

Concepciones sobre empatía: desarrollo de un instrumento para la evaluación formativa a partir de una experiencia docente con residentes de pediatría de la Universidad de Antioquia

Lila P. Dupuy, Olga F. Salazar-Blanco

Introducción. La empatía es fundamental para que la relación médico-paciente se desarrolle adecuadamente. Existe evidencia sobre sus beneficios, pero la enseñanza se incorpora de forma errática en los currículos y el material disponible sobre las estrategias didácticas empleadas es escaso. De una experiencia con residentes de pediatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia se generó el IQual-e, para facilitar el *feedback* docente-alumno. Este artículo presenta el instrumento y su aplicación.

Sujetos y métodos. Experiencia de investigación cualitativa en el contexto docente. Mediante el análisis de contenido y del discurso argumentativo se generó un instrumento para la evaluación formativa de producciones escritas sobre empatía en la relación médico-paciente. Se aplicó el instrumento a 23 residentes de cuatro cohortes del curso de Pedagogía en Educación Superior en Salud, en el que se aborda la empatía en la relación médico-paciente.

Resultados. El IQual-e propone un análisis de las frases y de la respuesta global a partir de tres categorías principales: adecuación conceptual, dimensiones y secuencia. La aplicación del IQual-e a los textos producidos por los residentes reflejó la multidimensionalidad del constructo empatía, replicó diferencias y contradicciones que existen sobre su definición, y mostró deficiencias en la formación sobre empatía.

Conclusiones. El IQual-e es un instrumento que puede adaptarse para evaluar el contenido de reflexiones acerca de un constructo sobre el cual haya posiciones encontradas o multiplicidad de interpretaciones. Puede usarse como complemento de rúbricas, para evaluar textos reflexivos, preguntas abiertas y ensayos.

Palabras clave. Empatía. Evaluación cualitativa. Métodos de evaluación. Relación médico-paciente.

Conceptions about empathy: development of an instrument for formative evaluation based on a teaching experience with Pediatrics residents at the Universidad de Antioquia

Introduction. The empathy is essential to the development of an adequate physician-patient relationship. There is evidence about its benefits, but teaching is erratically incorporated into curricula and available material on didactic strategies employed is scarce. From an experience with pediatric residents at the Faculty of Medicine of the University of Antioquia, IQual-e was generated to facilitate teacher-student feedback. This article presents the instrument and its application.

Subjects and methods. Qualitative research experience in the teaching context. Through the analysis of content and argumentative discourse an instrument was generated for the formative evaluation of written productions about empathy in the physician-patient relationship. The instrument was applied to 23 residents of four cohorts of the Pedagogy course in Higher Education in Health in which the empathy in the doctor-patient relationship is addressed.

Results. The IQual-e proposes an analysis of content and speech of sentences and global response from three main categories: conceptual adequacy, dimensions and sequence. The application of IQual-e to texts produced by residents reflected the multidimensionality of the empathy construct, replicated differences and contradictions that exist on its definition and showed deficiencies in empathy training.

Conclusions. The IQual-e is an instrument that can be adapted to evaluate the content of reflections on a construct on which there are conflicting positions or multiplicity of interpretations. It can be used as a complement to rubrics, to evaluate reflective texts, open-ended questions and tests.

Key words. Assessment methods. Doctor-patient relationship. Empathy. Qualitative evaluation.

Facultad de Ciencias de la Salud; Universidad Maimónides; Buenos Aires, Argentina (L.P. Dupuy). Facultad de Medicina; Universidad de Antioquia; Grupo de Investigación Edusalud; Medellín, Colombia (O.F. Salazar-Blanco).

Correspondencia:

Profa. Lila Paula Dupuy. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Maimónides. Hidalgo, 775. CP 1405. Buenos Aires, Argentina.

E-mail:

liladupuy@gmail.com

Agradecimientos:

L. Casasbuenas, J. Frydman, M. Barrios y M. Sayal, por la lectura cuidadosa del manuscrito y sus importantes recomendaciones, que sirvieron para mejorar la investigación y la redacción del texto.

Recibido:

29.03.17.

Aceptado:

28.04.17.

Conflicto de intereses:

No declarado.

Competing interests:

None declared.

© 2017 FEM

Introducción

La empatía es crucial en la construcción de una relación de confianza. Se relaciona con una mayor satisfacción del médico y del paciente [1], y es un pilar del modelo de atención centrado en el paciente [2,3]. La empatía enmarcada en una relación de cuidado [4] justifica que el médico tenga una disposición hacia el paciente, que le permita tener en cuenta todo lo que sea necesario para lograr su bienestar [5].

De ahí que resulte necesario propiciar su aprendizaje tanto en grado como en posgrado. Sin embargo, la enseñanza de la empatía se incorpora de forma errática al currículo, y el material disponible acerca de las estrategias didácticas empleadas para su enseñanza y evaluación es escaso. Otras habilidades humanísticas sufren la misma suerte: profesionalismo, trabajo en equipo y comunicación, por nombrar sólo algunas. Desarrollar estrategias para su evaluación constituye uno de los grandes desafíos para el docente de medicina en particular y la investigación médica en general [6].

En la bibliografía de las ciencias de la salud y la educación, la empatía se define de las siguientes formas: sentimiento [7], herramienta [8], experiencia [9], disposición o modo de ser [10], o habilidad [11]. En este trabajo se considera a la empatía en la relación médico-paciente como un constructo multidimensional [1,12,13] que implica comprender la experiencia de quien consulta teniendo en cuenta su perspectiva, los sentimientos y emociones relacionados, y la capacidad de compartir lo sentido comunicando dicha comprensión con la intención de proveer alivio.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia ofrece un curso de Pedagogía en Educación Superior en Salud para residentes de pediatría en el que se aborda la empatía en la relación médico-paciente. Se utiliza la estrategia pedagógica de cine-foro con la proyección de la película *El doctor* (*A taste of his own medicine*, 1991). El film se utiliza con el objeto de promover la discusión bajo una perspectiva compleja, facilitar la reflexión y aumentar la disposición hacia una actitud empática [14-19]. La actividad consta de un primer encuentro donde se proyecta el film y, a continuación, cada residente hace un ejercicio de escritura con una guía de preguntas. En un segundo encuentro se discuten las respuestas previamente evaluadas por el equipo docente y se refuerza el análisis de la empatía.

La disparidad de opiniones sobre el constructo empatía registrado en la literatura médica, sumado a la dificultad de evaluar un texto producido a partir de una reflexión, llevó a buscar una forma de evaluar que permitiera dar cuenta de la compleji-

dad de ambas instancias. Si bien las rúbricas constituyen una aproximación interesante, apelan a evaluar el nivel de desempeño [20,21], dejando la valoración del contenido en manos del docente.

Entonces, ¿cómo evaluar una respuesta sobre un concepto abstracto, humanista, si hay tantas definiciones como autores que escriben sobre el tema? ¿Con qué puede el docente decidir cuán correcta es una respuesta cuando hay tanta dispersión en la definición del concepto? Partiendo del acuerdo sobre la necesidad de evaluar lo que se enseña, ¿de qué manera puede evaluarse? ¿Bajo qué paradigma?

De la elaboración y reflexión sobre estos interrogantes surge la necesidad de tener un instrumento de evaluación con coordenadas bien definidas que permita cierta movilidad o flexibilidad y que tenga capacidad discriminativa. La evaluación de la empatía y otros conceptos englobados dentro del humanismo médico requiere un paradigma evaluativo cualitativo.

Para evaluar las respuestas de los residentes se diseñó un instrumento de evaluación formativa que permite tener como centro al estudiante y generar un *feedback* relevante [22].

Los objetivos del trabajo son: generar el instrumento de evaluación y utilizarlo para evaluar las respuestas relacionadas con la empatía.

Sujetos y métodos

Este trabajo es de tipo cualitativo, que emplea una adaptación y combinación de análisis de contenido en sus variables de expresión, y temático [23], con análisis del discurso argumentativo [24]. Los dos apuntan a una lectura en primer plano para alcanzar un nivel más profundo del mensaje [22], y se enmarcan dentro del paradigma constructivista que busca comprender el sentido de la acción social desde la óptica del actor e incluyendo al investigador. El análisis de contenido favoreció la búsqueda de expresiones y temas clave. El análisis del discurso argumentativo desarrollado por Merlino [24] permitió identificar los esquemas o modelos argumentales. La elección de dichos métodos se basa en la idea de que comprender las prácticas discursivas favorece la generación de tipologías e hipótesis sobre las conductas específicas que desarrollarían los sujetos en una situación puntual [24].

El objeto de estudio fueron las respuestas escritas por los residentes a partir de las preguntas: 'Elige una escena que represente la empatía, justifica tu elección y define la empatía a partir de los elementos de la escena'. Se incluyeron los 23 textos producidos por

los residentes de cuatro cohortes del curso (2011, 2012, 2013 y 2014). No se descartó ningún texto.

Se excluyeron las frases en las que se utilizaba la palabra empatía como adjetivo por considerar que no significaba un aporte a la definición, por ejemplo: ‘es una relación empática’, ‘una acogida empática’, etc.

Se diseñó un instrumento de evaluación con bases en metodologías de investigación cualitativa y se lo denominó IQual-e. Se describe la construcción del instrumento en pasos (Tabla I) para facilitar su aplicación. Todos los pasos que implicaron análisis, ya sea de la bibliografía o de los textos, fueron hechos de forma independiente por las autoras. Luego se compararon los resultados y se lograron acuerdos por consenso.

Paso I: definición operativa de empatía

Búsqueda bibliográfica

Se usaron los términos ‘empatía’ y ‘relación médico-paciente’ mediante las bases de datos Clinical Key, PubMed, Scielo y Google Scholar, y en los idiomas español, inglés y portugués. Se consultó el blog www.doctutor.es y se revisaron textos clásicos de comunicación y entrevista clínica de autores de habla hispana.

Armado de la definición operativa de empatía

Se la representó en pasos secuenciales, como un ciclo [1,3,7,10,11,25,26], para hacerla más operativa. La definición a la que se llegó fue:

- Generación de clima de confianza: actitud de escucha e interés auténtico hacia el paciente.
- Comprensión: capacidad cognitiva de captar la perspectiva del otro.
- Comunicación de la comprensión: de manera verbal o no verbal con la intención de producir alivio en el otro [27].
- Respuesta afectiva hacia otro, que puede incluir el compartir el estado emocional con él.
- Regulación de las emociones y discriminación sobre lo sentido y pensado como perteneciente a la otra persona y no a uno mismo.

Si bien la generación del clima de confianza puede citarse al inicio del acto empático y la regulación de emociones al final, las autoras creen que son acciones necesarias a lo largo de todo el proceso.

Paso II: análisis por frases

Separación de cada respuesta en frases

Se consideró la frase como unidad mínima del dis-

Tabla I. Descripción del IQual-e en pasos.

Paso 1. Definición operativa de empatía	Búsqueda bibliográfica Armado de la definición operativa de empatía
Paso 2. Análisis por frases	Separación en frases Análisis y generación de categorías: dimensiones de la empatía y pertinencia conceptual
Paso 3. Análisis global de la respuesta	Análisis de la secuencia Evaluación de la justificación de la escena elegida

curso, representativa de éste y portadora de significación completa [25,28,29].

Análisis y generación de categorías

Emergieron las categorías ‘dimensión de la empatía’ y ‘pertinencia conceptual’.

Categoría ‘dimensión de la empatía’

Si bien emoción, sentimiento, pensamiento, actitud y conducta forman parte de un proceso continuo complejo e interrelacionado [30], cada una de estas funciones puede ser definida por separado. Al respecto, los autores consultados mostraron tres grandes tendencias sobre la empatía: concebida con elementos afectivos y cognitivos por igual [8,12,18,25, 31-33], un concepto de la empatía más cognitivo [34,38] y otro más afectivo [39-41].

La empatía como actitud o conducta fue citada, pero de manera secundaria a las anteriormente nombradas. De cara al trabajo no se adoptó ningún enfoque de manera sistemática, porque la intención no era construir una definición unívoca de empatía, sino proponer una metodología de análisis de los conceptos expresados por los residentes, de manera que las diferencias conceptuales entre los autores fueron utilizadas para armar las subcategorías. Las subcategorías que emergieron fueron: cognitiva, afectiva o emocional, comunicacional [26] (tanto verbal como no verbal) y actitudinal (Tabla II).

Se considera la actitud como el conjunto de creencias que generan una predisposición para reaccionar en presencia de los pacientes de una forma determinada [27], la cual incluye una instancia moral en relación con la motivación para prestar atención a la experiencia del paciente [18]. Para analizar las frases anotadas por los alumnos se utilizó el método de análisis de contenido temático y se adaptó el método de análisis de contenido de expresión. Para

Tabla II. Descripción y subcategorías de la categoría ‘dimensión’, con sus respectivos indicadores de contenido.

	Definición	Indicadores de contenido
Cognitiva	Comprender la perspectiva del paciente y su sentir. Captar la individualidad del otro	‘Comprender, entender, adoptar la perspectiva, ponerse en..., imaginar’
Afectiva	Experimentar el sentir del paciente	Sentimientos y emociones. ‘Sentir como, se alegró por...’
Actitudinal	Disposición del médico hacia el paciente o su familia	‘Escucha, disponibilidad, que da espacio, se preocupa por...’
Comunicacional	Manifestación de la comprensión del médico hacia el paciente	Conductas verbales y no verbales

Entre comillas se representan las palabras y frases textuales. Los otros indicadores de contenido resumen las palabras de los residentes.

Tabla III. Descripción y subcategorías de la categoría ‘pertinencia conceptual’, con sus respectivos indicadores de contenido.

	Definición	Indicadores de contenido
Elementos propios	Características de la empatía sobre las que hay acuerdo entre los autores	Captar la perspectiva y sentir del paciente y comunicar la comprensión. Intención de aliviar
Elementos relacionados	Características que algunos autores relacionan con la empatía y otros no	Simpatía, compasión
	Características que pudiendo ser necesarias para ser empático son universales de la relación médico-paciente en general	Valores positivos de la relación médico-paciente: respeto, generosidad, solidaridad
Elementos no relacionados	Señalamientos que no forman parte de la definición de empatía de ninguno de los autores consultados	Explicar, hacer un regalo al paciente

el análisis temático, cada dimensión de la empatía se consideró un tema; el análisis de expresión implicó buscar verbos, ideas, expresiones y secuencias lógicas [23].

Categoría ‘pertinencia conceptual’

Se construyó a partir de contrastar las frases de los alumnos, la definición operativa y las distintas definiciones propuestas por los autores consultados. Dicha evaluación se realizó mediante el análisis de contenido de expresión. Quedaron definidas tres subcategorías: elementos propios, relacionados y no relacionados. Las especificidades de cada subcategoría se modificaron conforme se realizó el análisis (Tabla III).

Si bien hay acuerdo en muchos aspectos sobre la empatía, las mayores diferencias en torno a la defi-

nición rondaron los siguientes puntos: la simpatía, la compasión y la frase ‘ponerse en los zapatos del otro’. Muchos autores identifican esta frase con la empatía y otros recomiendan usarla con cuidado, porque podría implicar suplantar el sentir y pensar del paciente [9]. La simpatía se define como la reacción emocional por parte del individuo que observa las experiencias de otros y se contagia de esas emociones o hace suyo el estado emocional del otro [7,37,42]. Mientras que unos autores la diferencian de la empatía [32,33,39-42], otros la consideran un componente esencial de ésta, e incluso hacen alusión al equilibrio entre la empatía y la simpatía [8,37,40]. Lo mismo sucede con la compasión. Algunos autores la incluyen en la definición de empatía [25,32,40,43] y otros piensan que es una disposición básica diferenciada que debe ejercerse por los profesionales de la salud independientemente de la empatía [18,44,45].

Paso III: análisis global de las respuestas

El análisis global de las respuestas consideró dos modalidades: la valoración de la secuencia y la evaluación de la justificación de la escena elegida.

Valoración de la secuencia

Se tuvo en cuenta el orden de las frases de las respuestas de los residentes. Se generaron tres categorías: adecuada, tácita y alterada a partir de la comparación de las justificaciones escritas por los residentes y la secuencia de la definición operativa.

Evaluación de la justificación de la escena elegida

En este punto se evaluó la aplicación del concepto de empatía, ya que los residentes debían elegir una escena percibida como empática y justificar la elección de forma teórica. Para este punto, se compararon las respuestas relacionándolas con la escena empática elegida por el residente. Se trabajó sólo sobre las justificaciones de las respuestas que incluyeron escenas valoradas por las autoras como empáticas.

Se utilizaron las subcategorías de la pertinencia conceptual para evaluar las justificaciones frase por frase y se generaron tres categorías:

- *Justificación pertinente*: cuando utilizaron frases propias o relacionadas en su mayoría.
- *Justificación confusa*: compuesta de frases en su mayoría relacionadas, pero ninguna propia de la empatía.
- *Justificación errónea*: cuando explicó la elección mediante frases no relacionadas.

Resultados

Se muestran los resultados a partir de cada una de las categorías mencionadas.

La dimensión cognitiva estuvo presente en frases como: ‘comprender al otro como persona, con su complejidad y sus sufrimientos’, ‘entendiendo el dolor del otro no sólo se aproxima a la realidad del paciente en cuanto a su enfermedad, sino que se entera de cómo está afectando sus realidades más cercanas’, ‘capacidad de comprender el estado psicológico y emocional del otro’.

La dimensión afectiva o emocional apareció en expresiones como: ‘sufre con los pacientes’, ‘experimenta el sufrimiento como paciente y eso lo habilita para reconocer el sufrimiento del otro’, ‘hay una participación afectiva en la realidad que afecta a su paciente’, ‘demuestra compasión y preocupación’.

La dimensión comunicacional se manifestó en frases como: ‘le muestra que está preocupado por él’, ‘se acerca, se lo dice, se lo hace sentir’, ‘habla con su paciente y le explica el procedimiento a realizar’, ‘muestra al paciente que comprende’. Otro elemento citado fue la reciprocidad: ‘el paciente y la familia muestran satisfacción’, ‘hay una relación bidireccional’, ‘reciprocidad de gestos afectivos’. Por último, la dimensión actitudinal emergió en frases como: ‘actúa en relación con la comprensión’, ‘está ahí disponible para lo que pueda necesitar’.

En la categoría ‘pertinencia conceptual’ se identificaron las tres subcategorías. En la subcategoría de ‘elementos propios’ de la empatía, los residentes señalaron los siguientes conceptos y frases: escucha activa, compasión, simpatía, ‘comprensión del universo emocional de la persona’, ‘se pone en la situación de su paciente’, ‘identificación mental y afectiva’ o ‘percibe lo que el paciente puede sentir’.

En la subcategoría de ‘elementos relacionados’ se encontraron frases como ‘alivio y la tranquilidad del paciente’, ‘esperanza de que todo salga bien’ y los siguientes aspectos: cordialidad, amabilidad, respeto y apoyo, estos dos últimos considerados equivalentes empáticos. La ‘preocupación personalizada’ fue también una actitud relacionada con la empatía.

La subcategoría de ‘elementos no relacionados’ aportó diversas ideas que se analizaron mediante una adaptación del análisis del discurso argumentativo. Las frases se agruparon a modo de inferencias acerca de la empatía:

– *Buscar la satisfacción del paciente.* Se expresa en frases como: ‘le permite hacer realidad el deseo del paciente’, ‘este acto calma al paciente’, ‘le regala algo que deseaba el paciente’.

- *Hacer participar al paciente.* Es visible en frases como: ‘toma en cuenta al paciente y su familia en la toma de decisiones’, ‘incluye al paciente en las decisiones’, ‘lo hace sentir importante en sus decisiones’.
- *Dejar que el paciente hable o pregunte.* Se identifica en las siguientes frases: ‘permite que hagan preguntas’, ‘se tomaba la molestia de explicarles’, ‘permitió a la esposa expresar sus dudas’.
- *Expresión de valores positivos,* como amor, honestidad, generosidad, sacrificio, dedicación, etc.; y expresiones como ‘experimenta un sentimiento de amor por el paciente’, ‘incluso tomó de su tiempo libre para agilizar el procedimiento’, ‘está siempre pendiente...’.
- *Pensar que la condición de paciente los hace sentir y pensar a todos por igual.* Esto implicaba saber lo que los pacientes necesitan por el solo hecho de ser pacientes, y se expresó en frases como: ‘transmite seguridad y tranquilidad que desea cualquier paciente’, ‘lo que todo paciente necesita’.

El análisis de la secuencia mostró los siguientes resultados: en la subcategoría de ‘secuencia adecuada’ se agruparon frases que mostraron concordancia secuencial. Se consideró como válido que el paso de la generación del clima apareciera al final de la secuencia debido a que la generación del clima de confianza es transversal al acto empático. En la subcategoría de ‘secuencia tácita’, aunque faltaron los primeros pasos, se dieron por sobreentendidos. Un ejemplo de esto es: el médico percibió ‘esas preocupaciones’ o ‘reconoce que hay toda una familia llena de preocupaciones’. Aquí el residente da por sentado que hubo un primer tiempo donde el médico sentó las bases para comprender al paciente, pero no redactó esa instancia inicial. Finalmente, la subcategoría de ‘secuencia alterada’ agrupó las frases en las que las justificaciones se centraron en los actos del médico relacionados con explicar, informar, hablar, alentar; nombrando parcialmente los otros pasos, pero de forma desordenada.

La justificación de la escena elegida mostró distinto grado de aplicación del concepto sobre empatía, de modo que emergieron las siguientes subcategorías: explicación pertinente, explicación confusa y explicación errónea. Este último tipo de explicación resultó de especial interés porque permitió ver creencias erróneas en torno a la empatía: adopción de criterios universales hacia todos los pacientes, satisfacción de los deseos del paciente, que el médico sea afectuoso o ejerza valores positivos y que utilice su poder para permitir la expresión del paciente o hacerlo partícipe de la toma de decisiones.

Discusión

El IQual-e brinda coordenadas con las dimensiones, discrimina con la pertinencia conceptual y la secuencia, y evalúa la aplicación conceptual con la justificación de la escena elegida. La categoría dimensión habla de la forma en que el alumno concibe la empatía. La pertinencia conceptual y la secuencia hablan de la claridad del concepto. La evaluación de la justificación de la escena elegida valoró la aplicación.

Los resultados de la aplicación del IQual-e a los textos de los residentes reflejan la multidimensionalidad del constructo empatía y la discusión actual acerca del término, resultado esperable, dado que los residentes forman parte de la comunidad médica. Si bien el programa de formación de la residencia incluye espacios como el de cine-foro para el trabajo de aspectos conceptuales de la relación médico-paciente, a la luz de los resultados es menester profundizar en su enseñanza. Sobre todo si se tiene en cuenta que sólo se ha trabajado la empatía desde su percepción y descripción, y no desde la acción empática en el encuentro con el paciente.

La confusión conceptual puede atribuirse a causas relacionadas con una formación deficiente sobre empatía en particular y comunicación y profesionalismo en general. Esto justifica la confusión con otras 'calidades' [41] o con 'características humanas' e idealizadas del médico [11], o pensar que ser empático es 'satisfacer al paciente' [46]. Las frases 'transmite seguridad y tranquilidad que desea cualquier paciente' o 'lo que todo paciente necesita' dejan traslucir otro tipo de confusión que podría equipararse a la teoría de la inferencia por analogía, que consiste en la extrapolación de los significados, expectativas y formas de interpretar la salud y la enfermedad del profesional hacia el paciente (tomado como un colectivo) [9]. El hecho de que algunos residentes eligieran la escena empática, pero no fueran capaces de justificarla, refuerza la idea de una concepción coloquial del constructo empatía.

El hecho de que a lo largo de la formación no se favorezca la reflexión del modelo médico puede llevar a confundir al acto empático con una actitud médica paternalista bondadosa y humana [10,47]. En esta línea entrarían los equívocos en relación con incluir al paciente en la toma de decisiones [48].

La película elegida pudo haber influido para que el concepto de empatía se confundiera con respeto, dada la evolución del protagonista, que pasa de ser inicialmente irrespetuoso para terminar desarrollando una actitud empática y respetuosa al final del film. La elección de la escena pudo haberse hecho

para cumplir, de manera mecánica, poco reflexiva o profunda, sin una real evaluación de la situación.

Finalmente, el concepto de empatía es complejo y no unívoco, por lo que los aciertos y contradicciones registrados en las producciones de los residentes pueden ser también parte de un proceso dinámico de construcción social del término [12].

La generación de un método cualitativo para la evaluación formativa de contenidos aporta estructura al acto evaluativo y disminuye la variabilidad interevaluador [49]. La evaluación de cada frase en particular resalta las partes, mientras que el análisis global pone de manifiesto la complejidad y el interjuego entre las partes y el todo [20]. El análisis por separado de la percepción y la cognición (que se observa en la evaluación de la justificación), encarado desde el punto de vista del docente, puede servir para adecuar intervenciones pedagógicas. El análisis del discurso argumentativo permitió identificar modelos mentales acerca de la empatía que pueden servir de guía para el desarrollo de estrategias didácticas.

El trabajo aporta detalle de la actividad de cine-foro y su posterior evaluación, y contribuye a saldar el déficit en la descripción de dicha estrategia pedagógica [50].

Reflexiones sobre el IQual-e

El IQual-e es un instrumento que puede adaptarse para evaluar el contenido de reflexiones sobre un constructo sobre el cual haya posiciones encontradas o multiplicidad de interpretaciones. La confección de este tipo de instrumento requiere tiempo fuera del aula y reuniones del equipo docente.

Como las categorías generadas conforman una interfaz entre dos reflexiones, la del alumno y la del experto, cada vez que se utiliza se actualiza, y constituye una herramienta ideal para cursos que se sostienen a lo largo del tiempo o se repiten. Puede usarse como complemento de una rúbrica, para evaluar cualquier tipo de texto reflexivo, desde preguntas abiertas, ensayos o disertaciones en narraciones reflexivas o portafolios.

Para las autoras, conocer si el residente cree que la empatía se piensa o se siente no tiene que ver con la intención de corregir una posición u otra. Lo importante es que amplíe su mirada y se favorezca el deslizamiento entre la posibilidad de recrear afectiva o cognitivamente la experiencia del paciente.

Trabajar la empatía requiere que quienes forman parte del equipo docente generen acuerdos en torno a su definición, aspecto clave, porque la concepción del docente determina cómo abordará y evaluará el tema. Las autoras piensan que no es nece-

saría una absoluta coincidencia, el contacto de los estudiantes con distintas propuestas de empatía facilitará que realicen sus propias elecciones y se enriquezcan con las distintas visiones del constructo.

Bibliografía

1. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract* 2002; 52 (Suppl): S9-12.
2. Benbassat J, Bauml R. What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Acad Med* 2004; 79: 832-9.
3. Norfolk T, Birdi K, Walsh D. The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. *Med Educ* 2007; 41: 690-7.
4. Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy. *J Pers* 1972; 40: 525-43.
5. Spiro H. What is empathy and can it be taught. *Ann Intern Med* 1992; 116: 843-6.
6. Epstein R. Assessment in medical education. *N Engl J Med* 2007; 2007: 387-96.
7. Damasio A. *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos* Barcelona: Crítica; 2005.
8. Carvajal-Guerrero C, Rojas-Pérez A. *Empatía y comunicación efectiva con el usuario. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar*. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2005.
9. Camacho-Díaz J. Aproximación a la empatía en la relación médico-paciente. *Bioética & Debat* 2006; 43: 8-12.
10. Rogers C. *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós; 2011.
11. Marcus E. Empathy, humanism, and the professionalization process of medical education. *Acad Med* 1999; 74: 1211-5.
12. Fernández-Pinto I, López-Pérez B, Márquez M. Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología* 2008; 24: 284-98.
13. Davis M. *A multidimensional approach to individual differences in empathy*. Austin, TX: University of Austin; 1980.
14. González P, Moreto G, Roncoletta A, Levites M, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners' reflection: improving education in the affective domain. *Fam Med* 2006; 38: 94.
15. Hurtubise L, Martin B, Gilliland A, Mahan J. To play or not to play: leveraging video in medical education. *J Grad Med Educ* 2013; 5: 13-8.
16. Kuhnigk O, Schreiner J, Reimer J, Emami R, Naber D, Harendza S. *Cinemeducation in psychiatry: a seminar in undergraduate medical education combining a movie, lecture, and patient interview*. *Acad Psychiatry* 2012; 36: 205-10.
17. Goldman JD. An elective seminar to teach first-year students the social and medical aspects of AIDS. *Acad Med* 1987; 62: 557-61.
18. Stepien K, Baernstein A. Educating for empathy. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 524-30.
19. DasGupta S, Charon R. Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. *Acad Med* 2004; 79: 351-6.
20. Gatica-Lara F, Uribarren-Berrueta T. ¿Cómo elaborar una rúbrica? *Investigación en Educación Médica* 2013; 2: 61-5.
21. Wald HS, Borkan JM, Taylor JS, Anthony D, Reis SP. Fostering and evaluating reflective capacity in medical education: developing the REFLECT rubric for assessing reflective writing. *Acad Med* 2012; 87: 41-50.
22. Nolla-Domenjó M. La evaluación en educación médica: principios básicos. *Edu Med* 2009; 12: 223-9.
23. Minayo MC. La artesanía de la investigación cualitativa. *Rev Salud Publica* 2013; 17: 81-4.
24. Merlino A. Investigación cualitativa y análisis del discurso: argumentación, sistemas de creencias y generación de tipologías en el estudio de la producción discursiva. Buenos Aires: Biblos; 2012.
25. Ricoeur P. *La metáfora viva*. Buenos Aires: Megápolis; 1977.
26. Vidal y Benito MC. *La relación médico-paciente*. Buenos Aires: Lugar; 2010.
27. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277: 678-82.
28. Barthes R. *Introducción al análisis estructural de los relatos*. In Niccolini S. comp. *El análisis estructural*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1977. p. 65-101.
29. De Saussure F, Bally C, Sechehaye A, Riedlinger A, Alonso A. *Curso de lingüística general*. Buenos Aires: Losada; 1945.
30. Decety J, Jackson P. A social-neuroscience perspective on empathy. *Curr Direct Psychol Sci* 2006; 15: 54-8.
31. Miller SR. Attitudes toward individuals with disabilities: does empathy explain the difference in scores between men and women? *Ann Behav Sci Med Edu* 2010; 16: 3-6.
32. Shamay-Tsoory SG, Aharon-Peretz J, Perry D. Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain* 2009; 132: 617-27.
33. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1563-9.
34. 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* 2009; 84: 1182-91.
35. Di Lillo M, Cicchetti A, Scalzo AL, Taroni F, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Acad Med* 2009; 84: 1198-202.
36. Crandall SJ, Marion GS. Commentary: identifying attitudes towards empathy: an essential feature of professionalism. *Acad Med* 2009; 84: 1174-6.
37. Spiro H. Commentary: the practice of empathy. *Acad Med* 2009; 84: 1177-9.
38. Esteban-Gimeno AB, Martínez-Bara JM, Villar TS, García-Arilla EC, Mesa MP. La comunicación del médico con el paciente y la familia. En *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*, eds. *Tratado de geriatría para pacientes*. Madrid: SEGG; 2006. p. 115-22.
39. Mehrabian A. *The Balanced Emotional Empathy Test (BEES) and optional software (2010)*. URL: <http://www.kaaj.com/psych/scales/emp.html>.
40. Davis CM. What is empathy, and can empathy be taught? *Phys Ther* 1990; 70: 707-11.
41. Moya-Albiol L. *La empatía: entenderla para entender a los demás*. Barcelona: Plataforma Actual; 2014.
42. Borrel-Carrió F. *Entrevista clínica. Manual de estrategias y prácticas*. 2 ed. Barcelona: SemFYC; 2004.
43. González-Olaya HL, Uribe-Pérez CJ, Delgado-Rico HD. Las competencias comunicativas orales en la relación médico-paciente en un programa de medicina de una universidad de Colombia: una mirada desde el currículo, los profesores y los estudiantes. *Educ Med* 2015; 16: 227-33.
44. Casasbuenas-Duarte L. *Salud y enfermedad: la importancia de la comunicación*. Barcelona: Editorial Académica Española; 2011.
45. Roselló FT. Constructos éticos del cuidar. *Enfermería Intensiva* 2000; 11: 136-42.
46. Lega LI, Caballo VE, Ellis A. *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI; 2002.
47. Watzlawick P, Beavin-Bavelas J, Jackson DD. *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder; 1993.
48. Garrison D, Lyness JM, Frank JB, Epstein RM. Qualitative analysis of medical student impressions of a narrative exercise in the third-year psychiatry clerkship. *Acad Med* 2011; 86: 85-9.
49. Driessen E, Van der Vleuten C, Schuwirth L, Van Tartwijk J, Vermunt J. The use of qualitative research criteria for portfolio assessment as an alternative to reliability evaluation a case study. *Med Educ* 2005; 39: 214-20.
50. Oh J, De Gagné JC, Kang J. A review of teaching-learning strategies to be used with film for prelicensure students. *J Nurs Educ* 2013; 52: 150-6.