

Empatía médica y valores éticos de la profesión: estudio cuantitativo

Adriana Oliveira Andrade Batistella¹, Élcio Luiz Bonamigo², Waldir Souza¹, José María Galán González Serna³, Carla Corradi Perini¹

1. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Londrina/PR, Brasil. 2. Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba/SC, Brasil. 3. Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

Resumen

La empatía se asocia a una serie de resultados beneficiosos en la asistencia sanitaria. Sin embargo, varios estudios reportan que la empatía disminuye a lo largo de la formación médica, con efectos negativos en la atención humanizada. El objetivo de este estudio es analizar la relación de los factores sociodemográficos con el nivel de empatía de los médicos, así como su relación con los valores éticos de la profesión. En esta investigación transversal y analítica, se aplicaron escalas de empatía y hospitalidad a 143 médicos brasileños. Los resultados apuntan a una relación entre la empatía y la hospitalidad, así como la influencia que tienen los factores como el género, el área de actividad y la historia de situaciones de sufrimiento en la atención más humanizada.

Palabras clave: Humanización de la atención. Empatía. Acogimiento. Bioética. Medicina.

Resumo

Empatia médica e valores éticos da profissão: estudo quantitativo

Na assistência em saúde, a empatia tem sido associada a uma série de resultados benéficos. No entanto, diversos estudos evidenciam a diminuição de empatia no decorrer da formação médica, com reflexos negativos sobre a humanização do cuidado. O objetivo deste estudo é analisar a relação de fatores sociodemográficos com o nível de empatia de médicos, bem como sua relação com os valores éticos da profissão. Nesta pesquisa transversal e analítica, foram aplicadas escalas de empatia e de hospitalidade para 143 médicos brasileiros. Os resultados apontam uma relação entre empatia e hospitalidade, assim como a influência que fatores como sexo, área de atuação e histórico de situações de sofrimento exercem sobre a humanização do cuidado.

Palavras-chave: Humanização da assistência. Empatia. Acolhimento. Bioética. Medicina.

Abstract

Empathy and ethical values in medicine: a quantitative study

In health care, empathy is associated to several benefits; however, many studies have shown a decrease in empathy during medical education, which negatively impacts the humanization of care. This cross-sectional study analyzes the relation between sociodemographic factors and physicians' level of empathy, as well as medical ethical values. A total of 143 Brazilian physicians answered empathy and hospitality scales. Results point to a relation between empathy and hospitality, as well as that factors such as gender, specialty and history of suffering influence care humanization.

Keywords: Humanization of assistance. Empathy. User embracement. Bioethics. Medicine.

*Hoy en día, el mundo de la salud atraviesa una profunda crisis de cuidados. La indiferencia ante el dolor y el sufrimiento del otro se hace presente en un profesionalismo aséptico*¹.

La empatía, una de las actitudes humanistas más prominentes en la actualidad, es la base no solo de un comportamiento ético y humanizado, sino también del profesionalismo médico, y es esencial en la relación médico-paciente. Pese a ello, existen numerosos relatos de pacientes respecto a la negligencia durante la atención brindada por los profesionales de la salud.

En las estrategias para fomentar la humanización en la atención², la empatía se considera un valor fundamental. Se trata de una habilidad personal necesaria para entender las experiencias internas y los sentimientos de los pacientes, para un proceso de comunicación efectivo y una práctica clínica centrada en la persona^{3,4}.

Así, la empatía se vuelve imperativa en situaciones de toma de decisiones de carácter ético, en las que es fundamental comprender la perspectiva del paciente⁵. Sin embargo, estudios que analizan el nivel de empatía durante la formación médica muestran su disminución durante los estudios de grado^{6,7}, lo que puede tener reflejos negativos en la humanización del cuidado.

Por lo tanto, es importante conocer las diferentes dimensiones de la empatía y buscar formas de desarrollar una empatía médica sostenible⁸, con el objetivo de formar profesionales no solo técnicamente capacitados, sino también comprometidos con la hospitalidad y la humanización del cuidado. En ese sentido, se discute la posibilidad de enseñar esta habilidad, considerando que, si puede disminuir a lo largo de la formación médica, quizá también pueda desarrollarse, especialmente si se considera en su dominio cognitivo⁹.

La humanización del cuidado requiere una atención al paciente y a su familia basada en la hospitalidad y en el acogimiento. De esta manera, la debida consideración de los valores éticos relacionados con la hospitalidad representa avances en la humanización de la asistencia en salud¹⁰ y la ética del cuidado, como lo abordan Corradi-Perini y Pessini¹¹, actúa como un instrumento de reflexión sobre las acciones de los servicios de salud. En ese sentido, como destacan Oliveira y colaboradores¹², el profesional de la salud puede orientar sus acciones hacia

una asistencia centrada en la calidad de vida del paciente y su familia.

Según la Política Nacional de Humanización (PNH), el acogimiento es a la vez una práctica y una postura ética, y no se limita a un espacio. *Quienes acogen, asumen la responsabilidad de “cobijar y amparar” a los demás en sus demandas, con la resolución necesaria para el caso en cuestión*¹³.

Teniendo en cuenta tal contexto, esta investigación buscó responder la siguiente pregunta: ¿Qué factores pueden influir en el tipo y nivel de empatía de los médicos, y cómo esta puede estar relacionada con la estimación de los valores éticos de la profesión? Así, el objetivo fue analizar la influencia de los factores sociodemográficos y la relación con los valores éticos de la profesión. La hipótesis es que, por una parte, los factores más decisivos sean el sexo, la edad, el tiempo de experiencia clínica y el ámbito de actuación y, por otra parte, el nivel de empatía esté asociado con el nivel de hospitalidad.

Con base en estos hallazgos, se pueden desarrollar estrategias para valorar la empatía y la hospitalidad/acogimiento, identificando debilidades y mejorando los programas de formación en valores profesionales, con las consiguientes ventajas para la dignidad del paciente y la humanización del cuidado.

Método

Se trata de un estudio de carácter observacional, transversal, descriptivo y analítico que contó con la participación de 143 profesionales de medicina que actúan en la asistencia de salud en diferentes especialidades y estados brasileños. Los profesionales aceptaron responder el instrumento de investigación en línea enviado por grupos de WhatsApp desde las redes de contacto de las investigadoras.

El mensaje tenía una breve explicación sobre la investigación y una invitación a conocerla mejor por medio de un enlace de Google Forms, que también daba acceso al consentimiento libre, previo e informado (CLPI). El consentimiento aseguró la confidencialidad y el anonimato de los datos obtenidos, así como la voluntariedad de su conclusión. Se pidió a cada participante que reenviara la invitación a otros/as médicos/as de su red de contactos, utilizando el método de recogida de datos conocido como bola de nieve virtual¹⁴.

Tras la aceptación digital del CLPI, los participantes fueron dirigidos a una ventana con el instrumento

de investigación, con información sociodemográfica y dos escalas. La primera fue el índice interpersonal de reactividad (IRI) de Davis¹⁵ (escala de empatía), traducido y validado en Brasil por Sampaio y colaboradores¹⁶ con el nombre de escala multidimensional de reactividad interpersonal (EMRI). En un estudio de Corradi-Perini y colaboradores¹⁷, esta escala presentó consistencia interna e indicadores psicométricos de estructura factorial aceptables para utilizar en la evaluación de la empatía de profesionales del ámbito de la salud.

La segunda fue la escala axiológica de hospitalidad (escala de valores éticos relacionados con la práctica profesional), de González-Serna, Ferreras-Mencia y Arribas-Marín¹⁸.

Se eligió la escala de Davis (IRI)¹⁵ porque permite evaluar tanto el aspecto cognitivo como la reacción emocional del individuo que adopta una actitud empática. Se debe tener en cuenta que esta escala mide la empatía disposicional o basada en rasgos, es decir, evalúa la tendencia crónica de una persona hacia la empatía, en cualquier situación relacional.

La IRI no sería apropiada para investigaciones sobre la empatía situacional, que implica respuestas emocionales inmediatas a situaciones experimentadas por otras personas¹⁹. Sin embargo, con base en la comprensión de que la empatía es un atributo importante en todas las relaciones interpersonales — incluida la relación profesional-paciente —, resultó ser el instrumento adecuado.

La EMRI es una escala de fácil aplicación, compuesta por 26 ítems que describen conductas, sentimientos y características relacionados con la empatía. Todas las respuestas se obtienen en una escala Likert que va del uno (completamente en desacuerdo) al cinco (completamente de acuerdo) y se dividen en cuatro subescalas independientes, una para cada dimensión: angustia personal, consideración empática, toma de perspectiva y fantasía. La angustia personal y la consideración empática están relacionadas con experiencias afectivas, mientras que la toma de perspectiva y la fantasía se refieren a experiencias cognitivas.

La subescala de la dimensión angustia personal mide sentimientos de ansiedad, inquietud y malestar en contextos interpersonales tensos, evaluando sensaciones efectivas de malestar y displacer dirigidas al *self* cuando el individuo imagina el sufrimiento de los demás, y está compuesto por seis ítems. La subescala

de la consideración empática, que consta de siete ítems, mide la capacidad de experimentar sentimientos de compasión y preocupación por el otro. Esta dimensión se relaciona con los sentimientos dirigidos a los otros y con la motivación para ayudar a las personas necesitadas, en peligro o en desventaja.

A su vez, la subescala toma de perspectiva, que comprende el aspecto cognitivo de la empatía, mide la capacidad cognitiva del individuo para ponerse en el lugar de otras personas, reconociendo e infiriendo lo que piensan y sienten, y está compuesta por seis ítems. En la subescala de la fantasía, con siete ítems, se evalúa la propensión de la persona a ponerse en situaciones ficticias, como la tendencia a trasponerse imaginativamente, poniéndose en el lugar de los personajes.

Davis¹⁵ declara que las respuestas a todos los ítems normalmente no deben sumarse en una sola puntuación (empatía total), lo que puede oscurecer la influencia que cada dimensión separada puede tener en el comportamiento empático. Sin embargo, en este estudio, se utilizaron las puntuaciones de empatía total para los análisis de correlación.

La escala axiológica de hospitalidad¹⁸, a su vez, está compuesta por 17 ítems que describen valores éticos deseables para la buena práctica profesional. Todas las respuestas se obtienen en una escala Likert que varía de cero a siete, según la cual cero representa un valor nada importante para una excelente práctica clínica, mientras que siete implica un valor absolutamente importante, y el intervalo entre uno y seis representa diferentes niveles de importancia relativa. Los 17 ítems se dividen en cuatro subescalas independientes, una para cada dimensión (responsabilidad, respeto, cuidado transpersonal, calidad).

La subescala de la dimensión responsabilidad evalúa la capacidad de reconocer y aceptar las consecuencias de una acción realizada deliberadamente, y está compuesta por valores que representan la aceptación, por parte del profesional, de atención personalizada y cercana al usuario. La subescala de la dimensión respeto está compuesta por valores que representan el respeto a la vida, a la autonomía del usuario y al trato justo.

A su vez, la subescala de la dimensión cuidado transpersonal evalúa el esfuerzo por conectarse con los otros por medio de los procesos de cuidado y de tratamiento, e implica valores que representan la capacidad de proyectarse con relación al usuario, con motivación altruista y cuidado diligente.

Finalmente, la subescala de la dimensión calidad consta de las propiedades inherentes que permiten juzgar el valor de algo, y está compuesta por atributos que representan una acción basada en la competencia y autonomía profesional, así como en elementos estructurales o procesuales.

Para el almacenamiento, la tabulación y el análisis estadístico de los datos, se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 20.0. Se empleó la prueba de t de Student para probar las diferencias estadísticas entre las medias de las puntuaciones de las escalas de empatía y hospitalidad, y sus comparaciones según sexo, formación previa de valores, vivencia de situaciones estresantes en el último año y campo de actuación (pediatría o atención para adultos).

Se realizó la prueba de Anova one-way en asociación con la prueba *post-hoc* de Bonferroni, con el fin de evaluar las diferencias estadísticas en las puntuaciones medias de las escalas de empatía y hospitalidad entre las áreas de actuación: clínica y especialidades, pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía, entre otras. Para las correlaciones entre las puntuaciones de las escalas de empatía y hospitalidad, se realizó la prueba de Pearson de dos colas. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos para el valor de *p* menor que 0,05.

Resultados y discusión

Los cuestionarios se aplicaron a 143 profesionales de medicina, que actúan en la asistencia en diferentes áreas, especialidades y estados brasileños. La edad media de los profesionales fue de 45,2±11,73 años, oscilando entre 24 y 73 años, con tiempo de actuación de tres meses a 47 años, y una media de 18,2±11,8 años. Las características generales de los entrevistados se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características generales de los 143 profesionales de medicina que participaron en la investigación

Variables	N	%
Sexo		
Femenino	95	66,43
Masculino	48	33,57

continúa...

Tabla 1. Continuación

Variables	N	%
Área de actuación		
Clínica médica y especialidades*	49	34,27
Pediatría	47	32,87
Obstetricia y ginecología	21	14,68
Cirugía	17	11,88
Radiología y diagnóstico por imágenes	6	4,20
Otros (ortopedia y anestesiología)	3	2,10
Campo de actuación		
Adulto	96	67,13
Pediatría	47	32,87
Tipo de vínculo		
Público	30	20,98
Privado	24	16,78
Público y privado	89	62,24

*Homeopatía, neurología, psiquiatría, oncología, reumatología

Por razones didácticas, los resultados y la discusión de las dimensiones de la empatía emocional y de la empatía cognitiva se analizarán por separado, seguidos de una discusión sobre los factores que pueden influir en la empatía y hospitalidad.

Angustia personal y consideración empática (dimensiones emocionales)

La dimensión angustia personal obtuvo la puntuación más baja de empatía, mientras que la consideración empática fue la que obtuvo la puntuación más alta. Este resultado puede considerarse positivo, ya que la angustia personal es capaz de interferir negativamente en la forma de atender al paciente y en el cuidado brindado por los profesionales.

A menudo, la propia angustia lleva al distanciamiento de la situación de sufrimiento vivida por el otro, con vistas a aliviar el propio estado de malestar, mientras que la consideración empática (dimensión mejor puntuada) está asociada con un comportamiento prosocial^{19,20}. Según Eisenberg²¹, este comportamiento busca ayudar o beneficiar a otro individuo o grupo de forma voluntaria.

Teniendo en vista estos datos, surge una pregunta: ¿Estas puntuaciones profesionales representarían una diferencia significativa con relación a la población general? Para responder a esta pregunta, buscamos en la literatura referencias sobre la aplicación de la EMRI a la población brasileña.

Formiga²² presenta puntuaciones medias similares a las de este estudio en las dimensiones de empatía, a excepción de la angustia personal. La diferencia observada sugiere puntuaciones más bajas entre los profesionales de medicina que en la población brasileña en general en esta dimensión. Tal evidencia encuentra respaldo científico en un estudio de Decety²³ sobre neurociencia, que, al comparar a profesionales de medicina con un grupo de control, demuestra diferentes patrones de respuesta neuronal a estímulos de dolor en otra persona.

Estos hallazgos sugieren que la experiencia y el conocimiento científico desempeñan un papel importante en la manera en que los profesionales de medicina perciben el dolor y el sufrimiento de otras personas. La correlación entre las dimensiones angustia personal y consideración empática encuentra explicación en Hoffman²⁴ y Batson, Fultz y Schoenrade¹⁹. Según estos autores, cuando no puede distanciarse de la situación que le produce angustia, el sujeto se ve impelido a ayudar con el objetivo de aliviar sus propios sentimientos.

Por otra parte, en el caso de los profesionales de medicina, se produce una atenuación de la angustia personal que tendría consecuencias beneficiosas para el razonamiento clínico y, en consecuencia, para la expresión de la consideración empática. Tal reacción contrasta con la del grupo de control, en el que el aumento de la actividad neurohemodinámica incluyó la activación de mecanismos de aversión y distanciamiento del peligro y de la amenaza²⁵. Esta diferencia puede justificar la aparente tranquilidad o incluso “frialidad” que transmiten los profesionales de medicina cuando atienden una urgencia, mientras el paciente y sus acompañantes quedan aterrados pensando en la gravedad del accidente.

Se pudo observar que existe una correlación entre las puntuaciones de empatía total y sus dimensiones, excepto la angustia personal y la toma de perspectiva, lo que corrobora los datos encontrados por Davis²⁵. Sin embargo, el cuidado humanizado va más allá de la técnica y es importante desarrollar una consideración empática y un comportamiento prosocial. Teniendo en vista la vulnerabilidad del paciente y la obligación de cuidado que se confiere al médico²⁶, la consideración empática se configura como un comportamiento ético deseado en los profesionales de medicina.

Cabe resaltar que, para los profesionales de medicina, la habilidad de hacer de la angustia

personal una motivación para una consideración empática es de gran importancia para el cuidado del paciente. Se trata de un tema que debe explorarse mejor en futuros estudios.

Toma de perspectiva y fantasía (dimensión cognitiva)

Por otra parte, tenemos la puntuación media de aspecto cognitivo, toma de perspectiva y fantasía, que también son altas. Según Davis²⁵, existe una asociación entre una puntuación alta en la toma de perspectiva y una mayor competencia social, una habilidad deseable para los profesionales de medicina. Se trata de una dimensión con impactos positivos en la relación médico-paciente, como defienden Hojat y colaboradores²⁷.

Se entiende que la comprensión de la perspectiva del paciente es un factor importante en la relación médico-paciente. El fracaso de esta comprensión puede interferir con la claridad de la comunicación, lo que, a su vez, además de contribuir a la insatisfacción del paciente, puede conducir, como alegan Beckman y colaboradores²⁸, al aumento de la judicialización en la medicina.

Koeche y colaboradores²⁹, al abordar la cuestión de la prevalencia del error médico en el estado de Santa Catarina, constataron que la mayoría de las denuncias por negligencia terminaron en absolución, lo que permitió inferir que las denuncias poco consistentes fueron motivadas por la fragilidad en la relación médico-paciente. Los autores llaman la atención sobre la necesidad de *mejorar la relación médico-paciente como un elemento fundamental para inhibir las denuncias evitables y poco consistentes para dar lugar a condenas*³⁰.

Según Riess³¹, en la relación médico-paciente puede ocurrir una falta de empatía afectiva debido a diferencias raciales, étnicas, religiosas, entre otras. En ese sentido, la empatía cognitiva (toma de perspectiva) se hace fundamental para cohibir las diferencias en la atención provocadas por los prejuicios. *No hay lugar para la discriminación o para cuidados desiguales ofrecidos a pacientes que difieren de la cultura mayoritaria o de la cultura mayoritaria de los profesionales de la salud*³².

Para Derrida y Dufourmantelle³³, la hospitalidad implica el desafío de aceptar lo desconocido, considerando que el extraño puede representar una amenaza para la seguridad de quienes lo

acogen. Por otra parte, al ser recibido, ese extraño sufre la amenaza de transformarse en quien lo recibió, de no ver preservada su cultura, sus lazos de pertenencia, su identidad y su diferencia. En ese sentido, la toma de perspectiva es una herramienta mediadora para construir una relación médico-paciente más humanizada.

La correlación positiva entre las dimensiones de toma de perspectiva y consideración empática se encuentra justificada en los estudios de Batson y colaboradores³⁴ y de Hoffman²⁴, quienes sugieren que la toma de perspectiva puede conducir a la empatía afectiva y, en consecuencia, al comportamiento prosocial. Batson, Fultz y Schoenrade¹⁹ resaltan que el comportamiento prosocial no se desencadena por la empatía cognitiva, emocionalmente neutra, sino por la empatía afectiva.

Un estudio de Hoffman²⁴ propuso una secuencia de desarrollo empático en niños pequeños y obtuvo hallazgos que señalan que las habilidades de toma de perspectiva, asociadas con la distinción entre el *self* y el otro, conducen a la consideración empática. La capacidad de diferenciar el *self* del otro y a quién se atribuye el propio estado simulado es fundamental para que se produzca una forma madura de empatía afectiva³⁵. Así, al establecer un paralelo con Stein, se encuentra cierta similitud entre el tercer nivel de empatía, definido por ella como *la objetivación comprensiva de la vivencia explicitada*³⁶, y la empatía madura (consideración empática), descrita por Hoffman³⁵.

Según Stein³⁶, en la atención médica, el diagnóstico de una determinada enfermedad está relacionado con el conocimiento, con la técnica del profesional de medicina, y no con la empatía, ya que se refiere a la percepción de los sentimientos que manifiesta la persona enferma. El reconocimiento de estos sentimientos correspondería al primer nivel de empatía. Pero, para brindar un mejor cuidado, sería necesario avanzar en el proceso empático y, de esa manera, comprender los

sentimientos y las relaciones, yendo más allá de la atención a la enfermedad.

Aunque Lévinas³⁷ no tiene como objetivo ocuparse de la empatía, sino de la alteridad, reconoce que es por medio del ejercicio de la empatía como se puede acoger al otro en su alteridad. Reconocer la alteridad del paciente es fundamental para la humanización del cuidado.

Si el sufrimiento no afecta a los profesionales de la salud es porque está reducido a la totalidad, hecho que les impide ver el rostro y reconocer la alteridad y el sufrimiento del paciente e implica una acción sin empatía y no humanizada. Según Carbonara, en el humanismo levinasiano, *el rostro del otro que me invoca y al que respondo responsablemente, instauro en mí la humanidad*³⁸.

La dimensión fantasía también presentó una puntuación alta, ya que la tendencia a fantasear con situaciones ficticias, según Stotland y colaboradores³⁹, influye en las reacciones emocionales con relación a los otros y, a continuación, en el comportamiento de ayuda. Tal hecho permite inferir que puntuaciones medias o altas en la dimensión fantasía, como las encontradas en este estudio, pueden estar relacionadas con una mayor disposición a la reactividad emocional y sensibilidad hacia los otros, como observa Davis²⁵, lo cual es deseable en el caso de los profesionales de medicina.

Factores que interfieren en la empatía y la hospitalidad

Uno de los factores sociodemográficos que presentó una diferencia significativa, con $p < 0,01$, fue el sexo. Se constató diferencia en casi todas las dimensiones de la empatía, y las mujeres obtuvieron puntuaciones sustancialmente más altas que los hombres en las medidas de angustia personal y fantasía. Sin embargo, no hay diferencia en la dimensión de toma de perspectiva (Tabla 2), lo que se correlaciona con los hallazgos de Davis¹⁵.

Tabla 2. Comparación de las puntuaciones de empatía total y sus dimensiones entre sexo femenino y masculino, con base en la aplicación de la escala de empatía en profesionales de medicina.

Dimensiones de la empatía	Sexo	N	Media	Desviación estándar	Valor de p
Empatía total	Femenino	95	96,17	12,847	<0,001*
	Masculino	48	86,75	13,021	

continúa...

Tabla 2. Continuación

Dimensiones de la empatía	Sexo	N	Media	Desviación estándar	Valor de p
Angustia personal	Femenino	95	17,21	4,929	<0,001*
	Masculino	48	14,17	4,493	
Consideración empática	Femenino	95	29,79	3,856	<0,001*
	Masculino	48	27,27	4,129	
Toma de perspectiva	Femenino	95	24,60	3,372	0,121
	Masculino	48	23,67	3,379	
Fantasía	Femenino	95	24,57	5,666	<0,001*
	Masculino	48	21,65	5,707	

*Prueba t de Student significativa para $p < 0,01$

Diversos estudios señalan diferencias de género en la prestación de cuidados y actitudes empáticas. Las puntuaciones más altas entre las mujeres en la escala de empatía, según Hojat y colaboradores⁴⁰, sugieren que los profesionales de medicina pueden procesar un tipo diferente de cuidado, con base en una mejor comprensión de las experiencias y sentimientos del paciente. Esta diferencia se refleja incluso en las cuestiones judiciales ya mencionadas, y los profesionales del sexo femenino sufren menos demandas que los del sexo masculino²⁹.

Otra interpretación de este hecho se basa en estudios de Gilligan⁴¹ sobre las diferencias en el desarrollo moral de mujeres y hombres. El autor señala que las mujeres tienden a pensar moralmente en términos de relaciones y de cuidado de aquellos con quienes están conectadas. Los hombres, en cambio, según los estudios sobre etapas y secuencias del desarrollo de Kohlberg, Levine y Hewer⁴², son más propensos a pensar en términos de principios generales de justicia y derechos individuales (o autonomía individual) de otras personas.

Según Sampaio, Camino y Roazzi⁴³, estas diferencias atribuidas al género pueden estar relacionadas con el uso de instrumentos de autoevaluación, que tienden a estar influenciados por las expectativas sociales y las representaciones que los participantes tienen sobre los papeles sociales que se atribuyen a hombres y mujeres. Como es ampliamente conocido, los autoinformes pueden sufrir interferencia de una variedad de factores, de modo que no indiquen cómo se sintió realmente la persona, sino más bien reflejen cómo las otras personas esperan que se sienta. También pueden variar según la capacidad del individuo para verbalizar sus pensamientos⁴⁴.

En cuanto a experimentar una situación dolorosa o estresante en el último año, solo hubo una diferencia significativa en la dimensión de consideración empática ($p=0,007$) y empatía total ($p=0,038$). Los profesionales de medicina que respondieron positivamente a esta pregunta obtuvieron una puntuación de consideración empática más alta.

Este resultado corrobora la tesis de Hoffman³⁵, según el cual la empatía, a la luz de una variedad de signos de angustia de otra persona, surge de modos de excitación. Entre ellos, se encuentran la imitación, el condicionamiento clásico y la asociación directa, en que uno simpatiza porque la situación del otro recuerda una experiencia personal dolorosa⁴⁴. Esto podría justificar una puntuación más alta de consideración empática entre aquellos que habían experimentado una situación estresante en el año anterior.

También es posible percibir esta relación en diferentes relatos de profesionales de medicina que, después de que ellos propios estuvieran en el lugar de paciente, cambiaron la forma en que atendían a sus pacientes. El cambio de valores se basó en las experiencias vividas, lo que lleva a inferir que las vivencias influyen en la dimensión de la consideración empática y en el comportamiento prosocial.

En la evaluación de las puntuaciones de empatía entre las áreas de actuación, así como entre profesionales de medicina de pacientes pediátricos y de pacientes adultos, hubo una diferencia significativa en las puntuaciones de la dimensión de angustia personal. Los pediatras obtuvieron puntuaciones más altas en comparación con los cirujanos y médicos de pacientes adultos. Estos datos sugieren que la empatía puede variar en nivel y tipo, según la especialidad médica.

Además, los profesionales con especialidades “orientadas a las personas” y “orientadas a la tecnología” presentaron diferentes niveles de empatía, corroborando los resultados de Suartz y colaboradores⁴⁵ y Hojat y colaboradores⁴⁰. Este último estudio revela que los psiquiatras obtuvieron la puntuación más alta en empatía media, mientras que los anes- tesiólogos, ortopedistas, neurocirujanos y radiólo- gos obtuvieron la puntuación más baja⁴⁰. La baja puntuación de un grupo no implica deficiencia de empatía, pero es probable que el tipo de relación empática que se establece sea diferente.

En este estudio, los datos sobre valores éticos para la práctica profesional se consideraron altos en todas las dimensiones de hospitalidad. Estos datos permiten inferir que, para los profesionales de medicina, dichos valores éticos son importantes.

La evaluación sobre la diferencia de hospitalidad entre los sexos masculino y femenino solo se verificó en la dimensión cuidado transpersonal, presentando las mujeres una puntuación significativamente más alta que la de los hombres. La dimensión cuidado transpersonal evalúa la presencia de un tipo especí- fico de cuidado: aquel que trata de abrazar el alma de los otros mediante procesos de atención y tra- tamiento, relacionado con valores que representan

la capacidad de proyección personal con relación al usuario, como el altruismo y la diligencia.

La diferencia en esta dimensión puede expli- carse por la relación de las atribuciones morales relacionadas con el sexo en una sociedad patriarcal, como lo aborda Gilligan⁴¹. El estudio de Koeche y colaboradores²⁹ demuestra que estos profesio- nales tienen mejores relaciones interpersonales, lo que disminuye las posibilidades, por ejemplo, de que sufran una demanda.

Al evaluar la relación entre la empatía total y sus dimensiones con la hospitalidad total y sus dimen- siones en cuanto a valores éticos para la práctica profesional (Tabla 3), hubo una correlación entre la empatía total con todas las dimensiones de la hospi- talidad, excepto la calidad. Esta dimensión abarcaría características más técnicas, como competencia, conocimiento científico y autonomía profesional, que conciernen a las cualidades de los profesio- nales y del servicio relacionado, no directamente relacionadas con el paciente. Por otra parte, la con- sideración empática se correlacionó con todas las dimensiones de la hospitalidad, incluida la calidad, lo que demuestra que, para los profesionales de medicina, esta dimensión es éticamente importante y está asociada con la calidad del cuidado.

Tabla 3. Correlación entre las puntuaciones de empatía total y sus dimensiones con la hospitalidad total y sus dimensiones a partir de la aplicación de sus escalas a 143 profesionales de medicina

Dimensiones de hospitalidad	Hospitalidad total	Responsabilidad	Respeto	Cuidado transpersonal	Cualidad
Dimensiones de empatía					
Empatía total	0,340**	0,338**	0,241**	0,371**	0,070
Angustia personal	0,106	0,194*	0,023	0,142	-0,048
Consideración empática	0,455**	0,403**	0,291**	0,474**	0,212*
Toma de perspectiva	0,299**	0,286**	0,301**	0,286**	0,031
Fantasía	0,207*	0,174*	0,163	0,245**	0,038

Correlación de Pearson, de dos colas, significativa para: **nivel <0,01; * nivel <0,05

La angustia personal solo se correlacionó con la responsabilidad, compuesta por los valores que representan el reconocimiento de la atención personalizada y cercana al usuario. Tal dimensión puede trasladar el proceso empático al *self*, en lugar de centrarse en el paciente, lo que resulta en un mayor nivel de angustia personal. Sin embargo, esta angustia personal, como se comentó anterior- mente, no implica distanciamiento; por el contrario, puede aumentar el compromiso con el cuidado.

La comparación de las dimensiones de hospi- talidad entre áreas de actuación o tipo de aten- ción (pediátrica, adulta) no presentó diferencia significativa. Tal hecho permitió concluir que, para la muestra en cuestión, estas características no influyen en el nivel de hospitalidad. Cabe resal- tar que las puntuaciones de hospitalidad, en todas las dimensiones, se consideran altas y consis- tentes con los valores éticos asumidos para la práctica profesional.

Con base en los datos presentados, se puede concluir que la empatía está relacionada con la hospitalidad y con las prácticas de humanización y cuidado. Pero aún queda una pregunta: ¿Cómo minimizar algunas características potencialmente peligrosas que parecen estar asociadas con el establecimiento de una relación empática?

Nos referiremos aquí a factores moralmente incompatibles con la práctica profesional, que influyen en la percepción del mundo social y permiten divisiones sociales, como la tendencia a simpatizar más fácilmente con personas atractivas o cercanas. Después de todo, estos factores podrían dar lugar a la desigualdad en el tratamiento brindado por los profesionales de medicina.

Quizá no sea posible dejar de empatizar más fácilmente con personas cercanas o atractivas, pero la práctica de las virtudes, como comentan Pellegrino y Thomasma²⁶, así como la ética de la alteridad de Lévinas³⁷, puede fomentar la empatía cognitiva (toma de perspectiva) y, así, cohibir la interferencia del acto empático en la prioridad de la atención médica, en la oferta de asistencia y en el privilegio del tratamiento en detrimento de otros pacientes.

En salud, *la responsabilidad es la respuesta indeclinable por el "otro" y el entregarse de manera inexorable*⁴⁶. Como en la parábola bíblica del buen samaritano, el profesional de medicina, conmovido por el sufrimiento del paciente, debe acoger y responsabilizarse de su cuidado. El rostro del otro, del paciente, en su vulnerabilidad, invoca la acción ética del profesional de medicina.

Sin embargo, para que este paciente sea acogido en su alteridad y reciba un cuidado humanizado, es necesario que haya empatía. Si bien el nivel de empatía desciende durante la graduación médica, se observa que su mantenimiento es posible y efectivo mediante la promoción de sesiones de capacitación en habilidades de comunicación empática que utilizan diferentes intervenciones como vídeos y juegos de roles realizadas durante el curso⁴⁷. Sin empatía no hay acogimiento humanizado.

Además, la calidad del acogimiento, de la hospitalidad, debería basarse en la teoría de la deconstrucción de Derrida y Dufourmantelle³³ y así promover una visión crítica de la atención. Esto implica la necesidad de cambios o implementación de políticas de salud, apuntando a la humanización del cuidado.

Limitaciones del estudio

El hecho de que se haya desarrollado con base en cuestionarios de autoinforme puede resultar en sesgos en las puntuaciones de las subescalas y en una visión unilateral (solo del profesional) de la percepción de la empatía. Sería importante, de forma complementaria, realizar nuevos estudios que impliquen la percepción del paciente respecto a la empatía y la hospitalidad en la relación médico-paciente.

También existen limitaciones relacionadas con el cohorte transversal, que no permite valorar si hubo diferencia en los niveles de empatía a lo largo de los años, y con la muestra, que si bien es suficiente para un estudio exploratorio, puede no ser representativa del conjunto de profesionales médicos brasileños.

Consideraciones finales

Buscamos analizar la relación entre empatía y hospitalidad en el contexto de la humanización de la asistencia en salud, centrándonos en los profesionales de medicina y sus diferentes áreas de actuación, con base en la bioética del cuidado.

Los datos obtenidos para la muestra analizada permiten concluir que existió correlación entre las dimensiones de empatía y los valores éticos de la profesión (escala de hospitalidad), considerados altos para la práctica profesional, lo que se refleja en mejores prácticas de acogimiento y, en consecuencia, en un cuidado más humanizado.

Factores como el sexo, el campo de actuación y la vivencia de factores estresantes pueden interferir en el nivel de empatía, mientras que solo el factor sexo interfirió en la dimensión de hospitalidad. El tiempo de actuación o la formación en valores no influyeron en los valores de hospitalidad o de empatía en la muestra analizada. Además, los datos carecen de estudios más profundos sobre esta formación, una vez que los profesionales de medicina forman parte de una comunidad, y la formación moral se produce de forma "indirecta" en diferentes momentos de la vida. A esto se suma el hecho de que existen pocos estudios sobre la relación entre las emociones morales y los valores.

La diferencia encontrada entre los sexos, con las mujeres puntuando más que los hombres en las diferentes subescalas de empatía, ya está bien

documentada en diferentes estudios. Pero cabe una aclaración: los hombres también obtuvieron altos valores de empatía. Se trata de un hecho importante al considerar los mecanismos de atención, benevolencia y compasión necesarios para la práctica del cuidado humanizado.

Quizá haya un camino que explorar en la formación profesional, si consideramos la influencia que tuvo en los profesionales de medicina la vivencia de situaciones estresantes o dolorosas, lo que dio lugar a respuestas empáticas ante el dolor del otro. También son relevantes los datos que apuntan a una disminución en la puntuación de la dimensión angustia personal en la carrera de los profesionales

de medicina, al compararlos con los valores encontrados en la población general. Tal diferencia, que retrata positivamente la práctica médica, nos lleva a inferir que quizá sea posible trabajar las otras dimensiones la empatía durante la formación académica. Así, sería posible mejorar la calidad de la relación empática, la hospitalidad y, en consecuencia, la humanización del cuidado.

Se espera que el análisis de la correlación entre las dimensiones de empatía y hospitalidad médica indique caminos para las cuestiones bioéticas de la humanización del cuidado, basado en la empatía y la hospitalidad.

Referencias

1. Pessini L, Bertachini L. Ética no cuidado e humanização no mundo da saúde, em especial em fim de vida. In: Pessini L, Bertachini L, Barchifontaine CDP, editores. *Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2014. p. 283-308.
2. Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2009 [acceso 17 jul 2020];13(supl 1):571-80. DOI: 10.1590/S1414-32832009000500009
3. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract [Internet]*. 2013 [acceso 4 jan 2022];63(606):76-84. DOI: 10.3399/bjgp13X660814
4. Finset A, Ørnes K. Empathy in the clinician-patient relationship. *J Patient Exp [Internet]*. 2017 [acceso 4 jan 2022];4(2):64-8. DOI: 10.1177/2374373517699271
5. Adams SB. Empathy as an ethical imperative. *Creat Nurs [Internet]*. 2018 [acceso 17 jul 2020];24(3):166-72. DOI: 10.1891/1946-6560.24.3.166
6. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA *et al*. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med [Internet]*. 2009 [acceso 14 mar 2019];84(9):1182-91. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181b17e55
7. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C *et al*. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med [Internet]*. 2011 [acceso 20 jul 2020];86(8):996-1009. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318221e615
8. Zaki J. The caregiver's dilemma: in search of sustainable medical empathy. *Lancet [Internet]*. 2020 [acceso 4 jan 2022];396(15):458-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31685-8
9. De Benedetto MAC, Moreto G, Janaudis MA, Levites MR, Blasco PG. Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. *Rev Bras Med [Internet]*. 2014 [acceso 17 jul 2020];71(2 esp):15-24. Disponível: <https://bit.ly/3P7pXgZ>
10. Kelly R, Losekoot E, Wright-StClair VA. Hospitality in hospitals: the importance of caring about the patient. *Hosp Soc [Internet]*. 2016 [acceso 17 jul 2020];6(2):113-29. DOI: 10.1386/hosp.6.2.113_1
11. Corradi-Perini C, Pessini L. Prólogo. In: Corradi-Perini C, Pessini L, Souza W, editores. *Bioética, humanização e fim de vida: novos olhares*. Curitiba: Editora CRV; 2018. p. 13-20.
12. Oliveira LA, Ayres JRCM, Zoboli ELCP. Conflitos morais e atenção à saúde em Aids: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2011 [acceso 21 ago 2023];15(37):363-75. DOI: 10.1590/S1414-32832011000200004
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 19.

14. Costa BRL. Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *Rev Interdiscip Gestão Soc* [Internet]. 2018 [acesso 4 jan 2022];7(1):15-37. DOI: 10.9771/23172428rigs.v7i1.24649
15. Davis MH. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1980 [acesso 20 jun 2021];10:85. Disponível: <https://bit.ly/44futyc>
16. Sampaio LR, Guimarães PRB, Camino CPS, Formiga NS, Menezes IG. Estudos sobre a dimensionalidade da empatia tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Psico (Porto Alegre)* [Internet]. 2011 [acesso 17 jul 2020];42(1):67-76. Disponível: <https://bit.ly/44liY8n>
17. Corradi-Perini C, Paris ESC, Beltrão MR, Corradi MI, Martín-Martín R, González-Serna JMG. Empatia em estudantes e profissionais de saúde: análise fatorial da Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal. *Res Soc Dev* [Internet]. 2022 [acesso 17 jul 2022];11(3):e42511326816. DOI: 10.33448/rsd-v11i3.26816
18. González-Serna JMG, Ferreras-Mencia S, Arribas-Marín JM. Desarrollo y validación de la Escala Axiológica de Hospitalidad para la Humanización de la Enfermería. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 15 mar 2019];25:e2919. DOI: 10.1590/1518-8345.1767.2919
19. Batson CD, Fultz J, Schoenrade PA. Adults' emotional reactions to the distress of others. In: Eisenberg N, Strayer J, editors. *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press; 1988. p. 163-84.
20. Eisenberg N, Eggum ND, Di Giunta L. Empathy-related responding: associations with prosocial Behavior, aggression, and intergroup relations. *Soc Issues Policy Rev* [Internet]. 2010 [acesso 17 jul 2020];4(1):143-80. DOI: 10.1111/j.1751-2409.2010.01020.x
21. Eisenberg N. *Altruistic emotion, cognition, and behavior*. Hillsdale: Erlbaum; 1986.
22. Formiga NS, Rocha MCO, Souza MA, Stevam ID, Fleury LFO. Confiabilidade da escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI) no contexto brasileiro. *Revista de Psicologia Gepu* [Internet]. 2014 [acesso 17 jul 2020];5(2):32-43. Disponível: <https://bit.ly/3qJTrbq>
23. Decety J. Empathy in medicine: what it is, and how much we really need it. *Am J Med* [Internet]. 2020 [acesso 20 jul 2020];133(5):561-6. DOI: 10.1016/j.amjmed.2019.12.012
24. Hoffman ML. *Empathy and moral development: implications for caring and Justice*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
25. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983 [acesso 14 mar 2019];44(1):113-26. DOI:10.1037/0022-3514.44.1.113
26. Pellegrino ED, Thomasma DC. *Para o bem do paciente: a restauração da beneficência nos cuidados da saúde*. São Paulo: Loyola; 2018.
27. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med* [Internet]. 2011 [acesso 14 mar 2019];86(3):359-64. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1
28. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med* [Internet]. 1994 [acesso 4 jan 2022];154(12):1365-70. DOI: 10.1001/archinte.1994.00420120093010
29. Koeche LG, Censi I, Bortoluzzi MC, Bonamigo EL. Prevalência do erro médico entre as especialidades médicas nos processos julgados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. *ACM Arq Catarin Med* [Internet]. 2013 [acesso 26 jan 2022];42(4):45-53. Disponível: <https://bit.ly/3KQXERq>
30. Koeche LG, Censi I, Bortoluzzi MC, Bonamigo EL. Op. cit. p. 51.
31. Riess H. *The Science of Empathy*. *J Patient Exp* [Internet]. 2017 [acesso 17 jul 2020];4(2):74-77. DOI: 10.1177/2374373517699267
32. Riess H. Op. cit. p. 74. Tradução livre.
33. Derrida J, Dufourmantelle A. *Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar da hospitalidade*. São Paulo: Escuta; 2003.
34. Batson CD, Eklund JH, Chermok VL, Hoyt JL, Ortiz BG. An additional antecedent of empathic concern: valuing the welfare of the person in need. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 2007 [acesso 4 jan 2022];93(1):65-74. DOI: 10.1037/0022-3514.93.1.65.

35. Hoffman ML. Empathy, role-taking, guilt, and development of altruistic motives [Internet]. Ann Arbor: University of Michigan; 1973 [acceso 17 jul 2020]. Disponible: <https://bit.ly/3sg3ncS>
36. Stein E. Sobre el problema de la empatía. Madri: Trotta; 2004. p. 27.
37. Lévinas E. Entre nós: ensaios sobre alteridade. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
38. Carbonara V. Humanismo do outro homem: perspectivas de uma formação a partir da sensibilidade e da ética com Emmanuel Levinas. Educação e Filosofia [Internet]. 2021 [acceso 26 jan 2022];34(70):307-32. p. 321 DOI: 10.14393/REVEDFIL.v34n70a2020-46884
39. Stotland E, Mathews KE Jr, Sherman SE, Hansson RO, Richardson BZ. Empathy, fantasy, and helping. Beverly Hills: Sage; 1978.
40. Hojat M, Erdmann JB, Veloski JJ, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ *et al.* Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. Med Educ [Internet]. 2002 [acceso 28 jun 2021];36(6):522-7. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2002.01234.x
41. Gilligan C. Uma voz diferente: teoria psicológica e o desenvolvimento feminino. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1982.
42. Kohlberg L, Levine C, Hewer A. Moral stages: a current formulation and a response to critics: contributions to human development. Chicago: Karger; 1983.
43. Sampaio LR, Camino CPS, Roazzi A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. Psicol Ciênc Prof [Internet]. 2009 [acceso 17 jul 2020];29(2):212-27. DOI: 10.1590/S1414-98932009000200002
44. Stueber K. Empathy. In: Zalta EN, editor. The Stanford encyclopedia of philosophy [Internet]. Stanford: Stanford University; 2019 [acceso 9 jul 2020]. Disponible: <https://stanford.io/3P3axdv>
45. Suartz CV, Quintana MI, Lucchese AC, De Marco MA. Avaliação de empatia em residentes de especialidades clínicas e cirúrgicas da Universidade Federal de São Paulo. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2013 [acceso 17 jul 2020];37(3):320-5. DOI: 10.1590/S0100-55022013000300003
46. Meneses RDB. Da hospitalidade em Derrida ao acolhimento em saúde [tese] [Internet]. Braga: Universidade Católica Portuguesa; 2012 [acceso 20 jun 2021]. p. 46. Disponible: <http://hdl.handle.net/10400.14/10282>
47. D'souza PC, Rasquinha SL, D'souza TL, Jain A, Kulkarni V, Pai K. Effect of a single-session communication skills training on empathy in medical students. Acad Psychiatry [Internet]. 2020 [acceso 4 jan 2022];44(3):289-94. Tradução livre. DOI: 10.1007/s40596-019-01158-z


Adriana Oliveira Andrade Batistella – Magíster – adriana.batistella@pucpr.br

 0000-0002-5502-0039

Élcio Luiz Bonamigo – Doctor – elcio.bonamigo@unoesc.edu.br

 0000-0002-0226-7070


Waldir Souza – Doctor – waldir.souza@pucpr.br

 0000-0002-4332-2822

José María Galán González Serna – Doctor – josemaria.galan@sjd.es

 0000-0002-5026-4333

Carla Corradi Perini – Doctora – carla.corradi@pucpr.br

 0000-0002-9340-8704

Correspondencia

Adriana Oliveira Andrade Batistella – Av. Jockey Clube, 485, Vila Hípica CEP 86067-000. Londrina/PR, Brasil.

Participación de los autores

Adriana Oliveira Andrade Batistella y Carla Corradi Perini participaron en el diseño de la investigación, en el estudio estadístico, en la redacción del manuscrito y en la revisión científica. Élcio Luiz Bonamigo, Waldir Souza y José María Galán González Serna colaboraron con la interpretación de los resultados y de la revisión científica. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

Recibido: 28.4.2023

Revisado: 23.6.2023

Aprobado: 18.7.2023