*, 1980). Sin embargo, al evaluar los indicios no verbales y detectar el engaño, uno pudiera hacer juicios más precisos observando el cuerpo en lugar del rostro (Ekman y Friesen, 1974). En entrevistas psicoanalíticas, el psicoanalista se sienta atrás del paciente, quien reposa sobre un diván, para evitar que el paciente vea las expresiones faciales y reacciones emocionales del analista (Slipp, 2000). Escuchar mensajes ocultos tras las palabras habladas con el **tercer oído** y ver los indicios no verbales emitidos más allá del comportamiento consciente con el **ojo de la mente** prepara el camino para el compromiso empático en los encuentros entre médico y paciente.

## Tercer oído y ojo de la mente

Para un mejor entendimiento de la dinámica interpersonal en los encuentros clínicos, los médicos deben aprender a escuchar a sus pacientes no sólo con los oídos anatómicos sino también con su tercer oído para ir más allá de las palabras habladas. Además, para mejorar su entendimiento empático, los médicos deben observar los mundos internos de sus pacientes no sólo con los ojos anatómicos sino también con el ojo de su mente. La vinculación entre médico y paciente será más fuerte y el entendimiento empático entre ambos se volverá más profundo si el médico escucha la noción narrativa del paciente de su enfermedad con el tercer oído y observa los factores personales, psicológicos, sociales y culturales involucrados en las relaciones interpersonales del paciente con la visión mental. Entre más se dice, más se escucha, y entre más se entiende, más profunda se vuelve la relación (Jackson, 1992). Las semillas de la empatía se cultivan al escuchar con el tercer oído y utilizar la visión mental.

Durante el siglo XIX, ver era más prominente que escuchar en los reinos de la enfermedad y la curación (Jackson, 1992). Como resultado, la observación de los indicios no verbales recibió un lugar importante en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Waisman (1966) sugirió que en la medicina clínica, los médicos necesitaban contemplar los aspectos ocultos de la enfermedad de un paciente no sólo por observación (visión mental) sino también escuchando con su tercer oído.

En la relación terapéutica, escuchar es un método crítico para adquirir información de la persona que busca ayuda, para entender el problema y para ocasionar la curación (Jackson, 1992). Esta tradición es atribuida a William Osler, quien dijo: “Escucha al paciente, te está diciendo el diagnóstico” (citado en Jackson, 1992, p. 1630). Según Samuel Coleridge (1802), para sumergirnos en los pensamientos de otro ser, debemos tener “el ojo de un indio norteamericano” que rastrea las huellas del enemigo sobre las hojas que se esparcen en el bosque, “el oído de un árabe salvaje” que escucha el silencioso desierto y, “el tacto de un ciego” que siente la cara de un niño amado. En el contexto de la atención al paciente, estas cualidades se traducen en la capacidad del médico de escuchar con el tercer oído, ver con el ojo de la mente y poseer la empatía para entender al paciente más allá de las palabras habladas y el comportamiento observable.

Escuchar desde **afuera**, sólo con nuestros oídos anatómicos, no es suficiente en estos encuentros. Según Greenson (1960), los médicos deben poner su atención en escuchar y sentir desde **adentro**. Como Jackson (1992) señaló, esa forma de escuchar puede iniciar a partir de una posición afinada empáticamente. La investigación ha demostrado que los maestros que intentan escuchar a sus estudiantes con un tercer oído empleando una respuesta empática fueron más capaces de ayudarles con problemas académicos y de conducta (Cleghorn, 1978).

La empatía, según Schwaber (1981), es un **modo analítico** de audición. De manera similar, Theodore Reik (1948) señaló que un médico debe escuchar no sólo lo que las palabras del paciente dicen, sino también lo que no dicen. Para lograr esta meta, Reik enfatizó que el médico “debe aprender a escuchar con el tercer oído”

(p. 144). Al escuchar con el tercer oído, los médicos pueden captar lo que otras personas sienten y piensan pero no dicen; por lo tanto, necesitan aprender cómo la mente de una persona **le habla** a otra persona en silencio. Para formar una relación empática con los pacientes y así proveerles la atención óptima, los médicos deben sintonizarse y escuchar con el tercer oído para entender lo que el paciente intenta decir más allá de la palabra hablada (Good, 1972).

Escuchar con el tercer oído puede lograrse para ser más atento durante la comunicación verbal con los pacientes, y observar con el ojo de la mente se puede lograr mejor al hacerse más observador de las pistas no verbales en los encuentros médico-paciente. El lenguaje hablado es más que un vehículo para la transferencia de información; también puede influir en los pensamientos (Hunt y Agnoli, 1991). En un contexto más amplio, Lee Whorf (1956) dijo a mediados del siglo XIX que el lenguaje puede expresar más que perspectivas y sentimientos; puede dar forma también a los pensamientos de una cultura. Por lo tanto, en el contexto de la atención al paciente, la voz que puede escucharse con el oído anatómico puede tener un significado más poderoso cuando es procesada con el tercer oído. Charles Darwin (1965, p. 354) propuso que “la fuerza del lenguaje es en gran parte apoyada por los movimientos expresivos del rostro y el cuerpo”. De esta manera, es posible comunicar información importante acerca de los estados cognitivo y afectivo de una persona a través de indicios no verbales (Lanzetta y Kleck, 1970) que muestran una imagen más amplia mediante la visión mental. El entendimiento empático puede aumentar al reconocer mensajes ocultos y callados descodificando indicios no verbales con la visión mental.

## Factores culturales

La cultura, definida como “el conjunto de actitudes, valores, creencias y comportamientos compartidos por un grupo de personas, comunicado de una generación a la siguiente” (Sternberg, 2004, p. 325) determina cómo las personas se conectan unos con otros. Las personas de diferentes culturas tienen visiones sorprendentemente diferentes sobre sí mismos y los demás (Markus y Kitayama, 1991) que pueden influir en sus comportamientos de búsqueda y ofrecimiento de ayuda. Los factores socioculturales en los encuentros clínicos, según Weissman y colaboradores (2005), pueden influir en la comunicación médico-paciente y la toma de decisiones clínicas. Las normas culturales, las diferencias raciales o étnicas, las creencias religiosas, el estereotipo sexual y otras fuentes encarnadas de identidad pueden incidir en el compromiso empático en el contexto de la atención al paciente. Comas-Díaz y Jacobsen (1991) postularon que los factores etnoculturales pueden no sólo influir las presentaciones e interpretaciones del individuo en encuentros clínicos, sino que también pueden afectar significativamente el proceso y los resultados de la atención al paciente.

Para un mayor entendimiento de las dinámicas interpersonales en los comportamientos de búsqueda y provisión de atención, estos comportamientos deben ser examinados en el contexto cultural, debido a que la cultura está confusamente en-

trelazada en cualquier tipo de comportamiento. Por ejemplo, en un estudio transcultural de las actitudes de búsqueda de ayuda, se encontró que una muestra belga expresó actitudes menos orientadas a la atención y más orientadas a la curación respecto al cuidado de la salud (DeValck *et al.*, 2001). Un estudio reciente de Nelson y Baumgarte (2004) demostró que la poca familiaridad con las normas culturales de los demás reduce el entendimiento empático mediada por una falta de toma de perspectiva por parte del observador. Por tanto, la familiaridad del médico con la cultura del paciente es otro factor que debe ser considerado al estudiar el compromiso empático en la atención al paciente. Sin embargo, se ha realizado poca investigación empírica sobre este tema. Aunque se han observado algunas similitudes en las culturas occidentales y no occidentales (p. ej., la japonesa) con respecto a la comunicación médico-paciente y la satisfacción del paciente (Ishikawa, Takayama, Yamazaki, Skei y Katsumata, 2002), es crucial reconocer que los encuentros médico-paciente están determinados por factores culturales que aportan contenidos cognitivos y afectivos, así como valores terapéuticos, expectativas y metas a la relación (Kleinman *et al.*, 1978).

A pesar de la importancia de la conciencia cultural en los encuentros clínicos, un estudio recientemente publicado muestra que sólo 8% de las escuelas de medicina en EUA y ninguna escuela de medicina en Canadá ofrece cursos formales sobre los aspectos culturales en la atención al paciente (Flores, Gee y Kastner, 2000). En un estudio reciente sobre la educación médica transcultural entre una muestra nacional de residentes en diferentes especialidades en EUA, se descubrió que a pesar de que 96% de los residentes indicaron que era importante comprender los aspectos culturales al ofrecer la atención, dos terceras partes informaron que no se realizó evaluación alguna respecto a sus habilidades en los aspectos transculturales de la comunicación con los pacientes (Weisman *et al.*, 2005).

Las diferencias culturales pueden influir en el compromiso empático médico-paciente, así como en los resultados de la atención al paciente en un grado significativo (Hall, Roter y Katz, 1988; Hooper, Comstock, Goodwin y Goodwin, 1982; Kleinman *et al.*, 1978; Waxler- Morrison, Anderson y Richardson, 1990). Se han observado diferencias culturales en el comportamiento de los médicos al revelar diagnósticos de cáncer a los pacientes (Holland, Geary, Marchini y Tross, 1987). Por ejemplo, en algunas culturas asiáticas, el diagnóstico de enfermedades terminales es ocultado a los pacientes porque se supone que la revelación podría generar un miedo tal que la progresión de la enfermedad se aceleraría. La evidencia sugiere que esta suposición podría no estar completamente infundada, pues se ha informado que el aumento del miedo es un factor importante en la **muerte vudú** (Cannon, 1957). El poder de sugestión observado con frecuencia en la investigación sobre la hipnosis y las imágenes es un testimonio de la creencia de que revelar una enfermedad grave a algunos pacientes podría empeorar su situación en vez de mejorarla.

La desesperanza generada al revelar un diagnóstico fatal puede causar muerte súbita entre algunos pacientes (Richter, 1957). Revelar el diagnóstico de una enfermedad terminal es visto como cruel, inhumano y no empático en algunas culturas, y como ético y empático en otras culturas (Holland *et al.*, 1987). Una encuesta

internacional de oncólogos de 20 países reveló que menos del 40% de los médicos en África, Hungría, Irán, Panamá, Portugal y España revelarían un diagnóstico de cáncer a los pacientes, mientras que más del 80% de los médicos en Austria, Dinamarca, Finlandia, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Suiza y Suecia lo harían (Holland *et al.*, 1987). Las realidades clínicas están constituidas culturalmente, y la naturaleza de las relaciones médico-paciente varía en diferentes culturas y grupos étnicos (Kleinman *et al.*, 1978). Es claro que la cultura puede ejercer una importante influencia sobre la naturaleza y los contenidos de la comunicación médico-paciente. Sin embargo, el entendimiento empático siempre es benéfico en los encuentros clínicos sin importar las peculiaridades culturales.

Más aún, a pesar del consejo enfático de que los médicos deben compartir sus decisiones de tratamiento con los pacientes para poder obtener la aportación y cumplimiento del paciente, este no es el caso en el entrenamiento y práctica de los médicos en todas las culturas. En un estudio de Ali, Khalil y Yousef (1993) en el que se comparó a pacientes estadounidenses y egipcios con cáncer, se encontró que los pacientes egipcios preferían no estar involucrados en la toma de decisiones; en cambio, la familia tenía un rol importante al tomar decisiones. La revelación de un diagnóstico grave era socialmente inaceptable. Se consideraba que el apoyo emocional era responsabilidad de la familia, no del proveedor de atención de la salud (Ali *et al.*, 1993). Muchos pacientes musulmanes, por ejemplo, creen en la doctrina de predestinación, fatalismo y estoicismo. Con este grupo de pacientes, las relaciones empáticas médico-paciente se pueden establecer mejor cuando el médico les expresa que es la voluntad de Dios lo que ha dado la oportunidad del encuentro médico-paciente.

En algunas culturas asiáticas, los médicos son figuras paternalistas que tienen autoridad absoluta para dictar cualquier tratamiento que consideren necesario sin importar las aportaciones del paciente. En esas culturas autoritarias, ¡es probable que el enfoque de la atención médica centrada en el paciente transmita falta de determinación y competencia del médico! Por lo tanto, debido a que la preocupación empática tiene una diferente connotación en culturas diferentes, la consciencia del médico de las peculiaridades culturales de sus pacientes puede fortalecer el entendimiento empático. Por esta razón, los aspectos culturales deben recibir atención formal en los programas de educación médica de pregrado, posgrado y de extensión.

## Espacio personal

Todos saben que la mayoría de los animales demuestran territorialidad al marcar ciertas áreas como su propio espacio. Los seres humanos exhiben una tendencia similar al establecer una burbuja invisible en torno a sí mismos llamada **espacio personal** (Hall, 1966; Sommer, 1969). Los límites de dicho espacio determinan la distancia que los individuos necesitan para conservar su privacidad. El hacinamiento que invade el espacio personal (o territorio) puede conducir a comportamiento agresivo (Calhoun, 1962). Es interesante notar que los límites del espacio personal se reducen al mínimo en las relaciones íntimas y empáticas (Hall, 1966).

Shamasundar (1999) postuló que las interacciones interpersonales representan un entramado de espacios personales a cambio de información afectiva y cognitiva que da por resultado el entendimiento empático. Compartir los espacios personales es la esencia de una relación empática: a mayor superposición de los espacios personales, más profundo el entendimiento empático.

La naturaleza de la relación, el sexo, la personalidad y los factores culturales determinan la cantidad deseable de distancia personal. Las personas que están emocionalmente afectadas o tienen baja autoestima tienden a mantener más espacio personal (Shamasundar, 1999). Además, la cantidad deseable de espacio personal varía en diferentes individuos y culturas. Por ejemplo, en EUA, se observó un máximo de 45 cm de espacio personal en la mayoría de los encuentros íntimos (p. ej., las relaciones románticas), y un espacio personal de 30 a 120 cm se consideró una distancia deseable entre amigos y conocidos (Hall, 1966). Las personas que se agradan y forman relaciones empáticas entre sí tienden a mantener menos espacio personal entre ellos al conversar que los desconocidos (Mehrabian, 1969).

Invadir el espacio personal puede provocar actitudes negativas si la relación no es empática (Mehrabian, 1969). Por ejemplo, dicha invasión puede conducir a la ansiedad o irritabilidad y, en ocasiones, a una agresividad en aumento y el fracaso de la comunicación interpersonal. Un estudio encontró que la gente se siente más cerca cuando espera aprobación y se siente más lejos cuando espera desaprobación (Rosenfeld, 1965). En el contexto de los encuentros médico-paciente, un grado deseable de espacio personal debe ser mantenido para facilitar los intercambios interpersonales empáticos.

## Límites

Sobre la base de la descripción de Carl Rogers de las relaciones empáticas en los encuentros clínicos (Rogers, 1959), uno puede percibir el marco referencial interno de otra persona como si uno fuera la otra persona (véase capítulo 1). Si la condición **como si** se pierde, puede desarrollarse un sentido de profundo involucramiento emocional (simpatía) en la relación médico-paciente que conlleva riesgos potenciales (véase capítulo 1), incluyendo la mayor susceptibilidad del médico al dolor y sufrimiento del paciente por un lado, y por otro, la dependencia del paciente hacia el médico.

En la relación clínico-paciente, compartir emociones siempre requiere establecer límites o fronteras respecto al involucramiento afectivo. Aunque los límites en dichos encuentros suelen ser algo implícitos, son entendidos mutuamente (Gabbard y Nadelson, 1995). Los límites implican evitar el involucramiento emocional intenso y el erótico. Algunos límites están especificados en códigos de ética profesional. Los médicos violan los límites cuando intencionalmente explotan la confianza y dependencia del paciente y responden en forma no profesional a los deseos y expectativas del paciente. Las relaciones sexuales, las relaciones duales, el recibir regalos o servicios inapropiados, el trueque, el horario y duración inusual de las visitas, el uso de lenguaje seductivo y erótico, el exceso de autorrevelación y el contacto físico

inapropiado están entre las violaciones de los límites informados con frecuencia (Gabbard y Nadelson, 1995). Todas las violaciones mencionadas pueden sabotear el desarrollo de una relación empática médico-paciente.

El grado de intimidad en las relaciones médico-paciente es definido por los límites que previenen la explotación de ambas partes (Farber *et al.*, 1997). Por un lado, los pacientes que buscan ayuda son vulnerables y tienden a formar apego emocional con el médico, quien es visto como una figura de autoridad omnipotente similar a un padre sabio (p. ej., mediante el mecanismo de transferencia). Por otra parte, siendo humanos también y por ello vulnerables, los médicos deben estar atentos de no apegarse a un paciente como resultado de un fuerte involucramiento emocional (p. ej., incapacidad de manejar la transferencia del paciente).

Debido a que **errar es humano**, pueden ocurrir errores en las relaciones médico-paciente (Kohn, Corrigan y Donaldson, 2000). Sin embargo, la educación y los lineamientos de ética profesional pueden minimizar la violación de límites durante los encuentros con pacientes (Sage, 2002). Varios factores contribuyen al mantenimiento o la violación de límites en las relaciones médico-paciente: edad, sexo, etnia, cultura, actitudes, antecedentes de desarrollo y familiares, personalidad, educación y capacidad para el entendimiento empático.

La transgresión de límites puede ocurrir en todas las especialidades, pero la probabilidad de transgresión es mayor en las consultas psicológicas y psiquiátricas debido a la transferencia que surge de las intensas emociones generadas en tales consultas (Gabbard, 1994). Las transgresiones que involucran aspectos sexuales son con frecuencia iniciadas por pacientes (Gartrell, Herman, Olarte, Feldstein y Localio, 1986). La más antigua habilidad en la medicina, como Thomas (1985) señaló, es colocar las manos del médico sobre el paciente. Por lo tanto, el tacto durante las exploraciones físicas se ha considerado tradicionalmente la puerta de entrada hacia el diagnóstico y en ocasiones hacia beneficios terapéuticos. Tocar no es sólo una reminiscencia de las caricias maternas que genera un sentimiento de seguridad, sino que también transmite afecto y apoyo empático (Mayerson, 1976). Sin embargo, el uso inapropiado del tacto es ciertamente una transgresión de los límites que disminuye la confianza y arruina la relación empática.

Cuando los estudiantes de medicina y los médicos están entrenados en forma insuficiente con respecto a las transgresiones potenciales de los límites interpersonales, en ocasiones se culpa a la educación médica (Gartrell *et al.*, 1986); pero el problema es que las **reglas del juego** respecto a la identificación de las transgresiones de los límites son vagas y, en consecuencia, no son fáciles de enseñar. Sobra decir que el compromiso empático en las relaciones médico-paciente puede ayudar a evitar la transgresión de límites.

## RESUMEN

El compromiso empático en el contexto de la atención al paciente es un fenómeno complejo promovido por muchos factores que operan en la dinámica de la relación

médico-paciente. Los factores que unen a médicos y pacientes incluyen la necesidad de la conexión humana, particularmente en tiempos de crisis; la necesidad de supervivencia; la posición del médico como figura de autoridad; las expectativas de rol en el ambiente de atención al paciente; la dinámica psicológica de los encuentros clínicos; y la capacidad del médico de entender a los pacientes al escuchar con el tercer oído y ver con el ojo de la mente. El compromiso empático en la atención al paciente también puede ser influido por factores culturales, el espacio personal y los límites. Cuando dos personas están conectadas empáticamente, existen muchos factores más allá de las palabras habladas y el comportamiento observable que proveen el adhesivo para unirlos.

## 9 Empatía en relación al género, cualidades personales, competencia clínica y elección de carrera

*El hombre es esencialmente un bulbo con muchos miles de raíces.*

-(George Cristoph Lichtenberg, 1742-1799; citado en Strauss, 1968, p. 285)

### PREÁMBULO

En este capítulo describo el vínculo entre empatía, sexo, personalidad y variables psicosociales selectas. Las mujeres están dotadas con una mayor capacidad para la empatía que los varones porque comienzan a mostrar mayor sensibilidad a los estímulos sociales y a las señales emocionales a una edad temprana y debido a sus cualidades orientadas al cuidado, que resultan de la historia evolutiva y del aprendizaje social. La empatía se correlaciona positivamente con comportamientos prosociales y altruistas, y con un número de cualidades personales deseables, incluyendo sociabilidad, habilidades sociales, simpatía, flexibilidad, tolerancia, inteligencia emocional, juicio moral, sentido del humor y sensibilidad. Una larga lista de atributos personales no deseables, incluyendo agresividad, externalización, comportamientos antisociales, hostilidad, depresión, ansiedad, introversión, trastornos de conducta, neuróticos o psicóticos, mentir, robar, abuso físico y dogmatismo, se correlacionan negativamente con la empatía. Además, la satisfacción en la relación temprana con la madre, la selección de una carrera en medicina por razones humanitarias y la atención a los asuntos psicosociales en la medicina han sido vinculados a la empatía. Información empírica sugiere que los grados de empatía están relacionados con indicadores de competencia clínica y con la elección de carrera. Los individuos que eligen especialidades orientadas a las personas tienen mayor probabilidad de obtener calificaciones más altas en empatía que aquellos interesados en especialidades orientadas a la tecnología o a procedimientos.

### INTRODUCCIÓN

La empatía, como cualquier otro atributo de la personalidad, varía entre individuos con diferentes antecedentes constitutivos, de desarrollo, de experiencia y educativos. Este capítulo revisa los descubrimientos sobre las diferencias en la empatía entre varones y mujeres y describe el vínculo entre la empatía, las cualidades personales, los logros académicos y la elección de carrera.

## DIFERENCIAS DE GÉNERO

Las diferencias en las cualidades personales entre varones y mujeres han sido largamente discutidas, y las implicaciones de esas diferencias han sido muy debatidas. Un reciente estudio metaanalítico informó que las similitudes entre los sexos son abrumadoramente más que las exageradas declaraciones sobre sus diferencias (Hyde, 2005; Spelke, 2005). Debido a que varones y mujeres son similares en muchas variables psicosociales, Hyde (2005) sugirió que las similitudes entre los sexos deben ser examinadas en las hipótesis de investigación en lugar de las diferencias. Aunque la mayoría de las diferencias de sexo han sido atribuidas al aprendizaje social y la adaptación de roles, estudios recientes de imágenes cerebrales sugieren que algunas diferencias podrían estar **preprogramadas**: es decir, más allá del aprendizaje social (Cahill, 2005; Singer *et al.*, 2006). En una atmosfera políticamente correcta, existe una tendencia a ignorar las diferencias de sexo por temor a reacciones adversas de otros y a implicaciones sociales inapropiadas, pero se mantiene el hecho de que a pesar de muchas similitudes, las variaciones observadas entre los sexos son reales y son la esencia de la vida. La evidencia empírica indica de manera consistente que los sexos difieren con elocuencia uno del otro respecto a atributos específicos que son relevantes para la capacidad de la empatía.

### Sensibilidad al estímulo social

Las diferencias de género en las respuestas al estímulo social se pueden observar en niños a una edad temprana. Por ejemplo, las recién nacidas femeninas muestran mayor respuesta que los recién nacidos masculinos al estímulo auditivo y social y son capaces de mantener contacto visual por periodos más largos de tiempo (Hittelman y Dickens, 1979; Osofsky y O'Connell, 1977). Los neonatos femeninos sonríen más y muestran un aumento menos rápido de agitación o excitación (Osofsky y O'Connell, 1977). Un estudio en neonatos (edad media 36.7 horas) en el que un rostro humano y un móvil fueron presentados simultáneamente encontró que las mujeres exhibieron más interés en el rostro humano, mientras que los hombres mostraron mayor interés en el móvil (Connellan, Baron-Cohen, Wheelwright, Batki y Ahluwalia, 2000).

Las recién nacidas femeninas también mostraron menos irritabilidad que los masculinos (Moss, 1967), y las niñas tuvieron menor dificultad para regular emociones y mostraron menos irritación que los niños cuando se les confrontó con el rostro inexpresivo de su madre (el experimento de rostro inmóvil se describe en el capítulo 4) (Weinberg *et al.*, 1999). Es claro que estas diferencias tempranas no pueden ser atribuidas a la socialización y a la adaptación de roles de género.

### Percepción de las emociones y descodificación de señales emocionales

Investigaciones empíricas sugieren que desde una edad temprana, las niñas parecen ser más sensibles a las señales emocionales que los niños. Por ejemplo, las niñas

exhiben mayor llanto reactivo cuando otro infante llora en su presencia que los niños (Sagi y Hoffman, 1976) (en el capítulo 5, una respuesta de llanto reactivo fue descrita como indicación de un respuesta empática primitiva).

Una diferencia significativa también ha sido observada en favor de las mujeres respecto a la transmisión y detección de claves emocionales no-verbales (Brown y Dunn, 1996; Buck, 1984; Buck, Savin, Miller y Caul, 1972). La habilidad de las mujeres para entender las claves emocionales ha sido observada en un número de estudios tanto en niños como en adultos (Brown y Dunn, 1996; Davis, 1983, 1994; Eisenberg y Lennon, 1983, Eisenberg y Strayer, 1987a; Feshbach, 1982; Hogan, 1969, Hojat *et al.*, 2001b, 2002b, 2002d; Jose, 1989; Litvack-Miller *et al.*, 1997).

La capacidad de percibir las emociones de otra persona y de **enviar y recibir** señales noverbales a través de las expresiones faciales y el lenguaje corporal contribuye significativamente al compromiso empático. Las mujeres son más receptivas a las señales emocionales que los varones (Trivers, 1972) y son más perceptivas sobre su significado (Baron-Cohen, 2003; Bjorklund y Kipp, 1996; Buss y Schmitt, 1993). A pesar del hecho de que las mujeres son en general mejores al percibir las emociones de otras personas y están menos reprimidas socialmente para expresar sus emociones, no son siempre superiores a los varones en la expresión de ciertas emociones. Por ejemplo, aunque las mujeres son mejores al expresar miedo, tristeza, amor y felicidad, los hombres son mejores al expresar enojo y odio (Wagner, Buck, y Winterbotham, 1993), características que no conducen a la empatía. Las mujeres han sido estereotipadas como cariñosas y orientadas al trato interpersonal (Eisenberg y Lennon, 1983), características que han sido identificadas como componentes centrales de la identidad femenina (Jack, 1993).

Las mujeres no sólo entienden las expresiones faciales de otras personas mejor que los varones, también son más expresivas facialmente que ellos (Buck, Miller, & Caul, 1974). En un experimento, pares de mujeres fueron más hábiles que pares de hombres para entender claves emocionales no-verbales (al observar en televisión de circuito cerrado las expresiones faciales de una persona que estaba viendo diapositivas con contenido emocional variado) (Buck *et al.*, 1972). El análisis de Hall (1978) de 75 estudios sobre diferencias de sexo en la habilidad para descodificar los estados emocionales de otras personas confirmó la superioridad de las mujeres al descodificar claves visuales y auditivas. Otro estudio (Zuckerman, DePauls y Rosenthal, 1981) encontró que las mujeres podían incluso detectar aspectos negativos del comportamiento interpersonal, tales como el engaño, mejor que los varones. Resulta claro que la habilidad de interpretar claves no-verbales y el estado mental de otra persona es relevante para la capacidad de formar relaciones empáticas.

### **Estilo interpersonal, habilidad verbal, comportamiento agresivo y actitudes de cariño**

Varones y mujeres tienen diferentes estilos interpersonales. La investigación ha demostrado que los hombres son más propensos a interrumpir cuando las mujeres están hablando unas con otras, mientras que las mujeres son menos propensas a in-

terrumpir cuando los varones hablan entre ellos (McMillan, Clifton, McGrath y Gale, 1977). Además, los hombres hablan con mayor asertividad que las mujeres durante la comunicación verbal (Kramer, 1974). Taylor y colaboradores (2000) informaron que varones y mujeres con frecuencia exhiben diferentes respuestas bioconductuales a eventos estresantes que reflejan las diferencias en sus sistemas neuroendocrino y fisiológico. Los autores sugirieron que los hombres generalmente tienden a reaccionar al estrés con la respuesta **pelea o huye**, mientras que la respuesta de las mujeres tiende a estar caracterizada como **atiende y entabla amistad**, un patrón que involucra actividades afectivas desarrolladas durante la historia evolutiva humana para protegerse a sí misma y a su descendencia. Taylor y colaboradores sugirieron que el mecanismo bioconductual subyacente responsable de este patrón de atiende y entabla amistad podría ser puesto en marcha por el sistema de apego, descrito en el capítulo 4, y por hormonas, tales como oxitocina en conjunción con otras hormonas reproductivas femeninas, y las actividades de péptidos opioides endógenos. Obviamente, estas diferencias en los estilos interpersonales y en las respuestas bioconductuales pueden influir en la formación de las relaciones empáticas.

En interacciones interpersonales, sonreír es el mejor indicador de cordialidad (Bayes, 1972) y un indicador de comportamiento prosocial y afecto positivo. El uso apropiado de la sonrisa sirve como señal positiva en la comunicación interpersonal. Un estudio metaanalítico de las diferencias de sexo con respecto al sonreír encontró que las mujeres y las chicas adolescentes tenían significativamente mayor probabilidad de sonreír que los varones y los chicos adolescentes (LaFrance, Hecht, y Levy Paluck, 2003).

La superioridad de las mujeres en pruebas de habilidad verbal ha sido documentada en muchos estudios empíricos (p. ej. véase Maccoby y Jacklin, 1974). Las niñas a menudo comienzan a hablar a una edad más temprana que los niños, y mantienen su habilidad verbal superior a partir de entonces (Rutter *et al.*, 2005). Además de las habilidades verbales, las mujeres sobrepasan a los varones en sociabilidad. Por ejemplo, Hall (1985) informó que las mujeres hacen más contacto visual durante interacciones interpersonales que los hombres de la misma edad.

Las mujeres también tienden a entender el contexto social de ciertos asuntos mejor que los varones (Willingham y Cole, 1977). Por ejemplo, las estudiantes universitarias mujeres se identificaron con personajes de historias en mayor grado que los estudiantes hombres. El investigador encontró que tal identificación se correlaciona positivamente con las puntuaciones en la Subescala de Preocupación Empática del Índice de Reactividad Interpersonal de Davis (IRI) (Jose, 1989).

La característica típica de las mujeres de expresar sus emociones (p. ej. externalizando) y la característica típica de los varones de esconder sus emociones (p. ej. internalizando) provoca que los dos sexos revelen sus emociones de diferente manera (Buck *et al.*, 1972). Se ha encontrado que la feminidad se correlaciona con la empatía. Un estudio empírico informó que los varones y mujeres que tenían calificaciones de feminidad más altas en el Inventario de Orientación de Roles de Género (Bem, 1974) también tenían calificaciones significativamente más altas de empatía en el IRI (Karniol, Gabay, Ochion y Harari, 1998).

Aunque algunas diferencias de sexo en los estilos interpersonales y en las habilidades verbales pueden ser atribuidas a la socialización y a los roles sexuales aprendidos (Eagly, 1995), la evidencia sugiere que estas diferencias pueden ser preprogramadas, parcialmente de origen biológico (Baron-Cohen, 2003) y arraigadas en la historia evolutiva humana (Buss, 2003). En un reciente estudio de Singer y colaboradores (2006) con imágenes de resonancia magnética funcional, se notó que si bien tanto varones como mujeres exhibieron activación relacionada a la empatía en áreas que registran dolor (cortezas insular frontal y anterior cingulada), las actividades cerebrales relacionadas con la empatía se redujeron significativamente en hombres cuando observaban a un tramposo sufriendo.

Algunos autores han asegurado que la diferencia en niveles de testosterona prenatal en fetos masculinos y femeninos apoya la noción de que la hormona tiene un papel importante en la formación de estilos interpersonales específicos por sexo y de la habilidad verbal (Baron-Cohen, 2003; Connellan *et al.*, 2000). Por ejemplo, un estudio en el que se encontró una relación inversa entre los niveles de testosterona fetal y la extensión del vocabulario en niños a los 18 y 24 meses apoyó la importancia de los niveles de testosterona fetal en la habilidad verbal de hombres y mujeres (Lutchmaya, Baron-Cohen y Raggatt, 2002).

La agresión verbal y el comportamiento agresivo reflejan un afecto negativo, el cual interfiere en la formación de relaciones empáticas. Las mujeres tienen en general menor probabilidad que los hombres de exhibir comportamiento agresivo (para un estudio metaanalítico, véase Eagly y Steffen, 1986). Las diferencias de sexo en la expresión de la agresión podrían ser atribuidas no sólo a las diferencias hormonales sino también al aprendizaje social y a los roles de sexo estereotípicos que llevan a los varones a ser más duros, más asertivos y de comportamiento más agresivo que las mujeres. Sin embargo, es importante notar que el aprendizaje social explica sólo una parte del asunto ya que la investigación indica que la agresión es más pronunciada en niños que en niñas (Hyde, 1984).

Las mujeres expresan agresión de diferentes maneras que los varones y hacia diferentes blancos. Por ejemplo, las mujeres tienden a ser agresivas verbalmente, en lugar de físicamente, y a dirigir su agresión hacia otras mujeres, no hacia hombres (Eagly y Steffen, 1986). Los sentimientos de culpa sobre el comportamiento agresivo a menudo hacen que las mujeres se abstengan de expresar agresión, y la investigación ha mostrado que ellas experimentan más culpa y ansiedad sobre su agresión que los hombres (Frodi y Macauley, 1977).

El control de la agresión es un comportamiento autoregulatorio que promueve las relaciones empáticas. Al usar el procedimiento de rostro inmóvil descrito en el capítulo 4, los investigadores encontraron que los lactantes niños tenían mayor dificultad que las niñas para mantener la regulación emocional (Weinberg *et al.*, 1999). Por tanto, las mujeres parecen tener mayor control sobre la regulación de sus emociones, lo cual conduce a mejores interacciones interpersonales.

Los estereotipos sociales comúnmente presentan a los hombres que ayudan a otros como heroicos y caballerosos (p. ej. aquellos que arriesgan su propia vida para salvar a otros de algún daño) y presentan a las mujeres como cuidadoras y afectuo-

sas (Eagly y Crowley, 1986). Una revisión metaanalítica de la literatura revela que, en general, los varones tenían mayor probabilidad que las mujeres de ayudar y las mujeres estaban más inclinadas a recibir ayuda (Eagly y Crowley, 1986). Sin embargo, las mujeres han estado históricamente más inclinadas que los hombres a poner las necesidades de otros, en especial las de sus hijos, antes de las propias (Chodorow, 1978), y están más orientadas hacia el cuidado (Gilligan, 1982). Charles Darwin también notó esta cualidad. En su libro seminal, *El Origen del Hombre*, Darwin (1981) indicó que las mujeres exhiben mayor ternura en las relaciones sociales que los varones, y debido a sus instintos maternos, es probable que su ternura hacia sus hijos se extendida hacia otros.

Según Reverby (1987) y Trivers (1972), la actitud cuidadora de las mujeres hacia sus hijos, la cual puede ser generalizada a otros seres humanos, tiene raíces evolutivas. La actitud de cuidado de las mujeres hacia sus hijos comúnmente toma prioridad sobre otros asuntos importantes. Por ejemplo, las actitudes de cuidado hacia la descendencia pueden a menudo interferir en el avance profesional de una mujer de maneras que no tienen nada que ver con la barrera conocida como efecto **techo de cristal**. Miembros del profesorado, hombres y mujeres, en centros académicos médicos que no tenían hijos mostraron logros académicos similares, pero los miembros del profesorado femeninos que tenían hijos progresaron lentamente en sus carreras debido a su involucramiento en la crianza de los niños (Carr, Ash y Friedman, 1998).

Este fenómeno es una indicación de la motivación intrínseca que induce a las mujeres hacia el cuidado y contribuye a las diferencias de sexo en la empatía.

## Empatía en función de las diferencias de género

Consistentes con las caracterizaciones de las mujeres descritas en este capítulo hasta ahora, estudios empíricos han informado que las mujeres con frecuencia sobrepasan a los varones en las medidas de empatía (Davis, 1983; Eisenberg *et al.*, 1983; Hoffman, 1977; Hogan, 1969; Jose, 1989; Karniol *et al.*, 1998). Block (1976) informó que los resultados de la mayoría de los estudios examinados favorecieron a las mujeres con respecto a la empatía. Sin embargo, Eisenberg y Lennon (1983) descubrieron una significativa diferencia de sexo en la empatía, que favorecía a las mujeres cuando las medidas de empatía eran inventarios de autoinformes, pero notaron que no había diferencia cuando las medidas de empatía eran fisiológicas u observaciones no intrusivas del comportamiento.

Estudios con adultos indican que las mujeres tienen mayor habilidad que los hombres para iniciar relaciones empáticas. Ellas típicamente exhiben comportamientos descritos como **comunales** (p. ej. sensibilidad social, cuidado, cordialidad), mientras que los varones tienden a manifestar comportamientos descritos como **egocéntricos** (p. ej. controladores, independientes, dominantes) (Eagly, 1995). Además, Rokeach (1973) encontró que las mujeres otorgan énfasis en los aspectos emocionales de sus interacciones que los hombres, quienes ponen énfasis en los aspectos racionales. Consistente con los descubrimientos de Rokeach, un estudio de alumnos universitarios encontró que las mujeres diferían significativamente de los varones en

la empatía emocional (similar a la simpatía) pero no en la toma de perspectiva (Riggio, Tucker y Coffaro, 1989). Otros autores han informado que las mujeres tienden a adoptar razonamientos morales orientados al cariño, mientras que los varones tienden a tener una perspectiva moral más orientada a la justicia (Gilligan, 1982; Sochting, Skoe y Marcia, 1994). En un estudio de estudiantes de medicina y enfermería, las diferencias en las consideraciones judiciales y morales sobre el cuidado al paciente parecían ser explicadas más bien por el sexo que por las diferencias en los roles profesionales (Peter y Gallop, 1994). Cuando los estudiantes se encontraron ante un dilema clínico hipotético, las estudiantes mujeres, sin importar la especialidad académica, estuvieron más orientadas hacia el cuidado que sus homólogos masculinos.

Las diferencias de sexo en la empatía se han observado en diversos profesionales. Por ejemplo, en un estudio de enfermeras, trabajadores sociales, y maestros, las mujeres obtuvieron puntuaciones de empatía significativamente más altas que los varones en la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein (Williams, 1989). En otro estudio con estudiantes en el primer y último año de una escuela de medicina en Polonia (Kliszcz, Hebanowski y Rembowski, 1998), las mujeres tuvieron mejores calificaciones que los hombres tanto en la Escala de Empatía Emocional como en el IRI. Una encuesta de médicos mostró que aquellos del sexo femenino se calificaban a sí mismas como más empáticas en comparación a cómo se calificaban sus contrapartes masculinos (Barnsley, Williams, Cockerill, y Tanner, 1999). De forma similar, residentes de sexo femenino en medicina interna (Day, Norcini, Shea y Benson, 1989) y medicina familiar (Abbot, 1983) superaron la calificación de sus homólogos masculinos en una medida de humanismo.

En otros estudios, observamos constantemente que las estudiantes de medicina de sexo femenino obtuvieron calificaciones más altas en la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) que los estudiantes de sexo masculino (Hojat *et al.*, 2001b, 2002a). También observamos que los médicos de sexo femenino no sólo tuvieron calificaciones promedio más altas en la EEMJ que los médicos de sexo masculino, sino que también tuvieron puntuaciones más altas en cada elemento individual de la escala (Hojat *et al.*, 2002b). Las diferencias a favor de los médicos de sexo femenino fueron particularmente pronunciadas en los elementos que medían el factor de **toma de perspectiva**. En oposición a nuestros descubrimientos, sin embargo, Kupfer y colaboradores (1978) no encontraron diferencias por sexo en las calificaciones de estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pittsburg en una versión abreviada de la Escala de Empatía de Hogan. En un estudio sobre los modelos de rol positivos en medicina, no obstante, los médicos mujeres obtuvieron mayor calificación que sus homólogos hombres en medidas de facetas de personalidad que eran conceptualmente relevantes para la empatía, tales como apertura a nuevas experiencias, estética, y sentimientos (Magee y Hojat, 1998).

A pesar de su ventaja en estilo interpersonal y capacidad empática, las mujeres parecen ser más vulnerables que los varones cuando trabajan bajo condiciones estresantes. Esta vulnerabilidad diferencial al estrés provoca que las mujeres consideren los eventos estresantes como más devastadores que los hombres (Barnett, Biener y

Baruch, 1987). En nuestro estudio con estudiantes de medicina, encontramos que las mujeres eran más sensibles que los varones a eventos estresantes de la vida y en consecuencia los consideraban más perturbadores (Hojat, Glaser, Xu, Veloski y Christian, 1999; Hojat, Gonnella, Erdmann y Vogel, 2003). Estos resultados indican que aunque los médicos de sexo femenino tienen una ventaja cuando se trata de establecer compromisos empáticos con sus pacientes, la vulnerabilidad al estrés profesional las pone en desventaja. También debe notarse que aunque la empatía mejora los resultados del paciente (véase capítulo 10) y es valorada tanto por médicos como por pacientes, la investigación muestra que la empatía no está relacionada con el ascenso profesional (Carmel y Glick, 1996), y esto puede afectar más a las mujeres que a los varones. En un estudio a gran escala con 5,314 estudiantes de medicina, encontramos que los estudiantes de sexo femenino al inicio de su educación médica esperaban, en promedio, 23% menos ganancias financieras de la práctica médica sin importar sus planes de especialidad que sus homólogos masculinos (Hojat *et al.*, 2000b). Estos descubrimientos son consistentes con la noción de que las mujeres tienen mayor probabilidad que los varones de elegir la medicina por razones altruistas (Gross, 1992) que por beneficio financiero (Stamps y Boley Cruz, 1994).

## Diferencias de género en la práctica de medicina

Parece razonable especular que las diferencias de sexo con respecto a la empatía podrían influir en el estilo de práctica y la provisión de cuidados al paciente de los médicos masculinos y femeninos, y algunos estudios empíricos han confirmado esta especulación (Bertakis, Helms, Callahan, Azari y Robbins, 1995; Bylund y Makoul, 2002; Fruen, Rothman y Steiner, 1974; Henderson y Weisman, 2001; Maheux, Duford, Beland, Jacques y Levesque, 1990; Weisman y Teitlebaum, 1985).

Los médicos de sexo femenino tuvieron mayor probabilidad que los de sexo masculino de involucrarse en conversaciones positivas con los pacientes, discutir asuntos psicológicos y sociales de la salud y la enfermedad con ellos, utilizar más declaraciones positivas, participar en intercambios verbales con pacientes, y pasar más tiempo con ellos (Cooper-Patrick, Gallo y Gonzales, 1999; Hall, Irish, Roter, Ehrlic, y Miller, 1994; Meeuwesen, Schapp y Van der Staak, 1991; Roter y Hall, 1997; Roter, Hall y Aoki, 2002; Roter, Lipkin y Korsgaard, 1991). En promedio, las mujeres pasaban 3 o 4 minutos más con sus pacientes que sus homólogos masculinos, se involucraban en más conversaciones humorísticas con sus pacientes, y compartían más la responsabilidad de la toma de decisiones con ellos (Charon, Greene y Adelman, 1994). Las mujeres también están más orientadas a la prevención que los varones (Bertakis *et al.*, 1995; Frank y Harvey, 1996; Maheux *et al.*, 1990). Además, ellas proveen más proyección y asesoría preventiva sobre temas sensibles, en particular con pacientes del sexo femenino (Henderson y Weisman, 2001). Estas diferencias por sexo en el estilo de práctica, según Bylund y Makoul (2002), pueden ser el resultado de la tendencia de las doctoras de comunicarse con un mayor grado de empatía con sus pacientes que sus homólogos masculinos.

Charon y colaboradores (1994, p. 216) observaron que las doctoras actuaban como si estuvieran alerta a las preocupaciones emocionales y de la vida diaria de sus pacientes —preocupaciones que de otra manera “tienden a ser silenciadas en las interacciones médicas”. Su observación coincide con la idea propuesta por otros de que las mujeres, más que los hombres, pueden brindar empatía a la relación curativa (Bickel, 1994; Bylund y Makoul, 2002). Charon y otros también encontraron que los pacientes reaccionaban a los doctores de sexo masculino y femenino de manera diferente. Los pacientes de ambos sexos informaron que los médicos de sexo femenino tenían mejor disposición para hablar de temas médicos e inquirir sobre hábitos personales, tales como fumar, alcohol, uso de drogas, sexo y sueño, y asuntos psicológicos, como familia, trabajo, finanzas y problemas emocionales.

En un estudio sobre la satisfacción de los pacientes, tanto los pacientes masculinos como femeninos dieron calificaciones más favorables al cuidado que recibieron de residentes mujeres que de hombres (Linn, Cope y Leake, 1984). Sin embargo, Howell, Gardiner y Concato (2002) encontraron que aunque un número mayor de pacientes preferían obstetras de sexo femenino que de sexo masculino, su satisfacción con el cuidado médico no se relacionaba con el sexo del médico. Respecto a los reclamos por mala práctica médica, el hecho de que los médicos de sexo femenino tengan mejor historial que los de sexo masculino se atribuye más a mejores relaciones médico-paciente que a tomar pacientes de menos riesgo (Sloan, Mergenhagen, Burfield, Bovjerg y Hassan, 1989). En el área de competencia clínica, nuestro estudio mostró que los directores de programas de entrenamiento de residencia calificaban mejor a los residentes de sexo femenino que a los de sexo masculino en el “aspecto socioeconómico del cuidado al paciente” al final del primer año de educación médica de posgrado (Hojat *et al.*, 1994). Estos descubrimientos sugieren que los proveedores de cuidados de la salud de sexo femenino y masculino tienen estilos de práctica distintos que resultan de sus diferencias de estilos interpersonales reflejados en su compromiso empático con los pacientes.

## CORRELACIONES PSICOSOCIALES DE LA EMPATÍA

### Comportamientos prosociales versus comportamientos agresivos

El comportamiento prosocial ha sido definido como el acto voluntario de una persona que puede beneficiar a otra (Eisenberg y Miller, 1987). La noción de que la empatía es un factor determinante en el altruismo y el comportamiento prosocial ha sido ampliamente discutida y aceptada (Aronfreed, 1970; Batson y Coke, 1981; Eisenberg y Miller, 1987; Hoffman, 1981; Staub, 1978).

El comportamiento prosocial puede ser iniciado por una motivación egoísta (p. ej. la espera de una recompensa, un intento de evitar estímulos aversivos o castigos, o un intento de reducir la angustia ayudando a otros) o por motivación altruista (p.

ej. el acto de ayudar para reducir la angustia de otras personas, aun cuando el acto sea dañino para uno mismo, sin esperar recompensa alguna). Un estudio encontró que las personas que eran más empáticas se comportaban de modo más altruista: esto es, estaban más dispuestas a ayudar a otros, aun cuando su propio bienestar estuviera en riesgo (Krebs, 1975). En un estudio posterior, las calificaciones de los maestros indicaron que la empatía de los niños estaba relacionada con su comportamiento de ayuda (Litvack-Miller *et al.*, 1997).

Algunos autores han argumentado que el comportamiento de ayuda inducido por la empatía puede ser el resultado de unirse uno mismo con los demás. En algunas instancias, los sentimientos de unidad emergen de forma que los seres humanos experimentan a otros como **nosotros**, en vez de como **ellos** (Hornstein, 1978). En estas circunstancias, podemos ser psicológicamente indistinguibles de los demás y podemos entender mejor sus experiencias. Y cuando este sentimiento de unidad emerge, dos se convierten en uno, y, como lo informan Lerner y Meindl, “si el lazo empático es dominante, sería natural para nosotros el involucrarnos en actos que nosotros o los demás podrían etiquetar como sacrificio personal o martirio” (Lerner y Meindl, 1981, p. 227). Al resumir sus descubrimientos, Batson y colaboradores (1997b, p. 508) informaron que “la empatía evoca preocupación por el otro, distinto de uno mismo, más allá del interés propio”.

El comportamiento prosocial iniciado por el altruismo ha sido estudiado en relación con la empatía (Eisenberg y Miller, 1987). Sin embargo, en un metaanálisis temprano de 11 estudios, la mayoría de los cuales involucró niños, los investigadores no encontraron un enlace consistente entre la empatía y el comportamiento prosocial (Underwood y Moore, 1982). Este resultado inesperado puede ser explicado por el descubrimiento de que la evaluación de la empatía en niños podría ser complicada por factores tales como los asuntos de validez en lo referente a las mediciones de la empatía y al sexo del evaluador (capítulo 5). Además, Eisenberg y Miller (1987) propusieron que la relación entre la empatía y el comportamiento prosocial es más débil entre los niños que en los adultos porque las respuestas emocionales o cognitivas y el comportamiento prosocial se vuelven más integrados con la edad. En un estudio metaanalítico posterior con un mayor número de artículos de investigación con adultos en donde se analizaron estudios empíricos y disertaciones doctorales más recientes, Eisenberg (1983) informó un vínculo significativo entre la empatía y el comportamiento prosocial.

Los individuos con calificaciones más altas en la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein tenían mayor probabilidad de mostrar comportamientos de ayuda que aquellos con calificaciones bajas (Barett *et al.*, 1980; Rushton, Chrisjohn y Fekker, 1981). En una revisión de estudios sobre empatía y diferencias individuales, las calificaciones en la Escala de Empatía Emocional no sólo estuvieron significativamente correlacionadas con el comportamiento altruista sino también con una mayor capacidad de excitación psicológica (mayor sensibilidad de la piel y mayor frecuencia cardíaca), más emocionalidad (mayor tendencia a llorar), pasar más tiempo y demostrar mayor afecto a los niños, mayor juicio moral, más voluntad, y menos comportamiento agresivo (Mehrabian *et al.*, 1988).

Los estudiantes de universidad que tuvieron mejores calificaciones de empatía estaban más dispuestos que los de bajas calificaciones a ayudar a niños con discapacidad neurológica que podían beneficiarse de los esfuerzos de voluntarios (Barnett, Feighney y Esper, 1983). Los estudiantes universitarios que eran miembros de grupos orientados a ayudar, tales como aquellos que ayudan a los menos privilegiados, tuvieron mejor calificación en la Escala de Empatía Emocional que los estudiantes que eran miembros de organizaciones de interés personal, tales como la fraternidad de honores en biología (Van Orum, Foley, Burns, DeWolfe y Kennedy, 1981). En un estudio con internos de una prisión, los investigadores observaron que aquellos que eran voluntarios para ayudar a individuos con desventajas en la prisión tenían calificaciones más altas en la Escala de Empatía de Hogan que los no voluntarios (Gendreau, Burke y Grant, 1980).

## Cualidades personales

Varios estudios empíricos han abordado las relaciones entre la empatía, la personalidad y las medidas psicosociales. En un estudio empírico temprano (Kerr y Speroff, 1954), se informaron correlaciones significativas entre las calificaciones de estudiantes en una medida de empatía (desarrollada por los autores del estudio) y las calificaciones de popularidad y simpatía medidas por un método sociométrico desarrollado por Moreno (1934). Además, las calificaciones de empatía en ese estudio fueron correlacionadas con las sonrisas observadas en un ejercicio inicial y con los sentimientos por los demás. Kerr y Speroff (1954) descubrieron un vínculo positivo entre las calificaciones de empatía y los historiales de venta y categorías de mérito de vendedores de automóviles. Sin embargo, un estudio posterior por Lamont y Lundstrom (1977) encontró que el desempeño de los vendedores industriales exitosos estaba correlacionado negativamente con las calificaciones en la Escala de Empatía de Hogan pero positivamente con una medida de perseverancia.

Al inicio de la década de 1970, Hogan y colaboradores condujeron varios estudios en que comparaban las calificaciones en la Escala de Empatía de Hogan con calificaciones obtenidas en otras medidas de cualidades personales. Hogan y Mankin (1970) informaron una correlación significativa entre las calificaciones en la Escala de Empatía y las de una medida de simpatía. Dos años después, Hogan y Dickstein (1972) encontraron una correlación significativa entre la empatía y el juicio moral maduro. Un año después, Greif y Hogan (1973) informaron un vínculo significativo entre las calificaciones de estudiantes universitarios en la Escala de Empatía y un factor de la personalidad llamado **orientación a la persona** que dedujeron del Inventario de Personalidad de California.

Las calificaciones de los estudiantes de medicina en la Escala de Empatía de Hogan estaban positiva y significativamente correlacionados con medidas de eficiencia intelectual, flexibilidad, tolerancia, buena impresión y extraversión y estaban significativa pero negativamente correlacionados con depresión, ansiedad e introversión (Hogan, 1969). Los siguientes adjetivos tuvieron las correlaciones positivas más al-

tas con las calificaciones en la Escala de Empatía de Hogan: agradable, encantador, amigable, soñador; alegre, sociable, sentimental, imaginativo, discreto y cauteloso. En contraste, los siguientes adjetivos se correlacionan más alto pero negativamente en la Escala de Empatía de Hogan: cruel, frío, problemático, hostil, amargado, poco emotivo, poco amable, severo, argumentativo, y testarudo (Hogan, 1969). Los descubrimientos de Hogan pintan una imagen de una persona empática como alguien que es emocionalmente estable y socialmente maduro —esto es, una persona que posee los importantes atributos descritos más de dos décadas después como inteligencia emocional (Goleman, 1995; Salovey y Mayer, 1990). Investigadores posteriores informaron que las calificaciones en una medida de inteligencia emocional se correlacionaron positivamente con la toma de perspectiva empática (Schutte *et al.*, 2001).

El juicio moral y el comportamiento de ayuda estuvieron significativamente correlacionados con las calificaciones en la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein (Eisenberg, Berg y Mussen, 1978). Los estudiantes que obtuvieron mayor calificación en una versión modificada de la Escala de Empatía Emocional eran más asertivos, menos narcisistas, más sensibles, menos enfocados a sí mismos, y más interesados en un modo de vida saludable (Kalliopuska, 1992a). También se informó que las personas que vivían en el campo obtuvieron un calificación promedio mayor en la Escala de Empatía Emocional que aquellas que vivían en ciudades (Kalliopuska, 1994). Se han observado correlaciones significativas y positivas entre calificaciones en el IRI y medidas de susceptibilidad hipnótica y ensimismamiento (Wickramasekera y Szyk, 2003). Entre las enfermeras, el liderazgo eficaz se ha vinculado a calificaciones en el IRI (Mansen, 1993).

Un estudio metaanalítico conducido a finales de la década de 1980 encontró que la empatía estaba relacionada negativamente con comportamientos agresivos, antisociales y de externalización, tales como trastornos de conducta, mentir y robar, así como con el abuso físico (Miller y Eisenberg, 1988). Padres física y mentalmente abusivos calificaron significativamente más bajo que un grupo comparativo de padres adoptivos en las subescalas de Toma de Perspectiva, Preocupación Empática y Angustia Personal del IRI de Davis (Wiehe, 2003). Cuando la Escala de Empatía de Hogan fue administrada a personas encarceladas que abusaron sexualmente de niños, sus resultados mostraron déficit en empatía (Marshall y Maric, 1996). Los descubrimientos de estos estudios revelan que los individuos que son deficientes en empatía naturalmente poseen menor capacidad para entender y responder a las necesidades de otros, incluyendo sus propios hijos.

Se informaron relaciones negativas entre calificaciones en la Escala de Empatía de Hogan; medidas de ansiedad, fobia, obsesión, y depresión (Kupfer *et al.*, 1978); e indicadores de trastornos neuróticos y psicóticos (Hekmat, Khajavi y Mehryar, 1974, 1975). Las calificaciones en la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein guardaron relación inversa con una medida de personalidad psicopática (Sandoval, Hancock, Poythress, Edens y Lilienfeld, 2000). Además, se informaron correlaciones negativas entre calificaciones en la Escala de Empatía de Hogan y medidas de ansiedad de estado y rasgo (Deardroff, Kendall, Finch y Sitartz, 1977). Las calificaciones en la Escala de Empatía Emocional tuvieron correlación negativa con

una medida de narcisismo entre estudiantes de pregrado (Watson, Grisham, Trotter, y Biderman, 1984) y entre jugadores jóvenes de béisbol en Finlandia (Kalliopuska, 1992b).

Los síntomas de depresión y dogmatismo entre estudiantes de medicina se correlacionaron negativamente con las calificaciones en la Escala de Empatía de Hogan (Streit-Forest, 1982). En un estudio de estudiantes de medicina del Centro Médico de la Universidad Estatal de Louisiana, las percepciones de cambios en la empatía durante la escuela de medicina (medida por un solo elemento) guardaron fuerte relación con las percepciones de los estudiantes sobre cambios en su sensibilidad, espíritu de ayuda, y preocupación por los pacientes (Wolf, Balson, Faucett y Randall, 1989).

En un intento de validar la Escala de Empatía de Hogan para estudiantes de medicina en la Universidad Monash de Australia, los investigadores encontraron una correlación significativa entre las calificaciones de los estudiantes en la escala de Hogan y las valoraciones de sus compañeros sobre sus habilidades sociales, sentido del humor, y consciencia de la impresión que tenían en los demás (Hornblow *et al.*, 1977). Además, los estudiantes de medicina en ese estudio obtuvieron en promedio calificaciones de empatía más altas que pacientes psiquiátricos diagnosticados con un trastorno de personalidad.

Streit-Forest (1982) estudió a alumnos de primer año de medicina en la Universidad de Montreal y encontró que los estudiantes con una actitud más positiva hacia la relación médico-paciente y los estudiantes que eligieron la medicina por razones humanísticas obtuvieron mayor puntuación en la Escala de Empatía de Hogan. El autor también notó que los estudiantes que tenían mayor tendencia a ver televisión en su tiempo libre obtuvieron una puntuación más baja en empatía que sus compañeros de clase que ocupaban su tiempo libre con un pasatiempo.

En un estudio con estudiantes de medicina en Canadá (Streit, 1980), se observaron correlaciones significativas y positivas entre las calificaciones en la Escala de Empatía de Hogan y las calificaciones en las siguientes subpruebas de las actitudes hacia asuntos psicosociales en medicina (Parlow y Rothman, 1974): Relaciones médico-paciente (reconocimiento de la importancia de las relaciones interpersonales médico-paciente en el cuidado efectivo al paciente), Factores sociales (reconocimiento de la importancia de los factores sociales como determinantes de la salud y la enfermedad), Liberalismo general (apertura mental sobre asuntos sociales fuera de la medicina), Medicina preventiva (reconocimiento del rol de la medicina en el mantenimiento de la salud), y Rol del gobierno (aprobación de involucramiento del gobierno en la regulación de los costos del cuidado a la salud).

En un estudio con estudiantes de medicina, las calificaciones en las subescalas de Preocupación Empática y Toma de Perspectiva del IRI fueron correlacionadas con una medida de feminidad que incluía características como gentileza, calidez, espíritu de ayuda, amabilidad, entendimiento de emociones, devoción hacia los demás, y consciencia de los sentimientos de otros (Zeldow y Daugherty, 1987). En otro estudio con estudiantes de medicina, la empatía se correlacionó con una medida de androginia (Yarnold, Martin y Soltysik, 1993).

La edad y las experiencias profesionales también han sido correlacionadas con la empatía en algunos estudios. Por ejemplo, enfermeras jóvenes con una cantidad moderada de experiencias profesionales expresaron mayor empatía hacia pacientes ancianos que las enfermeras de mayor edad (Pennington y Pierce, 1985). De forma similar, los médicos más jóvenes y menos experimentados mostraron mayor preocupación empática por sus pacientes que los médicos mayores con más experiencia (Hall y Dornan, 1988). Estos descubrimientos muestran las preocupaciones sobre un posible descenso en la empatía como resultado de la mayor edad o experiencia profesional que necesita ser estudiado en el futuro.

En un estudio con enfermeras, trabajadores sociales y maestros (Williams, 1989), las respuestas de los encuestados en la Escala de Empatía Emocional tuvieron correlación significativa y positiva con el agotamiento emocional y el logro personal. El investigador sugirió que la alta empatía emocional —al contrario de la empatía cognitiva (capítulo 1)— puede predisponer a los profesionales de ayuda a agotamiento emocional que debe ser mediado por el logro personal para evitar la despersonalización y el desgaste (Williams, 1989).

Al imaginarse cómo se sienten otras personas cuando ven a alguien cuya mano ha sido atada a una maquina, Stotland (1969) demostró que la toma de perspectiva era un importante mecanismo que generaba la empatía. En un estudio posterior, Stotland (1978) informó que las calificaciones en la Escala de Fantasía-Empatía (capítulo 5) estaban correlacionadas con el altruismo, más sudor en las palmas, y mayor vasoconstricción mientras los participantes en el estudio observaban a otros que sufrían dolor. Stotland atribuyó este descubrimiento a la tendencia de los individuos más empáticos de entender y sentir las experiencias de otra persona.

Hogan (1969) informó que jóvenes delincuentes y presos calificaron con aproximadamente una desviación estándar menor en la Escala de Empatía que los estudiantes de universidad. Hogan (1976) también descubrió que los presos calificaron más bajo en la escala de empatía que los oficiales de la Fuerza Aérea. Además, los delincuentes encarcelados tenían menor puntuación en la Escala de Empatía que los estudiantes de universidad no delincuentes (Kurtines y Hogan, 1972). Los individuos con bajas calificaciones en la escala tenían mayor probabilidad de ser deficientes en moralidad. Un grupo de criminales recurrentes calificaron más bajo en la Escala de Empatía de Hogan que aquellos criminales primerizos y participantes en la investigación del público en general (Deardroff, Finch, Kendall, Liran y Indrisano, 1975). También, los varones con altas puntuaciones en la Escala de Empatía Emocional fueron influidos en un grado significativamente menor por la atracción física de una mujer que los hombres con calificaciones bajas (Crouse y Mehrabian, 1977).

Mehrabian y colaboradores (1988) encontraron que la empatía medida con la Escala de Empatía Emocional se relacionaba con la excitación emocional. Los investigadores explicaron sus descubrimientos sugiriendo que la excitación indica el grado al que las emociones de una persona están influidas por eventos. De forma similar, la empatía emocional indicaba la tendencia de un individuo a ser afectado por las experiencias emocionales de otras personas. Por lo tanto, resultó que las

calificaciones en empatía emocional (que fue vista como análoga a la simpatía en el capítulo 1) serían positivamente vinculadas a la excitación.

En nuestro estudio de 422 estudiantes de primer año de medicina (Hojat *et al.*, 2005b), encontramos que las puntuaciones más altas en la EEMJ estaban relacionadas con mayores calificaciones de sociabilidad y menores calificaciones de agresión-hostilidad en la versión corta del Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman (CPZK) (Zuckerman, 2002). Descubrimientos similares fueron informados por Beven, O'Brien-Malone y Hall (2004), quienes encontraron una correlación positiva entre la empatía medida por la subescala de Toma de Perspectiva del IRI y una medida de socialización, pero encontraron correlación negativa con una medida de impulsividad en una muestra de delinquentes violentos.

Además, nuestro estudio de estudiantes de medicina (Hojat *et al.*, 2005b) mostró que las puntuaciones altas en la EEMJ estaban relacionadas con mayores niveles de satisfacción autoinformada en la relación temprana con la madre, pero no con el padre. Estos resultados fueron consistentes con nuestros descubrimientos anteriores (Hojat, 1998) de que las percepciones de satisfacción en la relación temprana con la madre de los estudiantes de medicina eran predictores de una autoestima más alta; mejores relaciones con compañeros; menos soledad, depresión, y ansiedad; y más resiliencia ante eventos estresantes de la vida. No encontramos tales relaciones respecto a las percepciones de los estudiantes sobre su relación temprana con su padre.

En un estudio de médicos en entrenamiento de posgrado, encontramos un enlace significativo entre las percepciones de los médicos de su relación temprana con su madre y su competencia clínica en relación con sus habilidades interpersonales y actitudes, valoradas por los directores de los programas de entrenamiento (Hojat, Glaser y Veloski, 1996). De nuevo, esta vinculación no se observó respecto a las percepciones de los doctores de su relación temprana con sus padres. Estos descubrimientos sustentan el aspecto del desarrollo de la empatía discutido en el capítulo 4: que la calidad de la relación con un cuidador primario (usualmente la madre) en la vida temprana puede ser un precursor de la empatía en la edad adulta.

## Logros académicos y competencia clínica

Se han hecho algunos intentos de examinar las relaciones entre las medidas de empatía y los indicadores de logro académico. En un estudio temprano, las calificaciones en un examen de empatía desarrollado por los investigadores resultaron ser independientes de inteligencia, nivel de lectura, comprensión mecánica, relaciones espaciales, y aptitudes en química y matemáticas (Kerr y Speroff, 1954). Un estudio posterior mostró una falta de correlación entre la empatía y el desempeño académico (Hogan y Weiss, 1974).

A finales de la década de 1970, un estudio de cinco clases de estudiantes de medicina en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pittsburgh encontró que las calificaciones en una versión breve de la Escala de Empatía de Hogan y las calificaciones en el Examen de Admisión para Universidades Médicas (MCAT, del inglés *Medical College Admission Test*) estaban positivamente correlacionadas en una clase, negati-

vamente correlacionadas en otra, y no en absoluto en las tres clases restantes (Kupfer *et al.*, 1978).

En la Escuela de Medicina Bowman Gray de la Universidad de Wake Forest, las calificaciones de los estudiantes de medicina en la Escala de Empatía de Hogan no estaban correlacionadas con ninguna de sus calificaciones en la parte 1 y parte 2 de los exámenes para licencia médica del Consejo Nacional de Examinadores Médicos o con sus calificaciones en exámenes clínicos y preclínicos (Diseker y Michielutte, 1981). Además, todas las correlaciones entre las calificaciones de los estudiantes en la Escala de Empatía de Hogan y las subpruebas Verbal, Cuantitativa, Problemas de Ciencia e Información General del MCAT fueron negativas e insignificantes. Dos estudios posteriores involucraron valoraciones de estudiantes de medicina por pacientes estandarizados. En un estudio, Colliver, Willis, Robbs, Cohen y Swartz (1998) informaron que las valoraciones de los pacientes de la empatía entre los estudiantes de cuarto año de medicina se relacionaron con indicadores de mejor desempeño clínico. En otro estudio, Coutts y Rogers (2000) encontraron pequeñas correlaciones entre las calificaciones de los estudiantes de medicina en una medida de humanismo en medicina y valoraciones de su rendimiento académico en la escuela de medicina. Entre estas pequeñas correlaciones, la más alta ( $r = 0.31$ ) se obtuvo entre la valoración hecha por pacientes estandarizados acerca de las habilidades de los estudiantes para recabar la historia clínica y los puntajes de los estudiantes en **humanismo**.

En nuestro propio estudio de 371 estudiantes de medicina de tercer año (Hojat *et al.*, 2002a), encontramos que las calificaciones de los estudiantes en la EEMJ no estaban significativamente correlacionadas con su desempeño en pruebas objetivas (p. ej. opción múltiple), tales como exámenes de ciencias básicas para la medicina en los primeros dos años de la escuela médica; las subpruebas del MCAT sobre Ciencias Biológicas, Ciencias Físicas, y Razonamiento Verbal; y los pasos 1 y 2 de la Examinación para Licencia Médica de EUA. Sin embargo, observamos un vínculo estadísticamente significativo entre las calificaciones en la EEMJ de los estudiantes y las calificaciones globales del profesorado sobre la competencia clínica de los estudiantes como asistentes de tercer año en medicina familiar, medicina interna, obstetricia y ginecología, pediatría, psiquiatría, y cirugía. Estos resultados coincidieron con los de Colliver y colaboradores (1998). Nuestros descubrimientos eran esperados porque el entendimiento de los estudiantes sobre los sentimientos y experiencias de los pacientes medido por la EEMJ podía ser reflejado en sus comunicaciones interpersonales con sus pacientes, un factor que suele considerarse cuando se valora la competencia clínica de los estudiantes. Sin embargo, debido a que tales cualidades personales no pueden ser medidas con pruebas objetivas de conocimiento médico o clínico, no esperamos encontrar un enlace significativo entre las calificaciones de empatía de los estudiantes y las medidas del conocimiento conseguido.

## Elección de carrera

La elección de carrera de un estudiante y su interés en una especialidad en particular pueden estar influidos por un número de variables, incluyendo factores consti-

tucionales, aptitudes, personalidad, experiencias del desarrollo y educativas, habilidades, tendencias sociales, modelos a seguir, factores culturales y fuerzas de mercado (Bland, Meurer y Maldonado, 1995; Christodoulou, Lykoursas, Mountaokalakis, Voulgari y Stefanis, 1995; Kassebaum y Szenas, 1994; Powell, Boakes y Slater, 1988; Reed, Jernstedt y Reber, 2001; Richard, Nakamoto y Lockwood, 2001; Sierles, Vergare, Hojat y Gonnella, 2004; Weissman, Haynes, Killan y Robinowitz, 1994). Algunos estudios empíricos han informado un vínculo entre la empatía y el interés por alguna carrera. Por ejemplo, Hogan (1969) descubrió que los estudiantes de universidad con especialidad en psicología, educación y medicina obtuvieron las calificaciones más altas en su Escala de Empatía, mientras que los estudiantes de ingeniería y arquitectura, y oficiales militares obtuvieron las calificaciones más bajas. Rovezzi-Carroll y Fitz (1984) encontraron que los estudiantes con especialidad en terapia física obtuvieron calificaciones altas en la Escala de Empatía de Hogan y que estaban más orientados hacia las personas, y aquellos que se especializaban en tecnología médica estaban más orientados a las tareas.

### **Estudios con estudiantes de medicina**

Los estudiantes de medicina en Israel obtuvieron calificaciones más altas en la versión hebrea de la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein que los estudiantes universitarios con especialidad en psicología, trabajo social, economía, física y química (Elizur y Rossenheim, 1982). Sin embargo, los investigadores encontraron que los estudiantes de medicina inesperadamente obtuvieron menor calificación que los otros estudiantes en su atención a las áreas psicosociales relacionadas con la salud y la enfermedad. Interpretaron este resultado inesperado como un indicador de que las escuelas médicas sobreenfatizan el logro en las ciencias y fallan en otorgar atención adecuada al desarrollo de habilidades psicosociales. En un estudio canadiense, los estudiantes de medicina que obtuvieron puntuación alta en la Escala de Empatía de Hogan habían elegido medicina por razones humanistas, mientras que los estudiantes con puntuación baja la habían elegido por razones científicas (Streit-Forest, 1982).

Un estudio en el Colegio de Medicina de Baylor encontró que los estudiantes interesados en medicina familiar, medicina interna general y pediatría obtuvieron las puntuaciones medias más altas en los atributos humanísticos (medidos por puntuaciones dadas por pacientes estandarizados durante los Exámenes Clínicos Objetivamente Estructuradas de su actividad), mientras que los estudiantes interesados en anestesiología, patología, radiología, medicina de urgencias, y medicina física y de rehabilitación obtuvieron las puntuaciones medias más bajas (Coutts-van Dijk, Bray, Moore y Rogers, 1997). Utilizando la Escala de Creencia del Médico (Ashworth *et al.*, 1984), una medida de orientación psicosocial en el cuidado al paciente, los investigadores observaron un patrón similar de resultados. Una investigación con estudiantes de medicina en la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington encontró que la interacción con los pacientes estaba entre los principales factores que llevaba a los estudiantes a elegir el cuidado primario como su especialidad (Burrack, Irby, Carline, Ambruzu, Ellsbury y Stritter, 1997).

Aunque Harsch (1998) no observó relación entre las calificaciones de los estudiantes de medicina en la Escala de Empatía de Hogan y las especialidades que les interesaban, un estudio posterior con estudiantes de medicina contradujo ese informe. Los investigadores que condujeron el último estudio informaron que después de que el sexo fue controlado en los análisis estadísticos, los estudiantes que expresaban interés en ejercer especialidades **básicas**, tales como medicina familiar o pediatría, calificaron significativamente más alto en la Escala de Empatía Emocional que los estudiantes que estaban interesados en especialidades **no básicas**, como radiología o patología (Newson *et al.*, 2002).

En su disertación doctoral, Bailey (2001) informó que los estudiantes de medicina que planeaban cursar una carrera en especialidades que requieren extensivos y prolongados encuentros con pacientes recibieron en promedio calificaciones significativamente más altas en el IRI que quienes planeaban dedicarse a especialidades orientadas a procedimientos.

### **Estudios con médicos**

Truax, Altmann y Millis (1974) compararon las calificaciones de practicantes generales, otros profesionales médicos (p. ej. enfermeras), y profesionales no médicos (p. ej. clérigos, abogados) en la subescala de Empatía Precisa del Cuestionario sobre Relaciones de Truax y Carkhoff (capítulo 5) y en medidas de calidez y autenticidad. Los autores informaron que los practicantes generales recibieron las calificaciones más altas. Estos resultados son consistentes con los descubrimientos de otro estudio de que las continuas relaciones interpersonales con pacientes y sus familias y la colaboración interprofesional con participantes de otras especialidades estaban entre las características adscritas a los médicos de cuidado primario (Hennen, 1975). En un estudio de 1983 en el que se compararon médicos de medicina familiar, medicina interna y cirugía, los médicos familiares obtuvieron la calificación promedio más alta en una escala de humanismo, los cirujanos obtuvieron la calificación promedio más baja, y la calificación promedio de los internistas fue intermedia (Abbott, 1983).

En una encuesta de 327 médicos de cinco clases por graduarse en la Escuela de Medicina de la Universidad de Missouri-Kansas, las observaciones de un grupo de médicos de cuidado primario fueron comparadas con las de un grupo de médicos de cuidado no primario (Arnold, Calkins y Willoughby, 1997). Los resultados mostraron que los médicos de cuidado primario asignaron significativamente una valoración más alta a cualidades profesionales tales como una personalidad placentera, la habilidad de relacionarse con la gente, y la habilidad de empatizar. Entre los valores personales, los médicos de cuidado primario también otorgaron mayor puntuación a la empatía y menor puntuación a la competencia que el otro grupo.

En nuestro estudio con 704 médicos, notamos que los psiquiatras obtuvieron la calificación media más alta en la EEMJ, seguidos por médicos en medicina interna, pediatría, medicina de urgencias, y medicina familiar (Hojat *et al.*, 2002e). Las puntuaciones medias más bajas fueron obtenidas por anesthesiólogos, cirujanos ortopédistas, neurocirujanos y radiólogos. Cuando el sexo fue controlado, las diferencias

en las calificaciones de empatía entre los médicos especializados en psiquiatría, medicina interna, pediatría, medicina de emergencia y medicina familiar no alcanzaron el nivel convencional de significancia estadística ( $p < 0.05$ ). Sin embargo, la calificación media de los psiquiatras difería significativamente de la calificación media de los anestesiólogos, cirujanos ortopedistas, neurocirujanos, radiólogos, cirujanos cardiovasculares y obstetras, y ginecólogos. Una calificación media más alta de los psiquiatras era esperada por su entrenamiento interpersonal específico y por descubrimientos que mostraban calificaciones altas en una medida de tolerancia a la ambigüedad (Geller, Tambor, Chase y Holtzman, 1993), lo cual facilita el compromiso empático con los pacientes.

En otros dos estudios, comparamos dos grupos de médicos (Hojat *et al.*, 2001a, 2002c). El grupo 1 incluía a 462 médicos en especialidades **orientadas a las personas**, tales como medicina familiar, medicina interna general, pediatría, medicina de urgencias, obstetricia y ginecología, y psiquiatría. El grupo 2 incluía a 242 médicos en prácticas **orientadas a la tecnología o a los procedimientos**, tales como anestesiología, radiología, patología, cirugía y subespecialidades quirúrgicas. Los médicos del grupo 1 superaron a sus homólogos del Grupo 2 no sólo en las puntuaciones totales de la EEMJ, sino en todos los 20 elementos de la EEMJ también (Hojat *et al.*, 2002c). Sin embargo, las diferencias fueron estadísticamente significativas sólo para 11 de los 20 elementos. Los resultados de los dos estudios se mantuvieron sin cambio cuando el efecto del sexo fue controlado.

Resulta interesante que el patrón de reclamos por negligencia contra médicos de diferentes especialidades sea consistente con descubrimientos de investigaciones sobre la empatía entre médicos de diferentes especialidades. Por ejemplo, en un estudio a gran escala con 12,829 médicos, las siguientes especialidades experimentaron las tasas más altas de reclamos por negligencia: neurocirujanos, cirujanos ortopedistas, obstetras y ginecólogos, cirujanos generales y anestesiólogos. Las tasas más bajas ocurrieron entre especialistas en psiquiatría, pediatría y medicina interna (Taragin *et al.*, 1994). Los especialistas que experimentaron menores tasas de reclamos por negligencia en ese estudio tuvieron mayor calificación en empatía en nuestro estudio (Hojat *et al.*, 2002d).

## Importancia clínica de las diferencias

Las diferencias en la empatía entre médicos de diferentes especialidades o entre médicos de sexo femenino y masculino no indican necesariamente una deficiencia en empatía en los grupos de calificación baja. Es importante enfatizar este punto por dos razones.

Primero, según con la información disponible hasta ahora, casi todas las diferencias estadísticamente significativas en la empatía entre estudiantes de medicina y médicos de cada sexo y en diferentes especialidades parecen ser clínicamente irrelevantes. Con la excepción de nuestros propios estudios, ninguno de los trabajos discutidos hasta ahora en este capítulo ha informado el estimado tamaño-efecto, un índice estadístico importante que revela si las relaciones o diferencias obtenidas

son de importancia práctica y clínica (Cohen, 1987; Hojat y Xu, 2004). En nuestros estudios, la mayoría de los estimados del tamaño del efecto fueron pequeños, y sólo unos pocos cayeron en el rango moderado, indicando que las diferencias no eran lo suficientemente grandes para ocasionar preocupaciones serias por las calificaciones de empatía que caen fuera del rango normal (Hojat *et al.*, 2002c, 2002e).

En segundo lugar, las obligaciones involucradas en las especialidades orientadas a los procedimientos y a la tecnología son obviamente cuestiones de procedimientos, y por lo tanto pueden no demandar el grado de entendimiento empático necesario en las especialidades orientadas a las personas. Por ejemplo, entender las experiencias y emociones de los pacientes es más crucial en contextos de cuidado primario que en los departamentos de radiología o patología.

Una pregunta importante es si las diferencias en las calificaciones de empatía entre médicos de diferentes especialidades son resultado de un énfasis diferente en el entrenamiento de habilidades interpersonales de los residentes en psiquiatría, medicina familiar y medicina interna contra las especialidades orientadas a los procedimientos, o si son un función de cualidades personales formadas antes de que los estudiantes ingresen a la escuela de medicina. Por ejemplo, en algunas actividades de asistencia y programas de residencia de algunas escuelas de medicina, tales como medicina familiar, medicina interna, pediatría y psiquiatría, se pone más énfasis en el entrenamiento de habilidades interpersonales y relaciones médico-paciente. De esta manera, podría esperarse que se desarrollara una orientación empática más fuerte entre individuos sujetos a tal entrenamiento.

Para abordar el asunto de si las diferencias en empatía entre estudiantes interesados en diferentes especialidades pueden detectarse cuando ingresan a la escuela de medicina (empatía atribuida a cualidades personales) o después de que han pasado por un entrenamiento médico (empatía atribuida a la educación médica), administramos la EEMJ a 422 estudiantes en el día de orientación, antes de que estuvieran expuestos al currículo de la escuela de medicina (Hojat *et al.*, 2005b). También preguntamos a los nuevos estudiantes sobre la especialidad médica que planeaban perseguir después de graduarse de la escuela médica. Debido a que algunos estudiantes quizá no contaban con un plan claro sobre las opciones de especialidad, les presentamos los siguientes cuatro escenarios y les pedimos que escogieran el que más les interesaba en ese momento.

- 1. Especialidades orientadas a los procedimientos:** Realizar procedimientos de diagnóstico especializados o investigación de laboratorio básica aplicada con mayor contacto con colaboradores, no pacientes. Primariamente basada en el hospital (p. ej. radiología, patología).
- 2. Especialidades orientadas a la tecnología:** Realizar técnicas terapéuticas o procedimientos especializados y de gran habilidad, sirviendo como consultor experto. Primariamente basado en el hospital, con algunas actividades de oficina (p. ej. cirujano ortopédico, neurocirugía, oftalmología). Los pacientes suelen ser referidos por un médico de cuidado primario.

- 3. Especialidades de cuidado no-primario:** Proveer cuidado episódico o de largo plazo para un número específico y limitado de problemas médicos y una mezcla de práctica ambulatoria y hospitalaria (p. ej. cardiología, gastroenterología, dermatología, medicina de urgencias, psiquiatría, obstetricia y ginecología).
- 4. Especialidades de cuidado primario:** Proveer evaluaciones de primer encuentro de la salud o enfermedad, educación e intervención preventiva y cuidado exhaustivo a largo plazo de una amplia variedad de condiciones médicas, principalmente basado en oficina (p. ej. medicina familiar, medicina interna general, pediatría general).

Nuestros resultados indicaron que los estudiantes que estuvieron interesados en el cuidado primario (escenario 4) como carrera obtuvieron la calificación promedio más alta en la EEMJ, seguidos por los estudiantes interesados en el cuidado no-primario (escenario 3), las especialidades orientadas a la tecnología (escenario 2), y finalmente las especialidades orientadas a los procedimientos (escenario 1) (Hojat *et al.*, 2005b). El análisis estadístico deductivo indicó que las puntuaciones promedio de los estudiantes que estuvieron interesados en las especialidades de cuidado primario eran significativamente más altas que las puntuaciones promedio de los estudiantes que estaban interesados en especialidades orientadas a la tecnología o a los procedimientos.

Estos resultados sugieren que los estudiantes de medicina comúnmente llegan a la escuela de medicina con una idea preconcebida sobre una especialidad de carrera que es consistente con sus atributos personales ya desarrollados. Sin embargo, los descubrimientos no pueden eliminar la posibilidad de que las experiencias educativas o la interacción de cualidades personales y experiencias educativas también puedan influir en la elección de especialidad médica. Estamos conduciendo actualmente un estudio prospectivo longitudinal de cinco años para examinar los cambios en la empatía y en el interés en especialidades particulares desde el inicio de la escuela de medicina hasta completar el primer año de residencia y para examinar si el cambio de interés sobre la especialidad en la escuela de medicina está relacionado con cambios en las calificaciones de empatía.

## RESUMEN

La empatía, como muchos otros atributos personales, está relacionada con el sexo de la persona y con diversas variables psicosociales. Un gran número de cualidades personales deseables se relacionan positivamente con medidas de empatía. Por el contrario, un número de cualidades personales indeseables están negativamente ligadas a medidas de empatía. Debido a su capacidad de comprometerse de forma empática con los pacientes, los individuos con altas calificaciones de empatía demuestran mejor competencia clínica y están más interesados en las especialidades orientadas a las personas que en las orientadas a la tecnología o a los procedimientos.

## 10 | Resultados de los pacientes

*El secreto de la atención al paciente está en cuidar al paciente.*

–(Francis W. Peabody, 1927/1984, p. 818)

*La falla al empatizar es la base de la mayoría de las malas relaciones médico-paciente.*

–(Harry A. Wilmer, 1968, p. 248)

### PREÁMBULO

El enlace teórico entre la empatía y los resultados positivos de los pacientes está basado en tres supuestos: cuando se forma el compromiso empático, a) las limitaciones de la relación desaparecerán, llevando a un diagnóstico más preciso, b) el médico se convierte en una figura de apego de confianza y sirve como una base segura desde la cual se explora lo desconocido de la enfermedad y la incertidumbre del futuro, y c) el paciente percibe al médico como un proveedor de ayuda, miembro de un sistema de soporte social con todos los efectos benéficos para la salud de la conexión humana. Este capítulo presenta descubrimientos de investigaciones sobre las relaciones médico-paciente en general y sobre el compromiso empático en la atención al paciente en particular, en respaldo de los siguientes resultados clínicos positivos: a mayor satisfacción de los pacientes con sus proveedores de cuidados a la salud, mejor cumplimiento del consejo médico y un compromiso más firme con el plan de tratamiento, y una probabilidad reducida de litigios por negligencia médica. La confirmación empírica adicional es necesaria para apoyar un vínculo directo entre las medidas de empatía y algunos indicadores objetivos de resultados en pacientes.

### INTRODUCCIÓN

En este capítulo, discuto brevemente el vínculo entre la empatía y los resultados de los pacientes y presento cierto marco teórico y evidencia empírica en respaldo a ese vínculo. Se supondría que cualquier factor que contribuya a mejorar la relación médico-paciente, incluyendo la empatía, debería en teoría tener un efecto benéfico en los resultados de los pacientes (Mercer y Reynolds, 2002). La expectativa de que una relación empática médico-paciente produzca resultados positivos en el paciente es teóricamente sólida. En términos prácticos, sin embargo, es necesaria más información empírica para apoyar esta expectativa.

## MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

El vínculo teórico entre el compromiso empático médico-paciente y los resultados positivos en el paciente está basado en tres supuestos. Primero, desde una **perspectiva médica**, se supone que cuando una relación empática se forma entre un médico y un paciente, las restricciones en contra de la revelación serán disipadas, la verdad emergerá, y el resultado será reflejado en un historial médico más preciso y así en información de diagnóstico más acertada. Abundante evidencia está disponible en respaldo a esta proposición, alguna de la cual fue informada en el capítulo 8.

Segundo, desde una **perspectiva psicológica**, en una relación empática, el paciente percibe a un médico como una figura de apego merecedora de confianza, una autoridad omnipotente similar a un padre sabio y protector. De esta manera, el médico se convierte en una base segura desde la cual el paciente puede explorar lo desconocido de la enfermedad, revelar preocupaciones reales sin miedo, y así experimentar una conexión humana genuina libre de ansiedades y preocupaciones. La evidencia que respalda este supuesto también es vasta, y parte de ella fue presentada en el capítulo 4.

Tercero, desde una **perspectiva sociológica**, el paciente ve a un médico empático como un miembro proveedor de ayuda de un sistema de apoyo social y por consiguiente puede beneficiarse de todos los efectos positivos de ese sistema para su propio bienestar físico, mental y social. Amplia evidencia está disponible en respaldo de esta afirmación, alguna de la cual fue reportada en el capítulo 2.

Con base en los tres supuestos recién descritos, una relación empática médico-paciente debe llevar a resultados positivos en el paciente. Sin embargo, a pesar de los abundantes informes en la literatura médica, psicológica, y sociológica sobre estos tres supuestos, la evidencia empírica en soporte del enlace directo entre la empatía y los resultados medibles en los pacientes en la atención médica y quirúrgica es difícil de encontrar. Como indiqué en los capítulos 1 y 6, la escasez de evidencia empírica en apoyo de un vínculo directo entre la empatía y los resultados de los pacientes es el resultado de dos factores. Primero, la ambigüedad conceptual sobre la empatía en las relaciones médico-paciente ha sido un obstáculo para el desarrollo de una definición operacional de empatía en la atención al paciente. Segundo, hasta ahora, la falta de una medida de empatía psicométricamente sólida diseñada de manera específica para su uso en el contexto de la atención al paciente ha sido un impedimento para la investigación empírica de la empatía y sus resultados en el contexto de la atención médica y quirúrgica. Sin embargo, debido a que la empatía es la columna vertebral de las relaciones médico-paciente, podemos asegurar con certeza que la mayoría de los descubrimientos en investigaciones acerca de los efectos de las relaciones médico-paciente en los resultados del cliente podrían ser aplicables también al compromiso empático en la atención.

## RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y RESULTADOS DE LOS PACIENTES

Un gran volumen de investigación se ha acumulado en apoyo a la noción de que la calidad de la relación médico-paciente puede facilitar el proceso de atención y así tener una influencia positiva en los resultados del paciente (Butow, Maclean, Dunn, Tattersall y Boyer, 1997; Neuwirth, 1997; Roter *et al.*, 1998; Sanson-Fisher y Maguire, 1980; Staudenmayer y Lefkowitz, 1981; Stewart, 1996). La relevancia de tales descubrimientos de investigación para el tema de la empatía en la atención al paciente es evidente si se supone que el compromiso empático es un ingrediente esencial en la relación médico-paciente exitosa.

La bibliografía médica contiene abundante evidencia que sustenta la noción de que la calidad de las relaciones médico-paciente tiene un efecto tangible en los resultados clínicos. Por ejemplo, un análisis de 21 estudios publicados reveló que 16 (76%) de los artículos informaron una relación positiva y estadísticamente significativa entre la comunicación eficaz médico-paciente y los resultados en la salud (Stewart, 1996). Entre los elementos de la comunicación eficaz estaban los compromisos empáticos de los médicos, el papel de apoyo, y la inquietud sobre los sentimientos y las experiencias de los pacientes (Stewart, 1996).

Las siguientes secciones presentan cierta evidencia empírica de la bibliografía médica en apoyo de la noción de que las relaciones médico-paciente de alta calidad influyen positivamente en la satisfacción y cumplimiento del paciente y reducen la probabilidad de litigios por negligencia.

### Satisfacción del paciente

La satisfacción del paciente es una medida del resultado ampliamente reconocida en la investigación sobre el cuidado de la salud (Hall *et al.*, 1988). La relación entre la satisfacción de los pacientes con sus proveedores de cuidados a la salud y su recuerdo y cumplimiento de la recomendación médica del proveedor sugiere que la satisfacción es una determinante fundamental del resultado del cuidado de la salud (Hall y Dornan, 1988).

La satisfacción general de los pacientes con sus proveedores de cuidados de la salud suele ser moderadamente alta (en los 70 u 80 de una escala de 100 puntos) (Hall y Dornan, 1988). Se ha comprobado que los intercambios interpersonales entre el médico y el paciente a menudo son predictores significativos de la satisfacción de los pacientes (Butow *et al.*, 1997). Por ejemplo, un estudio metaanalítico encontró que factores tales como pistas no verbales (p. ej. tacto, inclinarse hacia adelante, menor distancia, contacto visual, asentimientos, gestos), conversación emocional-social (sobre temas no médicos), pláticas positivas, y la duración del encuentro contribuían a la satisfacción del paciente con los proveedores de cuidado a la salud (Hall *et al.*, 1988). Otros determinantes de la satisfacción de los pacientes fueron su participación en los procesos terapéuticos (Speedling y Rose, 1985), su compromiso con la relación terapéutica (es decir, su disposición para regresar con el médico

por cuidado posterior), la duración del tiempo que los médicos pasaban con sus pacientes, y la voluntad de los médicos para escuchar y ser accesibles cuando era necesario (DiMatteo, Prince y Taranta, 1979).

Además, la capacidad de los médicos de comunicar su preocupación, calidez e interés hacia sus pacientes también conduce a la satisfacción de éstos (Speedling y Rose, 1985). La sensibilidad general de los médicos a las emociones de los pacientes y su habilidad para expresar sentimientos se asociaron con la satisfacción de los clientes (DiMatteo *et al.*, 1980). Todas las cualidades de los médicos que han sido descritas están entre los ingredientes del compromiso empático entre médico y paciente.

Una explicación para el vínculo positivo entre la empatía de los médicos y los resultados de los pacientes es que el compromiso empático puede ayudar a los pacientes a formular sus problemas de salud más claramente, llevando así a diagnósticos más acertados, soluciones más aceptables a sus problemas de salud, y por lo tanto un mejor cumplimiento del régimen de tratamiento (Stiles, Putman, Wolfe y James, 1979). Por ejemplo, pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) indicaron que la calidad de las relaciones interpersonales con el personal médico fue un factor importante en su satisfacción con los resultados clínicos (Stein, Fleisman, Mor y Dresser, 1993). En otro estudio, las percepciones de los pacientes sobre las habilidades interpersonales y comunicativas de sus médicos contribuyeron más a su satisfacción con los resultados clínicos que el conocimiento de los médicos (Clearly y McNeil, 1988).

Investigadores que realizaron un estudio con residentes de medicina interna y sus pacientes notaron que la satisfacción de los pacientes se relacionaba más con las relaciones interpersonales reflejadas en la cortesía y el suministro de información de los médicos que con el comportamiento no verbal de los médicos, como contacto visual y postura corporal (Comstock, Hooper, Goodwin y Goodwin, 1982).

Los informes de que los pacientes están generalmente más satisfechos con un proveedor de cuidados de la salud más empático (Beckman y Frankel, 1984; Bertakis, Roter y Putman, 1991; Francis y Morris, 1969; Korsch, Gozzi y Francis, 1968b; Zachariae *et al.*, 2003) y cumplen más con los médicos que los entienden mejor (Blackwell, 1973; Davis, 1968; Hall *et al.*, 1988; Squier, 1990; Stewart, 1996), proveen una explicación para los resultados clínicos positivos de la empatía en la atención al paciente. Los pacientes suelen ver la conducta de los médicos como una clave determinante de su satisfacción con el cuidado médico (Moss, 1967). El descubrimiento de que el entendimiento de los médicos de la perspectiva de sus pacientes está relacionado con las percepciones de los pacientes de ser ayudados (Eisenthal, Emery, Lazare y Udin, 1979) provee apoyo adicional para el vínculo entre el entendimiento empático y los resultados del paciente. En un estudio analítico de factores, 52% de la varianza en las calificaciones de los pacientes sobre su satisfacción con el cuidado médico fue explicado por el nivel de calidez y respeto interpersonal del médico (Kenny, 1995). En un estudio con pacientes diabéticos, el entendimiento empático de los dietistas fue predictor de la satisfacción de los pacientes y el éxito de las consultas (Goodchild, Skinner y Parkin, 2005). Para resumir, el estilo de práctica

reflejado en la preocupación empática del médico por los pacientes puede llevar a una mayor satisfacción del paciente.

## Adhesión y cumplimiento

La adhesión y el cumplimiento con los regímenes de tratamiento son indicadores adicionales de los resultados clínicos usados ampliamente (Hall *et al.*, 1988; Kim, Kaplowitz y Johnston, 2004; Ong, DeHaes, Hoos y Lammies, 1995; Roter *et al.*, 1998; Sackett y Haynes, 1976; Stewart, 1996). Aunque los términos adhesión y cumplimiento se intercambian con frecuencia en la bibliografía, su significado no es idéntico. Por ejemplo, el cumplimiento refleja un paradigma biomédico de la enfermedad que refuerza la pasividad en los pacientes (Roter *et al.*, 1998) y se refiere a la aceptación del paciente de las órdenes o consejo del médico sin participar en el proceso de toma de decisiones (Kelman, 1958). Cuando el paciente sigue las instrucciones del médico como participante en el proceso, sin embargo, adhesión (también llamada adherencia o apego) es el término más apropiado. La adhesión implica una colaboración paciente-médico más activa, involucrando la elección del paciente al planear el tratamiento (Eisenthal *et al.*, 1979; Roter *et al.*, 1998; Squier, 1990).

Abundante evidencia sugiere que la empatía en las relaciones médico-paciente no sólo contribuye a la satisfacción del paciente con sus proveedores de atención de la salud y a su adherencia a sus consejos, sino que también lleva a la discusión adecuada de los problemas, los cuales pueden tener un impacto significativo en los resultados del paciente (Beckman y Frankel, 1984; Butow *et al.*, 1997; Falvo y Tippy, 1988; Sanson-Fisher y Maguire, 1980). Se encontró que el entendimiento de los médicos sobre sus pacientes guarda correlación significativa con la adherencia al tratamiento y el sentirse mejor por parte de los pacientes (Eisenthal *et al.*, 1979). En un contexto de cuidado pediátrico, los investigadores informaron que las madres de niños enfermos se unieron mejor al consejo del proveedor de cuidado cuando percibían que dicho proveedor trataba de entender sus preocupaciones (Francis y Morris, 1969; Korsch, Gozzi y Francis, 1968a). En un estudio similar, el entendimiento empático de los médicos, reflejado en sus expresiones de afecto positivo, incrementó la adherencia al consejo de los médicos entre las madres después de visitas de urgencia a un hospital infantil (Freemon, Negrete, David y Korsch, 1971).

La adherencia de los pacientes al tratamiento tuvo una variación de 25 a 94%, dependiendo de varios factores, incluyendo las interacciones entre el médico y el paciente (Eisenthal *et al.*, 1979). A pesar de los importantes beneficios que los pacientes recibían al seguir el consejo de su médico, dos estudios informaron que un número significativo de pacientes (30 a 60%) falló al seguir dicho consejo (Kaplan y Simon, 1990; Luscher y Vetter, 1990). Esto se puede atribuir a una falta de compromiso empático. Las habilidades empáticas de los médicos y su estilo interpersonal han sido citados como factores cruciales que determinan si los pacientes se adhieren a los regímenes de tratamiento (DiMatteo *et al.*, 1993). Indicadores de la empatía del médico, tales como sensibilidad, habilidad de descodificación, tono de voz y comunicación no verbal, fueron relacionados con el cumplimiento de los pa-

cientes con las citas programadas (DiMatteo, Hays y Prince, 1986). Además, en situaciones en que el médico falló al demostrar compromiso empático, el paciente fácilmente olvidó sus indicaciones y era probable que faltara a citas de seguimiento (Falvo y Tippy, 1988). Asimismo, los médicos que expresaron disposición para contestar las preguntas de los pacientes sin preocuparse por el tiempo tuvieron una influencia positiva en la adherencia de los pacientes al tratamiento (DiMatteo *et al.*, 1993). Estos estudios sugieren que un estilo interpersonal que refleje el entendimiento empático de un médico sobre los pacientes puede mejorar la adherencia de éstos al tratamiento.

## Demandas por negligencia médica

La investigación indica que una relación médico-paciente problemática puede aumentar la probabilidad de que un paciente inicie una acción legal contra el médico. El estilo de comunicación de un médico, en particular, es un factor importante en la decisión de un demandante de tomar tal acción (Beckman, Markakis, Suchman y Frankel, 1994; Hickson, Clayton, Githens y Sloan, 1992; Levinson, Roter, Mullooly, Dull y Frankel, 1997; Meyers, 1987; Shapiro, Simpson y Lawrence, 1989). La evidencia empírica sugiere que una relación médico-paciente positiva reduce no sólo los reclamos por negligencia médica sino también la intención de los pacientes de tomar tal acción, sin importar la gravedad de los resultados médicos adversos (Moore, Adler y Robertson, 2000). En una encuesta conducida a mitad de la década de 1980, abogados en negligencia médica indicaron que más de 80% de las demandas por negligencia estaban basadas en relaciones médico-paciente poco satisfactorias (Avery, 1985).

Un estudio encontró que los médicos que exhibían preocupación empática por sus pacientes eran mejores diagnosticando y proveían mejores tratamientos (Barsky, 1981), y otro estudio informó que los mejores diagnósticos y tratamientos reducían el riesgo de litigios por negligencia médica (Levinson *et al.*, 1997). Por el contrario, habilidades comunicativas pobres del médico, las cuales llevaban a un compromiso empático inadecuado con los pacientes, probaron ser el factor más importante que llevaba a los pacientes a gestionar una demanda contra un médico (Beckman *et al.*, 1994).

En un estudio que examinó las tasas de reclamos por negligencia en diferentes especialidades médicas, Taragin y colaboradores (1994) controlaron los factores de confusión (p. ej. edad de los médicos, entrenamiento, estatus de certificación y gravedad de las enfermedades que trataban) y concluyeron que la variación en las tasas de reclamos no podía ser explicada por las diferencias en los logros académicos de los médicos. En consistencia con estos descubrimientos, los investigadores en otro estudio no encontraron relación entre los reclamos por negligencia médica en contra de obstetras y la calidad técnica de la atención del médico (Entman *et al.*, 1994).

Entre las madres de lactantes que habían sufrido lesión permanente o la muerte, la insatisfacción con el estilo interpersonal del obstetra (p. ej. no escuchar, no

hablar abiertamente y no discutir resultados a largo plazo) fue un factor primordial al determinar si el obstetra era demandado (Hickson *et al.*, 1992). En comparación con obstetras que habían sido demandados, aquellos que nunca habían sido demandados eran vistos como interesados, accesibles y dispuestos a conversar (Hickson *et al.*, 1994). Otros estudios han mostrado que las habilidades de comunicación de los médicos y su preocupación empática son factores que reducen el riesgo de litigios por negligencia (Beckman *et al.*, 1994; Levinson *et al.*, 1997).

Un análisis de las transcripciones de acusaciones revelaron que no entender las perspectivas de sus pacientes o de las familias de éstos, una clara indicación de falta de compromiso empático, estaba entre los factores importantes que contribuyeron a la decisión de los pacientes de demandar (Beckman *et al.*, 1997; Levinson *et al.*, 1997).

## EMPATÍA DE LOS MÉDICOS Y RESULTADOS DE LOS PACIENTES

Aunque algunos estudios muestran un vínculo entre el compromiso empático y los resultados de los pacientes en el contexto de tratamientos médicos y quirúrgicos (Luborsky, Chandler, Auerbach, Cohen y Bacharach, 1971; Nightingale *et al.*, 1991), la evidencia empírica en apoyo al compromiso empático y los resultados de los pacientes ha sido informada con mayor frecuencia en el contexto de la psicoterapia (Free *et al.*, 1985; Gladstein, 1977; Kurtz y Grummon, 1972). Por ejemplo, se ha informado terminación prematura de la terapia entre clientes que dieron a sus terapeutas bajas calificaciones en una medida de empatía (Burns y Nolen-Hoeksema, 1992). Algunas revisiones de la bibliografía han vinculado empatía, calidez y autenticidad del terapeuta con cambios positivos en los clientes (Patterson, 1984). Otros análisis han informado resultados positivos en pacientes a consecuencia del compromiso empático entre los pacientes y las enfermeras (Bennett, 1995). Sin embargo, menos estudios han mostrado un vínculo empírico directo entre la empatía y los resultados de los tratamientos médicos y quirúrgicos (Stewart, 1996).

La investigación sobre resultados psicoterapéuticos, por ejemplo, ha informado un alto nivel de compromiso empático médico-paciente como el factor más importante en la reducción de los síntomas (Rogers, Gendlin, Kiesler y Truax, 1967). Además, las calificaciones de los terapeutas en la Escala de Empatía Exacta de Truax y en el Cuestionario sobre Relaciones de Carkhuff (véase capítulo 5) fueron significativamente más altas en casos terapéuticos exitosos. Bacharach (1976) informó que la empatía de un terapeuta se correlacionaba de modo consistente con otras cualidades tales como consideración, autenticidad, precisión y revelación personal, que están relacionadas con los resultados de los tratamientos. Algunos estudios han provisto evidencia en respaldo del efecto causal de la empatía en los resultados psicoterapéuticos (Burns y Nolen-Hoeksema, 1992; Greenberg *et al.*, 2001). Sin embargo, existen otros estudios que no han confirmado un vínculo directo entre la empatía de los terapeutas y los resultados positivos en los pacientes (Bohart *et*

*al.*, 2002; Luborsky *et al.*, 1971; Meltzoff y Kornreich, 1970). Las cuestiones de conceptualización y medición descritas en el capítulo 1 podrían ser las razones de la falta de correlaciones informadas entre la empatía y los resultados de los pacientes en estos estudios.

Un análisis metaanalítico encontró que el tamaño típico del efecto en estudios sobre empatía y resultados de los pacientes está en los 0.20s (Bohart *et al.*, 2002). Con base en las definiciones operacionales de tamaño del efecto (Cohen, 1987; Hojat *et al.*, 2004), un tamaño del efecto de esta magnitud es trivial. Sin embargo, la magnitud del efecto para la relación entre empatía y los resultados de los pacientes varía, dependiendo de la conceptualización de empatía (p. ej. empatía cognitiva o emocional) y los instrumentos diseñados para medirla, el formato de la valoración (p. ej. autocalificada, observada, por colaboradores, o por pacientes), el tipo de terapia (p. ej. grupal, cognitiva, psicoanalítica, o conductual), la experiencia del terapeuta, la receptividad del paciente, etcétera (Bohart *et al.*, 2002).

El compromiso empático, determinado por las valoraciones de pacientes estandarizados, tuvo correlación significativa con los niveles de comodidad y sentimientos de ser importantes de los pacientes en un estudio con 1,048 estudiantes de medicina de cuarto año (Colliver *et al.*, 1998). En ese estudio, los estudiantes cuyo compromiso empático se evaluó como insuficiente (fueron considerados empáticos por menos de tres de los siete pacientes estandarizados) también recibieron menores calificaciones respecto a sus habilidades de toma del historial médico y exploración física (Colliver *et al.*, 1998).

Staudenmayer y Lefkowitz (1981) encontraron que la preocupación empática de los médicos (determinada por las calificaciones de colaboradores sobre su sensibilidad) estaba relacionada con duración de la hospitalización y preocupaciones sobre medicamentos: los médicos altamente sensibles estaban más preocupados acerca de los efectos secundarios de los medicamentos y mantenían a sus pacientes (con asma y otros problemas pulmonares) en el hospital por periodos más largos. MacPherson, Mercer, Scullion y Thomas (2003) informaron que las percepciones de los pacientes de acupuntura respecto a la empatía de sus proveedores de cuidado guardaron correlación significativa con la habilitación de los pacientes, lo cual a su vez tuvo alta correlación con los resultados autoinformados de los pacientes.

Levinson (1994) descubrió que la satisfacción y adhesión al tratamiento de los pacientes estaban directamente relacionadas con las habilidades empáticas de sus médicos, mientras que la insatisfacción de los pacientes y los reclamos por negligencia médica estaban vinculados con la falta de dichas habilidades en los médicos. En otro estudio, los médicos consideraban el comportamiento empático la cualidad más importante para ser un **buen doctor** al mejorar los resultados del paciente; sin embargo, los mismos médicos listaron el comportamiento empático como ¡el factor menos importante para ser promovido en el contexto de un hospital! (Carmel y Glick, 1996).

Un experimento conducido en la Clínica de Medicina General del Hospital Cook County en Chicago mostró que las respuestas empáticas de los médicos a los pacientes, en oposición a las respuestas compasivas, pueden llevar a diferentes influencias medibles en su comportamiento de práctica y en los resultados de los pacientes (Nigh-

tingale *et al.*, 1991). La muestra en ese experimento consistió de 96 residentes y colaboradores cuya preferencia para responder empática o compasivamente a los pacientes era determinada por el siguiente escenario:

Su próximo paciente entra a la oficina, toma asiento, y dice: “Doctor, ¡mi esposo(a) falleció y me siento terrible!” El lenguaje le da dos maneras básicas de responder al paciente: A) “Entiendo cómo se siente” o palabras similares, o B) “Lo siento mucho por usted” o palabras parecidas. ¿Cuál usaría?

La opción A fue considerada una respuesta empática, y la opción B fue considerada una respuesta compasiva. Los médicos que escogieron la respuesta empática (60% de la muestra) ordenaron menos pruebas de laboratorio, realizaron resucitación cardiopulmonar por un periodo más corto antes de declarar sus esfuerzos como no exitosos, y mostraron menos preferencia por intubar a un paciente hipotético con enfermedad pulmonar en fase terminal. Los investigadores concluyeron que las respuestas empáticas o compasivas de los médicos podrían conducir a diferencias significativas en su estilo de práctica y en el uso de recursos. En otro estudio se informó que la empatía puede reducir el costo de la atención médica (Yarnold, Greenberg y Nightningale, 1991).

En un estudio reciente sobre el efecto de la empatía de los médicos en la satisfacción y cumplimiento con el tratamiento de los pacientes (Kim *et al.*, 2004), un conjunto de cuestionarios fue administrado a 550 pacientes dados de alta en un hospital universitario en Corea del Sur. Los resultados indicaron que las percepciones de los pacientes sobre la empatía de los médicos, medidas por una versión modificada del Inventario de Relaciones de Barrett-Lennard, podrían tener una influencia significativa en la satisfacción y cumplimiento de los pacientes. Los investigadores concluyeron que la mejora de las habilidades de comunicación empática de los médicos se encuentra entre los mejores planteamientos para mejorar la satisfacción del paciente y su cumplimiento con el tratamiento. En otro estudio, las expresiones de empatía y apoyo contribuyeron a la satisfacción de los pacientes con sus médicos (Thompson, Hearn y Collins, 1992).

Dubnicki (1977) informó que las altas calificaciones de los psicoterapeutas en la Escala de Empatía de Hogan eran predictores de pronósticos más exactos. Kendall y Wilcox (1980) encontraron que cuando los terapeutas formaban una relación empática con niños hiperactivos e incontrolables, el comportamiento de los niños mejoraba. La empatía de los médicos, determinada por las interacciones positivas entre pediatras y madres de niños enfermos, mejoró la satisfacción de las madres con la atención a los niños y redujo su preocupación sobre la enfermedad (Wasserman, Inui, Barriatua, Carter y Lippincott, 1984). Otro estudio encontró que empatía, capacidad de respuesta y confiabilidad de los médicos fueron determinantes significativos en la satisfacción de los pacientes con su atención de la salud (Bowers, Swan y Koehler, 1994).

La mayoría de los estudios sobre el vínculo entre la empatía de los médicos y los resultados de los pacientes se han basado en autoinformes de los médicos. Sin em-

bargo, las percepciones propias de los pacientes sobre la empatía de sus terapeutas, en lugar de los autoinformes de los terapeutas, podrían ser un mejor predictor de los resultados clínicos (Free *et al.*, 1985; Kurtz y Grummon, 1972).

## RESUMEN

Puede especularse que la conducta interpersonal positiva de un médico, como indicador del compromiso empático, está relacionada con los resultados positivos de los pacientes, incluyendo diagnósticos más exactos, mejor adhesión de los pacientes a los regímenes de tratamiento, mayor satisfacción de los pacientes con la atención de sus médicos, y menor probabilidad de litigios por negligencia médica. Abundantes investigaciones apoyan esta especulación. Aunque existen estudios que confirman una correlación entre el compromiso empático médico-paciente y los resultados de los pacientes en la atención médica son convincentes, se necesita más evidencia empírica para verificar un vínculo directo entre las medidas de empatía en el contexto de la atención al paciente e indicadores objetivos de resultados.

# 11 | Mejora de la empatía

*No puedes amar algo que no entiendes.*

–(Forrest Carter, 1976, p. 38)

## PREÁMBULO

Aunque la empatía es vista como un elemento importante del profesionalismo en medicina, existen algunos obstáculos para el desarrollo y ejecución de la empatía en la educación y la práctica médicas. Por ejemplo, los estudiantes tienden a volverse cínicos durante su educación médica, un cambio de paradigma está ocurriendo en el sistema de atención de la salud, y el sistema se ha vuelto demasiado dependiente de la biotecnología. Así, la atención a la mejora de la empatía en la educación médica y en la práctica de la atención de la salud no sólo es necesaria e importante, sino que también es un mandato que debe ser ejecutado por los educadores en las profesiones de la salud. La investigación a menudo muestra que la empatía es un atributo sujeto a cambio como resultado de las experiencias educativas. Algunos enfoques utilizados para mejorar la empatía incluyen el entrenamiento de habilidades interpersonales, ejercicios de toma de perspectiva, juegos de rol, modelos a seguir, imaginar y la exposición a actividades educativas que asemejen las experiencias de los pacientes en sus encuentros con proveedores de atención de la salud y personal de hospital. Además, el método Balint para mejorar las relaciones interpersonales médico-paciente ha sido también utilizado para mejorar la empatía de los médicos. Se recomiendan específicamente el estudio de la bibliografía, las artes y la mejora de las habilidades narrativas como maneras de incrementar la empatía a través de un mejor entendimiento de las emociones humanas, el dolor y el sufrimiento. Se necesita investigación empírica para confirmar la eficacia de programas diseñados para mejorar la empatía y para sustentar sus efectos a largo plazo.

## INTRODUCCIÓN

Este capítulo inicia con una discusión sobre el profesionalismo en la medicina y describe algunos factores que obstaculizan el desarrollo de la empatía entre estudiantes y practicantes en las profesiones de la salud. Después se presentan algunos abordajes que psicólogos e investigadores del campo de la educación de la salud han utilizado para mejorar la empatía.

## PROFESIONALISMO EN LA MEDICINA

El profesionalismo en medicina se define como un conjunto de cualidades personales más allá del conocimiento médico requerido y de las habilidades en procedimientos que los profesionales del cuidado de la salud deben poseer para brindar atención de alta calidad a sus pacientes que conduzca a resultados clínicos positivos (Veloski y Hojat, 2006). En la actualidad se alienta a los educadores médicos a hacer todo esfuerzo necesario para fomentar el profesionalismo en la medicina ofreciendo programas a niveles de pregrado, posgrado y educación continua.

Aunque no existe un consenso sobre el número y naturaleza de las cualidades personales requeridas para el profesionalismo en medicina, la atención compasiva y la empatía han sido mencionadas a menudo como sus componentes clave (Arnold, 2002; Baroness, 2003; Linn *et al.*, 1987). En su libro *El Humanismo y el Médico*, Edmund Pellegrino (1979) describió la manera empática de ayudar a los pacientes como un aspecto importante de los atributos humanísticos del médico. Residentes del último año en las universidades de Laval y Calgary en Canadá listaron la empatía, el respeto y la competencia como los tres elementos más importantes del profesionalismo en medicina (Brownell y Cote, 2001).

Cultivar valores humanísticos, incluyendo la empatía, está entre las importantes metas de la educación en las profesiones de atención a la salud. El Proyecto de Objetivos de Escuelas de Medicina de la Asociación de Colegios Médicos Americanos (2004) incluye el enriquecimiento de la empatía entre los objetivos educativos de las escuelas de medicina, enfatizando que las escuelas deben esforzarse por producir médicos altruistas que provean cuidado compasivo y demuestren empatía al transmitir su entendimiento de la perspectiva de los pacientes. En un documento de posición, el Consejo Americano de Medicina Interna (1983) recomendó que los atributos humanistas, incluyendo la empatía, sean infundidos y valorados entre los residentes como parte esencial de su entrenamiento médico.

A pesar del consenso sobre el potencial curativo de los encuentros empáticos en la atención al paciente, se ha prestado atención insuficiente a la mejora de la capacidad de empatía en el diseño del currículo de educación médica. Como resultado, el concepto de empatía en la atención al paciente, según Novack (1987), parece estar desapareciendo de la educación médica moderna, con la excepción de algunas pocas almas solitarias que intentan tratar a la empatía con respeto, como si se tratase de una especie amenazada al borde de la extinción. El sistema actual de educación médica no parece estar preocupado seriamente por la pérdida del toque curativo de los médicos, tratándolo “como si fuera una reliquia de un pasado no-científico” (Novack, 1987, p. 346).

La falta de atención a la empatía en el cuidado del paciente es en parte resultado del exceso de confianza en el diagnóstico basado en computadoras y la tecnología terapéutica, en parte el resultado de cambios en el sistema de atención de la salud, con su efecto en cadena sobre la educación y la práctica médica. En la atmósfera biotecnológicamente avanzada del cuidado al paciente, lo que arrojan las computadoras parece recibir más atención por parte de algunos practicantes, quienes con-

fían más en las máquinas que en sus habilidades para detectar las señales clínicas de la enfermedad o los recuentos narrativos de sus pacientes sobre la enfermedad.

Aunque la fisiopatología de la enfermedad puede detectarse al examinar los resultados de computadora e imágenes electrónicas, un diagnóstico exacto de la enfermedad sólo es posible al escuchar al paciente y conducir exámenes físicos en encuentros clínicos (Spiro, 1986). En la actualidad, el público pide con desesperación médicos que sean más comunicativos y empáticos en sus encuentros con los pacientes (Fishbein, 1999). A pesar del énfasis actual en el desarrollo del profesionalismo, la mejora de la empatía en la educación de los profesionales del cuidado de la salud no ha recibido aún atención sistemática y suficiente. Según Girgis y Sanson-Fisher (1995), aunque la mayoría de los médicos están bien equipados para brindar servicios técnicos de alta calidad, a menudo no lo están para brindar atención empática.

## OBSTÁCULOS PARA LA EMPATÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

Algunos factores que impiden el desarrollo y la ejecución de la empatía en la educación y la práctica de las profesiones de la salud se describen en las siguientes secciones.

### Cinismo

Los estudiantes de medicina a menudo emprenden el camino para convertirse en médicos con idealismo y entusiasmo por curar la enfermedad y prevenir el padecimiento. A pesar de la intención del profesorado de la escuela médica de fomentar estas cualidades, es irónico que algunos hayan notado un descenso en humanitarismo, entusiasmo e idealismo entre los estudiantes durante el entrenamiento médico (Kay, 1990; Maheux y Beland, 1989; Sheehan, Sheehan, White, Leibowitz y Baldwin, 1990; Silver y Glicker, 1990; Wolf *et al.*, 1989; Zeldow y Daugherty, 1987).

Los efectos de la educación médica sobre las cualidades personales fueron abordados empíricamente hace más de cuatro décadas, con algunos resultados perturbadores (Becker y Geer, 1958; Eron, 1958). Un estudio longitudinal conducido en la década de 1950 (Eron, 1958) encontró que los estudiantes de medicina se volvían más cínicos y menos humanitarios mientras avanzaban a través de la escuela de medicina, ¡mientras que este patrón no fue observado entre estudiantes de derecho! En ese estudio, una cuestión típica utilizada para medir el cinismo era, “Si no te cuidas tú mismo, nadie más lo hará”, y una cuestión típica para medir el humanismo era: “Cuando escucho sobre el sufrimiento de un individuo o grupo en particular, realmente quiero ayudarles”.

Una preocupación similar sobre la progresión de los estudiantes de medicina hacia el cinismo durante la escuela de medicina surgió a principios de la década de

1980 (Silver, 1982). Otro estudio encontró que hasta tres cuartas partes de los estudiantes de medicina se volvieron más cínicos sobre la vida académica y la profesión médica a medida que avanzaban en las escuelas de medicina (Sheehan *et al.*, 1990). Esta metamorfosis en el carácter de los estudiantes de medicina se vinculó al **síndrome de niño maltratado** y fue atribuida al trato inapropiado de los estudiantes por las escuelas de medicina (Rosenberg y Silver, 1984; Silver y Glicken, 1990). Los términos **deshumanización** (Edwards y Zimet, 1976) y **desidealización traumática** (Kay, 1990) también se utilizaron para describir la transformación cínica que ocurre durante la educación médica.

Varios estudios adicionales realizados en la década de 1980 informaron otros resultados preocupantes. Un estudio del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en San Antonio encontró que los estudiantes de medicina pasaron por un significativo cambio hedonista en su personalidad entre el primer y segundo año de la escuela de medicina: se volvieron menos inhibidos y más indulgentes hacia sí mismos (Burnstein *et al.*, 1980). En un estudio longitudinal realizado en el mismo centro médico, una disminución en las calificaciones de los estudiantes en la escala **necesidad de entender** de un inventario de personalidad también suscitó preocupación sobre la influencia negativa de la educación médica en la personalidad de los estudiantes (Whittemore, Burstein, Loucks y Schoenfeld, 1985). Los estudiantes del último año en la Escuela de Medicina de la Universidad Estatal de Luisiana informaron que los dos principales cambios en su actitud durante la escuela de medicina fueron más cinismo (76%) y más preocupación sobre ganar dinero (60%) (Wolf *et al.*, 1989).

Las campanas de alarma se volvieron aún más fuertes en 2002, cuando un estudio a nivel nacional encontró que 61% de los residentes en los programas de entrenamiento de residencia en EUA creían que se habían vuelto más cínicos durante su educación médica (Collier, MacCue, Markus y Smith, 2002). El cinismo es más prominente entre residentes del sexo femenino que entre residentes masculinos (63% contra 56%, respectivamente). Sin embargo, es interesante notar que los residentes con hijos informaron menos cinismo y más sentimientos humanísticos durante su educación médica (Sanson-Fisher y Maguire, 1980).

En una atmósfera de humanismo en decadencia, el énfasis que algunos educadores médicos modernos dan a la preocupación indiferente y a la distancia afectiva con el propósito de incrementar la objetividad en la toma de decisiones clínicas está acelerando la dramática metamorfosis que ocurre en la educación médica y la atención al paciente (Coulehan y Williams, 2001; Evans *et al.*, 1993; Farber *et al.*, 1997). Aunque con buenas intenciones, el consejo de esos educadores puede ser mal interpretado, sumándose así a los factores que contribuyen finalmente a la disminución de la importancia de la empatía en la educación y la práctica médica (Ludmerer, 1999; Starr, 1982). Entre otros factores que alimentan el incremento del cinismo en la educación médica están la falta de modelos a seguir (Diseker y Michielutte, 1981; Kramer, Ber y Moore, 1987) y la falta de programas educativos dedicados a nutrir las cualidades humanísticas en los encuentros con pacientes.

## Cambio paradigmático en el sistema de atención de la salud

Como sugirieron Gonella, Hojat, Erdmann y Veloski (1993a, 1993b), además de los factores relacionados a los médicos y pacientes, el ambiente de suministro de atención de la salud ejerce una influencia significativa en los resultados del paciente. Los avances recientes en organización, financiamiento y práctica del cuidado de la salud, notablemente en la expansión de la atención controlada y la restricción de la autonomía de los médicos, implican retos que contribuyen al descontento de los médicos con la práctica de la medicina y una falta de oportunidad para el compromiso empático en los encuentros clínicos (Burdi y Baker, 1999; Magee y Hojat, 2001).

Informes anecdóticos sugieren que los incentivos financieros y las regulaciones de los seguros en el ambiente de atención a la salud actual han forzado a un número de médicos a pasar por alto el interés de sus pacientes. El principio de oro de que el interés del paciente debe ser la principal consideración de la atención puede perder su prioridad en un ambiente de atención de la salud tan impulsado por el mercado. Según una encuesta entre médicos, la considerable disminución del tiempo que pasan con sus pacientes y su inhabilidad para controlar la duración de la estadía de los pacientes en el hospital y sus propios horarios de trabajo exacerbaron su insatisfacción con la atmósfera actual del ambiente de atención a la salud (Burdi y Baker, 1999). Cuando Burdi y Baker (1999) compararon una muestra de médicos encuestados en 1991 con otra muestra cohorte de médicos encuestados en 1996, encontraron que el número de médicos que dijeron que hubieran escogido medicina si fueran estudiantes universitarios declinó en 10% durante el periodo de cinco años. Esta disminución refleja los cambios evolutivos en el sistema de atención de la salud que conducen a la insatisfacción de los médicos.

En una encuesta de 2,608 médicos realizada en 2004, 58% de ellos dijeron que su entusiasmo por la medicina había disminuido en los años recientes, y 87% manifestaron que su moral había decaído debido a los cambios en el sistema de salud (Zuger, 2004). El descontento de los médicos es un resultado inevitable de las restricciones a su autonomía y al uso de recursos impuestas por el sistema de atención a la salud y la industria de seguros médicos (Hojat *et al.*, 2000c; Kassirer, 1998; Magee y Hojat, 2001). El descontento de los médicos con la práctica de la medicina, en especial entre aquellos que han sido **lastimados** por denuncias por negligencia profesional, importa porque influye sobre la calidad interpersonal de la atención y el compromiso empático en los encuentros clínicos. Un análisis de cómo se representa a los médicos en películas mostró que su caracterización como figuras positivas ha disminuido en los años recientes. En películas actuales, a menudo se les caracteriza como codiciosos, egoístas, poco compasivos y poco éticos (Flores, 2002).

El factor **tiempo** es otro impedimento ocasionado por el creciente énfasis en contener costos que ha contribuido a disminuir el tiempo dedicado a los encuentros clínicos, dificultando así la formación de relaciones empáticas. La profesión médica, alguna vez la más respetada de todas las profesiones (Thomas, 1985), se encuentra ahora bajo un cerco, y los médicos son culpados con frecuencia, muchas erróneamente, por los problemas creados por administradores no-médicos de las organizaciones de

seguros de salud. Estos cambios estructurales y funcionales en el sistema de servicios de atención a de salud pueden obstaculizar los beneficios potenciales de la formación de relaciones empáticas médico-paciente. El efecto en cadena de los cambios en el sistema de atención de la salud de EUA también ha tenido un profundo efecto en estudiantes de medicina (Hojat *et al.*, 1999b) y enfermeras (Steinbrook, 2002).

La investigación muestra que el descontento de los médicos lleva al incumplimiento de los pacientes con el tratamiento (DiMatteo *et al.*, 1993) y a la insatisfacción con sus proveedores de atención a la salud (Hass *et al.*, 2000; Linn, Yager, Cope y Leake, 1985). Dicho descontento entre los médicos puede reflejarse en pesimismo manifiesto en su comunicación con pacientes. Además, la investigación sugiere que el pesimismo se relaciona significativamente con la mortalidad tanto de los médicos como de sus pacientes (Hollowell y De Ville, 2003).

Como resultado del cambio de paradigma ya descrito, el sistema de servicios de atención de la salud se ha transformado en un negocio impulsado por las ganancias, con menos énfasis en las interacciones médico-paciente y más énfasis en la eficiencia financiera (Merlyn, 1998). La disminución del prestigio, la pérdida de autonomía y la profunda insatisfacción personal están entre los resultados de los cambios paradigmáticos en los sistemas de atención de la salud. La investigación muestra un **malestar profesional** entre los médicos, quienes se ven atrapados entre el deseo de brindar atención de alta calidad a sus pacientes por un lado y la necesidad de satisfacer a las aseguradoras y a los reguladores por el otro (Zuger, 2004).

Según teorías psicoanalíticas, este tipo de conflicto psíquico de atracción-evitación (p. ej. un deseo de ayudar a los pacientes y evitar conflictos con las compañías de seguros al mismo tiempo) puede llevar frustración y sufrimiento de tipo neurótico que amenazan el bienestar físico, mental y social de los médicos. La mala administración clínica y la atención de la salud deficiente que resultan de un sistema que restringe la autonomía de los médicos al tratar con pacientes inevitablemente conducen a reacciones hostiles del público, muchas veces dirigidas hacia los médicos, que son víctimas del efecto paralizador del sistema.

El aumento dramático en el número de demandas por negligencia médica se suma a este cambio de paradigma en el sistema de servicios de atención de la salud. El inevitable resultado es el mayor descontento con la medicina entre sus practicantes y una aún mayor insatisfacción con los servicios de atención de la salud entre los pacientes (Mello *et al.*, 2004). En una atmósfera en la que la relación paciente-médico se asemeja a un encuentro entre consumidor y vendedor, es obvio que queda poco espacio para la compasión y la empatía.

La preocupación principal de los poderosos jugadores en el sistema de salud —notablemente, los empleados no médicos de agencias de gobierno y la industria de seguros de salud— es la contención de costos. Los nuevos arreglos creados por este cambio de énfasis han interferido en la autonomía clínica de los médicos, han llevado a la incapacidad de los médicos de preservar su imagen altruista, y erosionado la confianza y apoyo del público (Schlesinger, 2002). En una atmósfera hostil donde los encuentros médico-paciente se basan en el temor a alegatos por negligencia médica, en lugar la de confianza, es probable que la relación médico-paciente se

vea afectada en el mejor de los casos y quebrantada o destruida en el peor (Thom, Hall y Pawlson, 2004). Como resultado de todos los cambios que ocurren en el sistema de atención de la salud, los efectos adversos sobre la relación proveedor de cuidado-paciente son más amenazantes que nunca antes para los resultados de la atención (Simpson *et al.*, 1991). Sobre decir que es muy poco probable que se forme una relación empática en una atmósfera en la cual los médicos ven a cada paciente como un adversario potencial en un litigio por negligencia médica (Mello *et al.*, 2004).

En el año 2002, el Consejo Americano de Medicina Interna, el Colegio Americano de Médicos, la Sociedad Americana de Medicina Interna y la Federación Europea de Medicina Interna publicaron conjuntamente un informe titulado *Profesionalismo Médico en el Nuevo Milenio: Una Carta Médica* (Sox, 2002). El informe no sólo confirmó la existencia de los problemas aquí descritos, sino también subrayó su gravedad al concluir que “los cambios en los sistemas de servicios de atención a la salud en países a lo largo del mundo industrializado amenazan los valores del profesionalismo” (p. 234). Estas tendencias en la medicina, con su efecto en cadena sobre la educación médica, han dado por resultado consultas breves, cuya meta es identificar un problema físico como la **queja primordial** (Shorter, 1986), desviando así la atención del paciente como persona y dirigiéndola hacia la enfermedad como caso. Esperemos que la atención reciente al profesionalismo en la educación y la práctica médicas ubique nuevamente al compromiso empático entre médico y paciente en el primer plano de la atención de la salud.

## Exceso de confianza en la biotecnología

El nuevo milenio puede ofrecer lo mejor y lo peor del cuidado clínico, dependiendo de si se ve el **vaso** medio lleno o medio vacío. El vaso está medio lleno, dado el hecho de que los desarrollos biotecnológicos ciertamente pueden ayudar a prevenir muchas enfermedades a nivel mundial a un ritmo rápido, a realizar diagnósticos más exactos mucho más temprano, y a tratar a los pacientes de manera más enérgica. El vaso está medio vacío, dado el hecho de que la medicina computarizada está reemplazando gradualmente el **uso de las manos**, trivializando la importancia de los encuentros cara-a-cara entre médico y paciente, y reduciendo la oportunidad de formar un compromiso empático como resultado. Incluso las llamadas telefónicas a los médicos familiares (que solían hacer visitas domésticas en tiempos pasados) son contestadas por mensajes automáticos que piden a los pacientes desesperados llamar de nuevo durante horas de oficina o acudir a la sala de urgencias por ayuda. Es claro que estas tendencias no conducen a la empatía en la atención al paciente.

Durante las visitas al consultorio médico, en ocasiones se solicita a los pacientes que pasen por una serie de exámenes de laboratorio, innecesariamente en algunos casos (Divinagarcia, Harkin, Bonk y Schluger, 1998; Sandler, 1980), y que esperen hasta que el médico reciba los resultados y realice un diagnóstico, ignorando los signos y síntomas clínicos que han sido utilizados con éxito por los médicos durante cientos de años. En esta era de biotecnología, muchos médicos tienden a ver los resultados de los

exámenes de laboratorio y de los procedimientos de diagnóstico computarizados como la escritura sagrada —a pesar de los bien conocidos errores asociados con la sensibilidad y especificidad de las pruebas— en lugar de prestar más atención a los signos clínicos y a la narrativa de la enfermedad de los pacientes. De esta manera, los pacientes son tratados como los objetos de servicios técnicos (Coulehan y Williams, 2001), en vez de como los sujetos de servicios humanos. Este estilo de lidiar con los pacientes desafía el propósito de la atención al paciente de Peabody: “El tratamiento de una enfermedad puede ser enteramente impersonal; el cuidado de un paciente debe ser completamente personal” (Peabody, 1984, p. 814). En una encuesta a pacientes que cambiaron de médico o que estaban considerando hacerlo, el siguiente comentario realizado por un paciente merece ser atención en la educación médica: “Se debería enseñar a los estudiantes a usar la tecnología como un respaldo y no como el factor primario en el examen del paciente” (Cousins, 1985, p. 1423).

La tensión en la relación médico-paciente causada por el cambio de la confianza del paciente en el toque curativo del médico a la confianza del médico en los procedimientos de diagnóstico computarizados ha llevado a la percepción pública de que los médicos se han vuelto demasiado **desinteresados** para preocuparse por sus pacientes (Mangione *et al.*, 2002). Como resultado, la profesión médica se enfrenta cada vez más con críticas de que los médicos están perdiendo su toque humano (Johnston, 1992). En efecto, varios estudios han apoyado esta visión al confirmar que estudiantes de medicina, residentes y médicos practicantes se han mostrado más cínicos y menos compasivos durante su entrenamiento y práctica médicos (Feudtner *et al.*, 1994; Kay, 1990; Lu, 1995; Maheux y Beland, 1989; Self, Schrader, Baldwin y Wolinsky, 1993; Sheehan *et al.*, 1990; Silver y Glick, 1990; Wolf *et al.*, 1989; Zeldow y Daugherty, 1987).

Las cuestiones mencionadas son sólo algunos de los retos a los que se enfrenta la educación y la práctica médica actual. Sin embargo, a pesar de las malas noticias, la buena es la posibilidad de mejorar la empatía a través de programas educativos dedicados y demostraciones sobre sus efectos benéficos en los resultados de los pacientes.

## SUSCEPTIBILIDAD DE LA EMPATÍA AL CAMBIO

Algunos estudios han mostrado que durante el curso de la educación médica, la capacidad de una persona para la empatía puede pasar por cambios positivos, negativos, o por ninguno. Aunque los resultados inconsistentes de las investigaciones son problemáticos y pudieran reflejar problemas de conceptualización, medición y metodología, el hecho de que varios estudios han notado un cambio en la empatía, ya sea positivo o negativo, indica que este atributo es susceptible al cambio: buenas noticias para los educadores médicos.

### Debate estado *versus* rasgo

La idea de mejorar la empatía durante la educación para las profesiones de la salud depende en gran medida de la creencia de que la capacidad para la empatía es sus-

ceptible al cambio. Por ello, es importante abordar esta cuestión desde un principio ya que, si se probara que la empatía es un rasgo estable de la personalidad que no puede ser cambiado con facilidad, la discusión sobre programas educativos diseñados para mejorar la empatía no tendría sentido.

Los psicólogos han estado inquietos durante mucho tiempo sobre la posibilidad de cambiar motivaciones, actitudes, valores, personalidad y comportamiento de la gente. Se piensa en general que algunos atributos humanos son más resistentes al cambio que otros. En las ciencias conductuales y sociales, las cualidades personales, tales como la excitabilidad, que son muy estables y difíciles de cambiar, son con frecuencia llamadas **rasgos**, mientras que los atributos de la personalidad relativamente inestables, como el humor, que son fáciles de cambiar son llamados **estados** (Cole, Martin y Steiger, 2005). Los descubrimientos de investigaciones longitudinales sobre la estabilidad de los llamados rasgos son inconsistentes. Por ejemplo, algunos resultados sugieren que los rasgos pueden cambiar con el tiempo (Roberts y DelVecchio, 2000), y otros resultados indican que los rasgos continúan mostrando estabilidad en un periodo de 15 años (Caspi y Silva, 1995).

La noción de que la empatía tiene una raíz evolutiva (capítulo 3) sugiere que en circunstancias normales, los individuos normales están programados naturalmente para demostrar empatía. El incremento o mejora del potencial para la empatía en una persona específica dependerá de la interacción de varios factores propios de la persona, incluyendo estructura constitucional, experiencias tempranas de vida, motivación y un ambiente facilitador, así como la exposición a programas educativos específicos. Por lo tanto, la empatía, desde mi punto de vista, no es ni un rasgo altamente estable de la personalidad ni un estado que pueda ser cambiado sin esfuerzo. En cierto sentido, la empatía se asemeja a la noción de apego que está enraizada en una base evolutiva, genética, de desarrollo, de experiencia, situacional y educativa, y su déficit puede ser mejorado a través de métodos terapéuticos.

## Cambios en la empatía durante la educación profesional

### *Cambio positivo*

Algunos estudios que ofrecían un programa educativo con objetivo específico informaron una mejora en la empatía. Por ejemplo, los residentes que participaron en un curso exhaustivo de entrenamiento en habilidades interpersonales demostraron un mejor uso de la empatía cuando trataban con pacientes (p. ej. hacían más preguntas de respuesta abierta y brindaban respuestas emotivas) (Kause, Robbins, Heidrich, Abrassi y Anderson, 1980).

Una investigación con estudiantes médicos de Israel encontró que un curso de psiquiatría mejoró sus calificaciones en la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein y que los estudiantes mantuvieron el efecto del programa por al menos seis meses (Elizur y Rosenheim, 1982). En otro estudio, los investigadores notaron que los estudiantes de medicina y los médicos que participaron en un taller de habilidades interpersonales demostraron un mejor comportamiento em-

pático, determinado por el incremento del uso de conductas de apoyo, como escuchar, responder empáticamente y tranquilizar a los pacientes (Kramer, Ber y Moores, 1989).

En la Escuela de Medicina de la Universidad de Missouri en la ciudad de Kansas, un entrenamiento empático ofrecido a los estudiantes en los primeros años de la escuela médica dio por resultado puntuaciones mayores en la Escala de Entendimiento Empático en Procesos Interpersonales de Carkhuff (Feighny, Arnold, Monaco, Munro y Earl, 1998). Sin embargo, las calificaciones de los estudiantes en el Índice de Reactividad Interpersonal de Davis (IRI) no mejoraron, debido quizá a su menor sensibilidad en el contexto clínico. Finalmente, a través de los años, el entrenamiento en habilidades comunicativas brindado en varios formatos (conferencias, talleres y cintas de audio o video) ha probado ser útil para mejorar las habilidades relacionadas con la empatía (Evans *et al.*, 1993; Fine y Therrien, 1977; Kramer *et al.*, 1989; Sanson-Fisher y Poole, 1978; Winefield y Chur-Hansen, 2000). Stepien y Baernstein (2006) evaluaron artículos sobre los programas educativos en empatía en escuelas de medicina y encontraron que muchos de los artículos informaron una mejora de este atributo. Sin embargo, estos autores sugieren que la investigación sobre el incremento de la empatía en la educación médica enfrenta retos debido a la falta de consenso sobre la conceptualización y definición de la empatía, la falta de diseños de investigación y grupos de control adecuados, y la variación entre los instrumentos utilizados para medir la empatía.

### **Cambio negativo**

Otro grupo de estudios mostró una disminución en la empatía entre estudiantes de medicina y residentes durante su educación médica en ausencia de un programa educativo con objetivo específico. Por ejemplo, después de un periodo de experiencia clínica, los estudiantes de la Escuela de Medicina Bowman Gray en Carolina del Norte mostraron una ligera disminución en las calificaciones de la Escala de Empatía de Hogan (Diseker y Michielutte, 1981). Otro estudio informó que una muestra de estudiantes de medicina desarrolló un patrón de personalidad hedonista durante la escuela de medicina que contribuyó a la reducción de la empatía (Whittemore *et al.*, 1985).

En un estudio de cambios en la empatía, humanismo y profesionalismo durante la educación médica en un importante centro académico, Marcus (1999) analizó aproximadamente 400 sueños estudiados por alumnos de medicina y residentes saludables y trazó el desarrollo de la empatía y las actitudes humanistas en diferentes años de la educación médica. Marcus informó la identificación con modelos a seguir fríos y desinteresados; la mayor confianza en los aspectos tecnológicos del tratamiento, en lugar del lado humanístico de la atención al paciente; y el desarrollo de un sentido de elitismo o de pertenecer a un grupo privilegiado entre los factores que se hicieron notorios entre los estudiantes en el tercer año de la escuela médica, según se infirió del análisis de los sueños.

En el Hospital de la Universidad de Pensilvania, Bellini, Baime y Shea (2002) administraron el IRI a residentes de primer año de medicina interna e informaron la

disminución de las puntuaciones de los residentes en las subescalas de Toma de Perspectiva y Preocupación Empática del IRI. Por el contrario, las puntuaciones de los residentes se incrementaron en la subescala de Angustia Personal del IRI, un resultado que no es conveniente para la atención empática del paciente. Un estudio de seguimiento realizado tres años después mostró que la disminución de las puntuaciones en la subescala de Preocupación Empática se mantuvo durante los tres años del programa de residencia (Bellini y Shea, 2005).

En un estudio de residentes de medicina interna en tres diferentes años de la residencia en el Hospital de la Universidad Thomas Jefferson, notamos una disminución progresiva en las calificaciones en la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) a medida que los residentes avanzaban de un nivel de entrenamiento al siguiente (Mangione *et al.*, 2002). Aunque sistemática, la disminución observada no alcanzó el nivel convencional de significancia estadística ( $p < .05$ ). En un estudio ulterior, administramos la EEMJ a 125 estudiantes de tercer año de medicina al principio y al final del año académico y observamos una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones promedio de los estudiantes al final del año (Hojat *et al.*, 2004). Sherman y Cramer (2005) también observaron una disminución significativa en las calificaciones de estudiantes de odontología en la EEMJ a medida que avanzaban en la escuela dental.

Los resultados de la investigación que indican decremento de la empatía durante la educación en las profesiones de atención de la salud son muy perturbadores y no deberían ser vistos como un asunto trivial. Para restaurar el respeto a la profesión médica, la profesión más humanística que existe, los factores que contribuyen a la disminución de la empatía y otros valores humanísticos deben ser seriamente investigados. Un sistema de educación médica que produce médicos que no son capaces de aplicar la ciencia de la medicina en conjunto con el arte de curar representa un asunto incompleto. El médico que ha aprendido la ciencia pero no tiene el sentido del arte de curar es, en palabras del poeta persa del siglo XII, Saadi, como “un hombre que ara la tierra, pero no siembra semilla alguna”.

### **Sin cambio**

Existe además un tercer grupo de estudios que no muestra cambios en la empatía durante la educación médica. Por ejemplo, un curso de ciencias del comportamiento ofrecido a estudiantes de medicina no cambió la orientación de los estudiantes de ver a los pacientes como personas (Markham, 1979). En otro estudio con estudiantes de medicina, los investigadores de la Escuela de Medicina Bowman Gray expusieron a los estudiantes a un curso de un semestre sobre comunicación humana y no observaron cambio alguno en las puntuaciones de los estudiantes en la Escala de Empatía de Hogan (Diseker y Michielutte, 1981).

A finales de la década de 1980, no se encontraron cambios significativos en la empatía de estudiantes de medicina ni en otras cualidades personales medidas con las subescalas de Preocupación Empática y Toma de Perspectiva del IRI (Zeldow y Daugherty, 1987). Un estudio, donde el IRI fue administrado a estudiantes de enfermería durante su tercer año de educación, no encontró cambio en la em-

patía de los estudiantes durante el periodo de entrenamiento de nueve meses (Becker y Sands, 1988).

La mayoría de los descubrimientos informados en la sección previa indican que la empatía es susceptible a cambios negativos o positivos durante la educación profesional. Incluso, los cambios negativos pueden ser vistos de forma optimista porque si la empatía puede disminuir en ausencia de programas educativos apropiados, tiene el potencial de incrementarse si se brindan los remedios educativos apropiados. La posibilidad de enseñar la empatía (Spiro, 1992) y otras virtudes humanas (Shelton, 1999) durante el entrenamiento médico ya ha sido discutida. Sin embargo, ¿estamos todos de acuerdo en que los educadores de las profesiones de la salud deben asumir la responsabilidad de mejorar los atributos personales de los estudiantes, tales como la empatía, además de impartirles conocimiento y desarrollar sus habilidades clínicas y de procedimientos? Aunque esta pregunta puede generar algún debate sobre las aplicaciones de la modificación conductual con estudiantes y practicantes en las profesiones de la salud, mi respuesta es afirmativa debido a mi creencia de que la medicina es una profesión de servicio público y por lo tanto debe de producir profesionales que puedan servir mejor al público. En consecuencia, además de las oportunidades de adquirir conocimiento actualizado y desarrollar habilidades clínicas y de procedimientos, su entrenamiento debe brindarles oportunidades de desarrollar cualidades personales que conduzcan a resultados positivos para los pacientes (Knight, 1981; Shelton, 1999).

Como comprueban los resultados de las investigaciones descritas, suponer que los estudiantes de las profesiones de la salud desarrollarán de manera automática el entendimiento empático y otras cualidades humanísticas durante su educación profesional es obviamente poco realista (Hornblow, Kidson y Ironside, 1988). Por lo tanto, debido a que no todos desarrollan la capacidad para la empatía de modo instintivo, la mejora de la empatía entre los profesionales de la atención de la salud requerirá programas educativos con ese objetivo, experiencias apropiadas y exposición a modelos humanísticos a seguir.

## ENFOQUES PARA LA MEJORA DE LA EMPATÍA

Se han utilizado diversos enfoques para mejorar la empatía, la mayoría de ellos por psicólogos sociales y algunos por educadores de medicina y enfermería. Describiré brevemente algunos de ellos, enfocándome primero en los métodos utilizados por educadores médicos. Entre los muchos enfoques para mejorar la empatía se encuentran: el entrenamiento parental (Gladding, 1978; Therrien, 1979), talleres de desarrollo de habilidades (Black y Phillips, 1982; Hatcher *et al.*, 1994; Kremer y Dietzen, 1991; Pecukonis, 1990), ejercicios de toma de perspectiva (Coke *et al.*, 1978), juegos de toma y actuación de roles (Kalish, 1971; Moser, 1984), entrenamiento de habilidades comunicativas o interpersonales (Kause *et al.*, 1980; Yedia *et al.*, 2003), videos y películas (Gladstein y Feldstein, 1983; Simmons, Robie, Kendrick, Schumacher y Roberge, 1992; Werner y Schneider, 1974), modelación de roles (Dalton,

Sunblad y Hylbert, 1976; Gulanick y Schmeck, 1977; Shapiro, 2002) o una combinación de éstos y otros enfoques (Beddoe y Murphy, 2004; Benbassat y Baumal, 2004; Erera, 1997; Kipper y Ben-Ely, 1979).

Aunque los métodos de enseñanza didácticos son eficaces para mejorar las habilidades de comunicación empática de los principiantes (Gladstein *et al.*, 1987), las técnicas más avanzadas, como actuaciones de rol, simulación y métodos audiovisuales, son útiles para la capacitación avanzada de la empatía. En las siguientes secciones describo brevemente algunos de los enfoques utilizados para mejorar la empatía en los campos de la psicología social y de orientación; más adelante discuto algunos de los métodos utilizados entre estudiantes y practicantes de las profesiones de atención a la salud.

## Psicología social y de orientación

En algunos experimentos de laboratorio tempranos, los psicólogos sociales utilizaban el paradigma de condicionamiento clásico para demostrar que las respuestas empáticas podían ser provocadas. Por ejemplo, dos estudios indicaron que observar a otras personas que parecían recibir descargas eléctricas seguidas de una señal de advertencia podría causar que los observadores desarrollaran reacciones empáticas hacia la señal de advertencia (Berger, 1962; DiLollo y Berger, 1965). Los observadores interrumpían las descargas eléctricas más rápido cuando creían que podían ayudar (Weiss, Boyer, Lombardo y Stich, 1973). Estos estudios sugieren que la respuesta empática puede ser provocada por condicionamiento clásico y operante.

Un programa para mejora de la empatía llamado Capacitación de Eficacia Parental, el cual incluía conferencias, grabaciones, juegos de rol y modelación de roles, también fue implementado para padres que deseaban mejorar su comunicación padre-hijo (Therrien, 1979). Los resultados mostraron que los padres que participaron en el programa eran capaces de funcionar a un nivel mayor de empatía, medido por el Cuestionario sobre Relaciones de Carkhuff y la Escala de Empatía Exacta de Truax. La mejora se mantuvo a lo largo de un periodo de cuatro meses.

En una serie de estudios sobre el uso de la imaginación, Stotland y colaboradores demostraron que cuando se instruyó a un observador para que “se pusiera en los zapatos de otra persona” simplemente imaginando el dolor que sentía otro cuya mano era atada a una máquina que genera calor, el observador exhibió una respuesta empática más intensa que otros observadores quienes observaron pasivamente las acciones y el aspecto de la persona en problemas (Stotland, 1969; Stotland *et al.*, 1978). Este resultado sugiere que un proceso cognitivo de tomar el rol de la otra persona o imaginar su experiencia (es decir, ponerse en sus zapatos) puede provocar respuestas empáticas reflejadas en el comportamiento, la frecuencia cardíaca y la conductancia de la piel del observador.

La imaginación también se utiliza como un método para inducir una respuesta empática. Se utilizan dos tipos de imaginación. Uno es imaginar a otra persona en una situación específica (p. ej. una persona cuyos padres han fallecido en un accidente automovilístico). La cuestión es qué sentiría y experimentaría la otra persona.

El otro tipo es imaginarse a sí mismo experimentando las preocupaciones, sentimientos y experiencias de otra persona tan vívidamente como sea posible. El comportamiento empático determinado por respuestas psicológicas o autoinformes puede ser generado por dichas imaginaciones.

Debido a que el prejuicio en contra de grupos específicos conduce a la distancia psicológica, algunos psicólogos han intentado reducir el prejuicio y mejorar el comportamiento prosocial mejorando la empatía. Si un ingrediente importante de la empatía es la capacidad de entender el dolor y sufrimiento de otras personas, dicho entendimiento puede reducir el prejuicio y reducir la brecha entre la gente. Los esfuerzos para entender a los demás disminuirán el odio hacia ellos, y se supone que el comportamiento de ayuda ocurriría cuando se formara un entendimiento empático (Batson, 1991; Batson y Coke, 1981; Davis, 1994).

Un método para entender a los demás es leer sobre ellos: sus valores, cultura, dolor y sufrimiento. La mayoría de los programas diseñados para aumentar la sensibilidad cultural se enfocan en el principio básico de que entender diferentes culturas reduce el prejuicio y aumenta el sentido de identidad común. Cuando se pidió a la gente leer historias sobre un grupo particular de personas que sufren, tales como pacientes con SIDA, gente sin hogar, o prisioneros bajo pena de muerte, desarrollaron actitudes más positivas hacia esos grupos (Batson *et al.*, 1997a).

Personas que leyeron viñetas sobre discriminación racial y a quienes se les pidió que empatizaran con las víctimas (poniéndose en los zapatos de la otra persona) mejoraron sus actitudes hacia las víctimas (Stephan y Finlay, 1999). Cuando estudiantes universitarios participaron en un **grupo de diálogo** para discutir asuntos de diversidad, raza y etnia, los investigadores observaron mejoras tanto a corto como a largo plazo en el entendimiento empático de los estudiantes sobre los grupos minoritarios (Gurin, Peng, Lopez y Nagda, 1999; Lopez, Gurin y Nagda, 1998). Dichos diálogos sobre las similitudes y diferencias de la gente pueden crear un sentido de identidad común que reduce el prejuicio y aumenta el comportamiento de ayuda. La investigación también ha demostrado que los participantes en programas educativos multiculturales que leen materiales relevantes, ven videos y establecen conversaciones con personas de otros grupos raciales, étnicos y culturales, aumentan su agudeza y entendimiento empático de las visiones que tienen esos grupos (Banks, 1997).

Hace más de un cuarto de siglo, Bridgman (1981) sugirió que el comportamiento prosocial puede ser medido por procesos de desarrollo cognitivo a través de la toma de roles. En un estudio basado en esta sugerencia, niños de diferentes grupos quienes tomaron el rol de una persona de otro grupo en programas educativos diseñados especialmente para ese fin, trabajaron juntos de forma cooperativa y mejoraron su entendimiento empático entre sí (Bridgman, 1981). Estos descubrimientos tienen implicaciones para la educación de las profesiones de la salud no sólo en lo que respecta a mejorar el entendimiento de los practicantes sobre los pacientes y otros miembros del personal con antecedentes socioculturales y experiencias diferentes, sino también para promover la colaboración y el trabajo en equipo. Nuestros estudios han mostrado que cuando los estudiantes de medicina y las enfermeras trabajan

juntos, el entendimiento de los estudiantes sobre la importancia de los servicios de enfermería para el cuidado del paciente aumenta y sus actitudes sobre las relaciones colaborativas mejoran significativamente (Hojat *et al.*, 1997; Hojat y Herman, 1985).

Kerbs (1975) y Stotland y colaboradores (Stotland, 1969; Stotland *et al.*, 1978) indicaron que tomar la perspectiva de otra persona puede llevar a incrementar la intensidad de la motivación a ayudar y, en consecuencia, a una respuesta empática. Batson y colaboradores informaron que el comportamiento empático se puede desarrollar en un modelo de capacitación de dos etapas (Batson, Coke y Pych, 1983; Coke *et al.*, 1978). En la etapa 1, adoptar la perspectiva de otra persona, como un paciente, incrementó la preocupación empática. La motivación a ayudar se provoca en la etapa 2 como resultado de adoptar la perspectiva de otra persona.

Crabb, Moracco y Bender (1983) desarrollaron un programa de entrenamiento para ayudantes (voluntarios de la iglesia) basado en la técnica de entrevistas de microasesoría (Ivey, 1971) y el método de entrenamiento de ayudante-experto (Egan, 1975) y ofrecieron el programa a un gran grupo de voluntarios. Después de administrar la Escala de Entendimiento Empático en Procesos Interpersonales de Carkhuff a los participantes, los autores informaron que un formato de grupo grande para enseñar las habilidades de la empatía puede ser eficaz (Crabb *et al.*, 1983).

En otro estudio, se enseñó a estudiantes universitarios habilidades para escuchar activamente (p. ej. identificar las expresiones de emoción y comunicar este entendimiento de manera verbal) a través de cintas de entrenamiento (el método autodirigido) o a través de programas altamente intensivos presentados por maestros (Kremer y Dietzen, 1991). Aunque ambos enfoques mejoraron las habilidades empáticas de los estudiantes, los investigadores concluyeron que las habilidades de la empatía pueden ser enseñadas con eficacia en un formato de grupo grande sin programas intensivos o con contacto directo con un maestro como un componente necesario.

Otro descubrimiento importante fue que las respuestas empáticas de un observador podían ser demostradas mejor cuando la persona observada estaba involucrada en una situación estresante y no placentera (Stotland *et al.*, 1978). En otras palabras, los seres humanos tienden a mostrarse más empáticos con la gente que necesita ayuda para reducir su dolor y sufrimiento, que con las personas que quieren compartir su felicidad y éxtasis. Este descubrimiento es relevante para el encuentro médico-paciente, donde siempre existe un paciente con dolor que necesita ayuda y un proveedor de servicios de salud en posición de ofrecer ayuda. Tal es la condición en la que una relación empática espera para ser formada.

## Profesiones de la salud

Desde la década de 1970, varios investigadores han argumentado que la empatía es demasiado importante para ser enseñada sólo a los profesionales de la salud (Ivey, 1971, 1974). Egan (1975) y Therrien (1979) recomendaron que todos de-

bieran recibir entrenamiento en empatía para mejorar las relaciones humanas en general y para enfrentar las crisis de la vida con más eficacia. Otros han sugerido que la capacidad para la empatía puede servir como una base para construir relaciones interpersonales que tengan un efecto amortiguador contra el estrés y que puede ser un paso esencial en la resolución de conflictos (Kremer y Dietzen, 1991).

Los investigadores en las profesiones de la salud han intentado mejorar la empatía ofreciendo programas educativos. La mayoría de los programas abordan la amplia meta de mejorar las habilidades interpersonales de los estudiantes que implícitamente significa la mejora de la capacidad empática. Se supone que la capacidad para la empatía es un prerequisite esencial para demostrar el comportamiento empático (Book, 1991). Los siguientes estudios son ejemplos de programas de entrenamiento diseñados para mejorar la empatía entre estudiantes y practicantes de las profesiones de la salud.

### **Profesiones que brindan ayuda**

En un estudio en la Universidad de Haifa, estudiantes de trabajo social participaron en un programa de entrenamiento de empatía desarrollado y establecido para ayudar a profesionales (Ereza, 1997). Diseñado para incrementar la sensibilidad cognitiva de los participantes, el programa consistía en cuatro actividades: a) grabar las entrevistas de estudiantes con clientes, b) revisar las entrevistas con el propósito de desarrollar hipótesis o especular sobre las declaraciones de los clientes durante ellas, c) desarrollar hipótesis sobre las declaraciones de los estudiantes, y d) verificar las hipótesis o especulaciones analizando las posibles razones de las declaraciones realizadas por los estudiantes durante los intercambios con pacientes. Por ejemplo, “¿Qué trató de decir el paciente al utilizar una declaración específica?” o “¿Qué infirió el estudiante de la declaración del paciente?” Se observó una mejora estadísticamente significativa en las puntuaciones en la Escala de Empatía Emocional de Mehrabian y Epstein entre los estudiantes que participaron en el programa.

La sensibilidad a los indicios no verbales es una habilidad importante para establecer una relación empática médico-paciente. Cuando un grupo de profesionales de la salud mental fue expuesto a un programa de 90 minutos diseñado para incrementar su capacidad de interpretar señales no verbales, los resultados demostraron que tales habilidades podían ser aprendidas (DiMatteo, 1979; Rosenthal *et al.*, 1979). La breve presentación incluyó información sobre la importancia de la comunicación no verbal en situaciones clínicas, demostraciones sobre cómo pueden entenderse expresiones no verbales al notar cambios en el tono de voz, y práctica en juzgar emociones al observar expresiones faciales, movimientos corporales y posturas. Los participantes no tuvieron dificultades para aprender el significado aparente de ciertas señales no verbales. Por ejemplo, cruzar los brazos quizá indica una actitud defensiva, frialdad, rechazo, o inaccesibilidad, mientras que los brazos moderadamente abiertos tal vez indican aceptación y calidez (DiMatteo, 1979).

## **Enfermería**

En uno de los primeros estudios diseñados para mejorar la empatía entre los estudiantes de enfermería, se les hizo pasar por un entrenamiento didáctico que involucraba juegos de rol y exposición a un modelo a seguir (Kalisch, 1971). Aunque el investigador notó una mejora en la empatía autoinformada por los estudiantes en el Inventario de Relaciones de Barrett-Lennard, no se presentó mejoría en las calificaciones de los pacientes sobre la empatía de los enfermeros.

LaMonica, Carew, Winder, Haase y Blanchard (1976) desarrollaron un programa de entrenamiento de empatía para el personal de enfermería de hospital basado en el modelo de relaciones humanas de Carkhuff (1969). Durante el breve programa, los enfermeros aprendieron a interpretar los comportamientos no verbales y expresiones de enojo de los pacientes, participaron en un juego empático de roles, y practicaron las respuestas empáticas. A pesar del incremento significativo en las calificaciones de empatía de los enfermeros, los autores informaron que la mayoría de los participantes necesitaban más entrenamiento.

Layton (1979) intentó mejorar la empatía de los estudiantes de enfermería al conducir un experimento basado en la teoría de aprendizaje social observacional de Bandura (1977). Los estudiantes observaron entrevistas con pacientes simulados que consistían de tres componentes: a) un componente modelador que demostraba la empatía (modelo positivo) o falta de empatía (modelo negativo) de los entrevistadores, b) un componente etiquetador donde se repetían segmentos del componente modelador, seguido por una narrativa que explicaba la presencia o ausencia de empatía presentada en las grabaciones, y c) un componente de ensayo, durante el cual las grabaciones se pausaban brevemente después de cada expresión verbal y emocional de los pacientes. Durante cada pausa se pedía a los estudiantes construir sus propias respuestas a las expresiones de los pacientes. Cuando terminó el experimento, Layton encontró que las calificaciones de los estudiantes de primer año en la Escala de Entendimiento Empático en Procesos Interpersonales de Carkhuff habían mejorado, mientras que las puntuaciones de los estudiantes de último año no mostraban mejoría. Layton especuló que una explicación para los resultados dispares era que el enfoque de modelación podría ser más efectivo para estudiantes menos avanzados.

Como resultado de un extensivo trabajo de educación e investigación en enfermería en las décadas de 1960 y 1970, Orlando (1961, 1972) desarrolló un modelo de encuentros terapéuticos en el cual propuso que cuando los enfermeros interactúan con los pacientes, deberían validar sus percepciones para asegurarse de que han entendido correctamente las experiencias de los pacientes. Más de dos décadas después, Olson y Hanchett (1997) adoptaron el modelo de Orlando como un método viable para estudiar la empatía y los resultados de los pacientes, y desarrollaron la hipótesis de que si los enfermeros entienden las necesidades de sus pacientes correctamente y comparten ese entendimiento con los mismos pacientes, quienes a su vez confirman su precisión, los resultados de los pacientes mejorarían. De conformidad con lo anterior, Olson y Hanchett iniciaron un estudio con 70 miembros del personal de enfermería y 70 pacientes para probar la hipótesis de que la empatía de

los enfermeros reduciría la angustia de los pacientes y se superpondría con las percepciones de éstos sobre la empatía de los enfermeros, medida por la subescala de Entendimiento Empático del Inventario de Relaciones de Barrett-Lennard. Al final del estudio, los autores informaron una relación moderada pero estadísticamente significativa entre la empatía autoinformada por los enfermeros y las percepciones de los pacientes al respecto: es decir, se confirmó la hipótesis.

En un estudio reciente, Beddoe y Murphy (2004) expusieron a estudiantes de enfermería a un programa de “reducción del estrés basado en la atención” de ocho semanas para explorar los efectos sobre el estrés y la empatía. Al final de las ocho semanas, los autores informaron cambios favorables en las puntuaciones de los estudiantes en las subescalas de Angustia Personal y Fantasía del IRI.

### **Educación y práctica médica**

Werner y Schneider (1974) utilizaron una variación de una técnica llamada Recuerdo de Proceso Interpersonal para mejorar las habilidades de entrevista de los estudiantes de medicina y su conciencia de los mensajes afectivos de los pacientes. Se grabó a los estudiantes mientras interactuaban con pacientes simulados con ciertos problemas de salud; las grabaciones se mostraban después para que los estudiantes pudieran observar sus interacciones con los pacientes y recibir análisis críticos de sus instructores y de otros estudiantes sobre sus interacciones. Se notaron resultados positivos.

Más tarde, Sanson-Fisher y Poole (1978) sometieron a estudiantes de medicina en Australia a ocho sesiones videograbadas de entrenamiento en empatía. Después del entrenamiento, las puntuaciones de los estudiantes en la Escala de Empatía Exacta del Cuestionario sobre Relaciones de Truax y Carkhuff aumentaron significativamente en comparación con las puntuaciones de un grupo control de estudiantes que no participaron en el programa.

En un estudio realizado en la Escuela de Medicina de la Universidad de Missouri-Kansas, estudiantes de medicina participaron en un programa de entrenamiento en empatía multidimensional de tres etapas (Feighny *et al.*, 1998). En la etapa 1, los estudiantes desarrollaron una presentación clínica de una enfermedad, como la diabetes, desde la perspectiva de un paciente (empatía cognitiva). En la etapa 2, los estudiantes intentaron experimentar la situación como si ellos fueran pacientes (empatía emocional). Y en la tercera etapa se les brindó retroalimentación correctiva sobre sus habilidades comunicativas (empatía de comportamiento). Los investigadores notaron que las calificaciones de los estudiantes mejoraron significativamente en la Escala de Entendimiento Empático en Procesos Interpersonales de Carkhuff pero no cambiaron significativamente en el IRI. Los investigadores atribuyeron esta discrepancia a la falta de sensibilidad del IRI en el contexto de atención al paciente. En su disertación doctoral en la Universidad de Iowa, Stebbins (2005) informó que la exposición a comunicación interpersonal interactiva mejoró la empatía (medida por la EEMJ) entre estudiantes de osteopatía de segundo año.

Winefield y Chur-Hansen (2000) informaron que 81% de los estudiantes de medicina que participaron en dos sesiones breves sobre comunicación eficaz con los

pacientes se sintieron mejor preparados para manejar entrevistas empáticas. Sobre el efecto positivo del entrenamiento empático, Anthony y Wain (1971) encontraron que los cuerpos médicos, expuestos a 10 horas de entrenamiento empático, funcionaban a un nivel de empatía significativamente más alto que un grupo de control. Yedidia y colaboradores (2003) informaron que practicar las habilidades comunicativas e involucrar a los estudiantes de medicina en reflexiones personales sobre su desempeño mejoró la competencia comunicativa general de los estudiantes, así como sus habilidades para construir relaciones en la atención del paciente.

Algunos investigadores han sugerido que el profesorado en las universidades y posgrados de medicina puede servir como modelos a seguir o mentores a fin de mejorar la capacidad de los estudiantes para la empatía (Campus-Outcalt, Senf, Watkins y Bastacky, 1995; Ficklin, Browne, Powell y Carter, 1988; Skeff y Mutha, 1998; Wright, 1996). A pesar del hecho de que la exposición a modelos a seguir es un factor importante en la mejora de la empatía, los resultados de una encuesta enviada por correo a estudiantes de medicina de cuatro escuelas diferentes en Canadá (Maheux, Beaudoin, Berkson, DesMarchais y Jean, 2000) planteó una cuestión sobre la exposición de los estudiantes a modelos a seguir apropiados: 25% de los estudiantes de segundo año y 40% de los de último año dijeron que no estaban de acuerdo con que el profesorado de su escuela de medicina se comportara como médicos y maestros humanistas. Un análisis de estudiantes de medicina de Sudáfrica (McClean, 2004) encontró que a medida que los estudiantes avanzaban en la escuela médica, seleccionaban a más miembros del personal como modelos a seguir. Sin embargo, los modelos a seguir elegidos con mayor frecuencia eran sus propios padres, y notablemente sus madres, quienes eran descritas como mentoras afectuosas, compasivas y sacrificadas. Estos descubrimientos son consistentes con la noción que describí en el capítulo 4: que las madres son la figura clave en el desarrollo de la capacidad para la empatía de un niño.

En la Universidad de Arkansas de Ciencias Médicas, los estudiantes de primer año participaron en un Proyecto Navegador de Pacientes, donde cada estudiante actuó como **sombra** de un paciente (con el permiso de éste) durante visitas a un oncólogo quirúrgico y observaron al paciente durante el tratamiento (Henry-Tillman, Deloney, Savidge, Graham y Klimberg, 2002). El 70% de los estudiantes dijeron experimentar empatía mientras participaban en el programa.

En la Escuela de Medicina de la Universidad de California-Los Ángeles, estudiantes de segundo año saludables que habían terminado su entrenamiento en ciencias básicas y que no tenían antecedentes de hospitalización participaron en un programa diseñado para examinar si la experiencia de ser hospitalizado mejoraría su empatía por los pacientes hospitalizados (Wilkes, Milgrom y Hoffman, 2002). Los estudiantes ingresaron al hospital con un seudónimo e informaron que la experiencia fue útil porque mejoró su entendimiento sobre los problemas de los pacientes. Por ello, ¡los estudiantes dieron mejores calificaciones al personal de enfermería respecto a sus encuentros con el personal hospitalario como “nuevos pacientes” que a los médicos! Debido al efecto de la hospitalización sobre el entendimiento de los médicos acerca de los pacientes, Ingelfinger (1980) sugirió que la experiencia de hos-

pitalización durante los años adolescentes o adultos ;debería ser utilizada como criterio de admisión en las escuelas médicas para aumentar el número de médicos empáticos!

En la Escuela de Medicina de la Universidad de Minnesota, Pacala, Boulton, Bland y O'Brien (1995) utilizaron un programa educativo para incrementar la empatía de los estudiantes hacia pacientes de la tercera edad. El programa era una versión modificada del **juego de envejecimiento**, originalmente desarrollado para mejorar la empatía de los estudiantes hacia pacientes geriátricos y estimular su interés en el cuidado de dichos pacientes (McVey, Davis y Cohen, 1989). El programa incluía juegos de rol y ejercicios de simulación, donde los estudiantes asumían los roles e identidades de personas ancianas entre 65 y 85 años. Los estudiantes utilizaban tapones en los oídos para simular la pérdida del sentido auditivo, calcetas pesadas para simular hidropesía en las piernas, y granos de maíz en los zapatos para simular la incomodidad de la artritis. Un facilitador, jugando el rol del proveedor de cuidado, transmitía actitudes cada vez más negativas hacia las personas de la tercera edad en algunas estaciones (sitios de prueba) y respondía empáticamente en otras. Utilizando una medida de empatía que desarrollaron, consistentes en dos declaraciones —“Creo que realmente puedo sentir empatía por pacientes de edad mayor” y “Creo que entiendo lo que se siente tener problemas relacionados con el envejecimiento”—, Pacala y colaboradores observaron una mejora significativa en las puntuaciones de empatía de los estudiantes cuando terminó el programa.

Platt y Keller (1994) desarrollaron un programa para incrementar la comunicación empática entre médicos que se enfrentan a encuentros difíciles con pacientes que expresan fuertes emociones negativas (p. ej. enojo, miedo, tristeza) y estaban indispuestos para asumir responsabilidad por su propia salud. Durante el programa, los participantes intentaron incrementar su consciencia sobre las claves emocionales de los pacientes tratando de entender la emoción y nombrándola ante el paciente para asegurar que habían identificado el sentimiento correctamente, reconociendo y justificando las emociones del paciente, reafirmando su comportamiento y ofreciendo ayuda. Los autores concluyeron que la comunicación empática es una habilidad que se puede enseñar y aprender.

Una manera de enseñar la empatía a profesionales de la salud es recordarles constantemente ver las cosas desde la perspectiva del paciente y preguntarse a sí mismos “¿Cómo sería si yo estuviera en los zapatos del paciente?” (Surrey y Bergman, 1994, p. 129). Otras habilidades que pueden mejorar las relaciones empáticas incluyen provocar y discutir sentimientos y experiencias, parafrasear para transmitir el entendimiento de las preocupaciones del paciente, mostrar que el proveedor de atención de la salud comparte esas preocupaciones, utilizar el silencio apropiadamente durante las conversaciones para permitir pensamientos y opiniones adicionales, escuchar con el **tercer oído** para indicar que uno entiende el significado de las experiencias del paciente más allá de las palabras habladas, ver los eventos con el **ojo de la mente** para entender por completo las experiencias de los pacientes, y prestar atención a las claves no verbales para lograr la comprensión de sensibilidades, sentimientos y reacciones afectivas del paciente.

En una prueba clínica aleatoria conducida en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, 69 médicos fueron asignados a uno de tres grupos: dos experimentales y uno de control (Roter *et al.*, 1995). Los médicos en los grupos experimentales recibieron ocho horas de entrenamiento diseñado para incrementar sus habilidades comunicativas y reducir la angustia emocional de sus pacientes. Sin embargo, los pacientes en un grupo eran pacientes verdaderos y los de otro grupo eran simulados. Durante el entrenamiento, los médicos preguntaban a los pacientes sobre sus preocupaciones y expectativas, los tranquilizaban y reconocían sus problemas psicosociales. Los resultados mostraron que las habilidades empáticas de los médicos que participaron en cualquiera de los cursos de entrenamiento mejoraron en grado significativo sin incrementar el tiempo que se pasaba con cada paciente.

Suchman y colaboradores (1997) examinaron transcripciones y videograbaciones de encuentros médico-paciente y observaron que, en vez de expresar sus emociones, sentimientos y experiencias internas verbalmente, los pacientes daban claves no verbales que los médicos tendían a ignorar. De esta manera, tras pedir a los pacientes que explicaran sus respuestas, los médicos necesitaban responder con reconocimiento acertado y explícito para que los pacientes se dieran cuenta de que habían sido escuchados y entendidos. Como resultado de sus observaciones, Suchman y colaboradores propusieron un modelo exhaustivo para mejorar la comunicación empática en contextos médicos, el cual consiste en tres pasos: a) detectar las claves de los pacientes y reconocer sus emociones, b) sondear y alentar a los pacientes para que expliquen sus emociones, y c) reconocer las preocupaciones de los pacientes para que sientan que han sido escuchados.

En su primer día en el Departamento de Medicina de Urgencias del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Florida, 25 residentes participaron en un estudio en el que se les pedía registrarse como pacientes (las enfermeras no estaban al tanto del experimento) (Seaberg, Godwin y Perry, 1999, 2000). Aunque el estudio fue breve, y terminaba cuando el médico examinador entraba en la habitación, los resultados sugerían que esta breve experiencia mejoró la empatía de los residentes, como se indicaba en sus informes acerca de que el experimento mejoró su actitud hacia los pacientes de la sala de urgencias.

Otro enfoque para mejorar la empatía entre médicos fue introducido originalmente por Michael Balint (1957) del Instituto Tavistock de Londres. Balint diseñó un programa para contraatacar un problema que Houston (1938) había descrito casi dos décadas antes. Debido a que los alumnos médicos pasaban virtualmente todo su entrenamiento en el laboratorio y en el pabellón del hospital, tenían pocas oportunidades de desarrollar habilidades para tratar con los aspectos interpersonales de la atención al paciente. El programa de Balint brindaba a los médicos oportunidades para compensar los déficits en comunicación interpersonal y conciencia de los aspectos psicosociales de la enfermedad al reunirse en grupos pequeños de 10 para discutir casos que sentían eran difíciles, en particular en lo que concernía a la relación médico-paciente. Las juntas de 1 ó 2 horas se llevaban a cabo cada 1 a 3 semanas durante 1 a 3 años. El formato de grupo no tenía estructura, era abierto,

brindaba apoyo y se enfocaba principalmente en los asuntos de comportamiento, cognitivos y emocionales relacionados a la comunicación entre médico y paciente. Las discusiones solían ser coordinadas y dirigidas por un psicólogo o psicoanalista. El doble propósito del programa era impresionar a los miembros del grupo sobre la importancia de las interacciones médico-paciente e ilustrar las diferencias entre el enfoque orientado al paciente *versus* el enfoque orientado a la enfermedad en la comunicación médico-paciente.

En la última década, el programa de Balint ha recibido atención en algunos programas de residencia en EUA, en particular en medicina familiar (Brock y Salinsky, 1993; Cataldo, Peeden, Geesey y Dickerson, 2005) debido a que los programas educativos en esta especialidad ponen énfasis en los aspectos psicosociales de la enfermedad (Gaufberg *et al.*, 2001). Aunque el programa de entrenamiento de Balint parece ser potencialmente útil para mejorar la empatía entre los médicos, no existe evidencia empírica convincente que apoye su eficacia. En un estudio reciente, Cataldo y colaboradores (2005) compararon a los residentes de medicina familiar que participaron en un programa de entrenamiento Balint con contrapartes que no habían sido expuestos a dicho programa. Los residentes que completaron el entrenamiento Balint expresaron más satisfacción con la elección de la medicina familiar como carrera. Sin embargo, sus calificaciones en la EEMJ no fueron tan diferentes a las de los residentes que no participaron en el entrenamiento, quizá por exposición insuficiente al entrenamiento.

## Estudio de la literatura y las artes

En su libro *La Historia de la Medicina*, Castiglioni (1941) cita a Hipócrates: “Donde existe amor por la humanidad, también hay amor por las artes”. Esta declaración indica que hay un puente el cual conecta el corazón humano y las artes.

Numerosos autores han propuesto que además de leer la bibliografía médica, los estudiantes de medicina y médicos deberían leer literatura no relacionada con la medicina porque los expondría a una rica fuente de conocimiento y reflexión sobre las emociones, el dolor y el sufrimiento, así como de perspectiva sobre otros seres humanos, mejorando su capacidad empática (Acuna, 2000; Charon *et al.*, 1995; Herman, 2000; Jones, 1987; McLellan y Hudson Jones, 1996; Montgomery Hunter *et al.*, 1995; Peschel, 1980; Szalita, 1976) (para una bibliografía anotada de trabajos sobre bibliografía médica y no médica, vea Montgomery Hunter *et al.*, 1995). En apoyo al impacto de la familiaridad de los médicos con la literatura y el arte sobre los resultados de los pacientes, Mandell y Spiro (1987, p. 458) sugirieron que “las humanidades no mejorarán la atención técnica de nuestros pacientes, pero podrían ayudar a civilizar esa atención”.

Tomando prestados conceptos de Jung, Knapp (1984) sugirió que al estudiar literatura clásica, el lector puede desarrollar una perspectiva sobre el **inconsciente colectivo** de la mente humana y entender mejor las imágenes arquetípicas en mitos, leyendas, literatura y las artes. Los mundos simulados que se ofrecen en novelas famosas, historias cortas, poemas, obras de teatro, pinturas, esculturas, música

y películas nos permiten aprender cómo se expresan las emociones en las relaciones humanas (Oatley, 2004). De esta manera, el estudio de la literatura y las artes puede brindar a los estudiantes y practicantes de las profesiones de la salud valores y experiencias en áreas de interés para la práctica clínica, como el envejecimiento, la muerte, la discapacidad y la agonía (Montgomery Hunter *et al.*, 1995). El estudio de la literatura y las artes también puede ayudar al desarrollo de otras competencias clínicas difíciles de enseñar de otra manera, como observación aguda, interpretación, imaginación, asuntos éticos y reflexión moral (Montgomery Hunter *et al.*, 1995).

Aunado a esto, estudiar literatura y leer poesía no sólo facilita el entendimiento de los médicos sobre los sentimientos y expresiones de la gente acerca de su mundo interior, sino que también puede utilizarse como una herramienta auxiliar a través de la cual tanto el proveedor de servicios de salud como el paciente pueden encontrar diferentes significados y maneras de expresar emoción, dolor y sufrimiento (Lerner, 1978, 2001). Además, la literatura y las artes brindan a los médicos la capacidad de utilizar metáforas en los encuentros con pacientes que pueden ayudarles a mejorar el entendimiento mutuo médico-paciente.

Charon y colaboradores (1995) indicaron que además de incrementar el entendimiento del sufrimiento humano y la habilidad para usar metáforas, el estudio de la literatura y las artes puede ayudar a los profesionales de la salud a **contextualizar** y **particularizar** los asuntos éticos de la atención al paciente. Otros autores han indicado que los profesionales de la salud pueden ganar nuevas perspectivas sobre temas morales y éticos implicados en su profesión a través del lente de la literatura, la poesía y el arte (Calman, Downie, Duthie y Sweeney, 1988; Charon *et al.*, 1995; Coles, 1989; Flagler, 1997; Marshall y O'Keefe, 1994; Radley, 1992). Los dilemas y los procesos de toma de decisión de los personajes en narrativas literarias son útiles para enseñar guías éticas a los estudiantes y practicantes de las profesiones de la salud (Coles, 1989). Los pensamientos, sentimientos, sensaciones e intuiciones inducidos al adentrarse en la literatura pueden servir como motivaciones poderosas hacia el entendimiento de la mente humana (Schneiderman, 2002).

Leer literatura puede dar por resultado procesos mentales más avanzados que lleven a una mayor imaginación y mejores habilidades interpretativas que refuerzan el entendimiento empático (Calman *et al.*, 1988; Charon *et al.*, 1995; Clouser, 1990; Downie, 1991; Radley, 1992; Starcevic y Piontek, 1997; Younger, 1990). La literatura puede enriquecer la educación moral de los estudiantes, incrementar su tolerancia a la incertidumbre y brindarles una base valiosa para el entendimiento empático de sus pacientes. Lancaster, Hart y Gardner (2002) ofrecieron un curso de un mes en donde los estudiantes de medicina leyeron obras, como *La Muerte de Ivan Ilich* de Tolstoy, que mejoraron sus habilidades narrativas. Cuando terminó el curso, los estudiantes asignaron su mejor calificación al incremento de la empatía como resultado de su participación en el curso. Aunque se supone que involucrarse en la literatura puede profundizar el entendimiento de los estudiantes de medicina sobre las experiencias de enfermedad, aumentar su capacidad de autoreflexión y mejorar su capacidad para la empatía, se ha observado resistencia entre los estu-

diantes de medicina a tomar un curso de conocimiento literario (Wear y Aultman, 2005). Negar la relevancia de estudiar literatura para la medicina, descartando el valor del conocimiento literario en la atención al paciente, y distanciar el arte de la ciencia están entre las razones de la resistencia de los estudiantes de medicina a estudiar literatura y mejorar sus habilidades narrativas (Wear y Aultman, 2005). La motivación de los estudiantes puede ser mejorada al convencerlos de la relación entre la indagación literaria y la medicina.

Además del estudio de la literatura, se han usado las representaciones teatrales (p. ej. pacientes simulados, estandarizados y virtuales) como herramientas educativas en la formación médica. Por ejemplo, mediante la actuación de pacientes reales o actores profesionales como pacientes se ha fomentado la empatía entre estudiantes de medicina y practicantes en las profesiones de la salud. Shapiro y Hunt (2003) realizaron representaciones con dos pacientes ante estudiantes del Colegio de Medicina de la Universidad de California-Irvine. Un paciente narró sus experiencias con el SIDA a través de historias y canciones. El otro paciente, una sobreviviente de cáncer de ovario, describió sus experiencias al recibir el diagnóstico, pasar por el tratamiento y al lidiar con los efectos psicológicos del problema y el viaje espiritual en el que se embarcó mientras sufría la enfermedad. Después de la presentación, los estudiantes informaron que ver las representaciones aumentó su entendimiento empático de los pacientes con SIDA o cáncer de ovario. Las artes escénicas también han sido utilizadas para que los estudiantes de medicina entiendan mejor el sufrimiento de los pacientes (Stokes, 1980) así como la muerte y la agonía (Holleman, 2000).

Además de brindar mensajes educativos, las actuaciones teatrales dramáticas y trágicas pueden generar perspectivas en el observador que se originan de una iluminación intelectual, emocional o espiritual (Golden, 1992). En su teoría de la catarsis, Aristóteles explicó que observar las experiencias trágicas del héroe puede generar un efecto calmante (una catarsis) que sirve para separar al observador del sufrimiento del héroe mientras entiende su dolor. Una sociedad sana necesita de las artes escénicas, y los estudiantes y practicantes de las profesiones de atención de la salud las necesitan por la misma razón, porque aprenden sobre las experiencias de los demás y pueden experimentar catarsis al estar inmersos en las historias trágicas de sus pacientes mientras se mantienen separados de ellos (Trautmann Banks, 2002). En otras palabras, la empatía puede surgir de los efectos catárticos de estas historias.

Otra explicación de los efectos benéficos de las artes escénicas en la empatía es el involucramiento del sistema de neuronas espejo humano. Como lo describí en el capítulo 3, cuando una persona observa a otra realizando algún acto, el sistema de neuronas espejo se activa y contribuye al entendimiento empático. Es también sabido, particularmente en estudios que utilizan hipnosis e imágenes, que la imaginación puede producir efectos fisiológicos reales (Wester y Smith, 1984). Estas actividades neurológicas y fisiológicas pueden explicar como el estudiar literatura, leer poesía y ver obras teatrales o cinematográficas es capaz de inducir efectos neurofisiológicos que lleven a un mejor entendimiento empático. Claro está, la verifica-

ción empírica de esta explicación está en espera de más investigación. A pesar de la importancia de las humanidades para mejorar la empatía, sólo una tercera parte de todas las escuelas de medicina en EUA había incorporado la literatura a su currículum a mediados de la década de 1990 (Charon *et al.*, 1995; Jones, 1997; Montgomery Hunter *et al.*, 1995). Otras escuelas de medicina deberían ser motivadas a seguir el ejemplo.

## Habilidades narrativas

Se dice que los seres humanos son animales que cuentan historias (Hurwitz, 2000), que el universo está hecho de historias (Feldman y Kornfield, 1991), y que los médicos están inmersos en las historias de los pacientes (Steiner, 2005). Los seres humanos son descritos por Dawes (1999, p. 29) como “los primates cuya capacidad cognitiva se apaga en ausencia de una historia”. Se sugiere que el cerebro humano ha evolucionado para procesar historias mejor que cualquier otra forma de información (Newman, 2003). La narrativa, definida por Smith (1981, p. 228) como “alguien contándole a otra persona que algo pasó”, es el camino principal hacia el mundo del paciente. Cuando los médicos escuchan con atención las narrativas de sus pacientes sobre la enfermedad (habilidades narrativas), en vez de realizar un **interrogatorio clínico** (Kleinman, 1995), se abre una ventana de oportunidad para el compromiso empático. En los encuentros médico-paciente, escuchar las historias de los pacientes con el tercer oído mientras se toma el historial de la enfermedad actual del paciente se describe como una **comunicación narrativa** que, cuando se realiza con habilidad, no sólo tiene valor diagnóstico sino que también tiene beneficios terapéuticos (Adler, 1997). La expresión narrativa de la enfermedad de un paciente es el comienzo del proceso de curación así como el camino hacia el diagnóstico correcto (Adler y Mammet, 1973). Con frecuencia los pacientes monitorean cuidadosamente la atención que el médico presta a su narrativa de la enfermedad, detectan las señales de su recepción empática, y se sienten mejor cuando el médico parece estar en sintonía con los temas de la narrativa (Brody, 1997). En su artículo “El Poder de las Historias sobre las Estadísticas”, Newman (2003) sugiere que las habilidades narrativas permiten que los médicos realicen conexiones empáticas con sus pacientes.

Los proveedores de cuidados de la salud son frecuentemente testigos del sufrimiento y dolor de sus pacientes: escuchan las historias de los pacientes y preparan narrativas cortas de sus experiencias después de tomar su historial médico y entrevistarlos. La tarea de los médicos, según Kleinman (1988, p. 50), es “atestiguar una historia de vida, validar su interpretación, y afirmar su valor”. Debido a que los sentimientos y las experiencias de otros son capturados en las narrativas de los pacientes, éstas pueden transmitir la forma en que ven su propia enfermedad (Bruner, 1990). La evidencia sugiere que participar en programas de escritura reflexiva puede mejorar el entendimiento empático de los médicos (DasGupta y Charon, 2004; Lancaster *et al.*, 2002; Shapiro y Hunt, 2003). Según Steiner (2005), las historias clínicas pueden ser utilizadas para informar, compartir, inspirar, educar y persuadir, con implicaciones no sólo en la formación del compromiso empático, sino también

en la investigación de la salud (para encontrar un tema común) y en las políticas de salud (para formular políticas compasivas).

Las habilidades narrativas de los médicos ganadas al involucrarse con historias en la literatura son fundamentales cuando se piensa en las historias de casos en ética (Charon y Montello, 2002). Rita Charon (2001b) ha escrito extensamente sobre la medicina narrativa y la competencia narrativa de los médicos para reconocer e interpretar los predicamentos de sus pacientes. Ella cree que existe un puente entre las habilidades narrativas y la capacidad para la empatía (Charon, 1993) y que la práctica efectiva de la medicina requiere competencia narrativa que incluya la habilidad de entender, absorber, interpretar y actuar basándose en las historias y situaciones difíciles de los pacientes (Charon, 2000, 2001a).

La competencia narrativa en medicina se puede adquirir leyendo, escribiendo, estudiando las artes y reconociendo que todos los seres humanos son vulnerables a la enfermedad y a la muerte (Charon, 1993). Según DasGupta y Charon (2004), la habilidad de provocar, interpretar, y traducir las narrativas de los pacientes sobre su enfermedad es la clave de la comunicación empática. La escritura reflexiva y la competencia narrativa ofrecen oportunidades para la atención médica empática y enriquecedora (Charon, 2001a). En un estudio con 11 estudiantes de medicina de segundo año, nueve informaron que la escritura reflexiva (p. ej. escribir sobre una enfermedad personal o la enfermedad de otra persona) pudo incrementar su entendimiento de los pacientes y mejorar su habilidad para atenderlos (DasGupta y Charon, 2004).

La competencia narrativa es benéfica no sólo para los médicos que escriben las historias de la enfermedad de los pacientes para hacer diagnósticos acertados y seleccionar tratamientos apropiados, sino también para los pacientes. Por ejemplo, pacientes con asma o artritis reumatoide moderada que escribieron sobre sus experiencias estresantes lograron un resultado clínico significativamente mejor (Smyth, Stone, Hurewitz y Kaell, 1999).

Branch, Pels y Hafler (1998) sugirieron que las discusiones en grupos pequeños sobre los informes narrativos de los estudiantes de medicina sobre incidentes críticos durante encuentros con pacientes pueden mejorar el entendimiento de los estudiantes sobre la relación médico-paciente. En resumen, los estudios antes mencionados indican que estudiar la literatura y el arte, las presentaciones escénicas y las habilidades narrativas pueden mejorar el entendimiento empático en los encuentros humanos.

## EFICACIA DE LOS PROGRAMAS

Aunque algunos estudios citados en este capítulo indican que la empatía puede mejorarse, algunos indicios sugieren que esta mejora no puede ser mantenida sin práctica o reforzamiento (Engler, Saltzman, Walker y Wolf, 1981; Kause *et al.*, 1980). De esa manera, el dicho popular “úsalo o piérdelo” puede ser aplicable al aumento de la empatía como resultado de un programa educativo.

Además, también es importante tener presente que cuando se evalúa cualquier programa educativo diseñado para mejorar la empatía, es deseable examinar no sólo los efectos a corto plazo del programa, sino también, y con mayor importancia, aquellos a largo plazo. Aunque algunos estudios han indicado que los programas de entrenamiento educativos diseñados para mejorar la empatía pueden tener un efecto relativamente a largo plazo (Kramer *et al.*, 1989; Poole y Sanson-Fisher, 1980), el efecto duradero de los programas de capacitación en empatía requiere mayor escrutinio empírico.

A nivel conceptual, tiene sentido creer que estudiar la literatura y las artes y desarrollar habilidades narrativas cultiva la empatía. Sin embargo, según Skelton, MacLeod y Thomas (2002), el problema es la falta de evidencia empírica que verifique la veracidad de esa creencia. Con respecto a este reto, McManus (1995) sugirió que los investigadores que intenten conducir evaluaciones empíricas de la contribución de las humanidades a los resultados médicos deben enfrentarse al problema de definición y medición. Con todo, es mi esperanza que la conceptualización y definición de la empatía en el contexto de la atención al paciente (capítulo 6) y el desarrollo de la EEMJ (capítulo 7) pueden aliviarnos la necesidad de enfrentar este problema.

## RESUMEN

Aunque el énfasis actual en el profesionalismo médico otorga un alto valor a la mejora de la empatía en la atención al paciente, la mayoría de los estudiantes en los programas de educación médica existentes no adquieren de manera sistemática las habilidades necesarias para demostrar empatía. Sin embargo, la investigación muestra que la empatía puede incrementarse de manera eficaz mediante programas educativos dedicados. Contrarrestar las tendencias actuales en la educación y la práctica médicas que no conducen al compromiso empático en la atención al paciente requiere un mandato para desarrollar y poner en marcha programas educativos con objetivo específico en todos los niveles de entrenamiento en todos los centros médicos académicos. Sólo entonces se servirá mejor al público y todos los profesionales de la salud volverán a ganar el respeto que bien se merecen.

## 12 Pensamientos finales: un paradigma de empatía y tendencias a futuro

*Todo en el sistema depende del estado previo del sistema.*

–(Robert Lilienfeld, 1978, p. 14)

*Al hacernos más y más conscientes de nuestros roles en la relación paciente-doctor —p. ej. nuestros efectos secundarios como medicina—, nuestra eficiencia terapéutica crecerá aceleradamente.*

–(Michael Balint, 1957, p. 688)

### PREÁMBULO

En este capítulo final, se ve a la empatía desde la perspectiva más completa y amplia de la teoría de sistemas. En un paradigma sistemático de la empatía en la atención del paciente, se discuten las contribuciones de los principales subconjuntos del sistema (p. ej. los relacionados con los clínicos y no clínicos, el aprendizaje social, y la educación) y sus elementos relacionados con los encuentros médicos, que llevan a resultados funcionales o disfuncionales del sistema. Una agenda para la investigación futura incluye las siguientes áreas: 1) la exploración de componentes adicionales de la empatía; 2) la investigación de otras correlaciones de la empatía; 3) la consideración de la empatía como criterio de admisión, selección y empleo; 4) el estudio de la empatía para predecir la elección de carrera y el éxito personal; 5) el desarrollo y evaluación de enfoques para la mejora de la empatía en la educación profesional; 6) la consideración de la perspectiva de pacientes y compañeros en los resultados de la investigación sobre empatía; y 7) el examen de los aspectos neuroanatómicos y los indicadores neurofisiológicos de la empatía. Se recomienda poner en práctica remedios para incrementar la empatía como mandato obligatorio.

### INTRODUCCIÓN

La empatía es un atributo que se distribuye desigualmente en la población. Los seres humanos no son creados iguales en lo que respecta a la capacidad de ser empáticos. Es un regalo brindando en abundancia a algunos y en cantidades escasas a otros. Es un don que puede crecer como un árbol si las condiciones son las correctas. Nos embarcamos en un viaje en este libro para averiguar por qué la gente tiene diferente capacidad de formar conexiones empáticas.

Ahora que hemos llegado tan lejos, acercándonos al destino de nuestro viaje, me gustaría reflexionar sobre lo dicho hasta ahora. Comenzamos este viaje sin una definición del terreno que esperábamos descubrir. Empezando con la confusión reflejada en las investigaciones sobre la conceptualización y medición de la empatía, intentamos lograr una mejor perspectiva al resolver dicha confusión. Visitamos las raíces históricas de la empatía, sus trayectorias de desarrollo, conexiones psicosociales y otros factores relacionados a lo largo del terreno. Al pasar por estos caminos, aprendimos sobre antecedentes, desarrollo, medición y consecuencias del compromiso empático en el contexto de atención al paciente. Sin embargo, aún falta estudiar muchas cuestiones adicionales.

Un concepto indefinido nunca puede medirse, y ¡un concepto bien definido está medido a medias! Con base en la premisa de que los resultados de la investigación son vulnerables a serios retos cuando la definición del fenómeno en estudio es poco clara, ofrecí una definición de la empatía en el contexto de la atención del paciente (capítulo 6) principalmente como un atributo cognitivo, opuesto a uno emocional. Aunque no espero que esta caracterización conceptual se mantenga sin ser cuestionada, esperemos que pueda ayudar, hasta cierto punto, a resolver el largo e inestable debate sobre la conceptualización y definición de la empatía que siempre ha perseguido su investigación.

El concepto de empatía con componentes tanto afectivos como cognitivos, adoptado de manera acrítica de la psicología por educadores de las profesiones de la salud, encaja pobremente con la realidad clínica de los encuentros médico-paciente (Morse *et al.*, 1992). El principio de oro de la atención del paciente, “sobre todo, no hacer daño” (*primum non nocere*), descarta el compromiso emocional intenso entre médico y paciente pues podría poner en riesgo los resultados de la atención al paciente. Al estudiar la empatía en la psicología, en el contexto del comportamiento prosocial, las emociones frecuentemente pueden facilitar, en lugar de amenazar, los resultados positivos. Sin embargo, como describí en los capítulos 1 y 6, en el tratamiento médico y quirúrgico, las emociones deben frenarse para mantener la objetividad. De esta manera, para lograr resultados positivos en los pacientes, la empatía en el contexto del cuidado del paciente debe ser guiada en mayor medida por la cognición, en lugar de la emoción. Sin tal distinción, estaremos luchando siempre con el reto de cómo separar la empatía y la simpatía (capítulo 1). Con esto presente, también necesitamos reconocer que los médicos no pueden permanecer ajenos a toda emoción cuando tratan con sus pacientes. Como parte de la naturaleza humana, las emociones siempre intervienen en cualquier tipo de relación humana. La cuestión desafiante que sigue en debate es el grado en que las emociones pueden ser benéficas y determinar el punto a partir del cual las emociones pueden volverse perjudiciales para los resultados de los pacientes.

Un concepto complejo, tal como lo es la empatía, no puede ser tema de investigación científica en ausencia de un instrumento que produzca resultados cuantificables. Un instrumento diseñado para medir la empatía en la atención al paciente no puede pasar la prueba de fuego de validez de apariencia y contenido a menos que sus elementos sean no sólo consistentes con la definición del tema bajo estudio,

sino también relevantes para el contexto de atención al paciente. Además, la evidencia psicométrica debe brindar apoyo convincente para la validez y fiabilidad del instrumento. Esperemos que la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), el instrumento analizado en el capítulo 7, pueda ayudarnos a resolver las cuestiones sobre medición que han causado la confusión e incertidumbre y que han impedido el escrutinio empírico de la empatía en la educación médica y en la investigación de la atención al paciente.

Los atributos humanos complejos no son entidades aisladas; siempre funcionan en relación con otros factores. Como hemos aprendido en capítulos previos, la empatía es un atributo multifacético que tiene raíces profundas en la evolución humana; tiene rastros genéticos y una larga historia de desarrollo desde la concepción hasta la tumba. Además, como se discutió, los factores ambientales, culturales, de experiencias y educativos contribuyen, de manera independiente e interactiva, a conformar el atributo llamado empatía, y el compromiso empático, o la falta de éste, en el contexto de atención al paciente llevarán a resultados virtualmente opuestos.

A pesar de sus profundas raíces evolutivas y su base genética, la capacidad para la empatía es susceptible al cambio hasta cierto grado cuando las condiciones son las correctas. Así que, como se ilustró en la discusión del capítulo 11, los programas educativos con objetivos específicos, las experiencias apropiadas y los facilitadores ambientales pueden mejorar la capacidad de los proveedores de cuidado de la salud de realizar compromisos empáticos a un grado considerable.

Visto desde una perspectiva más amplia, un concepto complejo, como la empatía en la atención al paciente, requiere de un modelo exhaustivo para ilustrar sus importantes elementos, sus interacciones y sus resultados. Con este propósito, podemos acudir a la teoría de sistemas para presentar un paradigma heurístico de la empatía en el contexto de la atención al paciente.

## **PARADIGMA SISTÉMICO DE LA EMPATÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE**

Las trayectorias de desarrollo y los resultados de un concepto complejo, como la empatía en la atención al paciente, pueden ser vistos desde la perspectiva de la teoría de sistemas. Según Pollak (1976), un enfoque sistémico es la manera profesional de lidiar con la complejidad. Un sistema se define como un conjunto de subconjuntos interrelacionados, cada uno con un arreglo de elementos, en donde todo subconjunto está relacionado con algún otro subconjunto, y cada elemento dentro de un subconjunto está relacionado directa o indirectamente con cada elemento del sistema (Ackoff y Emery, 1981). Un sistema será funcional sólo cuando todos sus subconjuntos y todos los elementos dentro y entre los subconjuntos funcionen apropiadamente; de otra manera, el sistema será disfuncional. Un sistema funcional tiene un propósito. El propósito sistémico de la empatía en la atención al paciente es mejorar el entendimiento mutuo entre el proveedor de servicios clínicos

y el paciente, a fin de que la meta de resultados positivos para el paciente pueda ser alcanzada.

Hace más de 40 años, Gordon Allport (1960) sugirió que la personalidad humana debe ser tratada como un sistema abierto, el cual debe ser visto con una mente abierta. Los sistemas activos son considerados frecuentemente sistemas abiertos porque son dinámicos y, por lo tanto, capaces de responder y adaptarse a los cambios del ambiente (Siegel, 1999). Las funciones combinadas de los elementos dentro de cada subconjunto del sistema y las interrelaciones entre subconjuntos provocan que el sistema genere una totalidad, una *gestalt*, en la cual el todo es mayor que la suma de sus partes. Para conseguir un mejor entendimiento de antecedentes, desarrollo, medición, y resultados de la empatía en el cuidado de los pacientes, parece deseable ver el concepto, sus principales subconjuntos y los elementos dentro de cada subconjunto como un sistema abierto.

Un entendimiento completo de cualquier sistema requiere un entendimiento de los subconjuntos y de la naturaleza de los elementos que interactúan. Por ejemplo, como indicó Bateson (1971), si la familia es vista como un sistema complejo, entonces una intervención eficaz en el contexto de terapia familiar requiere un entendimiento completo de todos los subconjuntos y elementos del sistema, incluyendo roles, responsabilidades, interacciones y funciones de todos los miembros dentro de la estructura familiar.

En el contexto de la atención al paciente, como se describe en el capítulo 8, la acción de buscar ayuda resalta una necesidad de conexión que genera la energía para poner en movimiento el sistema de compromiso empático. Un encuentro médico-paciente representa un sistema abierto que necesita ser equilibrado por la energía que se genera de la conexión interpersonal. Conseguir resultados positivos en los pacientes indicaría que el sistema es funcional (es decir, un estado de equilibrio), mientras que los resultados negativos indicarían que el sistema es disfuncional (es decir, un estado de desequilibrio). El compromiso empático en la relación médico-paciente es el primer paso para mantener el equilibrio sistémico. La figura 12-1 ilustra un paradigma sistémico de la empatía en el contexto de la atención al paciente. Muestra los principales subconjuntos del sistema y los elementos principales dentro de cada conjunto que al final determinan el resultado funcional o disfuncional del sistema.

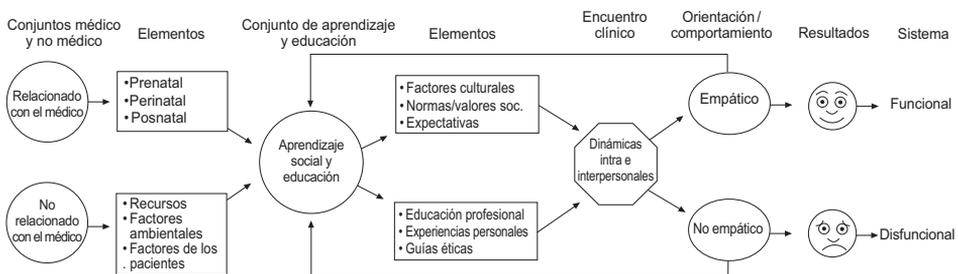


Figura 12-1. Paradigma sistémico de la empatía en el contexto de la atención del paciente.

## Principales subconjuntos del sistema

Desarrollemos brevemente el paradigma que se muestra en la figura 12-1. Si se supone que la empatía en la atención del paciente se parece a un sistema abierto y con propósito (p. ej. un sistema que es susceptible al cambio con el propósito de resultados positivos en pacientes), el sistema sería puesto en movimiento por dos subconjuntos en interacción: uno relacionado con el médico y otro no relacionado con él (ilustrado en el lado izquierdo de la figura como la entrada al modelo). El aprendizaje social y la educación son otros subconjuntos en el sistema.

### ***Subconjunto relacionado con el médico***

Este subconjunto consiste principalmente en elementos relacionados con las cualidades personales del médico, que son consecuencia de factores evolutivos, genéticos y constitucionales (elementos prenatales); los eventos durante el nacimiento (elementos perinatales) que pueden contribuir al desarrollo físico, mental y social posterior; y factores como el ambiente de crianza temprana, la calidad de las experiencias de apego con el cuidador primario, y el ambiente familiar (elementos posnatales). Estos elementos, descritos en los capítulos 3 y 4, se consideran los cimientos sobre los que se construye la capacidad personal para la empatía.

### ***Subconjunto no relacionado con el médico***

Según Kurt Lewin (1936), las manifestaciones del comportamiento son una función de las cualidades personales, las demandas del ambiente y factores situacionales. En un paradigma de desempeño médico, Gonnella y colaboradores (1993b) propusieron que además del conocimiento del médico, sus habilidades de procedimiento clínico y sus cualidades personales, otros factores que no están relacionados con el médico y comúnmente no están bajo su control contribuyen a los resultados del paciente. De ahí el término **subconjunto no relacionado con el médico**. Los elementos de este subconjunto se han pasado por alto a menudo en las evaluaciones de resultados de la educación médica, las valoraciones del desempeño de los médicos y las revisiones sobre los resultados de los pacientes. Estos elementos incluyen la disponibilidad de: a) recursos humanos, como asistencia técnica y profesional, y trabajo en equipo; b) recursos técnicos, como instalaciones de diagnóstico y tratamiento, equipo quirúrgico y disponibilidad de pruebas de laboratorio; c) facilitadores ambientales, como instalaciones físicas, reglas y regulaciones facilitadoras; y d) factores propios del paciente, como personalidad, valores culturales, actitudes y modo de vida; la disposición para buscar ayuda oportuna; y la adhesión a las directrices preventivas y a los regímenes de tratamiento.

### ***Subconjunto de aprendizaje social y educación***

El subconjunto de aprendizaje social consiste principalmente en elementos relacionados con las normas y valores culturales y sociales (p. ej. roles sociales atribuidos y modos de comportamiento social) y expectativas (p. ej. la creencia en un poder

sobrenatural, en el sistema de atención a la salud, en los proveedores de cuidados de la salud, y en expectativas optimistas o pesimistas sobre los resultados).

El subconjunto educativo consiste de un arreglo de elementos relacionados con la educación formal y las experiencias del entrenamiento, tales como la educación profesional (p. ej. estudiante, graduado y educación continua), experiencias educativas personales (la influencia de modelos a seguir, observaciones y experiencias clínicas), y la ética profesional de conducta (directrices éticas de las organizaciones profesionales, como la Asociación Médica Americana y la Asociación Psicológica Americana, entre otras). Los programas educativos con objetivo específico y las experiencias educativas diseñadas para mejorar la capacidad empática (véase capítulo 11) también están entre los elementos de este subconjunto.

## Encuentro clínico

Provisto o no de los elementos de los subconjuntos ya mencionados, un médico se encuentra con un paciente que está en estado de desequilibrio y que acude a alguien que lo ayude. El sistema de compromiso empático empieza a formarse. Las dinámicas intra e interpersonales, descritas en el capítulo 8, son puestas en marcha durante los intercambios entre el médico y el paciente. Para formar un sistema funcional, el médico debe estar provisto con las habilidades necesarias para entender las preocupaciones del paciente y estar motivado (un factor intrapersonal) para comunicar este entendimiento al paciente (un factor interpersonal). Como se mostró en la figura 12-1, todos los elementos de los subconjuntos relacionado con el médico, no relacionado con el médico, aprendizaje social y educación se unen en los encuentros clínicos que pueden llegar a un compromiso empático o no y que, en su momento, determinan los resultados del paciente, ya sean positivos en un sistema funcional o negativos en un sistema disfuncional.

## Resultados

La interacción entre las dinámicas intra e interpersonales, descritas en el capítulo 8, trae consigo procesos cognitivos que pueden llevar a una orientación o a un comportamiento. Cuando la orientación o el comportamiento son empáticos, la probabilidad de un resultado positivo en el paciente se incrementará. En este caso, el sistema ha conseguido su propósito, y podemos concluir que el sistema es funcional. Sin embargo, si las dinámicas intra e interpersonales que descansan sobre los subconjuntos relacionado con el médico, no relacionado con el médico, de aprendizaje social y educación formal llevan a una orientación o comportamiento no empático, la probabilidad de un resultado positivo en el paciente se verá drásticamente reducida. En este caso, el sistema no ha logrado alcanzar su propósito y podemos concluir que el sistema es disfuncional.

Empero, enfatizo que debido a que otros elementos impredecibles podrían intervenir, el camino al compromiso empático entre médico y paciente es más complicado que el modelo presentado en la figura 12-1. No obstante, espero que la perspectiva

sistémica de la empatía aquí descrita pueda servir como un paradigma heurístico que ilustre los componentes principales que ponen al sistema en marcha y muestre la complejidad de antecedentes, desarrollo, medición y resultados de la empatía en el contexto de la atención al paciente.

## AGENDA PARA LA INVESTIGACIÓN A FUTURO

Entrenar médicos con mayor conexión humana ha sido una inquietud en la educación de las profesiones de la salud. Debido a los cambios sociales generales que están sucediendo, en particular en el mundo industrializado, y que directa o indirectamente debilitan el poder de importantes sistemas de apoyo social (véase capítulo 2) y debido a los cambios que evolucionan en el sistema de cuidado a la salud y conducen hacia el cuidado desinteresado (véase capítulo 11), la investigación sobre los factores que contribuyen al entendimiento y mejora de la empatía en la atención al paciente es más importante y oportuna que nunca antes.

La investigación sobre la empatía en la atención al paciente merece seria atención, no sólo por su importancia en el entrenamiento de médicos con mayor conexión humana, sino también por sus implicaciones en la selección y educación de profesionales de la salud. La investigación empírica sobre la empatía en el cuidado de los pacientes está aún en su infancia; por lo tanto, se necesita investigar más para mejorar nuestro entendimiento sobre los antecedentes, el desarrollo, la medición y los resultados de la empatía en la atención al paciente. Las preguntas discutidas a continuación presentan tan sólo algunas pocas de las áreas que necesitan ser incluidas en las investigaciones futuras sobre la empatía en la atención al paciente.

### 1. ¿Qué constructos adicionales están involucrados en la empatía?

Con base en los descubrimientos determinados por nuestros análisis factoriales (Hojat *et al.*, 2002e), la empatía en la atención al paciente es un concepto multidimensional que involucra al menos tres factores: **toma de perspectiva, cuidado compasivo y ponerse en los zapatos del paciente**. El surgimiento de factores similares en un reciente estudio de análisis factorial en el que se administró la EEMJ a estudiantes de odontología (Sherman y Cramer, 2005) y en otro estudio con una muestra numerosa de estudiantes de medicina en México (Alcorta-Garza, González-Guerrero, Tavitas-Herrera, Rodríguez-Lara y Hojat, 2005) ha aumentado nuestra confianza respecto a la estabilidad de los factores subyacentes de la empatía en diferentes grupos de profesionales de la salud. Sin embargo, necesitamos más evidencia para apoyar la estructura de factores de la empatía en grupos de estudiantes y practicantes en las diferentes profesiones de la salud (como enfermería, nutrición, psicología y trabajo social).

Es importante tener presente que los factores extraídos en estudios analíticos factoriales dependen por supuesto del número y el contenido de los reactivos in-

cluidos en los instrumentos de medición. Por lo tanto, los tres factores subyacentes de la empatía identificados por la EEMJ reflejan el contenido y las interrelaciones de los 20 elementos incluidos en la escala. Agregar un número suficiente de reactivos para tratar otros factores, como sociabilidad, confianza y ética, podría dar por resultado una escala con una estructura de factores subyacentes distinta. Más aún, es importante identificar en futuras investigaciones si la estructura actual de factores de la EEMJ satura la escala a un grado al cual factores adicionales no pueden soportar más que una cantidad insignificante de varianza, o si los factores adicionales podrían contribuir en grado significativo a la validez incremental de la escala (p. ej., aumentar su validez de criterio y predicción).

## 2. ¿Qué variables adicionales están relacionadas con la empatía?

Como se describió en el capítulo 9, la investigación ha demostrado que la empatía está ligada a un número de variables demográficas y psicosociales, indicadores de competencia clínica y el interés de carrera. La evidencia también sugiere que el compromiso empático en la atención al paciente está relacionado con la precisión de diagnóstico de los médicos y la adhesión de los pacientes al tratamiento, con un aumento de la satisfacción con sus proveedores de servicios de salud y con una menor tendencia a realizar demandas por negligencia médica (capítulo 10). También, como se describió en los capítulos 4 y 8 y se mostró en la figura 12-1, el ambiente familiar, las relaciones de apego tempranas, los recursos humanos y materiales, y factores ambientales, sociales y culturales contribuyen al desarrollo y manifestación de la empatía en situaciones de cuidado de pacientes.

Es importante estudiar de manera empírica, e idealmente en estudios longitudinales prospectivos, la contribución relativa de las experiencias tempranas, la calidad de las relaciones afectivas tempranas y tardías, y los factores sociales, culturales, educativos y otros que pueden predecir las calificaciones en empatía. Esta línea de investigación tendría importantes implicaciones para el desarrollo de programas encaminados a mantener y mejorar la capacidad empática.

Se descubrió que la empatía también puede predecir calificaciones de competencia clínica entre estudiantes de medicina y médicos (capítulo 9). Sin embargo, se necesitan más investigaciones para abordar otras medidas de desempeño que están significativamente correlacionadas con los puntajes de empatía y los resultados de los pacientes. Es deseable usar estudios prospectivos para examinar la relación entre los puntajes en empatía y diferentes medidas de desempeño (p. ej., acción disciplinaria contra proveedores del cuidado de la salud) en diferentes niveles de la educación profesional.

Además, los descubrimientos sobre diferencias de género en las calificaciones de empatía requieren mayor investigación empírica para discernir si las diferencias están relacionadas con características **intrínsecas** de género o roles **extrínsecos** de la socialización. Tal investigación es necesaria, porque determinar la proporción de variación en las calificaciones de empatía que es explicada por factores intrínsecos

o extrínsecos en los análisis de las diferencias de género es un tema importante. La respuesta podría tener diferentes implicaciones para la selección y educación de los profesionales de la salud.

También se necesitan más investigaciones sobre la contribución única de la empatía a diagnósticos acertados, mejor cumplimiento, alta satisfacción de los pacientes, menos demandas por negligencia médica (capítulo 10), y otros resultados clínicos tangibles sobre el control de enfermedades crónicas, como hipertensión arterial y diabetes mellitus. Es importante estudiar estos resultados, no sólo por su impacto en la mortalidad y morbilidad, sino también por el impacto económico en los pacientes, sus familias y la sociedad en general. El alcance del impacto del compromiso empático en los encuentros clínicos debe ser investigado empíricamente.

Así mismo es altamente deseable, aunque complicado, examinar la contribución relativa de los siguientes factores a la capacidad para la empatía, como se refleja en las calificaciones sobre ésta: factores genéticos; calidad de las relaciones de apego tempranas; experiencias de vida temprana (p. ej. divorcio parental, muerte en la familia, empleo materno, experiencias en guarderías); experiencias personales de vida tardías (p. ej. relaciones entre compañeros, matrimonio, modelos a seguir); factores ambientales y sociales (p. ej. condiciones sociopolíticas, normas culturales, roles atribuidos); factores culturales y transculturales, en particular entre inmigrantes; educación formal; e interacciones entre éstos y otros factores.

Gonnella y colaboradores (Gonnella y Hojat, 2001; Gonnella *et al.*, 1993a, 1993b) propusieron que para alcanzar resultados óptimos entre los pacientes, un médico debe asumir tres funciones: clínico, educador, y administrador de recursos. Por lo tanto, determinar hasta qué grado cada uno de estas funciones es afectada por la empatía del médico es importante. Además, sería interesante investigar la contribución relativa de diferentes factores de la empatía (p. ej. toma de perspectiva, cuidado compasivo, y ponerse en los zapatos del paciente) en las tres funciones del médico.

### **3. ¿Debería considerarse la empatía de los solicitantes en la admisión a escuelas de medicina y residencias?**

#### **Escuelas de medicina**

Casi todas las escuelas estadounidenses de medicina asignan gran énfasis a los promedios de pregrado y a las puntuaciones de los solicitantes en la Prueba de Admisión al Colegio Médico (PACM) para elegirlos. Aunque los promedios de pregrado y los puntajes de la PACM son relativamente buenos para predecir el desempeño académico de un estudiante en los primeros dos años de la escuela de medicina (el componente de ciencias básicas de la educación médica), tienen poca validez predictiva sobre el desempeño en el tercer y cuarto año (el componente de ciencias clínicas de la educación médica) (Glaser, Hojat, Veloski, Blacklow y Goepf, 2004; Hojat, Veloski y Zeleznik, 1985; Hojat *et al.*, 2000a).

Kupfer y colaboradores (1978) informaron que considerar las cualidades personales, incluyendo la empatía, al decidir cuales solicitantes deberían ser admitidos

en la escuela de medicina llevaría a la excelencia en la práctica médica. Streit-Forest (1982) recomendó que una vez establecida una relación significativa entre las cualidades personales y los indicadores de éxito académico y profesional, las cualidades personales de los solicitantes a la escuela de medicina debieran incluirse entre los criterios de admisión. En estudios longitudinales de estudiantes de medicina, mis colaboradores y yo hemos mostrado que las medidas de cualidades personales (p. ej. sociabilidad, relaciones interpersonales satisfactorias, y autoestima) y las medidas de aptitud académica (p. ej. promedios, puntuaciones en la PACM) pueden predecir de la misma manera el desempeño en los primeros dos años de la escuela de medicina. Sin embargo, las medidas de cualidades personales pueden predecir calificaciones de desempeño clínico en el tercer año de la escuela de medicina de manera más precisa que los promedios y las puntuaciones en la PACM (Hojat *et al.*, 1993, 1996; Hojat, Vogel, Zeleznik y Borenstein, 1988). En otras palabras, el incremento de la validez puede mejorar de manera significativa al incluir indicadores de habilidades interpersonales y medidas de cualidades personales en múltiples modelos de regresión (Hojat *et al.*, 1988, 1993; Zeleznik *et al.*, 1988).

En un estudio reciente, Stern, Frohna y Gruppen (2005) informaron que ninguno de los datos sobre desempeño académico utilizados con frecuencia para la admisión a escuelas de medicina puede predecir el comportamiento profesional de los estudiantes. Sin embargo, en ese estudio, el comportamiento poco profesional de los estudiantes observado por el profesorado, el personal, los directores y sus compañeros pudo predecirse por el hecho de no cumplir con evaluaciones requeridas sobre cursos y con informes de cumplimiento de inmunizaciones. Estos descubrimientos apoyan la noción de que los indicadores de cualidades personales pueden predecir el comportamiento profesional más allá del logro académico. Cualidades humanísticas esenciales, como la empatía, eluden las mediciones de logros académicos estudiantiles que se usan con frecuencia al seleccionar a los solicitantes de ingreso en escuelas de medicina. Aunque un propósito de las cartas de recomendación es describir las cualidades personales del solicitante, muchas veces estas cartas no contienen nada más allá de un resumen del desempeño académico del estudiante (Zeleznik, Hojat y Veloski, 1983).

Las instituciones académicas de posgrado no suelen proveer información sobre las habilidades interpersonales de los solicitantes a las escuelas de medicina, ni sobre otras cualidades personales relevantes para la capacidad de la empatía. Sin embargo, un examen de los cursos electivos o especialidades académicas puede darnos pistas sobre los intereses humanísticos y literarios de los solicitantes que están ligados a la capacidad empática (capítulo 11). Podría obtenerse información sobre las habilidades interpersonales y la capacidad empática de los solicitantes durante las entrevistas de admisión una vez que los entrevistadores sean entrenados para detectar estas cualidades. La cuestión de si los cursos electivos o las especialidades pueden predecir la capacidad para la empatía también necesita ser abordada empíricamente. Asimismo, debe estudiarse más, el asunto de si el entrenamiento de entrevistadores para el ingreso en escuelas de medicina puede llevar a la selección de estudiantes más empáticos.

### **Programas de residencia**

Los programas de educación médica para graduados normalmente consideran los indicadores de logros académicos en la escuela de medicina y en exámenes de licencia médica, por ejemplo los pasos 1 y 2 del Examen de Licencia Médica de los EUA, como determinantes importantes en la selección de residentes. Las cualidades personales de un candidato a residencia suelen minimizarse o pasarse por alto.

Aunque el propósito de entrevistar a los candidatos para programas de residencia es evaluar sus cualidades humanísticas, actitudes, motivación y otras cualidades personales, las directrices para valorar tales cualidades a menudo son vagas o simplemente no existen. Las entrevistas con frecuencia no tienen estructura para valorar esas cualidades humanas, o los entrevistadores no están entrenados de manera específica para detectarlas. La información sobre cualidades humanísticas de los candidatos suele estar disponible en las evaluaciones de comportamiento de sus estancias clínicas previas. Las cartas de evaluación que los rectores de las escuelas de medicina escriben para graduados no sólo deberían resumir los logros académicos de los estudiantes sino que también deberían incluir valoraciones sobre sus cualidades humanísticas al tratar con pacientes.

Tiempo atrás, Jamison y Johnson (1975) sugirieron que el público sería servido mejor si los voluntarios de servicios públicos fueran seleccionados con base en sus puntajes en empatía. Debido a que la medicina es una profesión de servicio público y el comportamiento profesional de los médicos incluye cuidado compasivo y empático, ¿debería ser la empatía un criterio para la selección de estudiantes de medicina y residentes, e incluso para el empleo de médicos? Esta pregunta merece seria atención en la investigación. Si la investigación brinda evidencia empírica convincente de que la incorporación de la empatía a los criterios de selección de solicitantes de ingreso en escuelas de medicina y programas de residencia puede mejorar el profesionalismo en la medicina, deberíamos hacer a un lado nuestras dudas e incluir importantes cualidades personales, como la empatía, al seleccionar a nuestra futura fuerza de trabajo médica. Un resultado positivo podría ser que los proveedores de cuidado de la salud podrían volver a ganar el respeto que se ha ido desvaneciendo junto con los cambios que ocurren en el sistema de servicios de salud (véase capítulo 11). Mientras tanto, necesitamos estudiar las consecuencias a largo plazo de utilizar la empatía como criterio de selección de solicitantes de ingreso en escuelas de medicina y programas de residencia.

#### **4. ¿Predice la empatía la elección de carrera y el éxito profesional?**

Descubrimientos sobre las diferencias en la empatía entre médicos de varias especialidades (capítulo 9) llaman a investigar más. La cuestión de si los profesionales de la salud escogen diferentes especialidades debido a las diferencias de capacidad empática previas a su educación profesional necesita más investigación. La respuesta a la pregunta tendrá implicaciones para la selección de estudiantes y aprendices,

la orientación vocacional y el desarrollo curricular en centros académicos de salud. Si la empatía predice la elección de carrera y el interés en especialidades particulares, cualquier intento para seleccionar candidatos empáticos o para mejorar la empatía podría influir en la distribución de médicos en las diferentes especialidades.

## **5. ¿Cómo puede mejorarse la empatía durante la educación profesional?**

El descubrimiento de que en ausencia de programas educativos dedicados la empatía entre estudiantes de medicina y residentes tiende a disminuir a medida que avanza su educación (capítulo 11) es muy preocupante. En consecuencia, se necesita investigación prospectiva para averiguar si las puntuaciones de empatía declinan sistemática o aleatoriamente en el transcurso de la educación médica. También es importante determinar cuáles son los factores que contribuirían a la disminución sistemática o al aumento sistemático de la empatía en diferentes individuos, en diferentes niveles de educación de la salud. Además, es fundamental determinar los factores que pudieran ser perjudiciales y cuáles podrían ser benéficos para todos los individuos. Si los factores positivos y negativos no afectan a todos por igual, determinar cuáles características individuales o experiencias causan la variación de los efectos sería una importante meta de la investigación.

Por último, se necesita más investigación para identificar los mejores métodos o combinaciones de éstos para mejorar la empatía entre estudiantes y practicantes (p. ej. desarrollo de habilidades interpersonales, exposición a experiencias de hospitalización, juegos de rol, exposición a modelos a seguir, materiales de video o audio dirigidos específicamente, talleres sobre toma de perspectiva, métodos teatrales, estudio de la literatura y el arte, o mejora de las habilidades narrativas). Además, tanto las evaluaciones formativas como las sumativas son necesarias con objeto de confirmar que los programas desarrollados para mejorar la empatía han logrado sus metas establecidas y que los efectos a corto y largo plazo de tales programas han sido cuidadosamente evaluados.

## **6. ¿Contribuyen las perspectivas de los pacientes y las evaluaciones de los compañeros a los resultados empáticos?**

Las relaciones óptimas y no óptimas entre médicos y pacientes no pueden ser estudiadas si no logramos entender las perspectivas de los pacientes sobre la empatía de sus proveedores de atención de la salud. En el capítulo 10, señalé que la gran mayoría de las demandas por negligencia médica son resultado de la opinión negativa de los pacientes sobre la relación con sus médicos. Por esta razón, es importante estudiar los resultados de los pacientes con respecto no sólo a la empatía autoinformada por los médicos, sino también respecto a las percepciones de los pacientes sobre la empatía de sus proveedores de atención y a las evaluaciones de los colaboradores sobre la empatía de los médicos.

Además, es importante examinar a conductas específicas de los proveedores de servicios de la salud, tales como puntualidad, sentido del humor, comportamiento no verbal y expresiones verbales, que los pacientes consideran determinantes significativos de un compromiso empático. Las perspectivas de los pacientes son particularmente importantes, ya que un concepto clave de la definición de la empatía fue la habilidad del médico para comunicar su entendimiento a los pacientes (capítulo 6). De esta manera, las investigaciones futuras deberían enfocarse en la relación entre tres conjuntos de variables: a) la empatía autoinformada de los médicos, b) las percepciones de los pacientes sobre la empatía de los médicos, y c) las evaluaciones de colaboradores sobre la empatía del médico. Para mejorar nuestro entendimiento de los factores que determinan los resultados finales de la atención brindada, debe investigarse la contribución relativa de estas variables a los resultados de los pacientes.

## 7. ¿Cuáles son los indicadores neurofisiológicos de la empatía?

El reciente descubrimiento de las neuronas espejo que se activan en el cerebro cuando una persona ve a otra realizando una acción con meta específica o escucha a otra persona que está en angustia (Carr *et al.*, 2003; Kohler *et al.*, 2002) abre una nueva ventana para la exploración de los mecanismos neurales de la empatía en las relaciones humanas (capítulo 3). Con los avances técnicos en las imágenes funcionales del cerebro, es posible observar y registrar los indicadores neurofisiológicos de la empatía. Este interesante descubrimiento debería resultar muy valioso en investigaciones futuras diseñadas para identificar los aspectos estructurales (neuroanatómicos) y funcionales (neurofisiológicos) de la empatía en el cerebro humano.

Además, basándonos en estudios citados en el capítulo 3, tanto el sistema límbico como las áreas de la neocorteza del cerebro han sido implicados a menudo en estudios neuroanatómicos de la empatía. Sin embargo, las investigaciones futuras deben hacer distinción entre la empatía (descrita en este libro como empatía cognitiva), y la simpatía (llamada empatía emocional) y examinar si diferentes áreas del cerebro son activadas por respuestas empáticas o simpáticas. Como sugerí en el capítulo 3, puede especularse intuitivamente que la neocorteza tiene mayor probabilidad de ser activada en la empatía cognitiva y que es más probable que el sistema límbico esté implicado en la simpatía, pero esta especulación necesita verificación empírica.

## COMENTARIOS FINALES

Nos embarcamos en el viaje al terreno de la empatía con la esperanza de explorar los caminos que llevan a ella (antecedentes) y los caminos que la siguen (resultados). Como las alas que surgieron en el transcurso de la evolución para permitir a los pájaros volar alto en busca de comida, o como los cuellos largos que permiten a

las jirafas alimentarse de hojas tan altas en los árboles que otras especies no podrían alcanzar; la empatía, hemos aprendido, tiene raíces evolutivas que surgieron con el propósito de la supervivencia.

De manera similar, aprendimos que la empatía —como el sentido del oído, la visión y el lenguaje— tiene fundamentos neuroanatómicos y neurofisiológicos. La empatía, como el amor humano, acerca a la gente, reduce el espacio interpersonal y satisface la necesidad humana de afiliación, apoyo y entendimiento. En el contexto del cuidado al paciente, la empatía ya no es un concepto vago porque una definición operacional ofrecida en este libro ha aclarado su significado, y ya no es una entidad abstracta porque puede ser cuantificada con un instrumento válido y confiable que se expone en este libro.

La empatía puede incrementar los comportamientos altruistas, prosociales y de ayuda; reducir el comportamiento agresivo; promover la evitación de conflictos; mejorar el manejo de conflictos; y promover el entendimiento (Larson y Yao, 2005). En el contexto de la atención al paciente, la empatía puede eliminar las limitaciones de la relación médico-paciente. Puede crear un puente entre quienes proveen y quienes reciben la ayuda y contribuir al bienestar físico, mental y social tanto de los médicos como de los pacientes. Como la estatura, el peso, el color de ojos y el tipo de cabello, la empatía varía entre los seres humanos. Sin embargo, un sentido de unidad puede surgir de la variación entre los seres humanos cuando prevalece el entendimiento empático, cuando puede verse el mundo desde la perspectiva de alguien más, cuando se puede estar en los zapatos de otro.

La siguiente frase ha sido atribuida a Albert Einstein: “Una persona comienza a vivir cuando puede vivir fuera de sí mismo”. El compromiso empático lleva a la persona afuera de sí misma y le permite escuchar a los demás con el tercer oído y ver al mundo de los demás con el ojo de la mente. El compromiso empático trae consigo unidad desde la diversidad, haciéndonos a todos iguales sin importar el género, edad, raza, cultura, religión y otros factores divisivos. Entonces, es por eso que cualquier intento hacia el entendimiento empático de otro ser humano es un paso hacia la construcción de una civilización. De esta manera, la lección por aprender es que implementar medidas para mejorar la empatía —no sólo declarar su importancia— es un mandato que debe ser cumplido, no sólo por maestros y sanadores del malestar humano, sino por todos los miembros de la raza humana en aras de curar el dolor humano hasta la eternidad. Porque una persona no puede odiar o otra una vez que la empatía los ha unido; la empatía puede ser vista como un remedio para la psiquis y el alma de la humanidad. Y quizá pueda servir como un medio de lograr la paz mundial aquí, allá, y en todas partes de la Tierra porque, como expresó el poeta persa Saadi en el verso citado en el prefacio, “todos los seres humanos son en verdad iguales”.

# APÉNDICES

## Apéndice A. Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) (Versión PS)

**Instrucciones:** Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones escribiendo el número apropiado en la línea que se encuentra antes de cada oración.

Utilice la siguiente escala de siete puntos (un mayor número de escala indica mayor acuerdo):

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

	1	2	3	4	5	6	7
1. Mi comprensión sobre los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.	<input type="radio"/>						
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.	<input type="radio"/>						
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.	<input type="radio"/>						
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.	<input type="radio"/>						
5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.	<input type="radio"/>						
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas desde la perspectiva de mi paciente.	<input type="radio"/>						
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.	<input type="radio"/>						
8. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la eficacia del tratamiento.	<input type="radio"/>						

	1	2	3	4	5	6	7
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.	<input type="radio"/>						
10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.	<input type="radio"/>						
11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.	<input type="radio"/>						
12. Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.	<input type="radio"/>						
13. Trato de entender qué está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	<input type="radio"/>						
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.	<input type="radio"/>						
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede ser limitado.	<input type="radio"/>						
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	<input type="radio"/>						
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.	<input type="radio"/>						
18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes y sus familias.	<input type="radio"/>						
19. No disfruto leer sobre temas no médicos o arte.	<input type="radio"/>						
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.	<input type="radio"/>						

© Colegio Médico Jefferson, 2001.



	1	2	3	4	5	6	7
9. Los médicos deben tratar de ponerse en el lugar de sus pacientes cuando los atienden.	<input type="radio"/>						
10. Los pacientes valoran el entendimiento del médico sobre sus sentimientos, lo cual es en sí terapéutico.	<input type="radio"/>						
11. Las enfermedades de los pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos no tienen un valor significativo en este contexto.	<input type="radio"/>						
12. Preguntar a los pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para que el médico entienda sus molestias físicas.	<input type="radio"/>						
13. Los médicos deben tratar de entender qué pasa en la mente de los pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	<input type="radio"/>						
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.	<input type="radio"/>						
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito del médico puede ser limitado.	<input type="radio"/>						
16. Un componente importante de la relación del médico con sus pacientes es la comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	<input type="radio"/>						
17. El médico debe tratar de pensar como sus pacientes para poder darles una mejor atención.	<input type="radio"/>						
18. Los médicos no deben permitirse ser afectados por las intensas relaciones sentimentales entre sus pacientes y sus familias.	<input type="radio"/>						
19. No disfruto leer sobre temas no médicos o arte.	<input type="radio"/>						
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.	<input type="radio"/>						

© Colegio Médico Jefferson, 2001.

## Apéndice C. Escala de las Percepciones del Paciente sobre Empatía Médica de Jefferson (EPPEMJ)

**Instrucciones:** Quisiéramos saber el grado de su acuerdo o desacuerdo con **cada** uno de las siguientes oraciones **sobre el médico nombrado abajo**. Utilice la siguiente escala de siete puntos y escriba el número de su puntuación del 1 al 7 en el espacio subrayado antes de cada oración (1 significa que usted está totalmente en desacuerdo y 7 significa que está totalmente de acuerdo con la oración; un número mayor indica mayor acuerdo).

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

**El doctor (nombre del médico aquí)** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ :

1. \_\_\_ Puede ver las cosas desde mi perspectiva (ver las cosas como yo las veo).
2. \_\_\_ Pregunta sobre lo que está pasando en mi vida diaria.
3. \_\_\_ Parece preocupado por mí y mi familia.
4. \_\_\_ Entiende mis emociones, sentimientos y preocupaciones.
5. \_\_\_ Es un médico empático.

© Colegio Médico Jefferson, 2001.

## Referencias

- Association of American Medical Colleges. (2004). Medical School Objectives Project. Disponible en: <http://www.aamc.org/meded/msop>.
- Abbott, L. C. (1983). A study of humanism in family physicians. *The Journal of Family Practice*, 16, 1141-1146.
- American Board of Internal Medicine. (1983). Evaluation of humanistic qualities in the internist. *Annals of Internal Medicine*, 99, 720-724.
- Ackoff, R. L., & Emery, F. E. (1981). *On purposeful systems*. Seaside, CA: Intersystems.
- Acuna, L. E. (2000). Don't cry for us Argentinians: Two decades of teaching medical humanities. *Journal of Medical Ethics: Medical Humanities*, 26, 66-70.
- Adams, G. R., Jones, R. M., Schvaneveldt, J.D., & Jenson, G.O. (1982). Antecedents of affective role-taking behaviour: Adolescent perceptions of parental socialization styles. *Journal of Adolescence*, 5, 259-265.
- Adler, H. M. (1997). The history of the present illness as treatment: Who's listening, and why does it matter? *The Journal of the American Board of Family Practice*, 10, 28-35.
- Adler, H. M. (2002). The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 874-882.
- Adler, H. M., & Mammert, V. B. O. (1973). The doctor-patient relationship revisited: An analysis of the placebo effect. *Annals of Internal Medicine*, 78, 595-598.
- Adolphs, R., Tranel, D., Damasio, H., & Damasio, A. R. (1994). Impaired recognition of emotion in facial expression following bilateral damage to human amygdala. *Nature*, 372, 669-672.
- Agosta, C. (1984). Empathy and intersubjectivity. In J. Lichtenberg, M. Borenstein, & D. Silver (Eds.), *Empathy II* (pp. 43-61). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Ainsworth, M. D. S. (1985a). Attachment across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 792-812.
- Ainsworth, M. D. S. (1985b). Patterns of infant-mother attachment: Antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 771-791.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J. F., Tavitas-Herrera, S. E., Rodríguez-Lara, F. J., & Hojat, M. (2005). Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental [Mental Health]*, 28, 57-63.
- Ali, N. S., Khalil, H. Z., & Yousef, W. (1993). A comparison of American and Egyptian cancer patients' attitudes and unmet needs. *Cancer Nursing*, 16, 193-203.
- Allport, F. H. (1924). *Social psychology*. Boston: Houghton Mifflin.
- Allport, G.W. (1960). The open system in personality theory. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61, 301-310.
- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., Louie, A., Baumbacher, G., McGuinness, T., & Schiff, E. Z. (1996). Affect, attachment, memory: Contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry*, 59, 213-239.
- Anastasi, A. (1976). *Psychological testing*. New York: Macmillan.
- Anthony, A. A., & Wain, H. J. (1971). An investigation of the outcome of empathy training for medical corpsmen. *Psychological Aspects of Disability*, 18, 86-88.
- Archer, J. (2004). Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic review. *Review of General Psychology*, 8, 291-322.
- Aring, C. D. (1958). Sympathy and empathy. *Journal of the American Medical Association*, 167, 448-452.

- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, S. (2002). Expectations and preferences. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships at work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 335-356). Oxford: Oxford University Press.
- Arnold, L. (2002). Assessing professional behavior: Yesterday, today, and tomorrow. *Academic Medicine*, 77, 28-37.
- Arnold, L., Calkins, E. V., & Willoughby, T. L. (1997). Antecedent and concurrent correlates of primary care practice. *Teaching and Learning in Medicine*, 9, 192-199.
- Aronfreed, J. (1970). The socialization of altruistic and sympathetic behavior: Sometheoretical and experimental analyses. En J. Macauley & L. Berkowitz (Eds.), *Altruistic and helping behavior* (pp. 103-126). New York: Academic Press.
- Aronson, E., & Patnoe, S. (1997). *Jigsaw classroom*. New York: Longman.
- Ashcroft, J., & Straus, A. (1993). *Families first: Report of the National Commission on America's Urban Families*. Washington, DC: National Commission on America's Urban Families.
- Ashworth, C. D., Williamson, P., & Montano, D. (1984). A scale to measure physician beliefs about psychosocial aspects of patient care. *Social Science & Medicine*, 19, 1235-1238.
- Astin, H. S. (1967). Assessment of empathic ability by means of a situational test. *Journal of Counseling Psychology*, 14, 57-60.
- Avery, J. K. (1985). Lawyers tell what turns some patients litigious. *Medical Malpractice Review*, 2, 35-37.
- Ax, A. F. (1964). Goals and methods of psychophysiology. *Psychophysiology*, 1, 8-25.
- Ayra, D. K. (1993). To empathize or to dissociate—a physician's dilemma. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 86, 3.
- Bacharach, M. H. (1976). Empathy: We know what we mean, but what do we measure? *Archives of General Psychiatry*, 33, 35-38.
- Baggaley, A. R. (1983). Deciding on the ratio of number of subjects to number of variables in factor analysis. *Multivariate Experimental Clinical Research*, 6, 81-86.
- Bailey, B. A. (2001). Empathy in medical students: Assessment and relationship to specialty choice. *Dissertation Abstracts International*, 62 (6-A), p. 2024.
- Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. New York: International Universities Press.
- Ballou, J. W. (1978). *The psychology of pregnancy*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Banks, J. A. (1997). *Educating citizens in a multicultural society*. New York: Teachers College Press.
- Barnett, M. A., Howard, J. A., King, L. M., & Dino, G. A. (1980). Antecedents of empathy: Retrospective accounts of early socialization. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 6, 361-365.
- Barnett, M. A. (1987). Empathy and related responses to children. En N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 146-162). New York: Cambridge University Press.
- Barnett, M. A., Feighny, K. M., & Esper, J. A. (1983). Effect of anticipated victim responsiveness and empathy upon volunteering. *The Journal of Social Psychology*, 119, 211-218.
- Barnett, R. C., Biener, L., & Baruch, G. K. (1987). *Gender and stress*. New York: Free Press.
- Barnsley, J., Williams, A. P., Cockerill, R., & Tanner, J. (1999). Physician characteristics and the physician-patient relationship: Impact of sex, year of graduation, and specialty. *Canadian Family Physician*, 45, 935-942.
- Baron-Cohen, S. (2003). *The essential difference: The truth about the male and female brain*. New York: Basic Books.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163-175.
- Barondess, J. A. (2003). Medicine and professionalism. *Archives of Internal Medicine*, 163, 145-149.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of the therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 76, 1-36.

- Barrett-Lennard, G. T. (1986). The relationship inventory now: Issues and advances in theory, method and use. En L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 439-476). New York: Guilford.
- Barsky, A. J. (1981). Hidden reasons some patients visit doctors. *Annals of Internal Medicine*, 94, 492-498.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among adults: A test of fourcategory model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Basch, M. F. (1983). Empathic understanding: A review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 101-126.
- Basch, M. F. (1996). Affect and defense. En D. L. Nathanson (Ed.), *Knowing feeling: Affect, script, and psychotherapy* (pp. 257-269). New York: W. W. Norton.
- Bateson, G. (1971). A systems approach. *International Journal of Psychiatry*, 9, 242-244.
- Batson, C. D. (1991). The altruism question: Toward a social psychological answer. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Batson, C. D., & Coke, J. S. (1981). Empathy: A source of altruistic motivation for helping? En J. P. Rushton & R. M. Sorrentino (Eds.), *Altruism and helping behavior: Social personality, and developmental perspectives* (pp. 167-211). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Batson, C. D., Coke, J. S., & Pych, V. (1983). Limits on the two-stage model of empathic mediation of helping: A reply to Archer, Diaz-Loving, Gollwitzer, Davis, and Foushee. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 895-898.
- Batson, C. D., Polycarpou, M. P., Harmon-Jones, E., Imhoff, H. J., Mitchener, E. C., Bednar, L. L., Klein, T. R., & Highberger, L. (1997a). Empathy and attitudes: Can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group? *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 105-118.
- Batson, C. D., Sager, K., Garst, E., Kang, M., Rubchinsky, K., & Dawson, K. (1997b). Is empathy-induced helping due to self-other merging? *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 495-509.
- Baumann, A. O., Deber, R. B., Silverman, B. E., & Mallette, C. M. (1998). Who cares? Who cures? The ongoing debate in the provision of health care. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 1040-1045.
- Bavelas, J. B., Black, A., Lemery, C. R., & Mullett, J. (1986). "I show how you feel": Motor mimicry as a communicative act. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 322-329.
- Bayes, M. A. (1972). Behavioral cues of interpersonal warmth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 333-339.
- Becker, H., & Sands, D. (1988). The relationship of empathy to clinical experience among male and female nursing students. *Journal of Nursing Education*, 27, 198-203.
- Becker, H. S., & Geer, B. (1958). The fate of idealism in medical school. *American Sociological Review*, 23, 50-56.
- Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 101, 692-696.
- Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, A. L., & Frankel, R. M. (1994). The doctor-patient relationship and malpractice: Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*, 154, 1365-1370.
- Beddoe, A. E., & Murphy, S. O. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *Journal of Nursing Education*, 43, 305-312.
- Beecher, H. K. (1955). The powerful placebo. *Journal of the American Medical Association*, 159, 1602-1606.
- Beisecker, A. E., & Beisecker, T. D. (1990). Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care*, 28, 19-28.
- Bellet, P. S., & Maloney, M. J. (1991). The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 266, 1831-1832.
- Bellini, L. M., Baime, M., & Shea, J. A. (2002). Variation of mood and empathy during internship. *Journal of the American Medical Association*, 287, 3143-3146.

- Bellini, L. M., & Shea, J. A. (2005). Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Academic Medicine*, 80, 164-167.
- Belsky, J. (1988). The "effects" of infant day care reconsidered. *Childhood Research Quarterly*, 3, 235-272.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162.
- Bembassat, J., & Bauml, R. (2004). What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Academic Medicine*, 79, 832-839.
- Benedict, R. H. B., Priore, R. L., Miller, C., Munschauer, F., & Jacobs, L. (2001). Personality disorder in multiple sclerosis correlates with cognitive impairment. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 13, 70-76.
- Bennett, J. A. (1995). "Methodological notes on empathy": Further considerations. *Advances in Nursing Science*, 18, 36-50.
- Bennett, M. J. (2001). *The empathic healer: An endangered species*. San Diego, CA: Academic Press.
- Benton, A. L. (1991). The prefrontal region: Its early history. In H. Levin, H. M. Eisenberg, & A. L. Benton (Eds.), *Frontal lobe function and dysfunction* (pp. 3-32). New York: Oxford University Press.
- Beres, D., & Arlow, J. A. (1974). Fantasy and identification in empathy. *Psychoanalytic Quarterly*, 43, 26-40.
- Berger, D. M. (1987). *Clinical empathy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Berger, S. M. (1962). Conditioning through vicarious instigation. *Psychological Review*, 69, 450-466.
- Berkman, L., & Syme, S. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.
- Berkman, L. F. (2000). Which influences cognitive function: Living alone or being alone? *Lancet*, 355, 1291-1292.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Berkman, L. F., Leo-Summers, L., & Horwitz, R. I. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine*, 117, 1003-1009.
- Bertakis, K. D., Helms, L. J., Callahan, E. J., Azari, R., & Robbins, J. A. (1995). The influence of gender on physician practice style. *Medical Care*, 33, 407-416.
- Bertakis, K. D., Roter, D., & Putman, S. M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice*, 32, 175-181.
- Beutler, L. E., Johnson, D. T., Neville, C. W., & Workman, S. N. (1973). Some sources of variance in "Accurate Empathy" ratings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 167-169.
- Beven, J. P., O'Brien-Malone, A., & Hall, G. (2004). Using the Interpersonal Reactivity Index to assess empathy in violent offenders. *International Journal of Forensic Psychology*, 1, 33-41.
- Bickel, J. (1994). Special needs and affinities of women medical students. In E. S. More & M. A. Milligan (Eds.), *The empathic practitioner: Empathy, gender, and medicine* (pp. 237-249). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Bjorklund, D. F., & Kipp, K. (1996). Parental investment theory and gender differences in the evolution of inhibition mechanism. *Psychological Bulletin*, 100, 163-188.
- Black, D. M. (2004). Sympathy reconfigured: Some reflections on sympathy, empathy and the discovery of values. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 579-595.
- Black, H., & Phillips, S. (1982). An intervention program for the development of empathy in student teachers. *Journal of Psychology: Interdisciplinary & Applied*, 112, 159-168.
- Blackman, N., Smith, K., Brokman, R., & Stern, J. (1958). The development of empathy in male schizophrenics. *Psychiatric Quarterly*, 32, 546-553.

- Blackwell, B. (1973). Drug therapy, patient compliance. *New England Journal of Medicine*, 289, 249-252.
- Bland, C. J., Meurer, L. N., & Maldonado, G. (1995). Determinants of primary care specialty choice: A non-statistical meta-analysis of the literature. *Academic Medicine*, 70, 620-641.
- Blanton, S. (1960). *The healing power of poetry*. New York: Crowell.
- Blass, C. D., & Hech, E. J. (1975). Accuracy of accurate empathy ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 243-246.
- Blazer, D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684-694.
- Block, J. H. (1976). Assessing sex differences: Issues, problems, and pitfalls. *Merrill-Palmer Quarterly*, 22, 283-308.
- Bloom, B. L., Asher, S. J., & White, S. W. (1978). Marital disruption as a stressor: A review analysis. *Psychological Bulletin*, 85, 867-894.
- Blumenthal, J. A., Burg, M. M., Barefoot, J., Williams, R. B., Haney, T., & Zimet, G. (1987). Social support, type A behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 331-340.
- Blumgart, H. L. (1964). Caring for the patient. *New England Journal of Medicine*, 270, 449-456.
- Bohart, A. C., Elliot, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bolognini, S. (1997). Empathy and "empathism". *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 279-293.
- Book, H. E. (1988). Empathy: Misconceptions and misuses in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 145, 420-424.
- Book, H. E. (1991). Is empathy cost efficient? *American Journal of Psychotherapy*, 45, 21-30.
- Borgenicht, L. (1984). Richard Selzer and the problem of detached concern. *Annals of Internal Medicine*, 100, 923-934.
- Borke, H. (1971). Interpersonal perception of young children: Ego-centrism or empathy. *Developmental Psychology*, 5, 263-269.
- Boruch, R. F. (1982). Evidence and inference in research on mass psychogenic illness. En M. J. Colligan, J. W. Pennebaker, & L. R. Murphy (Eds.), *Mass psychogenic illness: A social psychological analysis* (pp. 101-125). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bowers, M. R., Swan, J. E., & Koehler, W. F. (1994). What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Management Review*, 19, 49-55.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss (Vol. 2): Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss (Vol. 3): Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss (Vol. 1): Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Boyd, R.W., & DiMascio, A. (1957). Social behavior and automatic physiology: A sociophysiological study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 120, 207-212.
- Branch, W. T. (2000). The ethics of caring and medical education. *Academic Medicine*, 75, 127-132.
- Branch, W. T., & Malik, T. K. (1993). Using windows of opportunities in brief interviews to understand patients' concerns. *Journal of the American Medical Association*, 169, 1667-1668.
- Branch, W. T., Pels, R. J., & Hafler, J. P. (1998). Medical students' empathic understanding of their patients. *Academic Medicine*, 73, 360-362.
- Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. En J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 1061-1100). New York: John Wiley & Sons.
- Bridgman, D. L. (1981). Enhanced role taking through cooperative interdependence: A field study. *Child Development*, 52, 1231-1238.

- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1, 185-216.
- Brislin, R. W. (1980). Translation and content analysis of oral and written material. En H. C. Triandis & R.W. Brislin (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology/social psychology* (pp. 389-444). Boston: Allyn & Bacon.
- Brock, C. D., & Salinsky, J. V. (1993). Empathy: An essential skill for understanding the physician-patient relationship in clinical practice. *Family Medicine*, 25, 245-248.
- Brody, H. (1985). Placebo effect: An examination of Grunbaum's definition. En L. White, B. Tursky, & G. E. Schwartz (Eds.), *Placebo: Theory, research, and mechanisms* (pp. 37-58). New York: Guilford Press.
- Brody, H. (1997). Placebo response, sustained partnership, and emotional resilience in practice. *Journal of the American Board of Family Practice*, 10, 72-74.
- Brothers, L. (1989). A biological perspective on empathy. *American Journal of Psychiatry*, 146, 10-19.
- Brown, J., & Dunn, J. (1996). Continuities in emotional understanding from 3 to 6 years. *Child Development*, 67, 789-802.
- Brownell, A. K., & Cote, L. (2001). Senior residents' views on the meaning of professionalism and how they learn about it. *Academic Medicine*, 76, 734-737.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bryant, B. K. (1982). An index of empathy for children and adolescents. *Child Development*, 53, 413-425.
- Buccino, G., Binkofski, F., Fink, G. R., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V., Seitz, R. J., Zilles, K., Rizzolatti, G., & Freund, H. J. (2001). Action observation activates premotor and parietal areas in a somatotypic manner: An fMRI study. *European Journal of Neuroscience*, 13, 400-404.
- Buchheimer, A. (1963). The development of ideas about empathy. *Journal of Counseling Psychology*, 10, 61-70.
- Buck, R. (1984). *The communication of emotion*. New York: Guilford Press.
- Buck, R., & Ginsberg, B. (1997a). Communicative genes and the evolution of empathy: Selfish and social emotions as voices of selfish and social genes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 807, 481-483.
- Buck, R., & Ginsburg, B. (1997b). Communicative genes and the evolution of empathy. En W. Ickes (Ed.), *Empathic accuracy* (pp. 17-43). New York: Guilford.
- Buck, R., Miller, R. E., & Caul, W. F. (1974). Sex, personality, and physiological variables in the communication of affect via facial expression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 587-596.
- Buck, R.W., Savin, V. J., Miller, R. E., & Caul, W. F. (1972). Communication of affect through facial expressions in humans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 23, 362-371.
- Burack, J. H., Irby, D. M., Carline, J.D., Ambrozy, D. M., Ellsbury, K. E., & Stritter, F. T. (1997). A study of medical students' specialty-choice pathways: Trying on possible selves. *Academic Medicine*, 72, 534-541.
- Burdi, M. D., & Baker, L. C. (1999). Physicians' perceptions of autonomy and satisfaction in California. *Health Affairs*, 18, 134-145.
- Burlingham, D. (1967). Empathy between infant and mother. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 764-780.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 441-449.
- Burnstein, A. G., Loucks, S., Kobos, J., Johnson, G., Talbert, R. L., & Stanton, B. (1980). A longitudinal study of personality characteristics of medical students. *Journal of Medical Education*, 55, 786-787.
- Bush, L. K., Barr, C. L., McHugo, G. J., & Lanzetta, J. T. (1989). The effects of facial control and facial mimicry on subjective reactions to comedy routines. *Motivation and Emotion*, 13, 31-52.
- Buss, D. M. (1995). Psychological sex differences: Origins through sexual selection. *American Psychologist*, 50, 164-168.

- Buss, D. M. (2003). *The evolution of desire: Strategies of human mating*. New York: Basic Books.
- Buss, D. M., & Schmitt, D. P. (1993). Sexual strategies theory: An evolutionary perspective on human mating. *Psychological Review*, 100, 204-232.
- Butow, P. N., Maclean, M., Dunn, S. M., Tattersall, M. H. N., & Boyer, M. J. (1997). The dynamics of change: Cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Annals of Oncology*, 8, 857-863.
- Bylund, C. L., & Makoul, G. (2002). Empathic communication and gender in the physicianpatient encounter. *Patient Education and Counseling*, 48, 207-216.
- Bylund, C. L., & Makoul, G. (2005). Examining empathy in medical encounters: An observational study using the empathic communication coding system. *Health Communication*, 18, 123-140.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., Malarkey, W. B., Cauter, E. V., & Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 401-417.
- Cahill, L. (2005). His brain, her brain. *Scientific American*, 292, 40-47.
- Calhoun, J. B. (1962). Population density and social pathology. *Scientific American*, 206, 3-10.
- Calman, K. C., Downie, R. S., Duthie, M., & Sweeney, B. (1988). Literature and medicine: A short course for medical students. *Medical Education*, 22, 265-269.
- Campbell, D. T. & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- Campos, J., & Sternberg, C. (1981). Perception, appraisal and emotion in the onset of social referencing. En M. E. Lamb & L. R. Sherrod (Eds.), *Infant social cognition* (pp. 273-314). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Campus-Outcalt, D., Senf, J., Watkins A. J., & Bastacky, S. (1995). The effects of medical school curricula, faculty role models, and biomedical research on choice of generalist physician career: A review and quality assessment of the literature. *Academic Medicine*, 70, 611-619.
- Cannon, W. (1957). "Voodoo" death. *Psychosomatic Medicine*, 19, 182-190.
- Carkhuff, R. (1969). *Helping and human relations: Selection and training* (Vol. 1). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Carmel, S., & Glick, S. M. (1996). Compassionate-empathic physicians: Personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Social Science and Medicine*, 43, 1253-1261.
- Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M. C., Mazziotta, J. C., & Lenzi, G. L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the U.S.A.*, 100, 5497-5502.
- Carr, P. L., Ash, A. S., & Friedman, E. H. (1998). Relation of family responsibilities and gender to the productivity and career satisfaction of medical faculty. *Annals of Internal Medicine*, 129, 532-538.
- Carter, F. (1976). *The education of Little Tree*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Case, R. B., Moss, A. J., Case, N., McDermott, M., & Eberly, S. (1992). Living alone after myocardial infarction: Impact on prognosis. *Journal of the American Medical Association*, 267, 515-519.
- Caspi, A., & Silva, P. A. (1995). Temperamental qualities at age three predict personality traits in young adulthood: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Child Development*, 66, 486-492.
- Castiglioni, A. (1941). *A history of medicine*. New York: Knopf.
- Cataldo, K. P., Peeden, K., Geesey, M. E., & Dickerson, L. (2005). Association between Balint training and physician empathy and work satisfaction. *Family Medicine*, 37, 328-331.
- Cattle, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.
- Charon, R. (1993). The narrative road to empathy. En H. Spiro, M. G. McCrea Curnen, E. Peschel, & D. St. James (Eds.), *Empathy and the practice of medicine* (pp. 147-159). New Haven: Yale University Press.

- Charon, R. (2000). Medicine, the novel, and the passage of time. *Annals of Internal Medicine*, 132, 63-68.
- Charon, R. (2001a). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1897-1902.
- Charon, R. (2001b). Narrative medicine: Form, function, and ethics. *Annals of Internal Medicine*, 134, 83-87.
- Charon, R., Greene, M. G., & Adelman, R. (1994). Woman readers, woman doctors: A feminist reader-response theory of medicine. En E. S. More & M. A. Milligan (Eds.), *The empathic practitioner: Empathy, gender, and medicine* (pp. 205-221). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Charon, R., & Montello, M. (2002). *Stories matter: The role of narrative in medical ethics*. New York: Routledge.
- Charon, R., Trautmann Banks, J., Connelly, J. E., Hunsaker Hawkins, A., Montgomery Hunter, K., Hudson Jones, A., Montello, M., & Poirer, S. (1995). Literature in medicine: Contribution to clinical practice. *Annals of Internal Medicine*, 122, 599-606.
- Chartrand, T. L., & Bargh, J. A. (1999). The chameleon effect: The perception-behavior link and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 893-910.
- Chessick, R. D. (1992). *What constitutes the patient in psychotherapy: Alternative approaches to understanding humans*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Chinsky, J. M., & Rappaport, J. (1970). Brief critique of the meaning and reliability of "Accurate Empathy" ratings. *Psychological Bulletin*, 73, 379-382.
- Chismar, D. (1988). Empathy and sympathy: The important difference. *Journal of Value Inquiry*, 22, 257-266.
- Chlopan, B. E., McCain, M. L., Carbonell, J. L., & Hagen, R. L. (1985). Empathy: Review of available measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 635-653.
- Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and sociology of gender*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Chow, K. L., Riesen, A. H., & Newell, F. W. (1957). Degeneration of retinal ganglion cells in infant chimpanzees reared in darkness. *Journal of Comparative Neurology*, 107, 27-42.
- Christenfeld, N., & Gerin, W. (2000). Social support and cardiovascular reactivity. *Biomedicine and Pharmacotherapy*, 54, 251-257.
- Christodoulou, G. N., Lykousras, L. P., Mountaokalakis, T., Voulgari, A., & Stefanis, C. N. (1995). Personalities of psychiatric versus other medical trainees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 330-340.
- Ciechanowski, P. S., Russo, J. E., Katon, W. J., & Walker, F. A. (2004). Attachment theory in health care: The influence of relationship style on medical students' specialty choice. *Medical Education*, 38, 262-270.
- Clark, K. B. (1980). Empathy—a neglected topic in psychological research. *American Psychologist*, 35, 187-190.
- Clearly, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25, 25-36.
- Cleghorn, S. M. (1978). Empathy: Listening with the third ear. *Tennessee Education*, 8, 7-11.
- Cliffordson, C. (2002). The hierarchical structure of empathy: Dimensional organization and relations to social functioning. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 49-59.
- Clouser, K. D. (1990). Humanities in medical education: Some contributions. *Journal of Medical Philosophy*, 15, 289-301.
- Cohen, J. (1987). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S. (1988). Psychological models for the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S. (2004). Social relationship and health. *American Psychologist*, 59, 676-684.
- Cohen, S., & Matthews, K. A. (1987). Social support, type A behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 325-330.

- Coke, J. S., Batson, C. D., & McDavis, K. (1978). Empathic mediation of helping: A two-stage model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 752-766.
- Cole, D. A., Martin, N. C., & Steiger, J. H. (2005). Empirical and conceptual problems with longitudinal trait-state models: Introducing a trait-state-occasion model. *Psychological Methods*, 10, 3-20.
- Coleridge, S. T. (1802). Letter to William Sotheby, Julio 13. En E. L. Griggs (Ed.), *Collected letters of Samuel Taylor Coleridge* (Vol. 2). Oxford, UK: Oxford University Press. (Reimpresión en 1956.)
- Coles, R. (1989). *Call of stories: Teaching and moral imagination*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Collier, V. U., MaCue, J. D., Markus, A., & Smith, L. (2002). Stress in medical residency: status quo after a decade or reform? *Annals of Internal Medicine*, 136, 384-390.
- Colligan, M. J., & Murphy, L. R. (1982). A review of mass psychogenic illness in work settings. En M. J. Colligan, J. W. Pennebaker, & L. R. Murphy (Eds.), *Mass psychogenic illness: A social psychological analysis* (pp. 33-52). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Colligan, M. J., Pennebaker, J. W., & Murphy, L. R. (1982). *Mass psychogenic illness: A social psychological analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Collins, F. S. (1999). Shattuck lecture—medical and societal consequences of the human genome project. *New England Journal of Medicine*, 341, 28-37.
- Colliver, J. A., Willis, M. S., Robbs, R. S., Cohen, D. S., & Swartz, M. H. (1998). Assessment of empathy in a standardized-patient examination. *Teaching and Learning in Medicine*, 10, 8-10.
- Colman, A. M. (2001). *A dictionary of psychology*. London, UK: Oxford University Press.
- Comas-Diaz, L., & Jacobsen, F.M. (1991). Ethnocultural transference and countertransference in the therapeutic dyad. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 392-402.
- Comstock, L. M., Hooper, E. M., Goodwin, J. M., & Goodwin, J. S. (1982). Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. *Journal of Medical Education*, 57, 105-112.
- Connellan, J., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Batki, A., & Ahluwalia, J. (2000). Sex differences in human neonatal social perception. *Infant Behavior & Development*, 23, 113-118.
- Cooper-Patrick, L., Gallo, J. J., & Gonzales, J. J. (1999). Race, gender and partnership in the patient-physician relationship. *Journal of the American Medical Association*, 282, 583-589.
- Costa, P. T., Jr., & McCrea, R. B. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Coulehan, J. L., & Williams, P. (2001). Vanquishing virtue: The impact of medical education. *Academic Medicine*, 76, 598-605.
- Cousins, N. (1985). How patients appraise physicians. *New England Journal of Medicine*, 313, 1422-1424.
- Coutts-van Dijk, L. C., Bray, J. H., Moore, S., & Rogers, J. (1997). Prospective study of how students' humanism and psychosocial beliefs relate to specialty matching. *Academic Medicine*, 72, 1106-1108.
- Coutts, L. C., & Rogers, J. C. (2000). Humanism: Is its evaluation captured in commonly used performance measures? *Teaching and Learning in Medicine*, 12, 28-32.
- Crabb, W. T., Moracco, J. C., & Bender, R. C. (1983). A comparative study of empathy training with programmed instruction for lay helpers. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 221-226.
- Cristy, B. L. (2001). Wounded healer: The impact of a therapist's illness on the therapeutic situation. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 29, 33-42.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Cross, D. G., & Sharpley, C. F. (1982). Measurement of empathy with the Hogan Empathy Scale. *Psychological Reports*, 50, 62.
- Crouse, B. B., & Mehrabian, A. (1977). Affiliation of opposite-sex strangers. *Journal of Research in Personality*, 11, 38-47.
- Cummings, S. A., Savitz, L. A., & Konrad, T. R. (2001). Reported response rates to mailed physician questionnaires. *Health Sciences Research*, 35, 1347-1355.

- Cyphert, F. R., & Gant, W. L. (1970). The Delphi technique: A tool for collecting opinions in teacher education. *The Journal of Teacher Education*, 21, 417-425.
- Dalton, R., Sunblad, L., & Hylbert, S. (1976). Using principles of social learning in training for communication in empathy. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 454-457.
- Damasio, A. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, sorrow and the feeling brain*. New York: Harcourt Brace.
- Damasio, H., Grabowski, T., Frank, R., Galaburda, A. M., & Damasio, A. R. (1994). The return of Phineas Gage: Clues about the brain from the skull of a famous patient. *Science*, 264, 1102-1105.
- Darwin, C. (1965). *The expression of emotion in man and animals*. New York: St. Martin's Press. (Originally published in 1872.)
- Darwin, C. (1981). *The descent of man, and selection in relation to sex*. Princeton University Press. (Originally published in 1871.)
- DasGupta, S., & Charon, R. (2004). Personal illness narratives: Using reflective writing to teach empathy. *Academic Medicine*, 79, 351-356.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Davis, M. H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Boulder, CO Westview.
- Davis, M. H., & Franzoi, S. L. (1991). Stability and change in adolescent self-consciousness and empathy. *Journal of Research in Personality*, 25, 70-87.
- Davis, M. H., Luce, C., & Kraus, S. J. (1994). The heritability of characteristics associated with dispositional empathy. *Journal of Personality*, 62, 369-391.
- Davis, M. R. (1985). Perception of affective reverberation component. En A. P. Goldstein & G. Y. Michaels (Eds.), *Empathy: Development, training, and consequences* (pp. 62-108). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Davis, M. S. (1968). Physiological, psychological and demographic factors in patient compliance with doctor's orders. *Medical Care*, 6, 115-122.
- Davison, A. N., & Peters, A. (1970). *Myelination*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Dawes, R. M. (1999). A message from psychologists to economists: Mere predictability doesn't matter like it should (without a good story appended to it). *Journal of Economic Behavior & Organization*, 39, 20-40.
- Dawkins, R. (1999). *The selfish gene*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Dawson, G. (1994). Development of emotional expression and emotion regulation in infancy: Contribution of the frontal lobe. En G. Dawson & K.W. Fischer (Eds.), *Human behavior and the developing brain* (pp. 346-379). New York: Guilford.
- Day, S. C., Norcini, J. J., Shea, J. A., & Benson, J. A. Jr. (1989). Gender differences in clinical competence of residents in internal medicine. *Journal of General Internal Medicine*, 4, 309-312.
- De Quervain, D. J. F., Fischbacher, U., Treyer, V., Schellhammer, M., Schnyder, U., Buck, A., & Fehr, E. (2004). The neutral basis of altruistic punishment. *Science*, 305, 1254-1258.
- Deardroff, P. A., Finch, A. J. Jr, Kendall, P. C., Liran, F., & Indrisano, V. (1975). Empathy and socialization in repeat offenders, first offenders, and normals. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 453-455.
- Deardroff, P. A., Kendall, P. C., Finch, A. J., Jr., & Sitartz, A. M. (1977). Empathy, locus and control and anxiety in college students. *Psychological Reports*, 40, 1236-1238.
- DeCasper, A. J., & Fifer, W. P. (1980). Of human bonding: Newborns prefer their mothers' voices. *Science*, 208, 1174-1176.
- DeCasper, A. J., & Prescott, P. A. (1984). Human newborn's perception of male voices' preference, discrimination, and reinforcing value. *Developmental Psychology*, 17, 481-491.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavior and Cognitive Neuroscience Review*, 3, 71-100.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2006). A social-neuroscience perspective on empathy. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 54-58.

- DeKruif (1926). *Microb hunters*. New York: Harcourt, Brace.
- Demos, E. V. (1988). Affect and the development of self: A new frontier. En A. Goldberg (Ed.), *Frontiers in self psychology: Progress in self psychology* (Vol. 3, pp. 27-33). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- D'Orazio, D. M. (2004). Letter to the editor. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 173-174.
- DeValck, C., Bensing, J., Bruynooghe, R., & Batenburg, V. (2001). Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine. *Patient Education and Counseling*, 45, 119-126.
- Di Blasi, Z., Harkness, E. E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effect on health outcomes: A systematic review. *Lancet*, 357, 762.
- Dillard, J. P., & Hunter, J. E. (1989). On the use and interpretation of the Emotional Empathy Scale, the Self-Consciousness Scale, and the Self-Monitoring Scale. *Communication Research*, 16, 104-129.
- DiLollo, V., & Berger, S. M. (1965). Effect of apparent pain in others on observers' reaction time. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 573-575.
- DiMascio, A., Boyd, R. W., & Greenblatt, M. (1957). Physiological correlates of tension and antagonism during psychotherapy: A study of "interpersonal physiology." *Psychosomatic Medicine*, 19, 99-104.
- DiMatteo, M. R. (1979). A social-psychological analysis of physician-patient rapport toward a science of the art of medicine. *Journal of Social Issues*, 35, 12-33.
- DiMatteo, M. R., Hays, R. D., & Prince, L. M. (1986). Relationship of physicians' nonverbal communication skills to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. *Health Psychology*, 5, 581-594.
- DiMatteo, M. R., Prince, L. M., & Taranta, A. (1979). Patients' perceptions of physicians' behavior: Determinants of patient commitment to the therapeutic relationship. *Journal of Community Health*, 4, 280-290.
- DiMatteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., Kaplan, S., & Rogers, W. H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology*, 12, 93-102.
- DiMatteo, M. R., Taranta, A., Friedman, H. S., & Prince, L. M. (1980). Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical Care*, 17, 376-387.
- Diseker, R. A., & Michielutte, R. (1981). An analysis of empathy in medical students before and following clinical experience. *Journal of Medical Education*, 56, 1004-1010.
- Divinagarcia, R. M., Harkin, T. J., Bonk, S., & Schluger, N.W. (1998). Screening by specialists to reduce unnecessary test ordering in patients evaluated for tuberculosis. *Chest*, 114, 664-666.
- Downie, R. S. (1991). Literature and medicine. *Journal of Medical Ethics*, 17, 93-96.
- Dubnicki, C. (1977). Relationship among therapist empathy and authoritarianism. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 45, 958-959.
- Duff, P. (2002). Professionalism in medicine: An A-Z primer. *Obstetrics and Gynecology*, 99, 1127-1128.
- Dunstone, D. C., & Reames, H. R. J. (2001). Physician satisfaction revisited. *Social Science & Medicine*, 52, 825-837.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*, (J. A. Spauling & G. Simpson, Trans.). Glencoe, IL: Free Press.
- Dymond, R. F. (1949). A scale for the measurement of empathic ability. *Journal of Consulting Psychology*, 13, 127-133.
- Dymond, R. F. (1950). Personality and empathy. *Journal of Counseling Psychology*, 14, 343-350.
- Eagly, A. H. (1995). The science and politics of comparing women and men. *American Psychologist*, 50, 145-158.
- Eagly, A. H., & Crowley, M. (1986). Gender and helping behavior: A meta-analytic review of the social psychological literature. *Psychological Bulletin*, 100, 283-308.
- Eagly, A. H., & Steffen, V. J. (1986). Gender and aggressive behavior: A meta-analytic review of the social psychological literature. *Psychological Bulletin*, 100, 309-330.

- Edwards, A. L. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research*. New York: Dryden.
- Edwards, M. T., & Zimet, C. N. (1976). Problems and concerns among medical students. *Journal of Medical Education*, 51, 619-625.
- Egan, G. (1975). *The skilled helper*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Egolf, B., Lasker, J., Wolf, S., & Potvin, L. (1992). Featuring health risks and mortality: The Rosato effect, a 50-year comparison of mortality rates. *American Journal of Public Health*, 82, 1089-1092.
- Ehrlich, C. H., & Jaffe, C. (2002). Social support for dying. En J. D., Morgan (Ed.), *Social support: A reflection of humanity* (pp. 17-31). Amityville, NY: Baywood Publishing.
- Eibel-Eibesfeldt, I. (1979). *The biology of peace and war*. New York: Viking.
- Eisenberg-Berg, N., & Lennon, R. (1980). Altruism and the assessment of empathy in the preschool years. *Child Development*, 51, 552-557.
- Eisenberg-Berg, N., & Mussen, P. (1978). Empathy and moral development in adolescence. *Developmental Psychology*, 14, 185-186.
- Eisenberg, N. (1989). *Empathy and related emotional responses* (Vol. 44). San Francisco: Jossey-Bass.
- Eisenberg, N. (1983). The relation between empathy and altruism: Conceptual and methodological issues. *Academic Psychology Bulletin*, 5, 195-208.
- Eisenberg, N., & Lennon, R. (1983). Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin*, 94, 100-131.
- Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 101, 91-119.
- Eisenberg, N., & Strayer, J. (1987a). Critical issues in the study of empathy. En N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 3-13). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Eisenberg, N., & Strayer, J. (1987b). *Empathy and its development*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Eisenthal, S. E., Emery, R., Lazare, A., & Udin, H. (1979). Adherence and negotiated approach in patienthood. *Archives of General Psychiatry*, 36, 393-398.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1974). Detecting deception from the body or face. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 288-298.
- Elizur, A., & Rosenheim, E. (1982). Empathy and attitudes among medical students: The effects of group experience. *Journal of Medical Education*, 57, 675-683.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G. L. (1990). The essence of the biopsychosocial model: From 17th to 20th century science. In H. Balner (Ed.), *A challenge for biomedicine?* (pp. 13-18). Amsterdam and Rockland, MA: Swets & Zeitlinger, Inc.
- Engler, C. M., Saltzman, G. A., Walker, M. L., & Wolf, F. M. (1981). Medical student acquisition and retention of communication and interviewing skills. *Journal of Medical Education*, 56, 572-579.
- Entman, S. S., Glass, C. A., Hickson, G. B., Githens, P. B., Whetten-Goldstein, K., & Sloan, F. A. (1994). The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric care. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1588-1591.
- Erera, P. I. (1997). Empathy training for helping professionals: Model and evaluation. *Journal of Social Work Education*, 33, 245-260.
- Eron, L. D. (1958). The effect of medical education on attitudes: A follow-up study. *Journal of Medical Education*, 33, 25-33.
- Eslinger, P. J. (1998). Neurological and neuropsychological bases of empathy. *European Neurology*, 93, 193-199.

- Eslinger, P. J., Satish, U., & Grattan, L. M. (1996). Alterations in cognitive- and affective-based empathy after cerebral damage. *Journal of International Neuropsychological Society*, 2, 15-16.
- Evans, B. J., Stanley, R. O., & Burrows, G. D. (1993). Measuring medical students' empathy skills. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 121-133.
- Fahrbach, S. E., Morrell, I. I., & Pfaff, D. W. (1985). Role of oxytocin in the onset of estrogen-facilitated maternal behavior. En J. A. Amico & A. G. Robinson (Eds.), *Oxytocin: Clinical and laboratory studies* (pp. 372-388). Amsterdam: Elsevier.
- Falvo, D., & Tippy, P. (1988). Communicating information to patients. Patient satisfaction and adherence as associated with resident skill. *Journal of Family Medicine*, 643-647.
- Farber, N. J., Novack, D. H., & O'Brien, M. K. (1997). Love, boundaries, and the patient-physician relationship. *Archives of Internal Medicine*, 157, 2291-2294.
- Feighny, K. M., Arnold, L., Monaco, M., Munro, S., & Earl, B. (1998). En pursuit of empathy and its relation to physician communication skills: Multidimensional empathy training for medical students. *Annals of Behavioral Science and Medical Education*, 5, 13-21.
- Feldman, C., & Kornfield, J. (1991). *Stories of the spirit, stories of the heart*. New York: Harper Collins.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: W. W. Norton.
- Feshbach, N. D. (1982). Sex differences in empathy and social behavior in children. En N. Eisenberg (Ed.), *The development of prosocial behavior* (pp. 315-338). New York: Academic Press.
- Feshbach, N. D. (1989). Empathy training and prosocial behavior. En J. Groebel & R. A. Hinde (Eds.), *Aggression and war: Their biological and social bases* (pp. 101-111). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Feshbach, N. D., & Roe, K. (1968). Empathy in six and seven year olds. *Child Development*, 39, 133-145.
- Festinger, L. (1964). *Conflict, decision, and dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Feudtner, C., Christakis, D. A., & Christakis, N. A. (1994). Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perception of their ethical environment and personal development. *Academic Medicine*, 69, 670-679.
- Ficklin, F. L., Browne, V. L., Powell, R. C., & Carter, J. E. (1988). Faculty and house staff members as role models. *Journal of Medical Education*, 63, 392-396.
- Fifer, W. P., & Moon, C. M. (1994). The role of mother's voice in the organization of brain function in the newborn. *Acta Pædiatrica Scandinavica*, 397, 86-93.
- Fine, V. K., & Therrien, M. E. (1977). Empathy in the doctor-patient relationship: Skill training for medical students. *Journal of Medical Education*, 52, 752-757.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, R. H. (1999). Scholarship, humanism, and the young physician. *Academic Medicine*, 74, 646-651.
- Flagler, E. (1997). Narrative ethics: A means to enrich medical education. *Annals of the Royal College of Physicians & Surgeons of Canada*, 30, 217-220.
- Flores, G. (2002). Mad scientists, compassionate healers, and greedy egotists: The portrayal of physicians in the movies. *Journal of the American Medical Association*, 94, 635-658.
- Flores, G., Gee, D., & Kastner, B. (2000). The teaching of cultural issues in US and Canadian medical schools. *Academic Medicine*, 75, 451-455.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.
- Forsythe, M., Calnan, M., & Wall, B. (1999). Doctors as patients: Postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *British Medical Journal*, 319, 605-608.
- Fox, C. M., Harper, A. P., Hyner, G. C., & Lyle, R. M. (1994). Loneliness, emotional expression, marital quality and major life events in women who developed breast cancer. *Journal of Community Health*, 19, 467-482.

- Frances, A., First, M. B., & Pincus, H. A. (1995). *DSM-IV guidebook*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Francis, V., & Morris, M. (1969). Gaps in doctor-patient communication: Patients' response to medical advice. *The New England Journal of Medicine*, 280, 535-540.
- Frank, E., & Harvey, L. K. (1996). Preventive advice rates of women and men physicians. *Archives of Family Medicine*, 5, 215-219.
- Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Maytan, M., & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: A community-based longitudinal study. *Lancet*, 355, 1315-1319.
- Free, N. K., Green, B. L., Grace, M. C., Chernus, L. A., & Whitman, R. M. (1985). Empathy and outcome in brief focal dynamic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 142, 917-921.
- Freemon, B., Negrete, V. F., Davis, M., & Korsch, B. M. (1971). Gaps in doctor-patient communication: Doctor-patient interaction analysis. *Pediatric Research*, 5, 298-311.
- Frenk, J. (1998). Medical care and health improvement: The critical link. *Annals of Internal Medicine*, 129, 419-420.
- Fretz, B. R. (1966). Postural movement in a counseling dyad. *Journal of Counseling Psychology*, 13, 343.
- Freud, S. (1955). Group psychology and the analysis of the ego. En J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 18). London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (Trabajo original publicado en 1921.)
- Freud, S. (1958a). Recommendation to physicians practicing psychoanalysis. En J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 109-120). London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (Trabajo original publicado en 1912.)
- Freud, S. (1958b). On beginning the treatment. En J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. (Vol. 12, pp. 121-144). London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (Trabajo original publicado en 1913.)
- Freud, S. (1960). Jokes and their relation to the unconscious. En J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Entire Vol. 8). London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (Trabajo original publicado en 1905.)
- Freud, S. (1964). An outline of psychoanalysis. En J. Strachey, J. (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 139-301). London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (Trabajo original publicado en 1938.)
- Friedman, E. (1990). The perils of detachment. *Health Care Forum Journal*, 33, 9-10.
- Friedman, H. S., Prince, L. M., Riggio, R. E., & DiMatteo, M. R. (1980). Understanding and assessing nonverbal expressiveness: The affective communication test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 333-351.
- Frodi, A., & Macauley, J. (1977). Are women always less aggressive than men? A review of the experimental literature. *Psychological Bulletin*, 84, 634-660.
- Fruen, M., Rothman, A., & Steiner, J. (1974). Comparisons of characteristics of male and female medical school applicants. *Journal of Medical Education*, 49, 137-145.
- Fussel, F. W. & Bonney, W. C. (1990). A comparative study of childhood experience of psychotherapists and physicists: Implications for clinical practice. *Psychotherapy*, 27, 505-512.
- Gabbard, G. O. (1994). On love and lust in erotic transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 385-403.
- Gabbard, G. O., & Nadelson, C. (1995). Professional boundaries in the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1445-1449.
- Galanter, M., Talbott, D., Gallegos, K., & Rubenstone, E. (1990). Combined alcoholics anonymous and professional care for addicted physicians. *American Journal of Psychiatry*, 147, 64-68.
- Gallese, V. (2001). The 'shared manifold' hypothesis: From mirror neurons to empathy. *Journal of Consciousness Studies*, 8, 33-50.

- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36, 171-180.
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L., & Rizzolatti, G. (1996). Action cognition in the premotor cortex. *Brain*, 119, 593-609.
- Gallese, V., Keysers, C., & Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 8, 394-403.
- Gartrell, N., Herman, J., Olarte, S., Feldstein, M., & Localio, R. (1986). Psychiatrist-patient sexual contact: Results of a national survey. I: Prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1126-1131.
- Gaufberg, E. H., Joseph, R. C., Pels, R. J., Wyshak, G., Wieman, D., & Nadelson, C. C. (2001). Psychosocial training in U.S. internal medicine and family practice residency programs. *Academic Medicine*, 76, 738-742.
- Geisinger, K. F. (1994). Cross-cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*, 6, 304-312.
- Geller, G., Tambor, E. S., Chase, G. A., & Holtzman, N. A. (1993). Measuring physicians' tolerance for ambiguity and its relationship to their reported practices regarding genetic testing. *Medical Care*, 31, 989-1001.
- Gendreau, P., Burke, D. M., & Grant, B. A. (1980). A second evaluation of the Rideau inmate volunteer program. *Canadian Journal of Criminology*, 22, 66-77.
- Gianakos, D. (1996). Empathy revisited. *Archives of Internal Medicine*, 156, 135-136.
- Gibson, E. J., & Walk, R. D. (1960). The visual cliff. *Scientific American*, 202, 64-71.
- Gillberg, C. (1992). The Emanuel Miller memorial lecture 1991: Autism and autistic-like conditions: Subclasses among disorders of empathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 813-842.
- Gillberg, C. (1996). The long-term outcome of childhood empathy disorders. *European Child, and Adolescent Psychiatry*, 5 (Suppl.), 52-56.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Girgis, A., & Sanson-Fisher, R. W. (1995). Breaking bad news: Consensus guidelines for medical practitioners. *Journal of Clinical Oncology*, 13, 2449-2456.
- Gladding, S. T. (1978). Empathy, gender, and training as factors in the identification of normal infant cry-signals. *Perceptual & Motor Skills*, 47, 267-270.
- Gladstein, G. A. (1977). Empathy and counseling outcome: An empirical and conceptual review. *The Counseling Psychologist*, 6, 70-79.
- Gladstein, G. & Feldstein, J. (1983). Using film to increase counselor empathic experiences. *Counselor Education and Supervision*, 23, 125-131.
- Gladstein, G. A., and associates (1987). *Empathy and counseling: Explorations in theory and research*. New York: Springer-Verlag.
- Glaser, K., Hojat, M., Veloski, J. J., Blacklow, R. S., & Goepp, C. E. (2004). Science, verbal, or quantitative skills: Which is the most important predictor of physician competence? *Educational and Psychological Measurement*, 52, 395-406.
- Glaser, K., Markham, F. W., Adler, H. M., McManus, P. R., & Hojat, M. (2005). Patients' perceptions of their physicians' empathy and physicians' scores on the Jefferson Scale of Physician Empathy. Manuscript submitted for publication.
- Glynn, L. M., Christenfeld, N., & Gerin, W. (1999). Gender, social support, and cardiovascular response to stress. *Psychosomatic Medicine*, 61, 234-242.
- Goldberg, P. E. (2000). The physician-patient relationship: Three psychodynamic concepts that can be applied to primary care. *Archives of Family Medicine*, 9, 1164-1168.
- Golden, L. (1992). *Aristotle on tragic and comic mimesis*. Atlanta, GA: Scholars Press.
- Golden, T. (2002). Acknowledging the masculine and feminine in offering support. En J. D. Morgan (Ed.), *Social support: A reflection of humanity* (pp. 73-84). Amityville, NY: Baywood Publishing.

- Goldstein, A. P., & Michaels, G. Y. (1985). *Empathy: Development, training, and consequences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than I.Q.* New York: Bantam Books.
- Gonnella, J. S., & Hojat, M. (2001). Biotechnology and ethics in medical education of the new millennium: Physician roles and responsibilities. *Medical Teacher*, 23, 371-377.
- Gonnella, J. S., Hojat, M., Erdmann, J. B., & Veloski, J. J. (1993a). What have we learned, and where do we go from here? *Academic Medicine*, (Suppl.) 68, S79-S87.
- Gonnella, J. S., Hojat, M., Erdmann, J. B., & Veloski, J. J. (1993b). What have we learned, and where do we go from here? En J. S. Gonnella, M. Hojat, J. B. Erdmann, & J. J. Veloski (Eds.), *Assessment measures in medical school, residency, and practice: The connections* (pp. 155-173). New York: Springer.
- Good, R. S. (1972). After office hours: The third ear. *Obstetrics & Gynecology*, 40, 760-762.
- Goodchild, C. E., Skinner, T. C., & Parkin, T. (2005). The value of empathy in dietetic consultation: A pilot study to investigate its effect on satisfaction, autonomy and agreement. *Journal of Human Nutrition and Diet*, 18, 181-185.
- Goodwin, J. S., Hunt, W. C., Key, C. R., & Samet, J. M. (1987). The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 258, 3125-3130.
- Gorsuch, R. L. (1974). *Factor analysis*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Goubert, L., Craig, K.D., Vervoort, T., Morley, S., Sullivan, M.J. L., Williams, A. C. C., Cano, A., & Crombez, G. (2005). Facing others in pain: The effects of empathy. *Pain*, 118, 285-288.
- Gough, H. G., & Hall, W. B. (1977). A comparison of physicians who did or did not respond to a postal questionnaire. *Journal of Applied Psychology*, 62, 777-780.
- Gould, S. J. (1981). *The mismeasurement of man*. New York: W. W. Norton.
- Grant, J. P. (1991). *The state of the world's children*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Grattan, L. M., & Eslinger, P. J. (1989). Higher cognitive and social behavior: Changes in cognitive flexibility and empathy after lesions. *Neuropsychology*, 3, 185.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliot, R., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy*, 38, 380-384.
- Greenson, R. R. (1960). Empathy and its vicissitudes. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 418-424.
- Greenson, R. (1967). *The techniques and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Greif, E. B., & Hogan, R. (1973). The theory and measurement of empathy. *Journal of Counseling Psychology*, 20, 280-284.
- Gross, E. B. (1992). Gender difference in physician stress. *Journal of the American Medical Women's Association*, 29, 57-68.
- Gruen, R. J., & Mendelsohn, G. (1986). Emotional responses to affective displays in others: The distinction between empathy and sympathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 609-614.
- Gruin, P., Peng, T., Lopez, G., & Nagda, B. A. (1999). Context, identity, and intergroup relations. En D. A. Prentice & D. T. Miller (Eds.), *Cultural divides: Understanding and overcoming group conflict* (pp. 133-172). New York: Russell Sage Foundation.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 1417-1432.
- Gulanick, N., & Schmeck, R. (1977). Modeling praise and criticism in teaching empathic responding. *Counselor Education and Supervision*, 16, 284-290.
- Gustafson, J. P. (1986). *The complex secret of brief psychotherapy*. New York: W. W. Norton.
- Guttman, H., & Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in family context. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 448-455.

- Guzzetta, R. A. (1976). Acquisition and transfer of empathy by the parents of early adolescents through structured learning training. *Journal of Community Psychology*, 23, 449-453.
- Hall, E. T. (1966). *The hidden dimension*. Garden City, NJ: Doubleday.
- Hall, J. A. (1978). Gender effects in decoding nonverbal cues. *Psychological Bulletin*, 85, 845-857.
- Hall, J. A. (1985). *Nonverbal sex differences*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1988). Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction level. *Social Science & Medicine*, 27, 637-644.
- Hall, J. A., Irish, J. T., Roter, D. L., Ehrlich, C. M., & Miller, L. H. (1994). Gender in medical encounters: An analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychology*, 13, 384-392.
- Hall, J. A., Roter, D. L., & Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26, 657-675.
- Halpern, J. (2001). *From detached concern to empathy: Humanizing medical practice*. New York: Oxford University Press.
- Hamilton, N. G. (1984). Empathic understanding. En J. Lichtenberg, M. Bornstein, & D. Silver (Eds.), *Empathy II* (pp. 217-222). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Hamilton, W. D. (1964). The genetic evolution of social behavior. *Journal of Theoretical Biology*, 7, 1-52.
- Haney, C., Banks, C., & Zimbardo, P. (1973). Interpersonal dynamics in a simulated prison. *International Journal of Criminology and Penology*, 1, 69-97.
- Hari, R., Forss, N., Avikainen, S., Kirveskari, E., Salenius, S., & Rizzolatti, G. (1998). Activation of human primary motor cortex during action observation: A neuromagnetic study. *Proceedings of the National Academy of Science*, 95, 15061-15065.
- Harrigan, J. A., & Rosenthal, R. (1983). Physicians' head and body position as determinants of perceived rapport. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 496-509.
- Harsch, H. H. (1989). The role of empathy in medical students' choice of specialty. *Academic Psychiatry*, 13, 96-98.
- Hartup, W. W., & Stevens, N. (1999). Friendships and adaptation across the life span. *American Psychological Society*, 8, 76-79.
- Hass, J. S., Cook, E. F., Puopolo, A. L., Burnstin, H. R., Clearly, P. D., & Brennan, T. A. (2000). Is professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *Journal of General Internal Medicine*, 15, 122-128.
- Hasse, R. F., & Tepper, D. T., Jr. (1972). Nonverbal components of empathic communication. *Journal of Counseling Psychology*, 19, 417-424.
- Hatcher, S. L., Nadeau, M. S., Walsh, L. K., Reynolds, M., Gala, J., & Marz, K. (1994). The teaching of empathy for high school and college students: Testing Rogerian methods with the Interpersonal Reactivity Index. *Adolescence*, 29, 961-974.
- Hebb, D. (1946). *The organization of behaviour*. New York: John Wiley & Sons.
- Heilman, K. M., Scholes, R., & Watson, R. T. (1975). Auditory affective agnosia: Disturbed comprehension of affective speech. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 38, 69-72.
- Hekmat, H., Khajavi, F., & Mehryar, A. H. (1974). Psychoticism, neuroticism, and extraversion: The personality determinants of empathy. *Journal of Clinical Psychology*, 30, 559-561.
- Hekmat, H., Khajavi, F., & Mehryar, A. H. (1975). Some personality correlates of empathy. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 43, 89.
- Henderson, J. T., & Weisman, C. S. (2001). Physician gender effects on preventive screening and counseling: An analysis of male and female patients' health care experiences. *Medical Care*, 39, 1281-1292.
- Henderson, S. (1974). Care-eliciting behavior in man. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 172-181.
- Hennen, B. K. (1975). Continuity of care in family practice. *The Journal of Family Practice*, 2, 371-372.

- Henry-Tillman, R., Deloney, L. A., Savidge, M., Graham, C. J., & Klimberg, S. (2002). The medical student as patient navigator as an approach to teaching empathy. *The American Journal of Surgery*, 183, 659-662.
- Herman, J. (2000). Reading for empathy. *Medical Hypotheses*, 54, 167-168.
- Hess, U., Blairy, S., & Phillippot, P. (1999). Facial mimicry. En P. Phillippot, R. Feldman, & E. Coats (Eds.), *The social context of nonverbal behavior* (pp. 213-241). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hickson, G. B., Clayton, E. W., Entman, S. S., Miller, C. S., Githens, P. B., Whetten-Goldstein, K., & Sloan, F. A. (1994). Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1583-1587.
- Hickson, G. B., Clayton, E. W., Githens, P. B., & Sloan, F. A. (1992). Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. *Journal of the American Medical Association*, 267, 1359-1363.
- Hinshelwood, R. (1989). *A dictionary of Kleinian thought*. London: Free Association Press.
- Hirshberg, C., & Barasch, M. I. (1995). *Remarkable recovery*. New York: Riverside Books.
- Hislop, T. G., Waxler, N. E., Coldman, A. J., Elwood, J. M., & Kan, L. (1987). The prognostic significance of psychosocial factors in women with breast cancer. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 729-735.
- Hittelman, J. H., & Dickes, R. (1979). Sex differences in neonatal eye contact time. *Merrill-Pamler Quarterly*, 25, 171-184.
- Hodges, S. D., & Wegner, D. M. (1997). Automatic and controlled empathy. En W. Ickes (Ed.), *Empathic accuracy* (pp. 311-339). New York: Guilford.
- Hoffman, M. L. (1977). Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 84, 712-722.
- Hoffman, M. L. (1978). Psychological and biological perspectives on altruism. *International Journal of Behavioral Development*, 1, 323-339.
- Hoffman, M. L. (1981). The development of empathy. En J. Rushton & R. Sorrentino (Eds.), *Altruism and helping behavior: Social personality and developmental perspectives* (pp. 41-63). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hoffman, M. L. (1982). The measurement of empathy. En C. E. Izard (Ed.), *Measuring emotions in infants and children* (pp. 279-296). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307-316.
- Hogan, R. (1976). Moral conduct and moral character: A psychological perspective. *Psychological Bulletin*, 79, 217-232.
- Hogan, R., & Dickstein, E. (1972). A measure of moral value. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 210-214.
- Hogan, R., & Mankin, D. (1970). Determinants of interpersonal attraction: A clarification. *Psychological Reports*, 26, 235-238.
- Hogan, R., & Weiss, D. S. (1974). Personality correlates of superior academic achievement. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 144-151.
- Hojat, M. (1982a). Loneliness as a function of selected personality variables. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 137-141.
- Hojat, M. (1982b). Psychometric characteristics of the UCLA Loneliness Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 42, 917-925.
- Hojat, M. (1983). Comparison of transitory and chronic loners on selected personality variables. *British Journal of Psychology*, 74, 199-202.
- Hojat, M. (1992). Social and economic factors in patients with coronary disease. *Journal of the American Medical Association*, 268, 195-196.
- Hojat, M. (1993). The world's declaration of the rights of the child: Anticipated challenges. *Psychological Reports*, 72, 1011-1022.
- Hojat, M. (1995). Developmental pathways to violence: A psychodynamic paradigm. *Peace Psychology Review*, 1, 177-196.

- Hojat, M. (1996). Perception of maternal availability in childhood and selected psychosocial characteristics in adulthood. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 122, 425-450.
- Hojat, M. (1997). The U.N. Convention: Lost in the clash of adverse opinions. *American Psychologist*, 52, 1384-1385.
- Hojat, M. (1998). Satisfaction with early relationships with parents and psychosocial attributes in adulthood: Which parent contributes more? *Journal of General Psychology*, 159, 203-220.
- Hojat, M., Borenstein, B. D., & Shapurian, R. (1990). Perception of childhood dissatisfaction with parents and selected personality traits in adulthood. *The Journal of Genetic Psychology*, 117, 241-253.
- Hojat, M., & Crandall, R. (Eds.) Hojat, M. & Crandall, R. (1989). *Loneliness: Theory, research, and applications*. Newbury, CA: Sage.
- Hojat, M., Erdmann, J. B., Veloski, J. J., Nasca, T. J., Callahan, C., Julian, E., & Peck, J. (2000a). A validity study of the writing sample section of the Medical College Admission Test. *Academic Medicine*, 75, S25-S27.
- Hojat, M., Fields, S. K., Rattner, S. L., Griffiths, M., Cohen, M. J. M., & Plumb, J. (1997). Attitudes toward the physician-nurse alliance: Comparisons of medical and nursing students. *Academic Medicine*, 72, 1-3.
- Hojat, M., Glaser, K., Xu, G., Veloski, J. J., & Christian, E. B. (1999). Gender comparisons of medical students' psychosocial profile. *Medical Education*, 33, 342-349.
- Hojat, M., Glaser, K. M., & Veloski, J. J. (1996). Associations between selected psychosocial attributes and ratings of physician competence. *Academic Medicine*, 71, S103-S105.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Rattner, S. L., Veloski, J. J., Glaser, K., & Xu, G. (2000b). Gender comparisons of income expectations in the USA at the beginning of medical school during the past twenty-eight years. *Social Science & Medicine*, 50, 1665-1672.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Veloski, J. J., Louis, D. Z., Nasca, T. J., & Rattner, S. L. (2000c). Physicians' perceptions of the changing health care system: Comparisons by gender and specialties. *Journal of Community Health*, 25, 455-471.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., & Vogel, W. H. (2003). Medical students' cognitive appraisal of stressful life events as related to personality, physical well-being, and academic performance: A longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 35, 219-235.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., & Magee, M. (2003a). Physician empathy in medical education and practice: Experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Seminars in Integrative Medicine*, 1, 25-41.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., Veloski, J. J., Erdmann, J. B., Callahan, E. J., & Magee, M. (2002a). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence, and gender. *Medical Education*, 36, 522-527.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloski, J. J., & Magee, M. (2002b). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine*, 77, S58-S80.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloski, J. J., & Magee, M. (2002c). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine*, 77, S58-S60.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002d). Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1563-1569.
- Hojat, M., & Herman, M.W. (1985). Developing an instrument to measure attitudes toward nurses: Preliminary psychometric findings. *Psychological Reports*, 56, 571-579.
- Hojat, M., Mangione, S., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Veloski, J. J., & Kane, G. (2001a). Empathy in medical education and patient care [Letter to the editor]; *Academic Medicine*, 76, 669-670.
- Hojat, M., Mangione, S., Kane, G., & Gonnella, J. S. (2005a). Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Medical Teacher*, 27, 625-628.

- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Veloski, J. J., & Magee, M. (2001b). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61, 349-365.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S. L., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S., & Magee, M. (2004). An empirical study of decline of empathy in medical school. *Medical Education*, 38, 934-941.
- Hojat, M., Nasca, T. J., Magee, M., Feeney, K., Pascual, R., Urbano, F., & Gonnella, J. S. (1999a). A comparison of the personality profiles of internal medicine residents, physician role models, and the general population. *Academic Medicine*, 74, 54-60.
- Hojat, M., Robeson, M., Damjanov, I., Veloski, J. J., Glaser, K., & Gonnella, J. S. (1993). Students' psychosocial characteristics as predictors of academic performance in medical school. *Academic Medicine*, 68, 635-637.
- Hojat, M., Robeson, M., Veloski, J. J., Blacklow, R. S., Xu, G., & Gonnella, J. S. (1994). Gender comparisons prior to, during, and after medical school using two decades of longitudinal data at Jefferson Medical College. *Evaluation and the Health Professions*, 17, 290-306.
- Hojat, M., Samuel, S., & Thompson, T. L. (1995). Searching for the lost key under the light of biomedicine: A triangular biopsychosocial paradigm may cast additional light on medical education, research and patient care. En S. K. Majumdar, L. M. Rosenfeld, D. B. Nash, & A. M. Audet (Eds.), *Medicine & health care into the 21st century* (pp. 310-325). Easton, PA: Pennsylvania Academy of Science.
- Hojat, M., & Shapurian, R. (1986). Anxiety and its measurement: A study of psychometric characteristics of a short form of the Taylor Manifest Anxiety Scale in Iranian students. *Journal of Social Behavior and Personality*, 1, 621-630.
- Hojat, M., Shapurian, R., Foroughi, D., Nayerahmadi, H., Farzaneh, M., Shafieyan, M., & Parsi, M. (2000). Gender differences in traditional attitudes toward marriage and the family: An empirical study of Iranian immigrants in the United States. *Journal of Family Issues*, 21, 419-434.
- Hojat, M., Shapurian, R., Nayerahmadi, H., Farzaneh, M., Foroughi, D., Parsi, M., & Azizi, M. (1999). Premarital sexual, childrearing, and family attitudes of Iranian men and women in the United States and in Iran. *Journal of Psychology*, 133, 19-31.
- Hojat, M., Shapurian, R., & Mehryar, A.H. (1986). Psychometric properties of a Persian version of the short form of the Beck Depression Inventory. *Psychological Reports*, 59, 331-338.
- Hojat, M., Veloski, J. J., Louis, D. Z., Xu, G., Ibarra, D., Gottlieb, J. E., & Erdmann, J. B. (1999b). Perceptions of medical seniors of the current changes in the United States health care system. *Evaluation and the Health Professions*, 22, 169-183.
- Hojat, M., Veloski, J. J., & Zeleznik, C. (1985). Predictive validity of the MCAT for students with two sets of scores. *Journal of Medical Education*, 60, 911-918.
- Hojat, M., & Vogel, W. H. (1989). Socioemotional bonding and neurobiochemistry. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 135-144.
- Hojat, M., Vogel, W. H., Zeleznik, C., & Borenstein, B. D. (1988). Effects of academic and psychosocial predictors of performance in medical school on coefficients of determination. *Psychological Reports*, 63, 383-394.
- Hojat, M., & Xu, G. (2004). A visitor's guide to effect sizes: Statistical versus practical (clinical) importance of research findings. *Advances in Health Sciences Education*, 9, 241-249.
- Hojat, M., Zuckerman, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., Vergare, M., & Magee, M. (2005b). Empathy in medical students as related to specialty interest, personality, and perceptions of mother and father. *Personality and Individual Differences*, 39, 1205-1215.
- Holland, J. C. (2001). Improving the human side of cancer care: Psycho-oncology's contribution. *Cancer Journal*, 7, 458-471.
- Holland, J. C., Geary, N., Marchini, A., & Tross, S. (1987). An international survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer Investigation*, 5, 151-154.
- Holleman, W. L. (2000). The play's the thing: Using literature and drama to teach about death and dying. *Family Medicine*, 32, 523-524.

- Hollowell, E. E., & De Ville, K. A. (2003). Physicians: Avoid treating family members. Disponible en: <http://www.nhealthlaw.com/mla10.html>.
- Holmes, C. A. (1992). The wounded healer. *International Journal of Communicative Psychoanalysis & Psychotherapy*, 6, 33-36.
- Hooper, E. M., Comstock, L. M., Goodwin, J. M., & Goodwin, J. S. (1982). Patient characteristics that influence physician behavior. *Medical Care*, 20, 630-638.
- Hoover, R.N. (2000). Cancer: Nature, nurture, or both. *The New England Journal of Medicine*, 343, 135-136.
- Hornblow, A. R., Kidson, M. A., & Ironside, W. (1988). Empathic processes: Perception by medical students of patients' anxiety and depression. *Medical Education*, 22, 15-18.
- Hornblow, A. R., Kidson, M. A., & Jones, K. V. (1977). Measuring medical students' empathy: A validation study. *Medical Education*, 11, 7-12.
- Hornstein, H. A. (1978). Promotive tension and prosocial behavior: A Lewinian analysis. En L. Wispe (Ed.), *Altruism, sympathy, and helping: Psychological and sociological principles* (pp. 177-207). New York: Academic Press.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-544.
- House, J. S., Robbins, C., & Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.
- Houston, W. R. (1938). The doctor himself as a therapeutic agent. *Annals of Internal Medicine*, 11, 1416-1425.
- Howell, E. A., Gardiner, B., & Concato, J. (2002). Do women prefer female obstetricians? *Obstetrics and Gynecology*, 100, 827-828.
- Hróbjartsson, A., & Gøtzsche, P. C. (2001). Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. *The New England Journal of Medicine*, 344, 1594-1632.
- Hubel, D. H. (1967). Effect of distortion of sensory input on the visual system of kittens. *The Physiologist*, 10, 17-54.
- Hubel, D. H., & Wiesel, T. N. (1963). Receptive fields of cell in striate cortex of young, visually inexperienced kittens. *Journal of Neurophysiology*, 26, 994-1002.
- Hubel, D. H., & Wiesel, T. N. (1970). The period of susceptibility to the physiological effects of unilateral eye closure in kittens. *Journal of Physiology*, 206, 419-436.
- Hudson, G. R. (1993). Empathy and technology in the coronary care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 9, 55-61.
- Humphrey, N. (1983). *Consciousness regained*. Oxford: Oxford University Press.
- Hunsdahl, J. B. (1967). Concerning Einfühlung (empathy): A concept analysis of its origin and early development. *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 3, 180-191.
- Hunt, E., & Agnoli, F. (1991). The Whorfian hypothesis: A cognitive psychology perspective. *Psychological Review*, 98, 337-389.
- Hurwitz, B. (2000). Narrative and the practice of medicine. *Lancet*, 365, 2086-2089.
- Hyde, J. S. (2005). The gender similarities hypothesis. *American Psychologist*, 60, 581-592.
- Hyde, J. S. (1984). How large are gender differences in aggression? *Developmental Psychology*, 20, 722-736.
- Hyypää, M. T., Kronholm, E., & Mattlar, C. (1991). Mental well-being of good sleepers in a random sample population. *British Journal of Medical Psychology*, 64, 25-34.
- Iacoboni, M., Woods, R. P., Brass, M., Bekkering, H., Mazziotta, J. C., & Rizzolatti, G. (1999). Cortical mechanisms of human imitation. *Science*, 286, 2526-2528.
- Ickes, W. (1997). *Empathic accuracy*. New York: Guilford Press.
- Ingelfinger, F. J. (1980). Arrogance. *The New England Journal of Medicine*, 303, 1507-1511.
- Insel, T. R. (2000). Towards a neurology of attachment. *Review of General Psychology*, 4, 176-185.
- Isabella, R. A., & Belsky, J. (1991). Interaction synchrony and the origin of infant-mother attachment: A replication study. *Child Development*, 62, 373-384.

- Ishikawa, H., Takayama, T., Yamazaki, Y., Skei, Y., & Katsumata, N. (2002). Physician-patient communication and patient satisfaction in Japanese cancer consultation. *Social Science & Medicine*, 55, 301-311.
- Issac, M. D., & Michael, W. B. (1981). *Handbook of research and evaluation*. San Diego, CA: Edits.
- Ivey, A. (1971). *Microcounseling: Innovations in interviewing training*. Springfield, Ill: Charles C Thomas.
- Ivey, A. E. (1974). Microcounseling and media therapy: State of the art. *Counselor Education and Supervision*, 4, 173-183.
- Jack, D. C. (1993). *Silencing the self: Women and depression*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jackson, P. L., Meltzoff, A. N., & Decety, J. (2005). How do we perceive the pain of others? A window into the neural process involved in empathy. *Neuroimage*, 24, 771-779.
- Jackson, S. W. (1992). The listening healer in the history of psychological healing. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1623-1632.
- Jackson, S.W. (2001). The wounded healer. *Bulletin of the History of Medicine*, 75, 1-36.
- Jaffe, D. S. (1986). Empathy, counteridentification, counter transference: A review with some personal perspectives on the "analytic instrument". *Psychoanalytic Quarterly*, 15, 215-243.
- Jamison, R., & Johnson, J. E. (1975). Empathy and therapeutic orientation in paid and volunteer crisis phone workers, professional therapists, and undergraduate college students. *Journal of Community Psychology*, 3, 269-274.
- Janssens, J. M. A. M., & Gerris, J. R. M. (1992). Child rearing, empathy and prosocial development. In J. M. A. M. Janssens & J. R. M. Gerris (Eds.), *Child rearing: Influence on prosocial development* (pp. 57-75). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Jarski, R.W., Gjerde, C. L., Bratton, B.D., Brown, D.D., & Matthes, S. S. (1985). A comparison of four empathy instruments in simulated patient-medical student interactions. *Journal of Medical Education*, 60, 545-551.
- Jensen, N. (1994). The empathic physician. *Archives of Internal Medicine*, 154, 108.
- Johnson, J. A., Cheek, J. M., & Smither, R. (1983). The structure of empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1299-1312.
- Johnston, M. A. C. (1992). A model program to address insensitive behaviors toward medical students. *Academic Medicine*, 67, 236-237.
- Jones, A. H. (1987). Reflections, projections, and the future of literature-and-medicine. En D. Wear, M. Kohn, & S. Stocker (Eds.), *Literature and medicine: A claim for a discipline* (pp. 29-40). McLean, VA: Society for Health and Human Values.
- Jones, A. H. (1997). Literature and medicine: Narrative ethics. *Lancet*, 349, 1243-1246.
- Jose, P. E. (1989). The role of gender and gender role similarity in readers' identification with story characters. *Sex Roles*, 21, 697-713.
- Jung, C. G. (1964). *Man and his symbols*. Garden City, NY: Doubleday.
- Kaiser, H. (1960). The application of electronic computer factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 141-151.
- Kalisch, B. J. (1971). An experiment in the development of empathy in nursing students. *Nursing Research*, 20, 202-211.
- Kalisch, B. J. (1973). What is empathy? *American Journal of Nursing*, 73, 1548-1552.
- Kalliopuska, M. (1992a). Attitudes towards health, health behavior, and personality factors among school students very high on empathy. *Psychological Reports*, 70, 1119-1122.
- Kalliopuska, M. (1992b). Self-esteem and narcissism among the most and least empathetic Finnish baseball players. *Perceptual & Motor Skills*, 75, 945-946.
- Kalliopuska, M. (1994). Empathy related to living in towns versus the countryside. *Psychological Reports*, 74, 896-898.
- Kandel, E. R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 457-469.

- Kane, G. C., Gotto, J. L., Mangione, S., West, S., & Hojat, M. (2005). Relationships between patient's perceptions of resident empathy and the ABIM patient rating of communication skills, humanistic qualities and professionalism: A pilot study. Manuscrito enviado para su publicación.
- Kaplan, G. A., Salonem, J. T., & Cohen, R. D. (1988). Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: Prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 128, 370-380.
- Kaplan, N. B., & Bloom, S. W. (1960). The use of sociological and social psychological concepts in physiological research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 131, 128-134.
- Kaplan, R. M., & Simon, H. J. (1990). Compliance in medical care: Reconsideration of self-predictions. *Annals of Behavioral Medicine*, 12, 66-71.
- Karen, R. (1994). *Becoming attached*. New York: Warner Books.
- Karniol, R., Gabay, R., Ochion, Y., & Harari, Y. (1998). Is gender or gender-role orientation a better predictor of empathy in adolescence? *Sex Roles*, 39, 45-59.
- Kassebaum, D. G., & Szenas, P. L. (1994). Factors influencing the specialty choice of 1993 medical school graduates. *Academic Medicine*, 69, 164-170.
- Kassirer, J. P. (1998). Doctor discontent. *New England Journal of Medicine*, 339, 1543-1545.
- Katz, J. (1984). *The silent world of doctor and patient*. New York: Free Press.
- Katz, R. L. (1963). *Empathy: Its nature and uses*. New York: Free Press.
- Kause, D. R., Robbins, A., Heidrich, R., Abrassi, I. B., & Anderson, L. A. (1980). The long-term effectiveness of interpersonal skills training in medical school. *Journal of Medical Education*, 55, 595-601.
- Kay, J. (1990). Traumatic deidealization and the future of medicine. *Journal of the American Medical Association*, 263, 572-573.
- Keller, S., Shiflett, S. C., Schleifer, S. J., & Bartlett, J. A. (1994). *Human stress and immunity*. San Diego, CA: Academic Press.
- Kelman, H. C. (1958). Compliance, identification, and internalization: Three processes of attitude change. *Conflict Resolution*, 2, 51-60.
- Kendall, P. C., & Wilcox, C. E. (1980). Cognitive behavioral treatment for impulsivity: Concrete versus conceptual training in non-self-controlled problem children. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 48, 80-91.
- Kennedy, S., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Immunological consequences of acute and chronic stressors: Mediating role of interpersonal relationships. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 77-85.
- Kenny, D. T. (1995). Determinants of patient satisfaction with the medical consultation. *Psychology and Health*, 10, 427-437.
- Kerr, R. F., & Speroff, B. J. (1954). Validation and evaluation of the Empathy Test. *Journal of General Psychology*, 50, 269-276.
- Kerr, W. A. (1947). *The Empathy Test: Form A*. Chicago: Psychometric Affiliates.
- Kestenbaum, R., Farber, E. A., & Sroufe, L. A. (1989). Individual differences in empathy among preschoolers: Relation to attachment history. En N. Eisenberg (Ed.), *Empathy and related emotional responses* (pp. 51-64). San Francisco: Jossey-Bass.
- Ketterer M. W., & Buckholtz, C. D. (1989). Somatization disorder. *Journal of the American Osteopathic Association*, 89, 489-490.
- Keverne, E. B., Nevison, C. M., & Martel, F. L. (1997). Early learning and social bond. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 807, 329-339.
- Keysers, C., Kohler, E., Umilta, M. A., Nanetti, L., Fogassi, L., Gallese, L., & Gallese, V. (2003). Audiovisual mirror neurons and action recognition. *Experimental Brain Research*, 153, 628-663.
- Keysers, C., & Perrett, D. I. (2004). Demystifying social cognition: A Hebbian perspective. *Trends in Cognitive Sciences*, 8, 501-507.
- Keysers, C., Wicker, B., Gazzola, V., Anton, J. L., Fogassi, L., & Gallese, V. (2004). A touching sight: SII/VP activation during the observation and experience of touch. *Neuron*, 42, 335-346.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Garner, W., Speicher, C. E., Penn, G. M., Holiday, J. E., & Glaser, R. (1984). Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosomatic Medicine*, 46, 7-14.

- Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation and the Health Professions*, 27, 237-251.
- Kipper, D. A., & Ben-Ely, Z. (1979). The effectiveness of the psychodramatic double method, the reflection method, and lecturing in the training of empathy. *Journal of Clinical Psychology*, 35, 370-375.
- Klaus, M., & Kennell, J. H. (1970). Mothers separated from their newborn infants. *Pediatric Clinics of North America*, 17, 1015-1037.
- Klaus, M. H., Jerauld, R., Kreger, N. S., McAlpine, W., Steffa, M., & Kennell, J. H. (1972). Maternal attachment: Importance of the first post-partum days. *New England Journal of Medicine*, 286, 460-463.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Kliszcz, J., Hebanowski, M., & Rembowski, J. (1998). Emotional and cognitive empathy in medical schools. *Academic Medicine*, 73, 541.
- Knapp, B. L. (1984). *A Jungian approach to literature*. Carbondale, IL: Southern Illinois University.
- Knight, J. A. (1981). *Doctor-to-be: Coping with trials and triumphs of medical school*. New York: Appleton-Century.
- Koenig, H. G. (2002). *Spirituality in patient care*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Kohler, E., Keyzers, C., Umilta, M. A., Fogassi, L., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2002). Hearing sounds, understanding actions: Action representation in mirror neurons. *Science*, 297, 846-848.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safe health system*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy and psychoanalysis. *Journal of American Psychoanalysis*, 7, 459-483.
- Kohut, H. (1971). *Analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). Introspection, empathy, and the semicircle of mental health. En J. Lichtenberg, M. Bornstein, & D. Silver (Eds.), *Empathy* (Vol. 1, pp. 81-100). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kolb, B., & Taylor, L. (1981). Affective behavior in patients with localized cortical excisions: Role of lesion site and side. *Science*, 214, 81-89.
- Konner, M. (2004). The ties that bind. [Comment.] *Nature*, 429, 705.
- Korsch, B. M., Gozzi, E. K., & Francis, V. (1968a). Gaps in doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 42, 855-871.
- Korsch, B. M., Gozzi, E. K., & Francis, V. (1968b). Gaps in doctor-patient communication: I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 42, 855-871.
- Kramer, C. (1974). Folk linguistics. *Psychology Today*, 8, 82-85.
- Kramer, D., Ber, R., & Moore, M. (1987). Impact of workshop on students' and physicians' rejecting behaviors in patient interviews. *Journal of Medical Education*, 62, 904-910.
- Kramer, D., Ber, R., & Moores, M. (1989). Increasing empathy among medical students. *Medical Education*, 23, 168-173.
- Krebs, D. (1975). Empathy and altruism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 1134-1146.
- Kremer, J. F., & Dietzen, L. L. (1991). Two approaches to teaching accurate empathy to undergraduates: Teacher-intensive and self-directed. *Journal of College Student Development*, 32, 69-75.
- Kunyk, D., & Olson, J. K. (2001). Clarification of conceptualizations of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 317-325.
- Kupfer, D. J., Drew, F. L., Curtis, E. K., & Rubinstein, D. N. (1978). Personality style and empathy in medical students. *Journal of Medical Education*, 53, 507-509.

- Kurtines, W., & Hogan, R. (1972). Sources of conformity in unspecialized college students. *Journal of Abnormal Psychology, 80*, 49-51.
- Kurtz, R. R., & Grummon, D. L. (1972). Different approaches to the measurement of therapist empathy and their relationship to therapy outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39*, 106-115.
- LaFrance, M., Hecht, M. A., & Levy Paluck, E. (2003). The contingent smile: A meta-analysis of sex differences in smiling. *Psychological Bulletin, 129*, 305-334.
- LaMonica, E. L. (1981). Construct validity of an empathy instrument. *Research in Nursing & Health, 4*, 389-400.
- LaMonica, E. L., Carew, D. K., Winder, A. E., Haase, A. M., & Blanchard, K. H. (1976). Empathy training as the major thrust of a staff development program. *Nursing Research, 25*, 447-451.
- Lamont, L. M., & Lundstrom, W. J. (1977). Identifying successful industrial salesmen by personality and personal characteristics. *Journal of Marketing Research, 14*, 517-529.
- Lancaster, T., Hart, R., & Gardner, S. (2002). Literature and medicine: Evaluating a special study module using the nominal group technique. *Medical Education, 36*, 1071-1076.
- Lane, F. E. (1986). Utilizing physician empathy with violent patients. *American Journal of Psychotherapy, 40*, 448-456.
- Lanzetta, J. T., & Englis, B. G. (1989). Expectation of cooperation and competition and their effects on observers' vicarious emotional response. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 543-554.
- Lanzetta, J. T., & Kleck, R. E. (1970). Encoding and decoding nonverbal affect in humans. *Journal of Personality and Social Psychology, 16*, 12-19.
- LaRocco, J. M., House, J. S., & French, J. R. P. (1980). Social support, occupational stress, and health. *Journal of Health and Social Behavior, 21*, 202-218.
- Larson, D. (1993). *The helpers journey: Working with people facing grief, loss, and life-threatening illness*. Champaign, IL: Research Press.
- Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Journal of the American Medical Association, 293*, 1100-1106.
- Laskowski, C., & Pellicore, K. (2002). The wounded healer archetype: Applications to palliative care practice. *American Journal of Hospice & Palliative Care, 19*, 403-407.
- Lawrence, E. J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S., & David, A. S. (2004). Measuring empathy: Reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine, 34*, 911-924.
- Layton, J. M. (1979). The use of modeling to teach empathy to nursing students. *Research in Nursing & Health, 2*, 163-176.
- Layton, J. M., & Wykle, M. H. (1990). A validity study of four empathy instruments. *Research in Nursing & Health, 13*, 319-325.
- Lazarus, R. S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist, 37*, 1019-1024.
- Leiper, R., & Casares, P. (2000). An investigation of the attachment organization of clinical psychologists and its relationship to clinical practice. *British Journal of Medical Psychology, 73*, 449-464.
- Lerner, A. (1978). *Poetry in the therapeutic experience*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Lerner, A. (2001). Poetry therapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Handbook of innovative therapies* (pp. 472-479). New York: John Wiley & Sons.
- Lerner, M. J., & Meindl, J. R. (1981). Justice and altruism. En J. P. Rushton & J. R. Sorrentino (Eds.), *Altruism and helping behavior: Social, personality, and developmental perspectives* (pp. 213-232). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Letourneau, C. (1981). Empathy and stress: How they affect parental aggression. *Social Work, 26*, 383-389.
- Levasseur, J., & Vance, A. R. (1993). Doctors, nurses, and empathy. En H. M. Spiro, M. G. Mccrea Curnen, E. Peschel, & D. St. James (Eds.), *Empathy and practice of medicine* (pp. 76-84). New Haven: Yale University Press.

- Levenson, R. W., & Ruef, A. M. (1992). Empathy, a physiological substrate. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 234-246.
- Levine, L. E., & Hoffman, M. L. (1975). Empathy and cooperation in 4-year olds. *Developmental Psychology*, 4, 533-534.
- Levinson, W. (1994). Physician-patient communication: A key to malpractice prevention. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1619-1620.
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R., & Lamb, J. (2000). A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1021-1027.
- Levinson, W., Roter, D., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. (1997). Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Association*, 277, 553-559.
- Levy, D. (Ed.) (1999). *Medical milestones from the National Heart, Lung, and Blood Institute's Framingham Heart Study*. Center for Bio-Medical Communication.
- Levy, J. (1997). A note on empathy. *New Ideas in Psychology*, 15, 179-184.
- Lewin, K. (1936). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- Lewinsohn, R. (1998). Medical theories, science, and the practice of medicine. *Social Science & Medicine*, 46, 1261-1270.
- Lewis, J. M. (1998). For better or worse: Interpersonal relationships and individual outcome. *American Journal of Psychiatry*, 155, 582-589.
- Lewis, T., Amini, F., & Lannon, R. (2000). *A general theory of love*. New York: Vintage Books.
- Lichtenstein, P., Holm, N. V., Verkasalo, P. K., Iliadou, A., Kaprio, J., Koskenvuo, M., Pukkala, E., Skytthe, A., & Hemminki, K. (2000). Environmental and heritable factors in the causation of cancer: Analyses of cohort twins from Sweden, Denmark, and Finland. *New England Journal of Medicine*, 343, 78-85.
- Lief, H. I., & Fox, R. C. (1963). Training for "detached concerns" in medical students. En H. I. Lief, V. F. Lief, & N. R. Lief (Eds.), *The psychological basis of medical practice* (pp. 12-35). New York: Harper & Row.
- Lief, H. I., Lief, V. F., & Lief, N. R. (Eds.). (1963). *The psychological basis of medical practice*. New York: Harper & Row.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 5-35.
- Lilienfeld, R. (1978). *The rise of systems theory: An ideological analysis*. New York: John Wiley & Sons.
- Linn, L. S. (1974). Care vs. cure: How the nurse practitioner views the patient. *Nursing Outlook*, 22, 641-644.
- Linn, L. S. (1975). A survey of the "care-cure" attitudes of physicians, nurses, and their students. *Nursing Forum*, 14, 145-161.
- Linn, L. S., Cope, D.W., & Leake, B. (1984). The effect of gender and training of residents on satisfaction ratings by patients. *Journal of Medical Education*, 59, 964-966.
- Linn, L. S., DiMatteo, M. R., Cope, D. W., & Robbins, A. (1987). Measuring physicians' humanistic attitudes, values, and behaviors. *Medical Care*, 25, 504-515.
- Linn, L. S., Yager, J., Cope, D., & Leake, B. (1985). Health status, job satisfaction, job stress, and life satisfaction among academic and clinical faculty. *Journal of the American Medical Association*, 254, 2775-2782.
- Lipner, R. S., Blank, L. L., Leas, B. F., & Fortna, G. S. (2002). The value of patient and peer ratings in recertification. *Academic Medicine*, 77, S64-S66.
- Litvack-Miller, W., McDougall, D., & Romney, D. M. (1997). The structure of empathy during middle childhood and its relationship to prosocial behavior. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 123, 303-324.
- Lopez, G. E., Gurin, P., & Nagda, B. A. (1998). Education and understanding structural causes for group inequalities. *Political Psychology*, 19, 305-329.

- Lott, D. A. (1998). Brain development, attachment and impact on psychic vulnerability *Psychiatric Times*, 15. Obtenido el 20 de diciembre, 2004, de <http://www.psychiatrictimes.com>.
- Lounsbury, M. L., & Bates, J. E. (1982). The cries of infants of differing levels of perceived temperamental difficultness: Acoustic properties and effects on listeners. *Child Development*, 53, 677-686.
- Lu, M. C. (1995). Why it was hard for me to learn compassion as a third-year medical student. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 4, 454-458.
- Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A. H., Cohen, J., & Bacharach, H. M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75, 145-185.
- Ludmerer, K. M. (1999). Time to heal. *American medical education from the turn of the century to the era of managed care*. New York, Oxford University Press.
- Luscher, T. F., & Vetter, W. (1990). Adherence to medication. *Journal of Human Hypertension*, 4 (Suppl. 1), 43-46.
- Lutchmaya, S., Baron-Cohen, S., & Raggatt, P. (2002). Foetal testosterone and vocabulary size in 18 and 24-month old infants. *Infant Behavior & Development*, 24, 418-424.
- Lynch, J. J. (1977). *The broken heart: The consequences of loneliness*. New York: Basic books.
- Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. (1974). *The psychology of sex differences*. Stanford, CA: Stanford University press.
- MacKay, R., Hughes, J. R., & Carver, E. J. (Eds.). (1990). *Empathy in the helping relationship*. New York: Springer.
- MacLean, P. D. (1967). The brain in relation to empathy and medical education. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 144, 374-382.
- MacLean, P. D. (1990). *The triune brain evolution*. New York: Plenum Press.
- Macmillan, M. B. (2000). Restoring Phineas Gage: A 150th retrospective. *Journal of History of Neurosciences*, 9, 42-62.
- MacPherson, H., Mercer, S. W., Scullion, T., & Thomas, K. J. (2003). Empathy, enablement, and outcome: An exploratory study on acupuncture patient's perceptions. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 9, 869-876.
- Magee, M., & Hojat, M. (1998). Personality profiles of male and female positive role models in medicine. *Psychological Reports*, 82, 547-559.
- Magee, M., & Hojat, M. (2001). Impact of health care system on physicians' discontent. *Journal of Community Health*, 26, 357-365.
- Maheux, B., Beaudoin, C., Berkson, L. C. L., Des Marchais, J., & Jean, P. (2000). Medical faculty as humanistic physicians and teachers: The perceptions of students at innovative and traditional medical schools. *Medical Education*, 34, 630-634.
- Maheux, B., & Beland, F. (1989). Students' perceptions of values emphasized in three medical schools. *Journal of Medical Education*, 61, 308-316.
- Maheux, B., Duford, F., Beland, F., Jacques, A., & Levesque, A. (1990). Female medical practitioners: More preventive and patient oriented? *Medical Care*, 28, 87-92.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Makoul, G. (1998). Perpetuating passivity: Reliance and reciprocal determinism in physician-patient interaction. *Journal of Health Communication*, 3, 233-259.
- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*, 76, 390-393.
- Makoul, G., & Strauss, A. (2003). Building therapeutic relationships during patient visits. *Journal of General Internal Medicine*, 18 (Suppl. 1), 275.
- Malno, R. B., Boag, T. J., & Smith, A. A. (1957). Physiological study of personal interaction. *Psychosomatic Medicine*, 19, 105-119.

- Mangione, S., Kane, G., Caruso, J. W., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., & Hojat, M. (2002). Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Medical Teacher*, 24, 371-374.
- Mandell, H., & Spiro, H. (1987). *When doctors get sick*. New York: Plenum.
- Mann, L., Wise, T. N., Trinidad, A., & Kohanski, R. (1994). Alexithymia, affect recognition, and the five-factor model of personality in normal subjects. *Psychological Reports*, 74, 563-567.
- Mansen, T. J. (1993). Role-taking abilities of nursing education administrators and their perceived leadership effectiveness. *Journal of Professional Nursing*, 9, 347-357.
- Marcus, E. R. (1999). Empathy, humanism, and the professionalization process of medical education. *Academic Medicine*, 74, 1211-1215.
- Markham, B. (1979). Can a behavioral science course change medical students' attitudes? *Journal of Psychiatric Education*, 3, 44-54.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Marmot, M. G., & Syme, S. L. (1976). Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans. *American Journal of Epidemiology*, 104, 225-247.
- Marshall, P. A., & O'Keefe, J. P. (1994). Medical students' first person narrative of a patient's story of AIDS. *Social Science & Medicine*, 40, 67-76.
- Marshall, W. L., & Maric, A. (1996). Cognitive and emotional components of generalized empathy deficits in child molesters. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5, 101-111.
- Martin, G. B., & Clark, R. D. (1982). Distress crying in neonates: Species and peer specificity. *Developmental Psychology*, 18, 3-9.
- Marx, B. P., Heidt, J. M., & Gold, S.D. (2005). Perceived uncontrollability and unpredictability, self-regulation, and sexual revictimization. *Review of General Psychology*, 9, 67-90.
- Matthews, D. A., & Feinstein, A. R. (1989). A new instrument for patients' rating of physician performance in the hospital setting. *Journal of General Internal Medicine*, 4, 14-22.
- Matthews, D. A., Suchman, A. L., & Branch, W. T. (1993). Making "connexions": Enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships. *Annals of Internal Medicine*, 118, 973-977.
- Matthews, K. A., Batson, C. D., Horn, J., & Rosenman, R. H. (1981). Principles in his nature which interest him in the fortune of others...": The heritability of empathic concern for others. *Journal of Personality*, 49, 237-247.
- Mayerson, E.W. (1976). *Putting the ill at ease*. New York: Harper & Row.
- Mays, L. C., Carter, A. S., Eggar, H. L., & Pajer, K. A. (1991). Reflection on stillness: Mother's reaction to the still-face situation. *Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 22-28.
- McClintock, M. K. (1971). Menstrual synchrony and suppression. *Nature*, 229, 244-245.
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338, 171-179.
- McKellar, P. (1957). *Imagining and thinking: A psychological analysis*. New York: Basic Books.
- McKinlay, J. B., & McKinlay, S. M. (1981). Medical measures and the decline of mortality. En P. Conrad & R. Kern (Eds.), *The sociology of health and illness: Critical perspectives* (pp. 12-30). New York: St. Martin's Press.
- McLean, M. (2004). The choice of role models by students at a culturally diverse South African medical school. *Medical Teacher*, 26, 133-141.
- McLellan, J. D., Jansen-McWilliams, L., Comer, D. M., Gardner, W. P., & Kelleher, K. J. (1999). The Physician Belief Scale and psychosocial problems in children: A report from the pediatric research in office settings and the ambulatory sentinel practice network. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 20, 24-30.
- McLellan, M. F., & Husdon Jones, A. (1996). Why literature and medicine? *Lancet*, 348, 109-111.
- McManus, I. C. (1995). Humanity and the medical humanities. *Lancet*, 346, 1143-1145.
- McMillan, J. R., Clifton, A. K., McGrath, D., & Gale, W. S. (1977). Women's language: Uncertainty or interpersonal sensitivity and emotionality. *Sex Roles*, 3, 545-559.
- McVey, L. J., Davis, D. E., & Cohen, H. J. (1989). The aging game: An approach to education in geriatrics. *Journal of the American Medical Association*, 262, 1507-1509.

- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Means, J. J. (2002). Mighty prophet/wounded healer. *Journal of Pastoral Care*, 56, 41-49.
- Meeuwesen, L., Schaap, C., & Van der Staak, C. (1991). Verbal analysis of doctor-patient communication. *Social Science & Medicine*, 32, 1143-1150.
- Mehrabian, A. (1969). Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships. *Psychological Bulletin*, 71, 359-372.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. A. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40, 525-543.
- Mehrabian, A., & O'Reilly, E. (1980). Analysis of personality measures in terms of basic dimensions of temperament. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 492-503.
- Mehrabian, A., Young, A. L., & Sato, S. (1988). Emotional empathy and associated individual differences. *Current Psychology: Research & Reviews*, 7, 221-240.
- Mello, M. M., Studdert, D. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., Brennan, T. A., & Sage, W. M. (2004). Caring for patients in a malpractice crisis: Physician satisfaction and quality of care. *Health Affairs*, 23, 42-53.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198, 75-78.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1983). Newborn infants imitate adult facial gestures. *Child Development*, 54, 702-709.
- Meltzoff, J., & Kornreich, N. (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton.
- Mengel, M. B. (1987). Physician ineffectiveness due to family-of-origin issues. *Family Systems Medicine*, 5, 176-190.
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52, S9-S12.
- Mercer, S. W., Watt, G. C. M., & Reilly, D. (2001). Empathy is important for enablement. *British Medical Journal*, 322, 865.
- Merlyn, S. (1998). Improving doctor-patient communication: Not an option, but a necessity. *British Medical Journal*, 316, 1922.
- Meyers, A. R. (1987). Lumping it: The hidden denomination of the medical malpractice crisis. *American Journal of Public Health*, 77, 1544-1548.
- Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 371-378.
- Milgram, S. (1968). Some conditions of obedience and disobedience to authority. *Human Relations*, 6, 259-276.
- Miller, K. (2002). *Communication theories: Perspective, processes, and context*. Boston: McGraw-Hill.
- Miller, M. N., & McGowen, K. R. (2000). The Painful truth: Physicians are not invincible. *Southern Medical Journal*, 91, 966-972.
- Miller, P. A., & Eisenberg, N. (1988). The relation of empathy to aggressive and externalizing/antisocial behavior. *Psychological Bulletin*, 103, 324-344.
- Milner, K., Squire, L. R., & Kanel, E. R. (1998). Cognitive neuroscience and the study of memory. *Neuron*, 20, 445-468.
- Montgomery Hunter, K., Charon, R., & Coulehan, J. L. (1995). The study of literature in medical education. *Academic Medicine*, 70, 787-794.
- Moore, B. E., & Fine, B. D. (1968). *A glossary of psychoanalytic terms and concepts*. New York: American Psychoanalytic Association.
- Moore, D. B. (1996). Illegal action-official reaction: Affect theory, criminology, and the criminal justice system. En D. L. Nathanson (Ed.), *Knowing feeling: Affect, script, and psychotherapy* (pp. 346-378). New York: W.W. Norton.
- Moore, P. J., Adler, N. E., & Robertson, P. A. (2000). Medical malpractice: The effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *Western Journal of Medicine*, 173, 244-250.

- Moreno, J. L. (1934). *Who shall survive?* Washington, DC: Nervous and Mental Disease Publishing Co.
- Morgan, J. D. (Ed.). (2002). *Social support: A reflection of humanity*. Amityville, New York: Baywood Publishing Company.
- Mori, M. S., Vigh, A., Miayata, T., & Yoshihara, S. (1990). Oxytocin is the major prolactin releasing factor in the posterior pituitary. *Endocrinology*, 125, 1009-1013.
- Morse, J. M., Anderson, G., Bottorff, J. L., Yonge, O., O'Brien, B., Solberg, S. M., & McIlveen, K. H. (1992). Exploring empathy: A conceptual fit for nursing practice? *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 24, 273-280.
- Moser, R. S. (1984). Perceived role-taking behavior and course grades in junior year college nursing students. *Journal of Nursing Education*, 23, 294-297.
- Moss, H. A. (1967). Sex, age, and state as determinants of mother-infant interaction. *Merrill-Palmer Quarterly*, 13, 19-36.
- Mumford, L. (1967). *The myth of the machine*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Mussen, P., & Eisenberg-Berg, N. (1977). *Roots of caring, sharing, and helping: The development of prosocial behavior in children*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Naftulin, D. H., Ware, J. E., Jr., & Donnelly, F. A. (1973). The Doctor Fox lecture: A paradigm of educational seduction. *Journal of Medical Education*, 48, 630-635.
- Nathanson, D. L. (Ed.). (1996). *Knowing feeling: Affect, script, and psychotherapy*. New York: W. W. Norton.
- Nauta, W. J. H., & Feirtag, M. (1986). *Fundamental neuroanatomy*. New York: W. H. Freeman.
- Nelson, D. W., & Baumgarte, R. (2004). Cross-cultural misunderstandings reduce empathic responding. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 391-401.
- Neubauer, R. B., & Neubauer, A. (1990). *Nature's thumbprint: The new genetics of personality*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Neuwirth, Z. E. (1997). Physician empathy—should we care? *Lancet*, 350, 606.
- Newman, T. B. (2003). The power of stories over statistics. *British Medical Journal*, 327, 1224-1427.
- Newton, B. W., Savidge, M. A., Barber, L., Cleveland, E., Clardy, J., Beeman, G., & Hart, T. (2000). Differences in medical students' empathy. *Academic Medicine*, 75, 1215.
- Newton, N., Feeler, D., & Rawlins, C. (1968). Effect of lactation on maternal behavior in mice with comparative data on humans. *Lying-in. Journal of Reproductive Medicine*, 1, 257-262.
- Newton, N., & Newton, M. (1967). Psychological aspects of lactation. *New England Journal of Medicine*, 277, 1179-1188.
- Nicholas, D. (2002). Social support of the bereaved: Some practical suggestions. En J. D. Morgan (Ed.), *Social support: A reflection of humanity* (pp. 33-43). Amityville, NY: Baywood Publishing.
- Nightingale, S. D., Yarnold, P. R., & Greenberg, M. S. (1991). Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *Journal of General Internal Medicine*, 6, 420-423.
- Nolte, J. (1993). *The human brain: An introduction to its functional anatomy* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Novack, D. H. (1987). Therapeutic aspects of the clinical encounter. *Journal of General Internal Medicine*, 2, 346-355.
- Novack, D. H., Epstein, R. M., & Paulsen, R. H. (1999). Toward creating physician-healers: Fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being. *Academic Medicine*, 74, 516-520.
- O'Conner, J. P., Nash, D. B., Buehler, M. L., & Bard, M. (2002). Satisfaction higher for physician executives who treat patients, survey finds. *Physician Executive*, 28, 16-21.
- Oatley, K. (2004). Scripts, transformation, and suggestiveness of emotions in Shakespeare and Chekhov. *Review of General Psychology*, 8, 323-340.
- Olinick, S. L. (1984). A critique of empathy and sympathy. En J. Lichtenbergh, M. Borenstein, & D. Silver (Eds.), *Empathy I* (pp. 137-166). Hillsdale, N.J.: Analytic Press.

- Oliver, J. (1939). An ancient poem on the duties of a physician, Part 1. *Bulletin of the History of Medicine*, 7, 315.
- Olson, J., & Hanchett, E. (1997). Nurse-expressed empathy, patient outcomes, and development of a middle-range theory. *Image—The Journal of Nursing Scholarship*, 29, 71-76.
- Ong, L. M., DeHaes, J. M., Hoos, A. M., & Lammies, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40, 903-918.
- Oppenheim, A. (1992). *Questionnaire design: Interviewing and attitude measurement*. London: Printer Publishing.
- Orlando, I. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship*. New York: Putman.
- Orlando, I. (1972). *The discipline and teaching of nursing process*. New York: Putman.
- Ornish, D. (1998). *Love and survival: The scientific basis for the healing power of intimacy*. New York: Harper Collins.
- Orth-Gomer, K., & Johnson, J. V. (1987). Social network integration and mortality: A six year follow-up study of random sample of the Swedish population. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 949-957.
- Ortmeyer, C. F. (1974). Variations in mortality, morbidity, and health care by marital status. En L. L. Erhardt & J. E. Beln (Eds.), *Mortality and morbidity in the United States* (pp. 159-184). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Osler, W. (1932). *Aequanimitas with other addresses to medical schools, nurses, and practitioners of medicine*. Philadelphia, PA: Blakiston.
- Osofsky, J. D., & O'Connell, E. J. (1977). Patterning of newborn behavior in an urban population. *Child Development*, 48, 532-536.
- Pacala, J. T., Boulton, C., Bland, C., & O'Brien, J. (1995). Aging game improves medical students caring for elderly. *Gerontology and Geriatrics Education*, 15, 45-57.
- Page, K. M., & Novak, M. A. (2002). Empathy leads to fairness. *Bulletin of Mathematical Biology*, 64, 1101-1116.
- Papadakis, M. A., Teherani, A., Banach, M. A., Knetter, T. R., Rattner, S. L., Stern, D. T., Veloski, J. J., & Hodgson, C. S. (2005). Disciplinary action by ethical boards and prior behavior in medical school. *New England Journal of Medicine*, 353, 2673-2682.
- Papousek, M., Papousek, H., & Symmes, D. (1991). The meaning of melodies in motherese in tone and stress languages. *Infant Behavior & Development*, 14, 415-440.
- Parlow, J., & Rothman, A. (1974). Attitudes toward social issues in medicine of five health science facilities. *Social Science & Medicine*, 8, 351-358.
- Pascalis, O., DeSchonen, S., Morton, J., Deruella, C., & Fabre-Grenet, M. (1995). Mother's face recognition by neonates: A replication and extension. *Infant Behavior & Development*, 18, 79-85.
- Patterson, C. H. (1984). Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy*, 21, 431-438.
- Peabody, F. W. (1984). The care of the patient. *Journal of the American Medical Association*, 252, 813-818.
- Pecukonis, E. V. (1990). A cognitive/affective empathy training program as a function of ego development in aggressive adolescent females. *Adolescence*, 25, 59-76.
- Pedersen, C. A., Ascher, J. A., Monroe, Y. L., & Prange, A. J. J. (1982). Oxytocin induces maternal behavior in virgin female rats. *Science*, 216, 648-649.
- Pedersen, C. A., & Prange, A. J. J. (1979). Induction of maternal behavior in virgin rats after intracerebroventricular administration of oxytocin. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 76, 6661-6665.
- Pellegrino, E. (1979). *Humanism and the physician*. Knoxville, TN: University of Tennessee Press.
- Pennebaker, J. W. (1990). *Opening up: The healing power of confiding in others*. New York: William Morrow.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, K. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.

- Penninx, B. W., van Tilburg, T., & Kriegsman, D. M. (1997). Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: The Longitudinal Aging Study, Amsterdam. *American Journal of Epidemiology*, 146, 510-519.
- Pennington, R. E., & Pierce, W. L. (1985). Observations of empathy of nursing-home staff: A predictive study. *International Journal of Aging and Human Development*, 21, 281-291.
- Perry, R. J., Rosen, H. R., Kramer, J. H., Beer, J. S., Levenson, R. L., & Miller, B. L. (2001). Hemispheric dominance for emotions, empathy and social behaviour: Evidence from right and left handeds with frontotemporal dementia. *Neurocase*, 7, 145-160.
- Peschel, E. R. (1980). *Medicine and literature*. New York: NealeWatson.
- Peter, E., & Gallop, R. (1994). The ethic of care: A comparison of nursing and medical students. *Image-The Journal of Nursing Scholarship*, 26, 47-50.
- Piaget, J. (1967). *Six psychological studies*. New York: Random House.
- Pigman, G. W. (1995). Freud and the history of empathy. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 237-256.
- Platek, S. M., Critton, S. R., Myers, T. E., & Gallup, G. G. (2003). Contagious yawning: The role of self awareness and mental state attribution. *Cognitive Brain Research*, 17, 223-227.
- Platek, S. M., Keenan, J. P., Gallup, G. G., & Mohamed, F. B. (2004). Where am I? The neurological correlates of self and other. *Cognitive Brain Research*, 19, 114-122.
- Platek, S. M., Mohamed, F. B., & Gallup, G. G. (2005). Contagious yawning and the brain. *Cognitive Brain Research*, 23, 448-452.
- Platt, F.W., & Keller, V. F. (1994). Empathic communication: A teachable and learnable skill. *Journal of General Internal Medicine*, 9, 222-226.
- Plutchik, R. (1987). Evolutionary bases of empathy. En N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 38-46). New York: Cambridge University Press.
- Polgar, C., & Thomas, S. (1988). *Introduction to research in health sciences*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Pollak, O. (1976). *Human behavior and the helping professions*. New York: Spectrum Publications.
- Poole, A. D., & Sanson-Fisher, R. W. (1980). Long-term effects of empathy training on the interview skills of medical students. *Patient Counseling and Health Education*, 2, 125-127.
- Powell, A. S., Boakes, J. P., & Slater, P. (1988). Hostility and the medical student: How a trait measure influences perception of medical specialties. *Medical Education*, 22, 222-230.
- Preston, S. D., & deWaal, F. B. M. (2002). Empathy: It's ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 1-20.
- Prinz, W. (1997). Perception and action planning. *European Journal of Cognitive Psychology*, 9, 129-154.
- Pumilia, C. V. (2002). Psychological impact of the physician-patient relationship on compliance: A case study and clinical strategies. *Progress in Transplantation*, 12, 10-16.
- Radley, C. (1992). Imagining ethics: Literature and practice of ethics. *Journal of Clinical Ethics*, 3, 38-45.
- Rankin, K.P., Kramer, J. H., & Miller, B. L. (2005). Patterns of cognitive and emotional empathy in frontotemporal lobar degeneration. *Cognitive Behavioral Neurology*, 18, 28-36.
- Raudonis, B. M. (1993). The meaning and impact of empathic relationships in hospice nursing. *Cancer Nursing*, 16, 304-309.
- Ray, O. (2004). How the mind hurts and heals the body. *American Psychologist*, 59, 29-40.
- Raynolds, P., Boyd, P. T., & Blacklow, R. S. (1994). The relationships between social ties and survival among black and white breast cancer patients: National Cancer Institute, Cancer Survival Study Group. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 3, 253-259.
- Reed, V. A., Jernstedt, C., & Reber, E. S. (2001). Understanding and improving medical student specialty choice: Synthesis of the literature using decision theory as a referent. *Teaching and Learning in Medicine*, 13, 117-129.
- Reik, T. (1948). *Listening with the third ear: The inner experience of a psychoanalyst*. NewYork: Farrar, Straus.

- Reiser, M. F., Reeves, R. B., & Armington, J. (1955). Effects of variation in laboratory procedure and experimenter upon the ballistocardogram, blood pressure, and heart rate in healthy young men. *Psychosomatic Medicine*, 17, 185-199.
- Reisetter, B. C. (2003). Relationship between psychosocial physician characteristic and physician price awareness. Doctoral dissertation, University of Mississippi, Dissertation Abstracts International, 63 (10-B), P. 4620.
- Reiter-Palmon, R., & Connelly, M. S. (2000). Item selection counts: A comparison of empirical key and rational scale validities in theory-based and non-theory-based item pools. *Journal of Applied Psychology*, 85, 143-151.
- Rempel, J. K., Holmes, J. G., & Zanna, M. P. (1985). Trust in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 95-112.
- Reverby, S. (1987). A caring dilemma: Womanhood and nursing in historical perspective. *Nursing Research*, 36, 1-5.
- Reynolds, W. J. (2000). *The measurement and development of empathy in nursing*. Burlington, VT: Ashgate.
- Richard, F. D., Bond, C. F., Jr., & Stokes-Zoota, J. J. (2003). One hundred years of social psychology quantitatively described. *Review of General Psychology*, 7, 331-363.
- Richard, G. V., Nakamoto, D. M., & Lockwood, J. H. (2001). Medical career choices: Traditional and new possibilities. *Journal of the American Medical Association*, 285, 2249-2250.
- Richter, C. P. (1957). On the phenomenon of sudden death in animals and man. *Psychosomatic Medicine*, 19, 191-198.
- Ridley, M., & Dawkins, R. (1981). The natural selection of altruism. En J. P. Rushton & R. M. Sorrentino (Eds.), *Altruism and helping behavior: Social, personality, and developmental perspectives* (pp. 19-39). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Riggio, R. E., Tucker, J., & Coffaro, D. (1989). Social skills and empathy. *Personality and Individual Differences*, 10, 93-99.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor action. *Cognitive Brain Research*, 3, 131-141.
- Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126, 3-25.
- Robinson, J. L., Zahn-Waxler, C., & Emde, R. N. (1994). Patterns of development in early empathic behavior: Environmental and child constitutional influences. *Social Development*, 3, 125-145.
- Robinson, J. P. (1978). General attitudes toward people. En J. P. Robinson & P. R. Shaver (Eds.), *Measures of social psychological attitudes* (pp. 587-627). Ann Arbor, MI: Institute for Social Research.
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. En H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (pp. 535-544). San Diego, CA: Academic Press.
- Roe, A. (1957). Early determinants of vocational choice. *Journal of Consulting Psychology*, 4, 212-217.
- Roe, K. V. (1977). A study of empathy in young Greek and U.S. children. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 8, 493-502.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy: Personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology, a study of science: Foundations of the person and the social context* (pp. 184-256). New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *Counseling Psychologist*, 5, 2-11.
- Rogers, C. R., Gendlin, E., Kiesler, D., & Truax, C. B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.
- Romano, J. M., Jensen, M. P., Turner, J. A., Good, A. B., & Hops, H. (2000). Chronic pain patient-partner interactions: Further support for a behavioral model of chronic pain. *Behavior Therapy*, 31, 415-440.

- Rosenberg, D. A., & Silver, H. K. (1984). Medical student abuse—an unnecessary and preventable cause of stress. *Journal of the American Medical Association*, 251, 739-742.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1957). *Occupation and values*. Glencoe, IL: Free Press.
- Rosenberg, M. J., & Hovland, C. I. (1960). Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. En M. J. Hovland & M. J. Rosenberg (Eds.), *Attitude organization and change* (pp. 1-14). New Haven, CT: Yale University Press.
- Rosenfeld, H. M. (1965). Effect of an approval-seeking induction on interpersonal proximity. *Psychological Reports*, 17, 120-122.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Rosenow, E. C. (1999). The challenge of becoming a distinguished clinician. *Mayo Clinic Proceedings*, 74, 635-637.
- Rosenthal, R., Hall, J. A., DiMatteo, M. R., Rogers, P. L., & Archer, D. (1979). Sensitivity to nonverbal communication: The PONS test. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Ross, E.D., & Mesulam, M. M. (1979). Dominant language functions of the right hemisphere? Prosody and emotional gesturing. *Archives of Neurology*, 36, 144-148.
- Ross, J. B., & McLaughlin, M. M. (1949). *The portable medieval reader*. New York: Vikins Press.
- Roter, D., Lipkin, M., & Korsgaard, A. (1991). Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Medical Care*, 29, 1088-1093.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (1997). Gender differences in patient-physician communication. En S. J. Gallant, G. P. Keita, & R. Royak-Schater (Eds.), *Health care for women: Psychological, social, and behavioral influences* (pp. 57-71). Washington, DC: American Psychological Association.
- Roter, D. L., Hall, J. A., & Aoki, Y. (2002). Physician gender effects in medical communication. *Journal of the American Medical Association*, 288, 756-764.
- Roter, D. L., Hall, J. A., Kern, D. E., Baker, L. R., Cole, K. A., & Roca, R. P. (1995). Improving physicians' interviewing skills and reduction in patients' emotional distress: A randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 155, 1877-1884.
- Roter, D. L., Hall, J. A., Merisca, R., Nordstrom, B., Cretin, D., & Svarstad, B. (1998). Effectiveness of interventions to improve patient compliance: A meta-analysis. *Medical Care*, 36, 1138-1161.
- Rovezzi-Carroll, S., & Fitz, P. A. (1984). Predicting allied health major fields of study with selected personality characteristics. *College Student Journal*, 18, 43-51.
- Rushton, J. P. (1981). The altruistic personality. En P. J. Rushton & R. M. Sorrentino (Eds.), *Altruism and helping behavior: Social, personality, and developmental perspectives* (pp. 251-266). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rushton, J. P., Chrisjohn, R. D., & Fekker, G. C. (1981). The altruistic personality and the self-report Altruism Scale. *Personality and Individual Differences*, 2, 293-302.
- Rushton, J. P., Fulker, D. W., Neale, M. C., Nias, D. K. B., & Eysenck, H. J. (1986). Altruism and aggression: The heritability of individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1192-1198.
- Russek, L. G., & Schwartz, G. E. (1997). Perceptions of parental caring predict health status in midlife: A 35-year follow up of the Harvard Mastery of Stress study. *Psychosomatic Medicine*, 59, 144-149.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. B. (2004). The revised UCLA Loneliness Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
- Rutter, M., Caspi, A., Fergusson, D., Horwood, L. J., Goodman, R., Maughan, B., Moffitt, T. E., Melzer, H., & Carroll, J. (2005). Sex differences in developmental Reading ability: New findings from 4 epidemiological studies. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2007-2012.
- Sackett, D. H., & Haynes, R. B. (1976). *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Sage, W. M. (2002). Putting the patient in patient safety: Linking patient complaints and malpractice risk. *Journal of the American Medical Association*, 287, 3003-3005.

- Sagi, A., & Hoffman, M. L. (1976). Empathic distress in newborns. *Developmental Psychology*, 12, 175-176.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Sandler, G. (1980). The importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests. *American Heart Journal*, 100, 928-931.
- Sandoval, A. M., Hancock, D., Poythress, N., Edens, J. F., & Lilienfeld, S. (2000). Construct validity of the Psychopathic Personality Inventory in a correctional sample. *Journal of Personality Assessment*, 74, 262-281.
- Sanson-Fisher, R., & Maguire, P. (1980). Should skills in communication with patients be taught in medical schools? *Lancet*, 2, 523-526.
- Sanson-Fisher, R. W., & Poole, A. D. (1978). Training medical students to empathize: An experimental study. *Medical Journal of Australia*, 1, 473-476.
- Schachter, S. (1959). *The psychology of affiliation*. Stanford, CA: Stanford University Press
- Schafer, R. (1959). Generative empathy in the treatment situation. *Psychoanalytic Quarterly*, 28, 342-373.
- Schafren, A. E. (1964). The significance of posture in communication systems. *Psychiatry*, 27, 316-331.
- Schlesinger, M. (2002). A loss of faith: The sources of reduced political legitimacy for the American medical profession. *Milbank Quarterly*, 80, 185-235.
- Schmidt, C.W., & Baker, L. R. (1986). Psychotherapy in ambulatory practice. En L. R. Barker, J. R. Burton, & P. D. Zieve (Eds.), *Principles of ambulatory medicine* (pp. 133-139). Baltimore:Williams & Wilkins.
- Schneiderman, L. J. (2002). Empathy and the literary imagination. *Annals of Internal Medicine*, 137, 627-629.
- Schoenbach, V., Kaplan, B. H., Fredman, L., & Kleinbaum, D. G. (1986). Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *American Journal of Epidemiology*, 123, 577-591.
- Schore, A. N. (1996). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schroeder, T. (1925). The psycho-analytic method of observation. *International Journal of Psychoanalysis*, 6, 155-170.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Bobik, C., Coston, T. D., Greeson, C., Jedulicka, C., Rhodes, E., & Wendorf, G. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *Journal of Social Psychology*, 141, 523-536.
- Schwaber, E. (1981). Empathy: A mode of analytic listening. *Psychoanalytic Inquiry*, 1, 357-392.
- Scourfield, J., Martin, N., Lewis, G., & McGuffin, P. (1999). Heritability of social cognitive skills in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 175, 564.
- Seaberg, D. C., Godwin, S. A., & Perry, S. J. (1999). Teaching empathy in an emergency medicine residency. *Academic Emergency Medicine*, 6, 485.
- Seaberg, D. C., Godwin, S. A., & Perry, S. J. (2000). Teaching patient empathy: the ED visit program. *Academic Emergency Medicine*, 7, 1433-1436.
- Seeman, T. E., Berkman, L. F., & Kohout, F. (1993). Intercommunity variation in the association between social ties and mortality in elderly: A comparative analysis of three communities. *Annals of Epidemiology*, 3, 325-335.
- Seeman, T. E., & Syme, L. (1987). Social network and coronary artery disease: A comparison of the structure and function of social relations and predictors of disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 341-354.
- Self, D. J., Schrader, D. E., Baldwin, D. C. Jr., & Wolinsky, F. D. (1993). The moral development of medical students: A pilot study of the possible influence of medical education. *Medical Education*, 27, 26-34.
- Shamasundar, M. R. C. (1999). Reflections: Understanding empathy and related phenomena. *American Journal of Psychotherapy*, 53, 232-245.

- Shamay-Tsoory, S. G., Tomer, R., Goldsher, D., Berger, B. D., & Aharon-Peretz, J. (2004). Impairment in cognitive and affective empathy in patients with brain lesions: Anatomical and cognitive correlates. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26, 1113-1127.
- Shapiro, D. E., Boggs, S. R., Melamed, B. G., & Graham-Pole, J. (1992). The effect of varied physician affect on recall, anxiety, and perceptions in women at risk of breast cancer: An analogue study. *Health Psychology*, 11, 61-66.
- Shapiro, A. K., & Shapiro, E. (1984). Patient-provider relationships and the placebo effect. En J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 371-383). New York: Wiley-Interscience.
- Shapiro, J. (2002). How do physicians teach empathy in the primary care setting? *Academic Medicine*, 77, 323-328.
- Shapiro, J., & Hunt, L. (2003). All the world's a stage: The use of theatrical performance in medical education. *Medical Education*, 37, 922-927.
- Shapiro, R. S., Simpson, D. E., & Lawrence, S. L. (1989). Survey of sued and non-sued physicians and suing patients. *Annals of Internal Medicine*, 149, 2190-2196.
- Shapiro, T. (1974). The development and distortions of empathy. *Psychoanalytic Quarterly*, 43, 4-25.
- Shapurian, R., & Hojat, M. (1985). Psychometric characteristics of a Persian version of the Eysenck Personality Questionnaire. *Psychological Reports*, 57, 631-639.
- Shaver, P., & Hazan, C. (1989). Being lonely, falling in love: Perspectives from attachment theory. En M. Hojat & R. Crandall (Eds.), *Loneliness: Theory, research, and applications* (pp. 105-124). Newbury, CA: Sage.
- Sheehan, K. H., Sheehan, D. V., White, K., Leibowitz, A., & Baldwin, D. C. Jr. (1990). A pilot study of medical student 'abuse': Student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school. *Journal of the American Medical Association*, 263, 533-537.
- Shelton, W. (1999). Can virtue be taught? *Academic Medicine*, 74, 671-674.
- Sherif, C. W., Sherif, M., & Nebergall, R. E. (1965). Attitudes and attitude change: The social judgment-involvement approach. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Sherman, J. J., & Cramer, A. (2005). Measurement of changes in empathy during dental school. *Journal of Dental Education*, 69, 338-345.
- Shorey, H. S. & Snyder, C. R. (2006). The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology*, 10, 1-20.
- Shorter, E. (1986). *Bedside manners: The troubled history of doctors and patients*. Harmondsworth, UK: Viking.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford.
- Sierles, F. S., Vergare, M., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2004). Academic performance of psychiatrists compared other specialists before, during, and after medical school. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1477-1482.
- Silver, H. K. (1982). Medical students and medical school. *Journal of the American Medical Association*, 247, 309-310.
- Silver, H. K., & Glicken, A. D. (1990). Medical student abuse: Incidence, severity, and significance. *Journal of the American Medical Association*, 263, 527-532.
- Simmons, J. M. P., Robie, P. W., Kendrick, S. B., Schumacher, S., & Roberge, L. P. (1992). Residents' use of humanistic skills and content of resident discussions in a support group. *American Journal of the Medical Sciences*, 303, 227-232.
- Simner, M. L. (1971). Newborn response to the cry of another infant. *Developmental Psychology*, 5, 136-140.
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Kipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: The Toronto consensus statement. *British Medical Journal*, 303, 1385-1387.

- Sims, A. (1988). *Symptoms in the mind: An introduction to descriptive psychotherapy*. London: Baillier, Tindall, W. B. Saunders.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. J., & Frith, C. D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science*, 303, 1157-1162.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Stephan, K. E., Dolan, R. J., & Frith, C. (2006). Empathic neural responses are modulated by the perceived fairness of others. *Nature*, 439 (7075), 466-469.
- Singer, T., & Frith, C. (2005). The painful side of empathy. *Nature Neuroscience*, 8, 845-846.
- Skeff, K. M., & Mutha, S. (1998). Role models: Guiding the future of medicine. *New England Journal of Medicine*, 339, 2015-2017.
- Skelton, J. R., Macleod, J. A. A., & Thomas, C. P. (2000). Teaching literature and medicine to medical students, Part II: Why literature and medicine? *Lancet*, 356, 2001-2003.
- Slipp, S. (2000). Subliminal stimulation research and its implications for psychoanalytic theory and treatment. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 28, 305-320.
- Sloan, F. A., Mergenhagen, P. M., Burfield, W. B., Bovjerg, R. R., & Hassan, M. (1989). Medical malpractice experience of physicians: Predictable or haphazard? *Journal of the American Medical Association*, 262, 3291-3297.
- Smith, B. H. (1981). Narrative versions, narrative theories. En W. J. T. Mitchell (Ed.), *On narrative* (pp. 209-232). Chicago: University of Chicago Press.
- Smith, G. R. (1991). *Somatization disorder in the medical setting*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Smith, R. C. (1984). Teaching interviewing skills to medical students: The issue of countertransference. *Journal of Medical Education*, 59, 582-588.
- Smolarz, B. G. (2005). Determining the relationship between medical student empathy and undergraduate college major. Unpublished manuscript, University of Virginia, Charlottesville.
- Smotherman, W. P., & Robinson, S. R. (1994). Milk as the proximal mechanism for behavioral change in the newborn. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 397, 64-70.
- Smyth, J., Stone, A., Hurewitz, A., & Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1304-1309.
- Sochting, I., Skoe, E. E., & Marcia, J. E. (1994). Care-oriented moral reasoning and prosocial behavior: A question of gender role orientation. *Sex Roles*, 31, 131-147.
- Solomon, R. C. (1976). *The passion*. New York: Anchor/Doublely.
- Sommer, R. (1969). *Personal space*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Sorce, J. F., Emde, R. N., Campos, J., & Klinnert, M. D. (1985). Maternal emotional signaling: Its effect on the visual cliff behavior of 1-year-olds. *Developmental Psychology*, 21, 195-200.
- Sotile, W. M., & Sotile, M. O. (1996). *The medical marriage: A couple's survival manual*. New York: Carol Publication.
- Southard, E. E. (1918). The empathic index in the diagnosis of mental diseases. *Journal of Abnormal Psychology*, 13, 199-214.
- Sox, H. C. (2002). Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. *Annals of Internal Medicine*, 136, 243-246.
- Speedling, E. J., & Rose, D. N. (1985). Building an effective doctor-patient relationship: From patient satisfaction to patient participation. *Social Science & Medicine*, 21, 115-120.
- Spelke, E. S. (2005). Sex differences in intrinsic aptitude for mathematics and science? A critical review. *American Psychologist*, 60, 950-958.
- Spiegel, D. (1990). Can psychotherapy prolong cancer survival? *Psychosomatics*, 31, 361-366.
- Spiegel, D. (1993). *Living beyond limits: New hope and help for facing life-threatening illness*. New York: Times Books.
- Spiegel, D. (1994). Health caring: Psychological support for patients with cancer. *Cancer*, 74, 1453-1457.
- Spiegel, D. (2004). Mind matters—Group therapy and survival in breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 345, 1-3.

- Spiegel, D., & Bloom, J. R. (1983). Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine*, 45, 333-339.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2, 888-891.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., & Yalom, I. D. (1981). Group support for patients with metastatic breast cancer. *Archives of General Psychiatry*, 38, 527-533.
- Spinella, M. (2002). A relationship between smell identification and empathy. *International Journal of Neuroscience*, 112, 605-612.
- Spiro, H. (1998). *The power of hope: A doctor's perspective*. New Haven: Yale University Press.
- Spiro, H. (1992). What is empathy and can it be taught? *Annals of Internal Medicine*, 116, 843-846.
- Spiro, H. M. (1986). *Doctors, patients and placebos*. New Haven: Yale University Press.
- Spiro, H. M., McCrea Curnen, M. G. M., Peschel, E., & St. James, D. (1993). Empathy and the practice of medicine: Beyond pills and the scalpel. New Haven: Yale University Press.
- Squier, R. W. (1990). A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Social Science & Medicine*, 30, 325-339.
- Stamps, P. L., & Boley Cruz, N. T. (1994). *Issues in physician satisfaction: New perspectives*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Starcevic, V., & Piontek, C. M. (1997). Empathic understanding revisited: Conceptualization, controversies, and limitations. *American Journal of Psychotherapy*, 51, 317-328.
- Starfield, B., Wray, C., Hess, K., Gross, R., Birk, P., & D'Lugoff, B. (1981). The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health*, 71, 127-131.
- Starr, P. (1982). *Social transformation of American medicine*. New York: Basic Books.
- Staub, E. (1978). *Positive social behavior and morality: Social and personal influences*. (Vol. 1), New York: Academic Press.
- Staudenmayer, H., & Lefkowitz, M. S. (1981). Physician-patient psychological characteristics influencing medical decision-making. *Social Science & Medicine*, 15, 77-81.
- Stebbins, C. A. (2005). *Enhancing empathy in medical students using Flex Care™ communication training*. Doctoral dissertation completed at Iowa State University. *Dissertation Abstracts International*, 66(4-B), p. 1962.
- Stein, M. D., Fleisman, J., Mor, V., & Dresser, M. (1993). Factors associated with patient satisfaction among HIV-infected persons. *Medical Care*, 31, 182-188.
- Steinbrook, R. (2002). Nursing in the crossfire. *New England Journal of Medicine*, 346, 1757-1766.
- Steiner, J. F. (2005). The use of stories in clinical research and health policy. *Journal of the American Medical Association*, 294, 2901-2904.
- Stepien, K. A. & Baernstien, A. (2006). Educating for empathy: A review. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 524-530.
- Stephan, W. G., & Finlay, K. (1999). The role of empathy in improving inter-group relations. *Journal of Social Issues*, 55, 729-743.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. T., Frohna, A. Z., & Gruppen, L. A. (2005). The prediction of professional behaviour. *Medical Education*, 39, 75-82.
- Sternberg, R. J. (2004). Culture and intelligence. *American Psychologist*, 59, 325-338.
- Stewart, M. A. (1996). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 1423-1433.
- Stiles, W., Putman, S., Wolfe, M., & James, S. (1979). Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interview. *Medical Care*, 17, 667-679.
- Stokes, J. (1980). Grief and the performing arts: A brief experiment in humanistic medical education. *Journal of Medical Education*, 55, 215.
- Stotland, E. (1969). Exploratory investigation of empathy. En Berkowitz, L. (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 271-314). New York: Academic Press.

- Stotland, E. (1978). Fantasy-empathy research: An integration. En E. Stotland, K. E. Matthews, Jr., S. E. Sherman, R. O. Hansson, & B. Z. Richardson (Eds.), *Empathy, fantasy, and helping* (pp. 103-122). Beverly Hills, CA: Sage.
- Stotland, E., Mathews, K. E. Jr., Sherman, S. E., Hansson, R. O., & Richardson, B. Z. (1978). *Empathy, fantasy and helping* (Vol. 65), Beverly Hills: Sage.
- Strauss, M. B. (1968). *Familiar medical quotations*. Boston: Little, Brown.
- Streit-Forest, U. (1982). Differences in empathy: A preliminary analysis. *Journal of Medical Education*, 57, 65-67.
- Streit, U. (1980). Attitudes toward psycho-social factors in medicine: An appraisal of the ATSIM scale. *Medical Education*, 14, 259-266.
- Stuss, D. T. (2001). The right frontal lobes are necessary for theory of mind. *Brain*, 124, 279-286.
- Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B., & Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *Journal of the American Medical Association*, 277, 678-682.
- Sullivan, P. (1990). Pay more attention to your own health, physicians warned. *Canadian Medical Association Journal*, 142, 1309-1310.
- Surrey, J. L., & Bergman, S. J. (1994). Gender differences in rational development: Implications for empathy in the doctor-patient relationship. En L. S. More & M. A. Milligan (Eds.), *The empathic practitioner: Empathy, gender, and medicine* (pp. 113-131). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Sutherland, J. A. (1993). The nature and evolution of phenomenological empathy in nursing: An historical treatment. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7, 369-376.
- Szalita, A. B. (1976). Some thoughts on empathy. The eighteenth annual Frieda Fromm-Reichmann memorial lecture. *Psychiatry*, 39, 142-152.
- Taragin, M. I., Sonnenberg, F. A., Karns, M. E., Trout, R., Shapiro, S., & Carson, J. L. (1994). Does physician performance explain interspecialty differences in malpractice claim rates? *Medical Care*, 32, 661-667.
- Tausch, R. (1988). The relationship between emotions and cognitions: Implications for therapist empathy. *Person-Centered Review*, 3, 277-291.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R., & Fernandes-Taylor, S. (2003). Affiliation, social support and biobehavioral response to stress. En J. Suls & K. A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 314-331). Malden, MA: Blackwell.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A., Regan, A. R., & Updegraff, J. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107, 411-429.
- Therrien, M. E. (1979). Evaluating empathy skills training for parents. *Social Work*, 24, 417-419.
- Thom, D. H., Hall, M. A., & Pawlson, L. G. (2004). Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health Affairs*, 23, 124-132.
- Thomas, L. (1985). *The youngest science*. Oxford University Press.
- Thompson, B. M., Hearn, G. N., & Collins, M. J. (1992). Patient perceptions of health professional interpersonal skills. *Australian Psychologist*, 27, 91-95.
- Titchener, E. B. (1909). *Lectures on the experimental psychology of the thought-processes*. New York: Macmillan.
- Titchener, E. B. (1915). *A beginner's psychology*. New York: Macmillan.
- Tomkins, S. S. (1962). *Affect, imagery, consciousness, Vol. I: The positive effects*. New York: Springer.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, consciousness, Vol. II: The negative effects*. New York: Springer.
- Tomkins, S. S. (1987). Script theory. En J. Aronoff, A. J. Rubin, & R. A. Zucker (Eds.), *The emergence of personality*. (pp. 147-216). New York: Springer.
- Trautmann Banks, J. (2002). The story inside. En R. Charon & M. Montello (Eds.), *Stories matter: The role of narrative in medical ethics* (pp. 219-226). New York: Routledge.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism & collectivism*. Boulder, CO: Westview Press.

- Trivers, R. L. (1972). Parental investment and sexual selection. En B. Campbell (Ed.), *Sexual selection and the descent of man* (pp. 136-179). Chicago, IL: Aldine.
- Trommsdorff, G. (1991). Child-rearing and children's empathy. *Perceptual & Motor Skills*, 72, 387-390.
- Trommsdorff, G. (1995). Person-context relations as developmental conditions for empathy and prosocial action: A cross-cultural analysis. En T. A. Kindermann & J. Valsiner (Eds.), *Development of person-context relations* (pp. 189-208). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrainment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1-13.
- Trout, D. L., & Rosenfeld, H. M. (1980). The effect of postural lean and body congruence on the judgment of psychotherapeutic rapport. *Journal of Nonverbal Behavior*, 4, 176-190.
- Truax, C. B., Altmann, H., & Millis, W. A. (1974). Therapeutic relationships provided by various professionals. *Journal of Community Psychology*, 2, 33-36.
- Truax, C. B., & Carkhuff, R. (1967). *Towards effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago: Aldine.
- Turner, J. A., Deyo, R. A., Loeser, J.D., von Korff, M., & Fordyce, W. E. (1994). The importance of placebo effect on pain treatment and research. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1609-1614.
- Umilta, M. A., Kohler, E., Gallese, V., Fogassi, L., Fadiga, L., Keysers, C., & Rizzolatti, G. (2001). I know what you are doing: A neurophysiological study. *Neuron*, 31, 155-165.
- Underwood, B., & Moore, B. (1982). Perspective-taking and altruism. *Psychological Bulletin*, 91, 143-173.
- Uvnas-Moberg, K. (1997). Physiological and endocrine effects of social contact. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 807, 146-163.
- Valliant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.
- Van Orum, W., Foley, J. M., Burns, P. R., DeWolfe, A. S., & Kennedy, E. C. (1981). Empathy, altruism, and self-interest in college students. *Adolescence*, 16, 799-808.
- Vaughan, K. B., & Lanzetta, J. T. (1981). The effect of modification of expressive displays on vicarious emotional arousal. *Journal of Experimental Social Psychology*, 17, 16-30.
- Velicer, W. F., & Fava, J. L. (1998). Effects of variables and subject sampling on factor pattern recovery. *Psychological Methods*, 3, 231-251.
- Veloski, J. J., & Hojat, M. (2006). Measuring specific elements of professionalism: Empathy, teamwork and lifelong learning. En D. T. Stern (Ed.), *Measurement of Professionalism in Medicine* (pp. 117-145). Oxford: Oxford University Press.
- Verbrugge, L. M. (1979). Marital status and health. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 267-285.
- Viviani, P. (2002). Motor competence in the perception of dynamic events: A tutorial. En W. Prinz & B. Hommel (Eds.), *Common mechanisms in perception and action* (pp. 406-442). New York: Oxford University Press.
- Wagner, H. L., Buck, R., & Winterbotham, M. (1993). Communication of specific emotions: Gender differences in sending accuracy and communication measures. *Journal of Nonverbal Behavior*, 17, 29-53.
- Waisman, M. (1966). Listening with the third ear in eczematous eruptions. *Medical Times*, 94, 1108-1113.
- Wallace, D. S., Paulson, R. M., Lord, C. G., & Bond, C. F., Jr. (2005). Which behaviors do attitudes predict? Meta-analyzing the effects of social pressure and perceived difficulty. *Review of General Psychology*, 9, 214-227.
- Wasserman, R. C., Inui, T. S., Barriatua, R. D., Carter, W. B., & Lippincott, P. (1984). Pediatric clinicians' support for patients makes a difference: An outcome-based analysis of clinician-parent interaction. *Pediatrics*, 74, 1047-1053.
- Watson, J. B. (1924). *Behaviorism*. New York: W. W. Norton.

- Watson, J. C. (2002). Re-visioning empathy. En D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 445-471). Washington, DC: American Psychological Association.
- Watson, P. J., Grisham, S. O., Trotter, M. V., & Biderman, M. D. (1984). Narcissism and empathy: Validity evidence for the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 48, 301-305.
- Waxler-Morrison, N., Anderson, J. M., & Richardson, E. (1990). *Cross-cultural caring: A handbook for health professionals in Western Canada*. Vancouver: University of British Columbia Press.
- Wear, D., & Aultman, J. M. (2005). The limits of narrative: Medical student resistance to confronting inequality and oppression in literature and beyond. *Medical Education*, 39, 1056-1065.
- Weaver, M. J., Ow, C. L., Walker, D. J., & Degenhardt, E. F. (1993). A questionnaire for patients' evaluations of their physicians' humanistic behaviors. *Journal of General Internal Medicine*, 8, 135-139.
- Webb, C. (1996). Caring, curing, coping: Toward an integrated model. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 960.
- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., & Cohn, J. F. (1999). Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy. *Developmental Psychology*, 35, 175-188.
- Weinberg, M. K., & Tronik, E. Z. (1996). Infant affective reaction to the resumption of maternal interaction after the still-face. *Child Development*, 67, 905-914.
- Weisman, C. S., & Teitlebaum, M. A. (1985). Physician gender and the physician-patient relationship: Recent evidence and relevant questions. *Social Science & Medicine*, 20, 1119-1127.
- Weisman, J. S., Betancourt, J., Campbell, E. G., Park, E. R., Kim, M., Clarridge, B., *et al.* (2005). Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care. *Journal of the American Medical Association*, 294, 1058-1067.
- Weiss, R. F., Boyer, J. L., Lombardo, J. P., & Stich, M. H. (1973). Altruistic drive and altruistic reinforcement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25, 390-400.
- Weissman, S. H., Haynes, R. A., Killan, C. D., & Robinowitz, C. (1994). A model to determine the influence of medical school on students' career choices. *Academic Medicine*, 69, 58-59.
- Wellman, B. (1998). Social network. En H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (pp. 525-544). San Diego, CA: Academic Press.
- Wellman, H. (1991). *The child's theory of mind*. Cambridge, MA: Bradford Books/MIT Press.
- Werner, A., & Schneider, J. M. (1974). Teaching medical students interactional skills: A research-based course in doctor-patient relationship. *New England Journal of Medicine*, 290, 1232-1237.
- Wester, W. C., & Smith, A. H. J. (1984). *Clinical hypnosis: A multidisciplinary approach*. Philadelphia: Lippincott.
- Westerman, M. A. (2005). What is interpersonal behavior? Post-cartesian approach to problematic interpersonal pattern and psychotherapy process. *Review of General Psychology*, 9, 16-34.
- White, K. L. (1991). *Healing the schism: Epidemiology, medicine, and the public's health*. New York: Springer-Verlag.
- Whittemore, P. B., Burstein, A. G., Loucks, S., & Schoenfeld, L. S. (1985). A longitudinal study of personality changes in medical students. *Journal of Medical Education*, 60, 404-405.
- Whorf, B. L. (1956). *Language, thought, and reality: Selected writings of Benjamin Lee Whorf*. New York: John Wiley & Sons.
- Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J. P., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in my insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*, 40, 655-664.
- Wickramasekera, I. E., & Szyk, J. P. (2003). Could empathy be a predictor of hypnotic ability? *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 51, 390-399.
- Wiehe, V. R. (2003). Empathy and narcissism in a sample of child abuse perpetrators and a comparison sample of foster parents. *Child Abuse & Neglect*, 27, 541-555.
- Wiesenfeld, A. R., Whitman, P. B., & Malatesta, C. Z. (1984). Individual differences among adult women in sensitivity to infants: Evidence in support of an empathy concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 118-124.

- Wiklund, I., Oden, A., & Sanne, H. (1988). Prognostic importance of somatic and psychosocial variables after a first myocardial infarction. *American Journal of Epidemiology*, 128, 786-795.
- Wilkes, M., Milgrom, E., & Hoffman, J. R. (2002). Toward more empathic medical students: A medical student hospitalization experience. *Medical Education*, 36, 528-533.
- Williams, C. A. (1989). Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in Nursing & Health*, 12, 169-178.
- Williams, R. B., Barefoot, J. C., Califf, R. M., Haney, T. L., Saunders, W. B., & Pryor, D. B. (1992). Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 267, 524.
- Willingham, W.W., & Cole, N. S. (1997). *Gender and fair assessment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wilmer, H. A. (1968). The doctor-patient relationship and issues of pity, sympathy and empathy. *British Journal of Medical Psychology*, 41, 243-248.
- Windholz, M. J., Marmar, C. R., & Horowitz, M. J. (1985). A review of research in conjugal bereavement: Impact on health and efficacy of intervention. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 433-447.
- Winefield, H. R., & Chur-Hansen, A. (2000). Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: Does knowledge of empathy increase? *Medical Education*, 34, 90-94.
- Winnicott, D.W. (1987). *Babies and their mothers*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Wispe, L. (1978). *Altruism, sympathy, and helping: Psychological and sociological principles*. New York: Academic Press.
- Wispe, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 314-321.
- Wittstein, I. S., Thiemann, D. R., Lima, J. A. C., Baughman, K. L., Schulman, S. P., Gerstenblith, G., Wu, K. C., Rade, J. J., Bivalacqua, T. J., & Chapman, H. C. (2005). Neurohormonal features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. *New England Journal of Medicine*, 352, 539-548.
- Wolf, E. S. (1980). The dutiful physician: The central role of empathy in psychoanalysis, psychotherapy, and medical practice. *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 2, 41-56.
- Wolf, S. (1992). Prediction of myocardial infarction over a span of 30 years in Rosato, Pennsylvania. *Integrative Physiological & Behavioral Science*, 27, 246-257.
- Wolf, T. M., Balson, P. M., Faucett, J. M., & Randall, H. M. (1989). A retrospective study of attitude change during medical education. *Medical Education*, 23, 19-23.
- Wolfgang, A. (1979). *Nonverbal behavior: Applications and cultural implications*. New York: Academic Press.
- World Health Organization. (1948). *World Health Organization Constitution: Basic documents*. Geneva: Author.
- Wright, S. (1996). Examining what residents look for in their role models. *Academic Medicine*, 71, 290-292.
- Yarnold, P. R., Bryant, F. B., Nightingale, S. D., & Martin, G. J. (1996). Assessing physician empathy using the Interpersonal Reactivity Index: A measurement model and cross-sectional analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 1, 207-221.
- Yarnold, P. R., Greenberg, M. S., & Nightingale, S. D. (1991). Comparing resource use of sympathetic and empathetic physicians. *Academic Medicine*, 66, 709-710.
- Yarnold, P. R., Martin, G. J., & Soltysik, R. C. (1993). Androgyny predicts empathy for trainees in medicine. *Perceptual & Motor Skills*, 77, 576-578.
- Yates, S. (2001). Finding your funny bone: Incorporating humour into medical practice. *Australian Family Physician*, 30, 22-24.
- Yedidia, M. J., Gillespie, C. C., Kachur, E., Schwartz, M. D., Ockene, J., Chepaitis, A. E., Snyder, C. W., Lazare, A., & Lipkin, M. (2003). Effect of communications training on medical student performance. *Journal of the American Medical Association*, 290, 1157-1165.
- Younger, J. B. (1990). Literary works as a mode of knowing. *Journal of Nursing Scholarship*, 22, 39-43.

- Zachariae, R., Pedersen, C. G., Jensen, A. B., Ehrnrooth, E., Rossen, P. B., & von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, 88, 658-665.
- Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., & King, R. A. (1979). Child rearing and children's prosocial initiations toward victims of distress. *Child Development*, 50, 319-330.
- Zahn-Waxler, C., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (1992). The development of empathy in twins. *Developmental Psychology*, 28, 1038-1047.
- Zeldow, P. B., & Daugherty, S. R. (1987). The stability and attitudinal correlates of warmth and caring in medical students. *Medical Education*, 21, 353-357.
- Zelevnik, C., Hojat, M., Goepf, C. E., Amadio, P., Kowlessar, O. D., & Borenstein, B. D. (1988). Measurement of certainty in medical school examination: A pilot study on non-cognitive dimensions of test-taking behavior. *Journal of Medical Education*, 63, 881-891.
- Zelevnik, C., Hojat, M., & Veloski, J. J. (1983). Levels of recommendation for students and academic performance in medical school. *Psychological Reports*, 52, 851-858.
- Zhou, Q., Eisenberg, N., Losoya, S. H., Fabes, R. A., Reiser, M., Guthrie, I. K., Murphy, B. C., Cumberland, A. J., & Shepard, S. A. (2002). The relations of parental warmth and positive expressiveness to children's empathy-related responding and social functioning: A longitudinal study. *Child Development*, 73, 893-915.
- Zhou, Q., Valiente, C., & Eisenberg, N. (2003). Empathy and its measurement. En S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 269-284). Washington, DC: American Psychological Association.
- Zinn, W. (1990). Transference phenomenon in medical practice: Being whom the patient needs. *Annals of Internal Medicine*, 113, 298.
- Zuckerman, M. (2002). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): An alternative five-factor model. En B. DeRaad & M. Perugini (Eds.), *Big five assessment* (pp. 377-396). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Zuckerman, M., DePauls, B. M., & Rosenthal, R. (1981). Verbal and nonverbal communication of deception. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 14). New York: Academic Press.
- Zuger, A. (2004). Dissatisfaction with medical practice. *New England Journal of Medicine*, 350, 69-75.

# Índice de autores

## A

Abbott, L. C., 151  
Abrassi, I. B., 175  
Ackoff, R. L., 194  
Acuna, L. E., 186  
Adams, G. R., 48, 84  
Adamson, L., 32  
Adelman, R., 141  
Adler, H. M., 35, 105, 189  
Adler, N. E., 160  
Adolphs, R., 31  
Agnoli, E., 128  
Agosta, E., 11  
Aharon-Peretz, J., 40  
Ahluwalia, J., 135  
Ainsworth, M. D. S., 52, 53, 54, 58  
Alcorta-Garza, A., 198  
Ali, N. S., 130  
Allport, E. H., 29  
Allport, G. W., 195  
Als, H., 32  
Altmann, H., 151  
Ambrozy, D. M., 150  
Amini, E., 35, 44, 58  
Anastasi, A., 85, 87, 92  
Anderson, J. M., 129  
Anderson, L. A., 173  
Anthony, A. A., 183  
Aoki, Y., 141  
Archer, D., 125  
Archer, J., 58  
Aring, C. D., 2, 4, 5, 11, 77  
Aristotle, 190  
Arlow, J. A., 122  
Armington, J., 33  
Arnkoﬀ, D. B., 119  
Arnold, L., 151, 166, 174  
Aronfreed, J., 142  
Ascher, J. A., 51  
Ash, A. S., 139  
Asher, S. J., 18  
Ashworth, C. D., 101, 150  
Astin, H. S., 4  
Auerbach, A. H., 161  
Aultman, J. M., 188  
Avery, J. K., 160

Ax, A. E., 33, 34  
Ayra, D. K., 77  
Azari, R., 141

## B

Bacharach, H. M., 161  
Baernstein, A., 174  
Baggaley, A. R., 87  
Bailey, B. A., 151  
Baime, M., 174  
Baker, D., 69  
Baker, L. c., 169  
Baker, L. R., 124  
Baldwin, D. C. Jr., 167, 172  
Balint, M., 27, 111, 185, 192  
Ballou, J. w., 50  
Balson, P. M., 146  
Banks, c., 119  
Banks, J. A., 188  
Barasch, M. I., 19  
Bard, M., 113  
Barett, M. A., 48, 143  
Bargh, J. A., 32  
Barnett, M. A., 46  
Barnett, R. c., 140  
Barnsley, J., 140  
Baron-Cohen, S., 5, 7, 38, 64, 68, 69, 75, 101, 135, 136, 138  
Barondess, J. A., 166  
Barr, C. L., 56  
Barrett-Lennard, G. T., 67, 68  
Barriatua, R. D., 163  
Barsky, A. J., 160  
Bartholomew, K., 54  
Bartlett, J. A., 23  
Baruch, G. K., 141  
Basch, M. R., 2, 7, 32  
Bastacky, S., 183  
Batenburg, V., 114  
Bates, J. E., 49  
Bateson, G., 195  
Batki, A., 135  
Batson, C. D., 4, 7, 11, 43, 142, 143, 178, 179  
Baumal, R., 177  
Baumann, A. O., 114, 115  
Baumgarte, R., 129  
Bavelas, J. B., 33, 56  
Bayes, M. A., 31, 137  
Beaton, D., 106  
Beaudoin, C., 183  
Becker, H., 167  
Beckman, H. B., 78, 158-159  
Beddoe, A. E., 177, 182  
Beecher, H. K., 125  
Beisecker, A. E., 114  
Beisecker, T. D., 114  
Beland, E., 141, 167, 172  
Bellet, P. S., 5, 116  
Bellini, L. M., 174, 75  
Belsky, J., 52, 53  
Benbassat, J., 177  
Bender, R. C., 179  
Benedict, R. H. B., 39  
Ben-Ely, Z., 177  
Bennett, J. A., 67, 70, 161  
Bennett, M. J., 7, 8, 40, 80  
Bensing, J., 114  
Benson, J. A. Jr., 140  
Benton, A. L., 38  
Ber, R., 168  
Beres, D., 122  
Berger, B. D., 40  
Berger, D. M., 4, 121  
Berger, S. M., 177  
Bergman, S. J., 184  
Berkman, L. E., 17, 19, 20, 21, 23  
Berkson, L. C. L., 183  
Bertakis, K. D., 141, 158  
Beutler, L. E., 68  
Beven, J. R., 148  
Bickel, J., 142  
Biderman, M. D., 146  
Biener, L., 140  
Bjorklund, D. E., 50, 136  
Black, A., 33  
Black, D.M., 9, 11, 13, 58  
Black, H., 176  
Blacklow, R. S., 20, 200  
Blackman, N., 6  
Blackwell, B., 158  
Blair, S., 32

- Blanchard, K. H., 181  
 Bland, C., 150, 184  
 Blank, L. L., 105  
 Blass, C. D., 68  
 Blazer, D. G., 20  
 Blehar, M. C., 52  
 Block, J. H., 139  
 Bloom, B. L., 18  
 Bloom, J. R., 21, 24  
 Bloom, S. W., 34  
 Blumenthal, J. A., 18, 26  
 Blumgart, H. L., 74, 77  
 Boag, T. J., 34  
 Boakes, J. P., 150  
 Boggs, S. R., 114  
 Bohart, A. C., 20, 24, 70, 104, 161  
 Boley Cruz, N.T., 141  
 Bolognini, S., 5  
 Bombardier, C., 106  
 Bonk, S., 171  
 Bonney, W. C., 122  
 Book, H. E., 25, 116, 123, 180  
 Borenstein, B. D., 48, 201  
 Borgenicht, L., 77  
 Borke, H., 56  
 Boruch, R. E., 25  
 Boulton, C., 184  
 Bovjerg, R. R., 142  
 Bowers, M. R., 163  
 Bowlby, J., 52, 54  
 Boyd, P. T., 20  
 Boyd, R. W., 33  
 Boyer, J. L., 177  
 Boyer, M. J., 157  
 Branch, W. X., 79, 80, 116, 190  
 Bratton, B. D., 70  
 Bray, J. H., 150  
 Bretherton, L., 54, 58  
 Bridgman, D. L., 178  
 Brislin, R. W., 106  
 Brissette, L., 20  
 Brock, C. D., 10, 186  
 Brody, H., 78, 124, 189  
 Brokman, R., 6  
 Brothers, L., 28, 29, 34, 38  
 Brown, D. D., 70  
 Brown, J., 136  
 Browne, V. L., 183  
 Brownell, A. K., 166  
 Bruner, J., 189  
 Bruynooghe, R., 114  
 Bryant, B. K., 63, 66, 102  
 Buccino, C., 41  
 Buchheimer, A., 10, 126  
 Buck, R., 30, 37, 136, 137  
 Buehler, M. L., 113  
 Burack, J. H., 150  
 Burdi, M. D., 169  
 Burfield, W. B., 142  
 Burke, D. M., 144  
 Burlingham, D., 50, 56  
 Burns, D. D., 144  
 Burnstein, A. G., 168  
 Burrows, G. D., 82  
 Bush, L. K., 56  
 Buss, D. M., 30, 50, 136, 138  
 Butow, R. N., 157, 159  
 Bylund, C. L., 79, 80, 112, 141, 142
- C**  
 Cacioppo, J. T., 17  
 Cahill, L., 36, 135  
 Calhoun, J. B., 130  
 Calkins, E. V., 151  
 Callahan, E. J., 141  
 Calnan, M., 113  
 Campbell, D. T., 89  
 Campos, J., 57  
 Campus-Outcalt, D., 183  
 Cannon, W., 129  
 Carbonell, J. L., 66  
 Carew, D. K., 181  
 Carkhuff, R., 4, 12, 67, 68, 70, 79, 161  
 Carlene, J. D., 150  
 Carmel, S., 141, 162  
 Carr, L., 3, 6, 32, 37, 38, 42, 69, 204  
 Carr, R. L., 139  
 Carter, A. S., 58  
 Carter, E., 165  
 Carter, J. E., 183  
 Carter, W. B., 165  
 Carver, E. J., 6  
 Casares, P., 54  
 Case, N., 23  
 Case, R. B., 23  
 Caspi, A., 171  
 Cataldo, K. P., 186  
 Cattle, R. B., 87  
 Caul, W. E., 136  
 Chandler, M., 161  
 Charon, R., 84, 141, 142, 186, 187  
 Chartrand, T. L., 32  
 Chase, G. A., 152  
 Cheek, J. M., 64  
 Chessick, R. D., 79  
 Chinsky, J. M., 68  
 Chismar, D., 9  
 Chlopan, B. E., 66, 67, 70  
 Chow, K. L., 47  
 Chrisjohn, R. D., 143  
 Christakis, D. A., 4  
 Christakis, N. A., 4  
 Christenfeld, N., 25  
 Christian, E. B., 141  
 Christodoulou, G. N., 150  
 Chur-Hansen, A., 112, 174, 182  
 Ciechanowski, P. S., 54  
 Clark, K. B., 5  
 Clark, R. D., 61  
 Clayton, E. W., 160  
 Clearly, P. D., 158  
 Cleghorn, S. M., 127  
 Cliffordson, C., 65  
 Clouser, K. D., 187  
 Cockerill, R., 140  
 Coffaro, D., 140  
 Cohen, D. S., 155  
 Cohen, H. J., 184  
 Cohen, J., 153, 161  
 Cohen, R. D., 20  
 Cohen, S., 16, 18, 19, 21, 26  
 Cohn, J. E., 58  
 Coke, J. S., 4, 7, 11, 142, 176, 178, 179  
 Coldman, A. J., 19  
 Cole, D. A., 173  
 Cole, N. S., 137  
 Coleridge, S. T., 127  
 Coles, R., 187  
 Collier, V. U., 168  
 Colligan, M. J., 25  
 Collins, M. J., 163  
 Collins, R. S., 45  
 Colliver, J. A., 149, 162  
 Comas-Diaz, L., 128  
 Comer, D. M., 101  
 Comstock, L. M., 129, 158  
 Concato, J., 142  
 Connellan, J., 135, 138  
 Connelly, M. S., 84  
 Cooper-Patrick, L., 141  
 Cope, D. W., 3, 142, 170  
 Corrigan, J. M., 132  
 Cote, L., 166  
 Coulehan, J. L., 84, 168, 172  
 Cousins, N., 172  
 Crabb, W. T., 179  
 Cramer, A., 102, 175, 198  
 Crandall, R., 22  
 Cristy, B. L., 122  
 Criston, S. R., 25  
 Cronbach, L. J., 92

Cross, D. G., 64  
 Crouse, B. B., 147  
 Crowley, M., 139  
 Cummings, S. A., 294  
 Curtis, E. K., 104  
 Cutrona, C. B., 22  
 Cyphert, F. R., 85

**D**

Dalton, R., 176  
 Damasio, A., 31, 36, 38  
 Damasio, H., 31, 38  
 Darwin, C., 8, 29, 31, 128, 139  
 DasGupta, S., 189  
 Daugherty, S. R., 146, 167, 172  
 David, A. S., 63  
 Davis, M. H., 4, 7, 43, 60, 64, 65, 66, 137, 145, 174  
 Davis, M. R., 32, 33  
 Davison, A. N., 47  
 Dawes, R. M., 189  
 Dawkins, R., 30  
 Dawson, C., 32  
 de Quervain, D. J. E., 36  
 De Ville, K. A., 170  
 Deardroff, P. A., 145, 147  
 Deber, R. B., 114, 116  
 DeCasper, A. J., 52, 53  
 Decety, J., 9, 10, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 42, 56  
 Degenhardt, E. E., 105  
 DeHaes, J. M., 159  
 DeKruif, P., 74  
 Deloney, L. A., 183  
 DelVecchio, W. E., 173  
 Demos, E. V., 58  
 DePauls, B. M., 136  
 Deruella, C., 50  
 DeSchonen, S., 50  
 DeValck, C., 114, 129  
 deWaal, E. B. M., 2  
 DeWolfe, A. S., 144  
 Deyo, R. A., 120  
 DiBlasi, Z., 114  
 Dickerson, L., 186  
 Dickstein, E., 144  
 Dietzen, L. L., 179, 180  
 Dillard, J. P., 65  
 DiLollo, V., 177  
 DiMascio, A., 33  
 DiMatteo, M. R., 3, 112, 119, 125, 126, 158  
 Dino, G. A., 48  
 Diseker, R. A., 79, 104, 149, 168, 174, 175

Disraeli, B., 11  
 Divinagarcia, R. M., 171  
 Donaldson, M. S., 132  
 Donnelly, E. A., 118  
 Dornan, M. C., 147, 157  
 Downie, R. S., 187  
 Dresser, M., 158  
 Drew, E. L., 104  
 Dubeau, M. C., 3  
 Dubnicki, C., 163  
 Duff, P., 84  
 Duford, E., 141  
 Dull, V.T., 160  
 Dunn, J., 136  
 Dunn, S. M., 157  
 Dunstone, D. C., 113  
 Durkheim, E., 16  
 Duthie, M., 187  
 Dymond, R. E., 6, 66, 67

**E**

Eagly, A. H., 138, 139  
 Eberly, S., 23  
 Edens, J. E., 145  
 Edwards, A. L., 108  
 Edwards, M. T., 168  
 Egan, G., 179  
 Eggar, H.L., 58  
 Egolf, B., 19  
 Ehrlich, C. M., 141  
 Ehrlich, C. H., 12  
 Eibel-Eibesfeldt, L., 46, 53  
 Einstein, A., 205  
 Eisenberg, L., 115  
 Eisenberg, N., 2, 4, 7, 9, 34, 46, 61, 65  
 Eisenberg-Berg, N., 52, 61, 62  
 Eisenthal, S. E., 158, 159  
 Ekman, P., 29, 31, 126  
 Elizur, A., 173  
 Elliot, R., 20, 24  
 Ellsbury, K. E., 150  
 Elwood, J. M., 19  
 Emde, R. R., 31, 47  
 Emery, E. E., 194  
 Emery, R., 158  
 Engel, G. L., 73, 74, 75  
 Engler, C. M., 190  
 Englis, B. G., 34  
 Entman, S. S., 160  
 Epstein, N. A., 37, 38, 40, 48, 49, 60, 63, 64, 65, 66, 68, 180  
 Epstein, R. M., 70  
 Erdmann, J. B., 141, 169  
 Erera, R. L., 177, 180

Ericsson, K., 18  
 Eron, L. D., 167  
 Eslinger, P. J., 36-40  
 Esper, J.A., 144  
 Evans, B. J., 82, 168  
 Eysenck, H. J., 43

**F**

Fabre-Grenet, M., 50  
 Fadiga, L., 40  
 Fahrbach, S. E., 50  
 Falvo, D., 159  
 Farber, E. A., 2, 46  
 Farber, N.J., 77, 132, 168  
 Faucett, J. M., 146  
 Feeler, D., 51  
 Feighny, K. M., 174, 182  
 Feinstein, A. R., 105  
 Feirtag, M.L., 35  
 Fekker, G. C., 143  
 Feldman, C., 189  
 Feldstein, J., 176  
 Feldstein, M., 132  
 Fenichel, O., 121  
 Fernandes-Taylor, S., 26  
 Feshbach, N. D., 4, 62  
 Feudtner, C., 4, 172  
 Fifer, W. P., 49, 50  
 Finch, A. J. Jr., 145, 147  
 Finlay, K., 27, 111  
 First, M. B., 38  
 Fishbein, R. H., 108, 167  
 Fiske, D. W., 89  
 Fitz, P.A., 150  
 Flagler, E., 187  
 Fleisman, J., 158  
 Flores, G., 129, 169  
 Fogassi, L., 40  
 Foley, J. M., 144  
 Fonagy, P., 46, 56  
 Fordyce, W. E., 120  
 Forsythe, M., 113  
 Fortna, G. S., 104  
 Fox, R. C., 78, 84  
 Frances, A., 38  
 Francis, V., 114, 155, 158  
 Frank, E., 141  
 Frank, R., 38  
 Frankel, R., 78, 158-160  
 Franzoi, S. L., 65  
 Fratiglioni, L., 18  
 Fredman, L., 20  
 Free, N.K., 106, 161, 164  
 Freeman, B., 159  
 French, J. R. P., 21  
 Frenk, J., 74

Fretz, B. R., 125, 126  
 Freud, S., 4, 8, 51, 75, 78, 121  
 Friedman, E., 77, 139  
 Friedman, H. S., 119, 125  
 Friesen, W. V., 31, 126  
 Frith, C., 6, 36  
 Frodi, A., 138  
 Frohna, A. Z., 201  
 Fruen, M., 141  
 Fulker, D. W., 43  
 Fussel, F.W., 122

## G

Gabay, R., 137  
 Gabbard, G. O., 123, 131, 132  
 Galaburda, A. M., 39  
 Galanter, M., 24  
 Gallegos, K., 24  
 Gallese, V., 6, 40, 41, 56  
 Gallo, J. J., 141  
 Gallop, R., 140  
 Gallup, G. G., 25, 36  
 Gant, W. L., 85  
 Gardiner, B., 142  
 Gardner, S., 187  
 Gardner, W. P., 101  
 Gartrell, N., 132  
 Gaufberg, E. H., 186  
 Geary, N., 129  
 Gee, D., 129  
 Geer, B., 167  
 Geesey, M. E., 186  
 Geisinger, K. E., 106  
 Geller, G., 152  
 Gendlin, E., 163  
 Gendreau, R., 144  
 Georgiou, A., 114  
 Gerin, W., 18, 25  
 Gerris, J. R. M., 47  
 Gianakos, D., 75  
 Gillberg, C., 39  
 Gilligan, C., 139, 140  
 Ginsberg, B., 37  
 Girgis, A., 167  
 Githens, P. B., 160  
 Gjerde, C. L., 70  
 Gladding, S. T., 176  
 Gladstein, G., 70, 77, 161,  
 176, 177  
 Glaser, K., 20, 105, 148, 200  
 Glaser, R., 22  
 Glass, C. R., 119  
 Glass, T., 20  
 Glick, S. M., 141, 162  
 Glicken, A. D., 167, 168  
 Glynn, L. M., 18, 19, 25

Godwin, S. A., 185  
 Goepp, C. E., 200  
 Gold, S. D., 57  
 Goldberg, P. E., 123  
 Golden, L., 188  
 Golden, T., 84  
 Goldsher, D., 40  
 Goldstein, A. P., 32, 33, 55, 62  
 Goleman, D., 5, 145  
 Gonnella, J. S., 13, 141, 150,  
 196  
 Gonzales, J. J., 141  
 Gonzalez-Guerrero, J. E., 198  
 Good, A. B., 27  
 Good, B., 115  
 Good, R.S., 128  
 Goodchild, C. E., 158  
 Goodwin, J., 17, 129, 158  
 Gorawara-Bhat, R., 116  
 Gorsuch, R. L., 86, 88  
 Gottheil, E., 21  
 Gotto, J. L., 105  
 Goubert, L., 26, 42  
 Gough, H. G., 94  
 Gould, S. J., 82  
 Gozzi, E. K., 158, 159  
 Grabowski, T., 38  
 Grace, M. C., 105  
 Graham, C. J., 183  
 Graham-Pole, J., 114  
 Grant, B. A., 46, 144  
 Grattan, L. M., 38, 40  
 Green, B. L., 104  
 Greenberg, L. S., 20, 24  
 Greenberg, M. S., 8  
 Greenblatt, M., 33  
 Greene, M. G., 141  
 Greenson, R., 11, 75  
 Greif, E. B., 5, 64, 144  
 Grisham, S. O., 152  
 Gross, E. B., 146  
 Gruen, R. J., 9, 10, 11  
 Gruenewald, T. L., 26  
 Grummon, D. L., 161, 164  
 Gruppen, L.A., 201  
 Guillemin, R., 106  
 Gulanick, N., 177  
 Gurin, P., 178  
 Gustafson, J. P., 122  
 Guttman, H., 39  
 Guzzetta, R. A., 46

## H

Haase, A. M., 181  
 Hafler, J. P., 190  
 Hagen, R. L., 66

Hall, E. T., 130, 131  
 Hall, G., 147  
 Hall, J. A., 125, 129, 136, 137,  
 141, 157-159  
 Hall, M. A., 171  
 Hall, W. B., 94  
 Halpern, J., 7, 77  
 Hamilton, N. G., 5, 38  
 Hamilton, W. D., 30  
 Hanchett, E., 181  
 Hancock, D., 145  
 Haney, C., 119  
 Hansson, R. O., 4  
 Harari, Y., 137  
 Hari, R., 41  
 Harkin, T. J., 171  
 Harkness, E. E., 114  
 Harper, A. P., 24  
 Harrigan, J. A., 126  
 Harsch, H. H., 151  
 Hart, T., 187  
 Hartup, W. W., 18  
 Harvey, L. K., 141  
 Hass, J. S., 170  
 Hassan, M., 142  
 Hasse, R. E., 126  
 Hatcher, S. L., 176  
 Haynes, R., 150, 159  
 Hays, R. D., 160  
 Hazan, C., 54  
 Hearn, G.N., 163  
 Hebanowski, M., 140  
 Hebb, D., 47  
 Hech, E.J., 68  
 Hecht, M. A., 137  
 Heidrich, R., 173  
 Heidt, J. M., 57  
 Heilman, K. M., 39  
 Hekmat, H., 145  
 Helms, L. J., 141  
 Henderson, J. T., 141  
 Henderson, S., 44  
 Hennen, B. K., 151  
 Henry-Tillman, R., 183  
 Herman, J., 84, 132, 186  
 Herman, M. W., 179  
 Hess, U., 32  
 Hickson, G. B., 160  
 Hinshelwood, R., 11  
 Hirshberg, C., 19  
 Hislop, T. G., 19  
 Hittelman, J. H., 135  
 Hodges, S. D., 7  
 Hoffman, J. R., 185  
 Hoffman, M. L., 4, 7, 30, 35,  
 47, 61, 62, 63, 136, 139, 142

- Hogan, R., 4, 5, 34, 38-40, 49, 60, 63-65, 70, 106, 136, 139, 144-151, 174, 175
- Hojat, M., 12, 13, 22, 23, 46, 48, 49, 53, 74, 76, 83, 87, 89, 90, 93, 95, 97, 101- 105, 108, 109, 115, 140- 142, 148-153, 162, 169, 170, 179, 198, 200, 201
- Holland, J. C., 19, 129, 130
- Holleman, W. L., 188
- Hollowell, E. E., 170
- Holmes, C. A., 122
- Holmes, J. G., 46
- Holtzman, N. A., 152
- Hooper, E. M., 129, 158
- Hoos, A. M., 159
- Hoover, R. N., 45
- Hops, H., 26
- Horn, J., 43
- Hornblow, A. R., 104, 146, 176
- Hornstein, H. A., 143
- Horowitz, L., 54
- Horowitz, M. J., 24
- Horwitz, R. L., 20
- House, J. S., 20-22, 27
- Houston, W. R., 111, 185
- Hrobjartsson, A., 124, 125
- Hubel, D. H., 47
- Hudson Jones, A., 84, 186
- Hudson, G. R., 78, 80
- Hughes, J. R., 6
- Humphrey, N., 30
- Hunsdahl, J. B., 3
- Hunt, E., 128
- Hunt, L., 188, 189
- Hunt, W. C., 17
- Hunter, J. E., 65
- Hurewitz, A., 190
- Hurwitz, B., 189
- Hyde, J. S., 135, 138
- Hylbert, S., 177
- Hyner, G. C., 24
- Hyyppa, M. T., 115
- I**
- Indrisano, V., 147
- Ingelfinger, E. J., 183
- Insel, T. R., 51
- Inui, T. S., 163
- Irby, D. M., 150
- Irish, J. T., 141
- Ironside, W., 176
- Isabella, R. A., 52
- Ishikawa, H., 129
- Issac, M. D., 60
- Ivey, A., 179
- Iacoboni, M., 3, 6, 41
- Ickes, W., 4, 5, 56
- J**
- Jackson, P. L., 9, 12, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 42, 56, 58
- Jackson, S. W., 3, 4, 122, 127
- Jacobs, L., 39
- Jacobsen, E. M., 128
- Jacques, A., 141
- Jaffe, C., 12
- Jaffe, D. S., 121
- James, S., 89, 158
- Jamison, R., 202
- Jansen-McWilliams, L., 101
- Janssens, J. M. A. M., 47
- Jean, P., 183
- Jensen, M. P., 27
- Jensen, N., 77, 78
- Jernstedt, C., 150
- Johnson, J. A., 64, 68
- Johnson, J. E., 202
- Johnson, J. V., 20
- Johnston, M. A. C., 172
- Johnston, M. V., 159
- Jones, A. H., 186, 189
- Jones, K. V., 84, 104
- Jones, R. M., 48
- Jose, P. E., 136, 137, 139
- Jung, C. G., 29
- K**
- Kaell, A., 190
- Kaiser, H., 88
- Kalisch, B. J., 7, 181
- Kalliopuska, M., 145
- Kan, L., 19
- Kandel, E. R., 35
- Kane, G., 102, 105
- Kanel, E. R., 35
- Kaplan, B. H., 20
- Kaplan, G. A., 20
- Kaplan, N. B., 34
- Kaplan, R. M., 159
- Kaplowitz, S., 159
- Karen, R., 53
- Karniol, R., 137, 139
- Kassebaum, D. G., 150
- Kassirer, J. P., 169
- Kastner, B., 129
- Katon, W. J., 54
- Katsumata, N., 129
- Katz, R. L., 7
- Kause, D. R., 173, 176, 190
- Kay, J., 167, 168, 172
- Keenan, J. P., 36
- Kelleher, K. J., 101
- Keller, S., 23
- Keller, V. E., 25, 112, 184
- Kelman, H. C., 159
- Kendall, P. C., 145, 147, 163
- Kendrick, S. B., 176
- Kennedy, E. C., 144
- Kennedy, S., 22
- Kennell, J. H., 52
- Kenny, D. X., 116, 158
- Kerr, R. R., 66, 144, 148
- Kerr, W. A., 66
- Kestenbaum, R., 2, 53, 55
- Keverne, E. B., 35
- Key, C. R., 17
- Keysers, C., 40, 41, 42, 47, 78
- Khajavi, R., 145
- Khalil, H. Z., 130
- Kidson, M. A., 104, 176
- Kiecolt-Glaser, J. K., 20, 22
- Kiesler, D., 161
- Killan, C. D., 150
- Kim, S. S., 159, 163
- King, L. M., 48
- King, R. A., 55
- Kipp, K., 50, 136
- Kipper, D. A., 177
- Kitayama, S., 128
- Klaus, M. H., 52
- Kleck, R. E., 128
- Kleijnen, J., 114
- Klein, L. C., 26
- Kleinbaum, D. G., 20
- Kleinman, A., 115, 129, 130, 189
- Klimberg, S., 183
- Klinnert, M. D., 57
- Kliszcz, J., 140
- Knapp, B. L., 186
- Knight, J. A., 176
- Koch, S., 74
- Koehler, W. F., 163
- Koenig, H. G., 77
- Kohanski, R., 39
- Kohler, E., 41, 204
- Kohn, L. T., 132
- Kohout, F., 20
- Kohut, H., 6, 10, 123
- Kolb, B., 37
- Konner, M., 54
- Konrad, T. R., 94
- Kornreich, M., 162
- Korsch, B. M., 158, 159
- Korsgaard, A., 141
- Kraemer, H. C., 21

- Kramer, C., 137  
 Kramer, D., 168, 174, 191  
 Kramer, J. H., 40  
 Kraus, S. J., 43  
 Krebs, D., 122, 143  
 Kremer, J. R., 176, 179, 180  
 Kriegsman, D. M., 23  
 Kronholm, E., 113  
 Kunyk, D., 197  
 Kupfer, D. J., 104, 140, 145, 200  
 Kurtines, W., 1547  
 Kurtz, R. R., 161, 164
- L**
- LaFrance, M., 137  
 Lamb, J., 116  
 Lammies, F. B., 159  
 LaMonica, E. L., 68, 70, 79, 181  
 Lamont, L. M., 144  
 Lancaster, T., 187, 189  
 Landis, K. R., 22  
 Lane, F. E., 3  
 Lannon, R., 35  
 Lanzetta, J. T., 34, 56, 126, 128  
 Laporte, L., 39  
 LaRocco, J. M., 21  
 Larson, D., 15  
 Larson, E. B., 75, 205  
 Lasker, J., 19  
 Laskowski, C., 122  
 Lawrence, E. J., 69  
 Lawrence, S. L., 160  
 Layton, J. M., 68, 70, 181  
 Lazare, A., 158  
 Lazarus, R. S., 76  
 Leake, B., 142, 170  
 Leas, B. F., 105  
 Lefkowitz, M. S., 157, 162  
 Leibowitz, A., 167  
 Leiper, R., 54  
 Lemery, C. R., 33  
 Lennon, R., 61, 62, 136, 139  
 Lenzi, G. L., 3  
 Leo-Summers, L., 20  
 Lerner, A., 187  
 Lerner, M. J., 143  
 Letourneau, C., 49  
 Levasseur, J., 5  
 Levenson, R. W., 33, 34  
 Levesque, A., 141  
 Levine, L. E., 63  
 Levinson, W., 78, 116, 160-161
- Levy Paluck, E., 137  
 Levy, D., 19  
 Lewin, K., 196  
 Lewinsohn, R., 112  
 Lewis, G., 43  
 Lewis, J. M., 112, 113  
 Lewis, T., 35, 51  
 Lichtenberg, G. C., 134  
 Lichtenstein, P., 45  
 Lief, H. L., 77, 84  
 Lief, N. R., 77  
 Lief, V. F., 77  
 Likert, R., 86  
 Lilienfeld, R., 192  
 Lillienfeld, S., 145  
 Linn, L. S., 3, 82, 106, 115, 142, 166, 170  
 Lipkin, M., 141  
 Lipner, R. S., 105  
 Lippincott, P., 163  
 Lipps, T., 3, 42  
 Liran, F., 147  
 Litvack-Miller, W., 65, 136, 143  
 Localio, R., 132  
 Lockwood, J. H., 150  
 Loeser, J. D., 120  
 Lombardo, J. P., 177  
 Lopez, G., 178  
 Lott, D. A., 58  
 Loucks, S., 168  
 Lounsbury, M. L., 49  
 Lu, M. C., 172  
 Luborsky, L., 162  
 Luce, C., 43  
 Ludmerer, K. M., 168  
 Lundstrom, W. J., 144  
 Luscher, T. F., 159  
 Lutchmaya, S., 138  
 Lykousras, L. P., 150  
 Lyle, R. M., 24  
 Lynch, J. J., 23
- M**
- Macauley, J., 138  
 Maccoby, E. E., 137  
 MacKay, R., 6  
 Maclean, M., 157  
 MacLean, P. D., 35, 47  
 Macleod, J. A. A., 191  
 Macmillan, M. B., 38  
 MaCue, J. D., 168  
 Magee, M., 13, 90, 140, 169  
 Maguire, P., 157, 159, 168  
 Maheux, B., 141, 167, 172, 183
- Makoul, G., 79, 80, 112, 122, 141, 142  
 Malatesta, C. Z., 49  
 Maldonado, G., 150  
 Mallette, C. M., 114  
 Malno, R. B., 34  
 Maloney, M. J., 5, 9, 116  
 Mandell, H., 186  
 Mangione, S., 13, 102, 105, 172, 175  
 Mankin, D., 144  
 Mann, L., 39  
 Mansen, T. J., 145  
 Marchini, A., 129  
 Marcia, J. E., 140  
 Marcus, E. R., 174  
 Markakis, K. M., 160  
 Markham, B., 175  
 Markham, F. W., 105  
 Markus, A., 168  
 Markus, H. R., 128  
 Marmar, C. R., 24  
 Marmot, M. G., 19  
 Marshall, P. A., 187  
 Marshall, W. L., 145  
 Martel, F. L., 35  
 Martin, G. B., 61  
 Martin, G. J., 66, 102, 146  
 Martin, K., 43, 173  
 Marx, B. P., 57  
 Mathews, K. E. Jr., 4  
 Matthes, S. S., 70  
 Matthews, D. A., 80, 105, 112, 125  
 Matthews, K. A., 26, 43, 112  
 Mattlar, C., 113  
 Mayer, J. D., 145  
 Mayerson, E. W., 31, 80, 114, 132  
 Mays, L. C., 58  
 Maytan, M., 18  
 Mazziotta, J. C., 3  
 McCain, M. L., 66  
 McClintock, M. K., 16  
 McCrea Curnen, M. G. M., 89  
 McDavis, K., 11  
 McDermott, M., 23  
 McDougall, D., 65  
 McEwen, B. S., 23  
 McGowen, K. R., 113  
 McGuffin, P., 43  
 McHugo, G. J., 56  
 McKellar, P., 11  
 McKinlay, J. B., 74  
 McKinlay, S. M., 74  
 McLaughlin, M. M., 47

- Mclean, M., 183  
 McLellan, J. D., 101  
 McLellan, M. R., 84, 186  
 McManus, I. C., 191  
 McManus, P. R., 105  
 McNeil, B. J., 158  
 McVey, L. J., 192  
 Mead, G. H., 4, 5  
 Means, J. J., 122  
 Meeuwesen, L., 141  
 Mehrabian, A., 8, 37, 38, 40,  
 46, 48, 49, 60, 63-66, 68,  
 70, 71, 110, 118, 126, 131,  
 140, 143, 145, 150  
 Mehryar, A. H., 22, 145  
 Meindl, J. R., 143  
 Melamed, B. G., 114  
 Mello, M. M., 170, 171  
 Meltzoff, A. N., 33, 37, 55  
 Meltzoff, J., 162  
 Mendelsohn, G., 9, 10, 12  
 Mengel, M. B., 46  
 Mercer, S. W., 106, 155, 162  
 Mergenhagen, P. M., 142  
 Merlyn, S., 170  
 Mesulam, M. M., 39  
 Metzner, H. L., 20  
 Meurer, L. N., 150  
 Meyers, A. R., 160  
 Miyata, T., 51  
 Michael, W. B., 60  
 Michaels, G. Y., 32, 33, 55, 62,  
 69  
 Michielutte, R., 79, 104, 149,  
 168, 174, 175  
 Milgram, S., 64, 117, 118  
 Milgrom, E., 183  
 Miller, B. L., 40  
 Miller, C., 39  
 Miller, K., 80  
 Miller, L. H., 141  
 Miller, M. N., 113  
 Miller, P. A., 142, 143, 145  
 Miller, R. R., 136  
 Millis, W. A., 151  
 Milner, K., 35  
 Mohamed, F. B., 25, 36  
 Monaco, M., 174  
 Monroe, Y. L., 51  
 Montano, D., 101  
 Montello, M., 190  
 Montgomery Hunter, K., 84,  
 186, 187  
 Moon, C. M., 49  
 Moore, B., 7, 143  
 Moore, D. B., 36  
 Moore, M., 33, 55, 168  
 Moore, P. J., 150  
 Moore, S., 150  
 Mor, V., 158  
 Moracco, J. C., 179  
 Moreno, J. L., 144  
 Morgan, J. D., 19, 25  
 Mori, M. S., 51  
 Morrell, I. I., 51  
 Morris, M., 158, 159  
 Morse, J. M., 193  
 Morton, J., 50  
 Moser, R. S., 115, 176  
 Moss, A. J., 23  
 Moss, H. A., 135, 158  
 Mountaokalakis, T., 150  
 Mullett, J., 33  
 Mullooly, J. P., 160  
 Mumford, L., 42  
 Munro, S., 174  
 Munschauser, F., 39  
 Murphy, L. R., 25  
 Murphy, S. O., 177  
 Murray, H. A., 16  
 Mussen, P., 52, 145  
 Mutha, S., 183  
 Myers, T. E., 25  
 Myron L. Fox, 118
- N**
- Nadelson, C., 131, 132  
 Naftulin, D. H., 118  
 Nagda, B. A., 178  
 Nakamoto, D. M., 150  
 Nasca, T. J., 13  
 Nash, D. B., 113  
 Nathanson, D. L., 8, 35, 54, 58  
 Nauta, W. J. H., 35  
 Neale, M. C., 43  
 Negrete, V. F., 159  
 Nelson, D. W., 129  
 Neubauer, A., 45  
 Neubauer, R. B., 46  
 Neuwirth, Z. E., 157  
 Neville, C. W., 68  
 Nevison, C. M., 35  
 Newell, F. W., 47  
 Newman, T. B., 189  
 Newton, M., 51  
 Newton, N., 51  
 Nias, D. K. B., 43  
 Nicholas, D., 25  
 Nightingale, S. D., 9, 66, 102,  
 161  
 Nolen-Hoeksema, S., 161  
 Nolte, J., 35
- Novack, D., 27, 46, 75, 166  
 Novak, M. A., 28
- O**
- Oatley, K., 187  
 O'Brien, J., 184  
 O'Brien, M. K., 36  
 O'Brien-Malone, A., 148  
 Ochion, Y., 137  
 O'Connell, E. J., 135  
 O'Conner, J. R., 113  
 Oden, A., 17  
 O'Keefe, J. P., 187  
 Olinick, S. L., 10, 11, 77  
 Oliver, J., 51  
 Olson, J., 97, 181  
 Ong, L. M., 159  
 Oppenheim, A., 86  
 O'Reilly, E., 110  
 Orlando, I., 181  
 Ornish, D., 19  
 Orth-Gomer, K., 20  
 Ortmeyer, C. F., 17  
 Osofsky, J. D., 135  
 Ow, C. L., 105
- P**
- Pacala, J. T., 184  
 Page, K. M., 28  
 Pajer, K. A., 58  
 Papadakis, M. A., 23  
 Papousek, H., 49  
 Papousek, M., 49  
 Parkin, T., 158  
 Parlow, J., 146  
 Pascalis, O., 50  
 Pasteur, L., 74  
 Patterson, C. H., 161  
 Pawlson, L. G., 171  
 Peabody, F. W., 74, 114, 155,  
 172  
 Pecukonis, E. V., 176  
 Pedersen, C. A., 51  
 Peeden, K., 186  
 Pellegrino, E., 166  
 Pellicore, K., 122  
 Pels, R. J., 190  
 Peng, T., 176  
 Pennebaker, J. W., 20, 25  
 Pennington, R. E., 147  
 Penninx, B. W., 23  
 Peplau, L. A., 22  
 Perrett, D. I., 40, 47, 78  
 Perry, R. J., 37, 46  
 Perry, S. J., 185  
 Peschel, E., 89, 186

- Peter, E., 140  
 Peters, A., 47  
 Pfaff, D. W., 51  
 Phillippot, P., 32  
 Phillips, S., 176  
 Piaget, J., 56  
 Pierce, W. L., 147  
 Pigman, G. W., 2, 3  
 Pincus, H.A., 38  
 Piontek, C. M., 11, 187  
 Platek, S. M., 25, 36  
 Plutchik, R., 28  
 Polgar, C., 86  
 Pollak, O., 194  
 Poole, A. D., 174, 182, 191  
 Potvin, L., 19  
 Powell, A. S., 150  
 Powell, R. C., 183  
 Poythress, N., 145  
 Prange, A. J. J., 51  
 Prescott, P. A., 50  
 Preston, S. D., 2  
 Prince, L. M., 119, 125, 160  
 Priore, R. L., 39  
 Putman, S., 158  
 Pych, V., 179
- R**  
 Radke-Yarrow, M. Radley, C., 55  
 Raggatt, P., 138  
 Randall, H. M., 146  
 Rankin, K. P., 40  
 Raudonis, B. M., 80  
 Rawlins, C., 52  
 Ray, O., 74, 75  
 Reynolds, P., 20  
 Reames, H. R. J., 113  
 Reber, E. S., 150  
 Reed, V. A., 150  
 Reeves, R. B., 33  
 Reik, T., 3, 127  
 Reilly, D., 106  
 Reiser, M., 33  
 Reisetter, B. C., 101  
 Reiter-Palmon, R., 84  
 Rembowski, J., 140  
 Rempel, J. K., 46  
 Reverby, S., 139  
 Reynolds, W. J., 79, 86, 155  
 Richard, G. V., 108, 150  
 Richardson, B. Z., 4  
 Richardson, E., 129  
 Richter, C. P., 129  
 Ridley, M., 30  
 Riesen, A. H., 47  
 Riggio, R. E., 119, 140  
 Rizzolatti, G., 40, 41  
 Robbins, A., 3, 181  
 Robbins, C., 20  
 Robbins, J. A., 141  
 Robbs, R. S., 149  
 Roberge, L. P., 176  
 Roberts, B. W., 173  
 Robertson, P. A., 160  
 Robie, P.W., 176  
 Robinson, J. L., 31, 47  
 Robinson, S. R., 51  
 Rodriguez, M. S., 18, 198  
 Roe, A., 46  
 Roe, K., 62  
 Rogers, C. R., 4, 5, 6, 76, 79, 131, 161  
 Rogers, J., 149, 150  
 Rogers, P. L., 125  
 Rokeach, M., 139  
 Romano, J. M., 27  
 Romney, D. M., 65  
 Rose, D. N., 157  
 Rosenberg, D. A., 108, 168  
 Rosenfeld, H. M., 126, 131  
 Rosenhan, D. L., 120, 121  
 Rosenheim, E., 173  
 Rosenman, R. H., 43  
 Rosenow, E. C., 116  
 Rosenthal, R., 125, 126, 136  
 Ross, E. D., 39  
 Ross, J. B., 47  
 Roter, D., 129, 141, 157-160, 185  
 Rothman, A., 141, 146  
 Rovezzi-Carroll, S., 150  
 Rubenstone, E., 25  
 Rubinstein, D. N., 104  
 Ruef, A. M., 33, 34  
 Rushton, J. P., 7, 43, 143  
 Russek, L. G., 48  
 Russell, D., 22  
 Russo, J. E., 54  
 Rutter, M., 137
- S**  
 Sackett, D. H., 159  
 Sagi, A., 33, 61, 136  
 Salinsky, J. V., 10, 186  
 Salonem, J. T., 20  
 Salovey, P., 5, 145  
 Saltzman, G. A., 190  
 Samet, J. M., 19  
 Samuel, S., 74, 127  
 Sandler, G., 171  
 Sandoval, A. M., 145  
 Sands, D., 176  
 Sanne, H., 17  
 Sanson-Fisher, R. W., 157, 159, 167, 168, 174, 182, 191  
 Satish, U., 38  
 Sato, S., 8  
 Savidge, M., 183  
 Savin, V. J., 136  
 Savitz, L. A., 94  
 Schafer, R., 5  
 Schafflen, A. E., 32, 44  
 Schleifer, S. J., 23  
 Schlesinger, M., 170  
 Schluger, N. W., 171  
 Schmeck, R., 177  
 Schmidt, C. W., 124  
 Schmitt, D. P., 30, 50, 136  
 Schneider, J. M., 176, 182  
 Schneiderman, L. J., 78, 187  
 Schoenbach, V., 20  
 Schoenfeld, L. S., 168  
 Scholes, R., 39  
 Schore, A. N., 52  
 Schrader, D. E., 172  
 Schroeder, T., 4  
 Schutte, N. S., 5, 145  
 Schvaneveldt, J. D., 48  
 Schwaber, E., 46, 121, 127  
 Schwartz, G. E., 48  
 Scourfield, J., 43  
 Scullion, T., 162  
 Seaberg, D. C., 185  
 Seeman, T. E., 20, 21  
 Self, D. J., 172  
 Senf, J., 183  
 Shamasundar, M., 5, 9, 24, 25, 113, 131  
 Shamay-Tsoory, S. G., 40  
 Shapiro, A. K., 120  
 Shapiro, D. E., 114  
 Shapiro, E., 120  
 Shapiro, J., 177, 188, 189  
 Shapiro, R. S., 160  
 Shapiro, S., 119  
 Shapiro, T., 46  
 Shapurian, R., 22, 48, 106  
 Sharpley, C. F., 64  
 Shaver, P., 54  
 Shaw, P., 69  
 Shea, J. A., 140, 174, 175  
 Sheehan, D. V., 167  
 Sheehan, K. H., 168, 172  
 Shelton, W., 176  
 Sherman, J. J., 102, 175  
 Sherman, S. E., 4

- Shiflett, S. C., 23  
 Shorter, E., 171  
 Siegel, D. J., 12, 31, 32, 35, 37, 47, 195  
 Sierles, F. S., 150  
 Silva, P. A., 173  
 Silver, H. K., 167, 168, 172  
 Silverman, B. E., 114  
 Simmons, J. M. P., 176  
 Simner, M. L., 33, 61  
 Simon, H. J., 159  
 Simpson, D. E., 160  
 Simpson, M., 171  
 Sims, A., 9  
 Singer, T., 6, 34, 36, 135, 138  
 Sitartz, A. M., 145  
 Skeff, K. M., 183  
 Skei, Y., 129  
 Skelton, J. R., 191  
 Skinner, T. C., 45, 158  
 Skoe, E. E., 140  
 Slater, P., 150  
 Slipp, S., 126  
 Sloan, F. A., 142  
 Smith, A. A., 34  
 Smith, A. H. J., 188  
 Smith, B. H., 189  
 Smith, G. R., 115  
 Smith, K., 6  
 Smith, L., 168  
 Smith, R. C., 124  
 Smither, R., 64  
 Smotherman, W. P., 51  
 Smyth, J., 190  
 Sochting, I., 140  
 Solomon, R. C., 8  
 Soltysik, R. C., 146  
 Sommer, R., 130  
 Sorce, J. F., 57  
 Sotile, M. O., 115  
 Sotile, W. M., 115  
 Southard, E. E., 4  
 Sox, H. C., 171  
 Speedling, E. J., 157  
 Spelke, E. S., 135  
 Speroff, B. J., 66, 144, 148  
 Spiegel, D., 21, 24  
 Spinella, M., 37  
 Spiro, H., 27, 75, 77, 89, 97, 112, 114, 115, 126, 167, 176, 186  
 Squier, R. W., 112, 114, 158  
 Squire, L. R., 35  
 Sroufe, L. A., 2  
 Stamps, P. L., 141  
 Stanley, R. O., 26, 82, 117  
 Starcevic, V., 12, 77, 187  
 Starfield, B., 116  
 Starr, P., 168  
 Staub, E., 142  
 Staudenmayer, H., 157, 162  
 Stebbins, C. A., 182  
 Stefanis, C. N., 150  
 Steffen, V. J., 138  
 Steiger, J. H., 173  
 Stein, M. D., 158  
 Steinbrook, R., 170  
 Steiner, J., 141, 189  
 Stephan, W. G., 27, 111, 178  
 Stepien, K. A., 174  
 Stern, D. T., 201  
 Stern, D., 57  
 Stern, J., 6  
 Sternberg, C., 57, 128  
 Stevens, N., 18  
 Stewart, M., 157, 158, 159, 161  
 Stich, M. H., 177  
 Stiles, W., 158  
 Stokes, J., 188  
 Stone, A., 198  
 Stotland, E., 4, 68, 69, 147, 177, 179  
 Strauss, M. B., 122  
 Strayer, J., 2, 4, 46, 136  
 Streit, U., 146  
 Streit-Forest, U., 10, 146, 150, 201  
 Stritter, F. T., 150  
 Suchman, A. L., 78, 79, 160, 185  
 Sullivan, P., 113  
 Sunblad, L., 177  
 Surrey, J. L., 184  
 Sutherland, J. A., 78  
 Swan, J. E., 163  
 Swartz, M. H., 149  
 Sweeney, B., 187  
 Syme, L., 17  
 Syme, S., 19, 20, 21  
 Symmes, D., 49  
 Szalita, A. B., 34, 42, 121, 186  
 Szenas, P. L., 150  
 Szyk, J. P., 145
- T**  
 Takayama, T., 129  
 Talbott, D., 25  
 Tambor, E. S., 152  
 Taragin, M. I., 152, 160  
 Taranta, A., 125, 158  
 Target, M., 56  
 Tattersall, M. H. N., 157  
 Tausch, R., 7, 76  
 Tavitias-Herrera, S. E., 198  
 Taylor, L., 37  
 Taylor, S. E., 26, 137  
 Teitlebaum, M. A., 141  
 Tepper Jr, D. T., 126  
 Therrien, M. E., 174, 176, 177, 179  
 Thomas, C. P., 191  
 Thomas, K. J., 162  
 Thomas, L., 132, 169  
 Thomas, S., 86  
 Thompson, B. M., 163  
 Thompson, T. L., 74  
 Thorndike, E. L., 60  
 Tippy, P., 159  
 Titchener, E. B., 4, 11  
 Tomer, R., 40  
 Tomkins, S. S., 54, 58  
 Tranel, D., 31  
 Trautmann Banks, J., 188  
 Triandis, H. C., 126  
 Trinidad, A., 39  
 Trivers, R. L., 30, 50, 136, 139  
 Trommsdorff, G., 47, 49  
 Tronick, E., 32, 56, 58  
 Tross, S., 129  
 Trotter, M. V., 146  
 Trout, D. L., 126  
 Truax, C. B., 12, 67, 151, 161  
 Tucker, J., 140  
 Turner, J. A., 27, 120, 125
- U**  
 Udin, H., 158  
 Umberson, D., 22  
 Umilta, M. A., 41  
 Underwood, B., 7, 143  
 Uvnas-Moberg, K., 21
- V**  
 Valiente, C., 9  
 Valliant, G. E., 18  
 Van der Staak, C., 141  
 van Tilburg, T., 23  
 Vance, A. R., 5  
 VanOrum, W., 144  
 Vaughan, K. B., 126  
 Veloski, J. J., 10, 141, 148, 166, 169, 200  
 Verbrugge, L. M., 17, 18  
 Vergare, M., 150  
 Vetter, W., 159  
 Vigh, A., 51

- Vogel, W. H., 141, 201  
 von Korff, M., 120  
 Voulgari, A., 150
- W**
- Wagner, H. L., 136  
 Wain, H. J., 183  
 Waisman, M., 127  
 Walk, R. D., 57  
 Walker, E. A., 54  
 Walker, M. L., 190  
 Wall, B., 113  
 Wall, S., 52  
 Wang, H. X., 18  
 Ware, J. E. Jr., 118  
 Wasserman, R. C., 163  
 Waters, E., 52  
 Watson, J. B., 45  
 Watson, J. C., 20, 24, 59, 122  
 Watson, R. J., 146  
 Watson, R. T., 39  
 Watt, G. C. M., 106  
 Wear, D., 188  
 Weaver, M. J., 105  
 Webb, C., 115  
 Wegner, D. M., 7  
 Weinberg, M. K., 56, 58, 135, 138  
 Weisman, C. S., 141  
 Weisman, J. S., 129  
 Weiss, D. S., 148  
 Weiss, R. F., 177  
 Weissman, S. H., 128, 150
- Wellman, B., 18  
 Wellman, H., 56  
 Werner, A., 176, 182  
 West, S., 105  
 Wester, W. C., 188  
 Westerman, M. A., 31  
 Wheelwright, S., 5, 7, 69, 135  
 White, K. L., 27, 75, 124  
 White, K., 167  
 White, S. W., 18  
 Whitman, P. B., 49  
 Whitman, R. M., 106  
 Whittemore, P. B., 168, 174  
 Whorf, B. L., 128  
 Wicker, B., 32, 41, 69  
 Wickramasekera, I. E., 145  
 Wiehe, V. R., 145  
 Wiesel, T. N., 47  
 Wiesenfeld, A. R., 49  
 Wiklund, I., 17  
 Wilcox, C. E., 163  
 Wilkes, M., 183  
 Williams, A. P., 140  
 Williams, C. A., 68, 101, 140, 147  
 Williams, P., 168, 172  
 Williams, R. B., 17, 23  
 Williamson, P., 101  
 Willingham, W. W., 137  
 Willis, M. S., 149  
 Willoughby, T. L., 151  
 Wilmer, H. A., 11, 13, 155  
 Winblad, B., 18
- Winder, A. E., 181  
 Windholz, M. J., 24  
 Winefield, H. R., 112, 174, 182  
 Winnicott, D. W., 51  
 Wise, S., 32  
 Wise, T. N., 39  
 Wispe, L., 2, 3, 4, 5, 9, 10, 77  
 Wittstein, I. S., 23  
 Wolf, E. S., 10  
 Wolf, F. M., 190  
 Wolf, S., 19  
 Wolf, T. M., 146, 167, 168, 172  
 Wolfe, M., 158  
 Wolfgang, A., 125  
 Wolinsky, F. D., 172  
 Workman, S. N., 68  
 Wright, S., 64, 183  
 Wykle, M. H., 70
- X**
- Xu, G., 141, 153
- Y**
- Yager, J., 170  
 Yalom, I. D., 24  
 Yamazaki, Y., 129  
 Yao, X., 75, 205  
 Yarnold, P. R., 9, 66, 102, 146  
 Yates, S., 84  
 Yedidia, M. J., 176, 183  
 Yoshihara, S., 51  
 Young, A. L., 8

# Índice

**NOTA:** Los números de página en **negritas** indican cuadros y en *cursivas* corresponden a figuras

## A

Abismo visual, 44, 57, 58  
Abuso de sustancias, 113  
Actitud-comportamiento, 108  
Actitud(es), 108  
  componentes, afectivos, 107  
  cognitivos, 108  
  conductuales, 108  
  de cariño, 136  
  defensiva, 180  
  sociopolíticas humanistas, 64  
Actividad(es)  
  cognitivas, 6  
  mentales, 6, 12  
Adhesión, 159  
Afecto, **14**  
  positivo, 137  
Afinidad, 33  
Afirmadores, 93  
Aflicción, 16  
Agenda para investigación a futuro, 198  
Agotamiento, 113  
  profesional, 113  
Agresión, 138  
  verbal, 138  
Alcoholismo, 48  
Alexitimia, 39  
Altruismo, 30  
Amamantamiento, 51  
Ambiente familiar, 45  
Amígdala, 35  
Amistoso-hostil, 67  
Amor, 44, 45  
Análisis  
  factorial, confirmatorio, 86  
  exploratorio, 86  
  para conservar mejores elementos, 86  
  psicométricos preliminares, 85

Ancianos, 17  
Angustia, 23  
Ansiedad, 22, 24, 65  
  personal, 43, **103**  
Anticipar, 66  
Apariencia, 83  
  revisión de validez de, 83  
Apego, 52  
  ambivalente, 53  
  desorganizado, 53  
  evasivo, 53  
  experiencias tempranas de, 54  
  seguro, 53  
Apoyo  
  de redes sociales, 113  
  doméstico, 17  
  emocional, 46  
  social, 18  
Aprendizaje, **14**, 117  
  social, 119, 135, 192, 196  
Área de procesamiento cerebral, **14**  
Armonía afectiva, 11  
Armonización emocional, 58  
Artritis, 20  
  reumatoide, 23  
Asilo, 17  
Asma, 23  
Atención, 111  
  compasiva, 97, **103**  
  del paciente, contexto de, 71  
  definición y características de empatía en, 75  
  don de estar presente en, 25  
  empatía en, 72, 75  
  empatía y simpatía en, 12  
  medición diseñada de para contexto de, 71  
  obstáculos para empatía en, 167  
  empática, 167  
  interpersonal, 115  
  médica, 73

  rol del humor en, 84  
Autismo, 38, 39  
Autoestima, 22, 49  
Autoinforme, **91**  
Autoprotección, **90**  
Autoridad, 118  
  aceptación acrítica de, 118

## B

Base de datos *Medline*, 83  
Bebé, 49  
  conexión interpersonal con la voz de su madre, 49  
Bibliografía, 83  
  médica, 157, 186  
Biotecnología, 171  
  exceso de confianza en, 171  
Buen doctor, 162  
Buena(s)  
  impresión, 110  
  respuestas, 109, 110

## C

Calidez, **90**  
Cáncer, 20, 23  
  mamario, 24  
  metastático de mama, 24  
Capacidad, 108  
Capacitación de eficacia parental, 177  
Cara inmóvil, 32  
Cardiopatía isquémica, 48  
Cariño, 136  
Células cerebrales, 6  
Cerebro, 35  
  imitativo, 55  
  social, 30  
Certeza materna, 50  
Ciencia de la medicina, 74  
Cinismo, 167  
Coeficiente  
  alfa, 98  
  de confiabilidad, 99  
  de empatía, 68  
  de inteligencia (IQ), 39

- Cognición, 2, 6, 7, **14**, 73, 76  
 Compartir, 11  
 Compasión  
 autoinformada, 92  
 global, **90**  
 Competencia  
 clínica, 134, 148  
 narrativa, 190  
 Componentes subyacentes, 95  
 Comportamiento(s), 108  
 agresivo(s), 130, 136, 138, 142  
 altruistas, 31  
 autoregulado, 58  
 comunales, 139  
 egocéntricos, 139  
 empático, 178  
 global, 68  
 interpersonal, 31  
 patriótico, 31  
 prosocial, 54, 137, 178  
 prosociales, 142  
 Comprometerse, 45  
 Compromiso empático, 19, 24, 28, 46, 80, 114, 155, 162, 195  
 médico-paciente, 24, 74, 126, 129, 156  
 perspectiva médica, 156  
 perspectiva psicológica, 156  
 perspectiva sociológica, 156  
 Comunicación(es), **73**, **90**  
 afectiva, 126  
 del entendimiento, 79  
 emocional, 57  
 empática, 26, 29, 31  
 medios no verbales de, 31  
 no verbal, 28  
 interpersonal, 113  
 madre e hijo, 46  
 médico-paciente, 129, 186  
 narrativa, 189  
 no verbal, 119  
 sensorial, 46  
 táctil temprana, 46  
 verbal, 28, 137  
 Comunicar, 76  
 Conciencia cultural, 129  
 Conducta(s), 36  
 de apego del niño, 54  
 egoísta, 10  
 prosocial, 30  
 psicógena masiva, 25  
 Conexión(es), 16  
 efectos dañinos de romper, 22  
 establecimiento de, 16  
 humana, 18, 21, 26  
 en terapia, 24  
 marital, 18  
 médico-paciente, 20  
 resultados benéficos de establecer, 19  
 sociales, 21  
 calidad percibida de, 21  
 cantidad de, 21  
 Confiabilidad, 92, 98  
 de consistencia interna, 92  
 de prueba, 94  
 del coeficiente alfa de Cronbach, 94  
 Confianza, **90**  
 en uno mismo, 67  
 social, 64  
 Congruencia, 67  
 Conocimiento médico, 166  
 Consideración incondicional, 67  
 Consistencia interna, 92  
 Constructo  
 hipotético, 86  
 validez de, 87  
 Consultorio médico, 171  
 Contacto visual, 126  
 Contenido, 83  
 Contextualizar, 187  
 Contratransferencia, 123  
 Corazón  
 emocional, 19  
 espiritual, 19  
 psicológico, 19  
 Corteza  
 cerebral, 35  
 frontal, 36  
 somatosensorial  
 secundaria, 42  
 visual, 47  
 Crecimiento  
 empático, 16  
 social, 47  
 Criterio, validez de, 89  
 Cualidades personales, 134, 144  
 Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman, 101  
 Cuidado compasivo, 166, 198  
 Cuidar, 115  
 Cultura, 128  
 autoritarias, 130  
 Cumplimiento, 159  
 Curación, 111  
 del sufrimiento humano, 27  
 factor X de, 27  
 versus cuidado, 114  
 Curar, 115  
 Currículo de educación médica, 166  
**D**  
 Danza fisiológica, 34  
 Daño  
 cerebral, 40  
 neurológico, 38  
 Debate naturaleza-crianza, 45  
 Demandas por negligencia médica, 160  
 Demencia, 18  
 semántica, 40  
 Departamento de medicina interna, 105  
 Depresión, 22, 146  
 extrema, 120  
 Desapego objetivo, 77  
 Desarrollo, 44  
 neurológico, 47  
 personal, **90**  
 Desconexión humana, 22  
 Deseabilidad social, 108  
 fenómeno de, 108  
 transparencia y sesgo de respuesta por, 108  
 Desempeño académico, 103  
 Deshumanización, 168  
 Desidealización traumática, 168  
 Deterioro neurológico, 38  
 Diabetes mellitus, 23  
 Disonancia cognitiva, 108  
 Disposición ecuánime, 64  
 Distancia afectiva, 77, 78  
 Divorcio, 113  
 Dogmatismo, 146  
 Dolor, 9, 27  
 Dominio social, 64  
 Don de la presencia, 25  
 Dopamina, 51  
**E**  
 Educación, 192  
 médica, 60, 118, 141, 165, 182, 194  
 moderna, 166  
 profesional, 173, 203  
 ¿cómo puede mejorarse la empatía?, 203

- Efecto de techo, 106  
de cristal, 139
- Egoísmo, 10
- Egoísmo-abnegación, 67
- Elemento-puntuación total, 97
- Elementos  
perinatales, 196  
posnatales, 196  
prenatales, 196
- Embarazo, psicología del, 50
- Emoción(es), 2, 6, 7, 73, 76, 193  
de pacientes, **14**  
en atención al paciente, 97  
negativas, 33  
percepción de, 135  
positivas, 47  
regulación de, 21, 57
- Empatía(s), 2, 5, 9, 28, 30,  
31, 44, 76, 82, 83, 87, 115,  
121, 134, 155, 193  
acto o capacidad, 4  
al cambio, susceptibilidad  
de, 172  
atributo cognitivo, 76  
autoinformada por los  
médicos, 106  
cambio,  
durante educación  
profesional, 173  
negativo, 174  
positivo, 173  
características de, **14**  
coeficiente de, 39  
cognitiva, 162, 182  
constructos adicionales  
involucrados en, 198  
correlaciones psicosociales  
de, 142  
de comportamiento, 182  
de los médicos, 104  
percepciones de pacientes  
sobre la, 104  
definiciones, descripciones  
y características, 4  
desde perspectivas  
cognitiva y emocional, 6  
deterioro neurológico y, 38  
elección de carrera y, 202  
emocional, 43, 140, 148,  
162, 182, 204  
en adultos, 63  
medición de, 63  
en atención del paciente,  
72, 167, 194  
características clave de, 73  
obstáculos para, 167
- en función de diferencias  
de género, 139  
en la niñez, 55  
vías para el desarrollo, 55  
en la población general, 60  
medición de, 60  
en niños y adolescentes, 61  
medición de, 61  
en relación(es),  
a la cognición y la emoción,  
10  
al género, 134  
humanas, 1  
en solicitantes de admisión  
a escuelas de medicina,  
200  
enfoques para la mejora, 176  
entrenamiento de, 180  
factor,  
deshabilitador, 13  
habilitador, 13  
reforzador de, 124  
falta de, 68  
global, **90**  
indicadores,  
fisiológicos y neurológicos,  
69  
neurofisiológicos, 204  
lado doloroso de, 37  
mejora de la, 165  
origen e historia, 3  
paradigma de, 192  
sistémico de, 194  
perspectiva,  
cognitiva, 6  
emocional, 7  
primitiva, 33  
raíces,  
evolutivas, 173  
históricas de, 193  
relaciones entre las  
mediciones de, 69  
siente el interior, 11  
sin cambio, 175  
táctil, 42  
tendencias a futuro, 192  
variables adicionales  
relacionadas con, 199
- Empático, 101
- Encefalitis, 38
- Encuentro(s)  
clínicos, 121, 197  
psicodinámica de, 121  
médico-paciente, 112, 121,  
124, 130, 131  
efecto placebo, 124
- factores reforzadores de  
empatía, 124
- Enfermedad(es), 74, 111, 115  
arterial coronaria, 19  
cardiovascular, 23  
en la medicina, 74  
física, 20  
fisiopatología de, 75, 167  
humana, 74  
idealismo y entusiasmo por  
curar, 167  
paradigma,  
biomédico, 74  
biopsicosocial, 74  
psicológica, 123  
pulmonar, 20  
riesgo de, 21  
versus padecimiento, 114
- Enfermería, 181
- Ensimismamiento, 145
- Entender, 10
- Entendimiento, 2, 4, 8, 9, 16,  
73, 76, 78, 79, 84  
empático, 10, 67, 123, 130,  
131, 132, 178
- Entrenamiento empático, 174
- Entrevistas psicoanalíticas,  
126
- Escala(s)  
de confianza médica, 101  
de creencia del médico, 150
- Escala de empatía  
de Hogan, 38, 60, 70, 146  
de Mehrabian y Epstein, 38  
emocional, 49, 64, 118, 147  
de Mehrabian y Epstein, 60,  
63, 70  
médica de Jefferson, 61, 82,  
194, 207, 209  
cargas factoriales rotadas,  
**95**  
correlaciones de  
puntuaciones de versión  
genérica, **91**  
estadísticas descriptivas, **88**  
medidas de criterio, **91**  
versión genérica de, 87, **88**
- Escala(s)  
de entendimiento empático,  
70, 174, 181  
de fantasía, **90**  
de fantasía-empatía, 68, 147  
de fe en las personas, **90**  
de la soledad, 23  
de las percepciones del  
paciente sobre empatía

- médica de Jefferson, 105, 211
  - de siete puntos, **91**
  - de toma de perspectiva, 43
  - IRI, **91**
  - tipo Likert, 86
  - Esclerosis múltiple, 38
  - Escuela(s)
    - de medicina, 200
    - de psicología conductual, 45
  - Espacio personal, 130
  - Estadísticas descriptivas, 98, 99
  - Estado(s)
    - de contacto consciente-preconsciente, 5
    - emocional, 2, 10, 56
    - excitatorio, 12
    - inhibitorio, 12
    - mental, 5, **14**
    - psico-fisiológico, **14**
    - psicológico, 5
  - Estilo
    - de respuesta de aquiescencia, 93
    - de vida, 113
    - interpersonal, 136
  - Estímulo(s)
    - auditivo, 135
    - social, 135
    - sensibilidad al, 135
  - Estrés, 18
    - cardiovascular, 25
    - emocional, 23
    - abrumador, 24
    - profesional, 113, 141
  - Estructura familiar, 195
  - Estudiante(s)
    - de enfermería, 181
    - de medicina, 83, 92, 141
    - comparaciones entre versiones genérica, 94
    - estudios con, 150
    - revisiones encaminadas a desarrollar las versiones, 92
    - elección de carrera, 149
  - Estudio(s)
    - con estudiantes de medicina, 150
    - con gemelos, 42
    - con médicos, 151
    - de artes, 186
    - de la obediencia, 117
    - de la Salud, 20
    - de literatura, 186
    - de validez, **90**
  - medidas de criterio utilizadas para, **90**
  - epidemiológico, 20
  - Milgram, 117
  - psicométrico preliminar, 85
  - Rosenhan, 120
  - transcultural de actitudes, 129
  - Ética profesional, 132
  - Eutanasia, 25
  - Evaluación, 12
  - Exámenes médicos, 116
  - Excitación, 12
    - emocional, 10
  - Éxito profesional, 202
  - Experiencia(s), 97
    - del paciente, tipo y la calidad de, 11
    - entender las, 97
  - Experimento
    - de abismo visual, 57
    - de la prisión de Stanford, 119
    - de rostro inmóvil, 56
    - de Stanford, 120
  - Expresión facial, 32, 89, 126
  - Extraversión, 22
- F**
- Familia, 17, 45
  - Fantasia, 65, **103**
  - Felicidad, 17, 62
  - Fenómeno
    - de deseabilidad social, 108
    - efecto camaleón, 32
    - pisca, 115
  - Fisiología
    - humana, 33
    - interpersonal, 33
    - psicosocial, 33
  - Flexibilidad, 134
  - Franqueza, 12
  - Friedad, 180
  - Fuerza mágica, 84
- G**
- Gametos, 50
    - escasez de, 50
  - Gen(es)
    - comunicativos, 29
    - egoísta, 30
    - no egoísta, 30
  - Género, 135
    - diferencias de, 135
  - Gestación, 50
  - Gestalt, 195
  - Gripe común, 19
- Grupo(s)**
- contrastados, 100
  - de diálogo, 178
  - étnicos, 130
- Guardias, 119
- H**
- Habilidad(es), 31
    - del clínico, 116
    - empáticas de médicos, 159
    - narrativas, 189
    - psicosociales, 150
    - sociales, 5, 134
    - pobres, 38
    - verbal, 136, 138
  - Hacinamiento, 130
  - Hepatitis infecciosa, 23
  - Herencia, 28, 42
  - Hipertensión, 23
    - arterial, 48
  - Hipertiroidismo, 23
  - Hospitalizaciones
    - innecesarias, 116
  - Hostilidad, 6
  - Humanismo, 149
  - Humor, 84, **90**
- I**
- Identificación, 121
  - Imaginación, 177
  - Imitación facial, 55
  - Inaccesibilidad, 180
  - Inconformidad, 64
  - Inconsciente colectivo, 29, 186
  - Índice
    - de empatía, 63
    - de reactividad interpersonal, 40, 65
    - de reactividad interpersonal de Davis, 60, 137
  - Indicios no verbales, 125
    - reconocimiento de, 125
  - Infarto hemisférico
    - isquémico, 38
  - Información cognitiva, 8
  - Insuficiencia cardíaca, 23
  - Inteligencia
    - emocional, 5, 134
    - social, 5
  - Intercambios telepáticos, 56
  - Interés desapegado, 77, 78
  - Interrogatorio clínico, 189
  - Inventario(s)
    - de relaciones, 67
    - de Barrett-Lennard, 163

Multifacético de  
 Personalidad de  
 Minnesota, 63  
 Psicológico de California, 63  
 Inversión emocional, 51  
 Investigación(es)  
 clínica, 125  
 con estudiantes de  
 medicina, 101  
 empírica, 114  
 epidemiológica, 17, 19  
 Ira, 6, 62

**J**  
 Juego de envejecimiento, 184  
 Juicio  
 moral, 134, 145  
 no-crítico, 12  
 precisión en el, 9

**L**  
 Laboratorio de psicología  
 experimental, 3  
 Lactación, 51  
 Lactancia, 51  
 Lenguaje, 75  
 corporal, 89, 136  
 hablado, 128  
 Leucemia, 23  
 Libreto psicológico, 54  
 Líder-seguidor, 67  
 Límites, 131  
 Llanto  
 reactivo, 61, 136  
 reflexivo, 61  
 Logros académicos, 148

**M**  
 Madre(s)  
 biológica, 51  
 empáticas, 49  
 gestante, 51  
 inversión en la crianza de  
 sus hijos, 50  
 Mal día, 34  
 Malestar profesional, 170  
 Marco  
 de referencia, 83  
 desarrollo de, 83  
 teórico de referencia, 156  
 Martirio, 143  
 Maternidad, 50  
 Matrimonio, 17  
 Medicina, 112  
 arte de la, 74  
 ciencia de la, 74

competencia narrativa en,  
 190  
 de emergencia, 152  
 epidemiológica, 23  
 especialidades,  
 básicas, 151  
 de cuidado no-primario, 154  
 de cuidado primario, 154  
 no básicas, 151  
 orientadas a la tecnología,  
 154  
 orientadas a las personas,  
 152  
 orientadas a los  
 procedimientos, 153  
 familiar, 151, 152  
 interna, 152, 158  
 profesionalismo en, 166  
 psicósomática, 23  
 Médico(s), 12  
 altruistas, 166  
 beneficios de relaciones  
 empáticas para, 112  
 bondad del, 112  
 como figura de autoridad,  
 117  
 compra de, 116  
 conducta interpersonal  
 positiva de un, 164  
 conciencia de, 124  
 de sexo,  
 femenino, 141  
 masculino, 141  
 desinteresados, 172  
 empatía de, 161  
 especializados en  
 psiquiatría, 152  
 habilidades narrativas de,  
 190  
 humanista, 83  
 malestar profesional, 170  
 Médico-paciente,  
 compromiso empático, 17  
 Melodías maternas, 49  
 Memoria, 117  
 Mensajes inconscientes, 126  
 Mente, 2  
 humana, 187  
 ojo de la, 18  
 Método(s)  
 autodirigido, 179  
 de análisis de covarianza,  
 110  
 de grupos contrastados, 100  
 de imagen o historia, 62  
 Miedo, 62

reductor del, 27  
 Mímica, 32  
 facial, 16, 32  
 motora, 55, 56  
 Misantropía, 23  
 Modelo(s)  
 cazador de microbios, 74  
 cuidado, 114  
 curación, 114  
 funcionales internos, 54  
 negativo, 181  
 positivo, 181  
 Modo analítico de audición,  
 127  
 Motivación, 59, 188  
 conductual, 14  
 Muerte  
 prematura, 23  
 vudú, 129  
 Mujeres, 135  
 Mundo privado, 79  
 Mutualidad, 80

**N**  
 Necesidad(es)  
 de conexión, 16  
 emocionales, 124  
 Negadores, 93  
 Negligencia  
 médica, 160, 200  
 litigio por, 171  
 queja primordial, 171  
 profesional, 169  
 Neocorteza, 35  
 Neuroanatomía, 28, 34  
 función fisiológica  
 psicosocial, 28  
 Neurobiología, 34  
 Neuronas, 47  
 espejo, 6, 60  
 audiovisuales, 41  
 Neuroquímica de la  
 maternidad, 50  
 Neurosis, 22  
 Neutralidad clínica, 90  
 Niño(s)  
 demanda característica en  
 respuestas de, 62  
 preescolares, 49

**O**  
 Obediencia a la autoridad, 117  
 Objetividad, 9  
 compasiva, 77  
 Ojo de la mente, 111, 127, 184  
 OMS (Organización Mundial

- de la Salud), 73
  - Oportunidades empáticas potenciales, 79
  - Organización Mundial de la Salud, 73
  - Orientación, 108
  - Oxitocina, 51
  - P**
  - Paciente(s)
    - beneficios de relaciones empáticas para, 113
    - casados, 17
    - desalentar al, 116
    - esquizofrénicos en remisión, 120
    - femeninos, 142
    - masculinos, 142
    - mundo privado del, 79
    - necesidad de sobrevivir del, 116
    - obediencia a la autoridad, 117
    - pensar como el, 97
    - perspectivas de, 203
    - resultados de, 155
    - satisfacción del, 157
    - sentimientos e indicios del, 97
    - solteros, 17
    - vincularse para sobrevivir, 117
  - Padecimiento, 111, 115
  - Padres, 46, 48
  - Pantomima, 39
  - Participación, 66
  - Particularizar, 187
  - Parto, 51
  - Pasiones, 8
  - Patrones de conducta, 119
  - Pediatría, 151
  - Pensamientos finales, 192
  - Personalidad, 134
    - aspectos negativos, 22
    - facetas de, **91**
    - orientación a la persona, 144
  - Personas solitarias, 22
  - PET (tomografía por emisión de positrones), 30
  - Placebo, 125
  - Placer psicológico, 16
  - Poder curativo potencial, 27
  - Postura compartida, 32
  - Práctica médica, 114, 141, 168, 182
  - Prejuicio, 9
  - Preocupación, 20
    - del paciente, grado y cantidad, 11
    - empática, 65, **90, 103**
  - Prisión simulada, 119
  - Prisioneros, 119
  - Procesamiento
    - de información cognitiva, 7
    - mental, 8
    - emocional, 7
  - Proceso(s)
    - interpersonales de Carkhuff, 70
    - regulador, neurológico, **14**
    - neurológico simpático, 12
    - psicológico, **14**
  - Profesionales de la salud, 83, 92
    - comparaciones entre versiones genérica, 94
    - propiedades psicométricas, 94
    - revisiones encaminadas a desarrollar versiones, 92
  - Profesionalismo en medicina, 165, 166
  - Profesiones
    - de la salud, 179
    - que brindan ayuda, 180
  - Programa
    - de Balint, 185
    - de educación médica, 191
    - de residencia, 202
    - eficacia de los, 190
  - Propiedades psicométricas, 98
  - Protección, 16
  - Proveedores de la salud, 21
  - Proyecto genoma humano, 45
  - Prueba(s)
    - clínica aleatoria, 185
    - de clasificación de Dymond, 67
    - de empatía, 68
    - de habilidad verbal, 137
    - de la apercepción temática, 67
    - de situaciones afectivas para empatía de Feshbach, 62
    - del perfil de sensibilidad no verbal, 125
    - PPSNV, 125
    - scree, 87
  - Psicoanalista, 126, 186
  - Psicodinámica, 44
  - Psicología
    - de la gestación, 50
    - de orientación, 177
    - del embarazo, 50
    - social, 177
  - Psicólogo, 178, 186
  - Psiconeuroinmunología, 15
  - Psiquiatra, 33
  - Puntuación invertida, 93
  - R**
  - Rama parasimpática, 12
  - Razón, 8
  - Razonamiento emocional, 7
  - Reacción de espejo motor, 16
  - Reciprocidad, 80
  - Rechazo, 180
  - Red
    - de apoyo social, 18
    - social, 20
  - Referenciación social, 57
  - Reglas del juego, 132
  - Relación(es)
    - humanas, 21
    - empatía en, 1
    - de apego, 52
    - madre-hijo, 52
    - empática, 10, 131
    - con paciente, 75
    - médico-paciente, 26
    - interpersonales, 48
  - Relación médico-paciente, 12, 15, 60, 111, 124
  - calidad de la, 157
  - conexión empática, 15
  - cooperativa, 26
  - dinámicas interpersonales en, 111
  - empáticas, 116, 130
  - singularidad de las, 116
  - resultados de pacientes y, 157
  - simpática, 13
- Resonancia magnética (RM), 34
  - funcional (RMf), 36
- Responsabilidad, **90**
- Respuesta(s)
  - cognitiva, 12
  - de aquiescencia, 93
  - emocional, 7
  - empática, 177
  - primitiva, 136
  - placebo, 125

- Retraso mental, 39  
 Reunión madre-hijo, 53  
 Revisión  
 de bibliografía, 83  
 de validez de apariencia, 83  
 Rol  
 de alumnos, 117  
 de maestros, 117  
 expectativas de, 119  
 Rostro inmóvil, 44, 56, 58
- S**
- Sacrificio personal, 143  
 Salud  
 conservación de la, 16  
 definición de OMS, 74  
 paradigma biopsicosocial,  
 74  
 profesiones de la, 179  
 promoción de la, 18, 26  
 proveedores de la, 21  
 pública, 18  
 y enfermedad, 15  
 conexión humana en, 15  
 Sanador herido, 122  
 efecto del, 122  
 Sensibilidad, 30, 64, 134  
 Sentido del humor, 67, 134  
 Sentimentalismo, 12  
 Sentimiento(s), 2, 8, 20, 79, 97  
 de soledad, 25  
 del individuo, 3  
 del paciente, 12  
 humanos, 3  
 Señales emocionales, 135  
 descodificación de, 135  
 Separación  
 emocional, 77  
 completa, 77  
 empática, 121  
 Ser tocado, 93  
 Seudopacientes, 121  
 Sexo, 134  
 Simpatía, 2, 9, 76, 134  
 características de, **14**  
 en relación a la cognición y  
 la emoción, **10**  
 global, **90**  
 sentir junto con otra  
 persona, 11  
 siente con, 11  
 Síndrome(s)  
 de Estocolmo, 117  
 de niño maltratado, 168  
 de Tourette, 39  
 del corazón roto, 24  
 Sistema(s)  
 de apoyo social, 17, 18, 20, 28  
 de atención a la salud, 60, 169  
 cambio paradigmático en  
 el, 169  
 de codificación de  
 comunicación empática,  
 80  
 de neuronas espejo, 40, 41, 60  
 de salud Jefferson, 94  
 endocrino, 16  
 inmune, 21  
 límbico, 35, 37  
 nervioso central, 32  
 neuroendócrino, 21  
 opioide, 51  
 Situaciones  
 afectivas para empatía de  
 Feshbach, 62  
 no penalizadoras, 109  
 Sociabilidad, 134  
 Sociofisiología, 33  
 Soledad, 22, 49  
 Subconjunto  
 de aprendizaje social y  
 educación, 196  
 no relacionado con el  
 médico, 196  
 relacionado con el médico,  
 196  
 Subescala  
 de baja frecuencia, 109  
 de toma de perspectiva, 70  
 Hostilidad-Agresiva del  
 CPZK, 101  
 Subjetividad, 9  
 Subprueba de entendimiento  
 empático, 67  
 Sufrimiento, 9, 24, 27, 28  
 Suicidio, 113  
 Superior-inferior, 67  
 Susceptibilidad hipnótica, 145
- T**
- Tangibilidad, 9  
 Temperamento constante, 64  
 Tendencias emocionales, 124  
 Teoría  
 de asociación de Hebb, 47  
 de la mente, 56  
 de sistemas, 192  
 matemática del juego  
 aplicada a la educación  
 física, 119  
 Tercer oído, 18, 111, 127,  
 184  
 Terquedad, 22  
 Tocar, 93  
 Tolerancia, 12, **90**, 134  
 Toma de perspectiva, 65, **90**,  
 97, **103**, 140, 198  
 y atención compasiva, 102  
 Tomografía por emisión de  
 positrones, 30  
 Transferencia, 123  
 Transgresión, 132  
 Trastorno(s)  
 de empatía, 39  
 de personalidad, 146  
 reactivo de apego, 54  
 Tratamiento médico, 124  
 Tristeza, 6, 17, 62
- U**
- Úlcera péptica, 23  
 Unicidad, 121
- V**
- Validez  
 convergente, 89  
 de la escala, 92  
 de apariencia, 60, 84  
 de constructo, 87  
 de contenido, 85  
 revisión de la, 85  
 de criterio, 89  
 discriminante, 89  
 de la escala, 92  
 indicadores de, 100  
 Variables psicosociales  
 selectas, 134  
 Varones, 135  
 Vida personal, 112  
 Virus de gripe común, 19  
 Visión mental, 127
- Z**
- Zapatos  
 del paciente, 101  
 estar en los, 101  
 fisiológicos, 34  
 mentales, 6  
 psicológicos, 34

Esta obra ha sido publicada por  
**Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,**  
se han terminado los trabajos de esta  
primera edición el 09 de noviembre de 2012  
en los talleres de Fuentes Impresores, S.A. de C.V.,  
Centeno 109, Col. Granjas Esmeralda,  
Del. Iztapalapa, C.P. 09810,  
México, D. F.

1a edición, 2012

\*