



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO**

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

**Relación entre regulación del enojo y niveles de
empatía en estudiantes de medicina**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A N:

**MÉRIDA NERI ANA LILIA
RODRIGUEZ PEREZ CONNIE LAURA**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. DAVID JIMÉNEZ RODRÍGUEZ**



San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo

Julio, 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 School of Health Sciences
 Área Académica de Psicología
 Department of Psychology

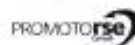
22 de junio de 2017
 Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. NORMA ANGÉLICA ORTEGA ANDRADE
 JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
 Head of academic psychology area

Manifiestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de los pasantes **CONNIE LAURA RODRÍGUEZ PÉREZ Y ANA LILIA MÉRIDA NERI**, bajo la modalidad de Tesis colectiva cuyo título es: **"RELACION ENTRE REGULACION DEL ENOJO Y NIVELES DE EMPATÍA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA"** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión/Formal
Dra. Norma Angélica Ortega Andrade	Presidente	
Dr. David Jiménez Rodríguez	Primer Vocal	
Dra. Claudia Margarita González Fragoso	Segundo Vocal	
Dra. Flor de María Erari Gil Bernal	Tercer Vocal	
Dr. Jorge Gonzalo Escobar Torres	Secretario	
Mtra. Ana María Rivera Guerrero	Suplente	
Mtro. Víctor Orozco Garduño	Suplente	



Circuito Ex Hacienda La Concepción S/N
 Carretera Pachuca Actopan
 San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México; C.P. 42160
 Teléfono: 52 (771) 71 720-00 Ext.5104, 5118 y 4313
 psicologia@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Dedicatoria y agradecimientos

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por haberme aceptado ser parte de ella, así como a mis profesores que me brindaron sus conocimientos durante la carrera.

A mi asesor de Tesis Dr. David Jiménez por haberme guiado durante todo el desarrollo de la tesis y sobretodo su paciencia.

A mi madre por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi proceso estudiantil y por su apoyo incondicional en cada momento, económico y moralmente para poder cumplir mis objetivos y metas.

A Connie compañera de tesis y Amiga, por sacar este proyecto adelante con su apoyo además de amistad incondicional ¡Lo logramos!

Ana Lilia Mérida

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificios en todos estos años, gracias a ustedes he logrado culminar mi licenciatura y convertirme en lo que soy, son los mejores padres.

Al Dr. David Jiménez por su apoyo en la realización de este proyecto y por compartir sus valiosos conocimientos.

A mi gran compañera Ana Lilia e integrante de la familia que hice durante mis estudios universitarios, por su apoyo y su amistad invaluable además del esfuerzo y dedicación hacia este proyecto.

Connie Laura Rodríguez

Índice

<i>Resumen</i>	1
<i>Abstract</i>	3
<i>Introducción</i>	5
<i>Marco Teórico</i>	8
<i>Capítulo 1. Enojo</i>	8
<i>1.1 Definiciones y Características de la Regulación del Enojo</i>	8
<i>1.2 Modelos de la Regulación Emocional del Enojo</i>	10
<i>1.3 Bases Neurológicas del Enojo</i>	13
<i>1.4 Respuestas Conductuales del Enojo</i>	15
<i>1.5 Investigaciones Actuales sobre el Enojo</i>	17
<i>1.6 Regulación del Enojo en Estudiantes Universitarios</i>	20
<i>1.7 El Modelo Estado-Rasgo Aplicado a la Evaluación del Enojo</i>	22
<i>1.8 Instrumentos de Medición del Enojo</i>	23
<i>Capítulo 2. Empatía</i>	26
<i>2.1 Definiciones de Empatía</i>	26
<i>2.2 Inteligencia Emocional y Empatía</i>	27
<i>2.3 Definición de Empatía en la Atención del Paciente</i>	30

<i>2.4 Importancia de la Empatía en la Atención de Salud</i>	32
<i>2.5 Aprendizaje de la Empatía</i>	35
<i>2.6 Condiciones que Afectan la Conducta Empática</i>	38
<i>2.7 Investigaciones Actuales Sobre la Empatía</i>	41
<i>2.8 Instrumento de Medición de la Empatía Médica</i>	43
<i>3. Justificación y planteamiento del problema</i>	46
<i>3.1 Pregunta de Investigación</i>	50
<i>3.2 Objetivo General</i>	51
<i>3.3 Objetivos Específicos</i>	52
<i>3.4 Hipótesis</i>	52
<i>Capítulo 4. Método</i>	53
<i>4.1 Participantes</i>	53
<i>4.2 Muestreo</i>	53
<i>4.3 Diseño</i>	53
<i>4.4 Tipo de Estudio</i>	53
<i>4.5 Variables</i>	54
<i>4.5.1 Empatía. Definición Conceptual</i>	54
<i>4.5.2 Empatía. Definición Operacional</i>	54
<i>4.5.3 Enojo. Definición Conceptual</i>	54

4.5.4 Enajo. Definición Operacional	54
4.6 Procedimiento	55
5. Resultados	561
6. Discusión.....	61
7. Conclusiones	65
7.1 Sugerencias y limitaciones	66
Referencias.....	68
Anexos.....	85

Índice de Tablas

Tabla 1 Estadísticos descriptivos de sumatoria de empatía y factores del enojo.....58

Tabla 2 Resultados de las correlaciones significativas entre factores del enojo y empatía.....59

Tabla 3 Resultados de las correlaciones significativas entre factores del enojo y empatía...60

Resumen

En la presente investigación se abordó el tema correspondiente a la relación entre regulación del enojo y niveles de empatía médica en estudiantes que cursan la carrera de medicina de la UAEH.

Participaron 164 estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma del Estado del Hidalgo de los semestres siguientes: cuarto (20 participantes), quinto (73 participantes) y sexto (71 participantes), son los alumnos que ya están realizando servicio social y por tanto en contacto con pacientes. Se aplicaron dos instrumentos que son ML-STAXI de Alcázar, Deffenbacher y Byrne (2012) que se basa en el modelo estado-rasgo y tiene 44 reactivos que se agrupan en las siguientes escalas y subescalas: Enojo-estado que se divide en Sentir enojo y Deseo de expresar el enojo, Enojo-rasgo que se divide en Temperamento de enojo y Reacción de enojo, Expresión del enojo que se divide en Enojo externo y Enojo interno y por último la escala de control se divide en Control del enojo externo y Control del enojo interno y la aplicación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson de Alcorta- Garza, González, Tavitas, Rodríguez y Hojat (2005) donde los puntajes de la EEMJ pueden fluctuar entre un mínimo de 20 a un máximo de 140; mientras más alto sea el puntaje, más empática la orientación del individuo. Se pudo deducir que existe una baja relación entre la regulación del enojo y la empatía médica en estudiantes de medicina de la UAEH que realizan prácticas con pacientes.

En cuanto a los resultados obtenidos, y en función de los datos que reporta la literatura sobre la empatía médica y la regulación del enojo, surgen elementos como la correlación entre el factor 5 del enojo (temperamento) y la empatía que confirman la hipótesis planteada

en la presente investigación, además se logró cumplir con el objetivo central de la investigación.

Palabras clave: Enojo, Enojo-Rasgo, Enojo-Estado, Expresión del Enojo, Control del Enojo, Empatía Médica

Abstract

In the present investigation the subject was approached corresponding to the relation between anger regulation and levels of empathy-medical in students who study the medical degree of the UAEH (Autonomous University of the State of Hidalgo).

Participants were 164 medical students from the Autonomous University of the State of Hidalgo of the fourth semester (20 participants), fifth (73 participants) and sixth (71 participants) who are already performing social service and therefore in contact with patients. Two instruments that are ML-STAXI de Alcázar, Deffenbacher and Byrne (2012) were applied, which is based on the state-trait model and has 44 reagents that are grouped in the following scales and subscales: Anger-state that is divided into Feeling Anger and Desire to Express Anger, Anger-Trait that is divided into Anger Temper and Anger Reaction, Expression of Anger that is divided into External Anger and Inner Anger, and finally the Control Scale Is divided into External Anger Control and Internal Anger Control and the application of the Jefferson de Alcorta-Garza, González, Tavitas, Rodríguez y Hojat (2005) Medical Empathy Scale where the EEMJ scores can fluctuate between a minimum of 20 to a maximum of 140; The higher the score, the more empathic the orientation of the individual. It could be deduced that there is a low relation between the regulation of anger and the medical empathy in UAEH medical students who practice with patients.

As for the results obtained, and based on the data reported in the literature on medical empathy and anger regulation, elements such as the correlation between anger factor 5 (temperament) and empathy that confirm the hypothesis raised in the present investigation, in addition, was achieved to fulfill the central objective of the investigation.

Key Words: Anger, Anger-trait, Anger-state, Anger expression, anger control, medical empathy

Introducción

En el ser humano existen un sin fin de emociones, una de las básicas es el enojo la cual es la variable principal de este estudio, el cual de no ser regulado de manera eficaz puede afectar distintas áreas en las que se encuentra inmerso el ser humano (Gross & Thompson, 2007).

En esta investigación se medirá la capacidad de regular esta emoción y si ésta influye en la empatía por tanto es importante entender también la definición de regulación emocional, la cual se refiere a la capacidad de la persona para modificar los componentes de la experiencia emocional, ya sea la experiencia subjetiva, respuesta fisiológica, expresión verbal y no verbal, así como a las conductas manifiestas, esto respecto a su frecuencia, forma, duración e intensidad (Company, Oberst & Sánchez, 2012).

También se define como el proceso de iniciar, evitar, inhibir, mantener o modular la ocurrencia, forma, intensidad o duración de estados emocionales internos, la fisiología relacionada con las emociones, los procesos de atención, los estados motivacionales, y/o concomitantes conductuales de la emoción, al servicio de la realización de la adaptación social o biológica relacionada con los afectos o el logro de objetivos individuales (Kinkead, Uribe & Garrido, 2011).

Entre los aspectos que inciden en la regulación de las emociones como en este caso en el enojo, el sujeto realiza valoraciones de las situaciones o estímulos que le son significativos. Por consecuente, si se modifican esquemas de valoración se llega a un cambio de la respuesta emocional. De otro modo, las deficiencias en la interpretación de las intenciones de otros y la atención selectiva hacia eventos negativos y su persistencia pueden llevar a crear dificultades en el manejo del enojo (Martínez & Sánchez, 2014).

Por otra parte algunos autores como lo son Fernández-Pinto, Pérez y Márquez (2008) han realizado una búsqueda para abordar la historia de la empatía explicando lo cognitivo y lo afectivo en su evolución, manejan que el primer autor que se usó formalmente el término empatía fue Robert Vischer en el siglo XVIII, con el término “Einführung”, que traducía “sentirse dentro de”. En 1909 Titchener acuña el término “empatía” tal y como se conoce actualmente, valiéndose de la etimología griega *εμπάθεια* (cualidad de sentirse dentro).

Davis, en 1996 menciona que cognitivamente la empatía es la comprensión de los sentimientos de los otros, de igual manera la describe como la capacidad de una persona de identificarse con el otro. En EE.UU. el interés en la empatía se debió al trabajo de Carl Rogers (1997) quien es el autor en “Psicoterapia centrada en el cliente” y define la empatía como un proceso que permite al terapeuta entrar en el mundo de la persona sin prejuicios, dejando de lado sus propios valores y sus propios puntos de vista.

Desde finales de 1960 se empezó a consolidar una perspectiva distinta de la empatía, otorgando mayor importancia al componente afectivo que al cognitivo, definiéndola como un afecto compartido o sentimiento vicario (Mejía de Díaz, 2012). Bajo esta perspectiva Stotland (1969) define la empatía como “la reacción emocional de un observador que percibe que otra persona está experimentando o va a experimentar una emoción”. Mehrabian y Epstein (1972) definen la empatía como una respuesta emocional vicaria que se experimenta ante las experiencias emocionales ajenas, es decir, sentir lo que la otra persona siente. Consideran que se trata de una disposición para la que existen diferencias individuales. Por su parte, Wispe en 1978 reafirma la importancia de los estados emocionales positivos como un aspecto a incluir en el concepto de la empatía.

Actualmente no existen investigaciones en población Mexicana que correlacionen ambas variables.

En la presente investigación el propósito central es analizar si existe relación entre la regulación del enojo y la empatía médica en estudiantes de medicina de la UAEH que realizan prácticas con pacientes.

Para alcanzar el objetivo se estructura el presente trabajo de la siguiente manera: en el primer capítulo se aborda la variable del enojo, se explican sus definiciones de diferentes autores que manejan esta variable, de igual manera se explican los modelos de la regulación emocional del enojo, así como las bases neurológicas de este, las respuestas conductuales ante la presencia de esta variable. También se abordan algunas investigaciones actuales de manera breve del enojo y el enojo en estudiantes universitarios ya que esta es la población de la presente investigación y por último el modelo estado rasgo aplicado a la evaluación del enojo. En el segundo capítulo se aborda la segunda variable que es la empatía, se dan definiciones actuales y más usadas, así como la importancia de la empatía en la atención de la salud y como se aprende la empatía, además de las condiciones que inciden en la empatía. Por último en el capítulo tres se aborda el método explicando el porqué de esta investigación, pregunta de investigación, objetivo general como específicos, se describe la muestra, el diseño, descripción conceptual tanto operacional de las variables, las hipótesis de investigación, y para finalizar los resultados a los que se llegó en la investigación.

Marco Teórico

Capítulo 1. Enojo

1.1 Definiciones y Características de la Regulación del Enojo

Estudiar el enojo tiene diversas complicaciones. Por ejemplo, lo que hace enojar a una persona podría no hacer enojar a otra, o bien alguien puede enojarse por cierta situación en un momento, pero no en otro (Alcázar, Jiménez, Mena, Ponce de León & Gutiérrez, 2015). Para poder hablar de la emoción del enojo, es necesario conocer las diferentes definiciones del mismo.

El enojo es una emoción básica que está relacionada con procesos cognitivos específicos, procesos fisiológicos y la expresión de conductas, los cuales se ven reflejados en su contexto y que pueden ser reforzados o castigados. Estos factores ocurren de manera simultánea y casi siempre como un solo fenómeno (Alcázar-Olán, Deffenbacher & Byrne, 2012). El enojo puede disminuir cuando el sujeto es capaz de expresarlo de una manera adecuada (Alcázar-Olán, Deffenbacher, 2013).

También el enojo es definido como una emoción que se dispara cuando no se satisface alguna necesidad básica como el ser visto, oído, valorado, conectar con otros, tener un impacto en ellos y ser útil., así como una situación que implica una humillación o descalificación tendiendo a estimularlo. Se caracteriza por un estado medio de excitación siempre relacionada al aquí y ahora, que cuando puede ser expresada de manera proporcionada y respetuosa sirve siempre a un propósito positivo (Zumaya, 2012).

Escobar y Gómez (2006) menciona que el enojo es un estado emocional de desagrado, generalmente de antagonismo, que se manifiesta con tensión y hostilidad causadas por frustración, real o imaginada, desprecio, amenaza, injusticia.

Sánchez y Sánchez (2009) definen al enojo como una emoción en la cual el sujeto siente impotencia, coraje, desvalorización, mal humor, irritabilidad y odio; y piensan en el deseo de venganza, desquitarse, responder ante las agresiones y dañar al causante. Personas que lo presentan piensan en las causas de la ocurrencia de tal emoción, en lo que hubieran hecho, en tratar de resolverlo, manejar el enojo, tener control, reflexionar, bloquearse o simplemente no pensar en nada y evitarlo.

En el mismo año Spielberger y Reheiser (2009) lo definen como un estado emocional que consiste en sentimientos que varían en una intensidad que va de la mínima molestia a la furia intensa.

La medición adecuada del enojo y su control devienen de un entendimiento claro de su significado psicológico. Esta emoción ha despertado interés, puesto que el mayor problema con el enojo es qué hacer con él y con la situación que lo provocó, ya que normalmente el impulso del individuo es tratar de desquitarse, generando resentimiento y un marco inadecuado para la resolución del problema, facilitando incluso conflictos interpersonales (Sánchez & Díaz, 2009).

De igual manera González (2010) lo explica como una experiencia interna afectiva que puede variar de intensidad y cronicidad y puede hacer referencia a la experiencia del momento (estado de enojo) o estar propenso a vivenciar el enojo a través del tiempo y las situaciones (estado-rasgo).

El enojo es una emoción básica experimentado por casi todas las personas pero para algunas personas puede volverse exagerado y disfuncional. El enojo alto puede ser causa de diferentes problemas como enfermedades cardiacas, violencia intrafamiliar, mala toma de decisiones, ansiedad, abuso del alcohol, conductas agresivas y riesgosas al conducir y otros accidentes menores (Martínez, 2012).

1.2 Modelos de la Regulación Emocional del Enojo

Autores manejan varias estrategias para lograr la regulación emocional y han propuesto modelos que tiene como objetivo alcanzar una meta, modificando tanto la intensidad como la duración de la emoción. Puede ir dirigida a modificar uno o más de los componentes de las emociones: experiencia, expresión, comportamiento o fisiología. La regulación emocional no es buena ni mala, sino adaptativa, en función de las demandas del contexto y de los propósitos individuales o sociales que se persiguen (Gómez & Calleja, 2016).

Personas que tienen la capacidad de regular sus emociones tanto positivas como negativas han demostrado tener mejores relaciones positivas, existen menos conductas sociales desviadas y son menos propensas a desarrollar algún trastorno psicológico (López, Salovey, Coté & Beers, 2005), la regulación de las emociones empieza cuando una señal de un suceso interno o externo le indican al individuo que algo importante va a ocurrir. Cuando se ha evaluado y atendido el suceso que ha provocado esta emoción, se dispara todo un conjunto de respuestas que implican experiencia, conducta y sistemas psicológicos centrales y periféricos (Company, 2016).

Algunos de ellos son los de los siguientes autores:

Gross y Thompson (2007) formulan cinco procesos cognoscitivos que se llevan a cabo en la regulación emocional del enojo y que van a propiciar la aparición de distintas estrategias de manejo emocional:

a) Selección de la situación: Tomar acciones que faciliten la probabilidad o no de terminar en una situación de la cual se espera obtener emociones deseables o indeseables, es decir, si se sabe que una situación va a ser desfavorable y, por lo tanto, generará una reacción negativa como lo es el enojo, existe la opción de evitar esa situación en medida de lo posible.

b) Modificación de la situación: Es el proceso en el que se generan los esfuerzos que el individuo hace para modificar directamente la situación o alterar su Impacto.

c) Despliegue de atención: Surge cuando no se ha logrado modificar una situación y el individuo se ve obligado a generar conductas tales como taparse los ojos y/o los oídos, utilizan dos estrategias principales: la distracción y la concentración.

d) Cambio cognoscitivo: Implica cambiar la forma en que se aprecia una situación determinada, alterando su importancia, ya sea modificando la forma de pensar o sometiendo a una valoración la capacidad del individuo de manejar las demandas que posee.

e) Modulación de la respuesta: Refiere a influir en las respuestas fisiológicas, experiencias o conductas tan directamente como sea posible.

Pérez, Redondo y León (2008) en su investigación “Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica” manejan el modelo de Control del enojo de Deffenbacher cuyos pasos son:

- a) Aumentar la conciencia del déficit: Los pacientes con altos niveles de enojo la mayoría de las veces revelan una falta de conciencia la cual influye en el manejo del mismo. Para reducir o controlar la ira es necesario que el paciente tome conciencia de la respuesta airada que está dando. Es necesario que el paciente desarrolle una sensibilidad especial a su respuesta de enojo que le permita regular su enojo.
- b) Interrumpir el desarrollo de la respuesta de ira: Consiste en conseguir que el paciente desarrolle algún tipo de estrategia con la que pueda cortar el desarrollo de la respuesta de enojo que comienza a experimentar. Puede usar estrategias como son auto instrucciones, detección de pensamientos.
- c) Utilizar el entrenamiento en relajación: La relajación será efectiva por sí sola y también en combinación con otras técnicas, favoreciendo el uso posterior de estrategias cognitivas. Ejemplos de ellas son el entrenamiento en relajación muscular progresiva.
- d) Reestructuración cognitiva: Se trata básicamente de tratar de modificar los sesgos que pueden llevar a dar una respuesta de enojo. Las principales distorsiones que hay que valorar y tratar son: la equivocación en la predicción de sucesos que eliciten el enojo; la utilización de pensamientos e ideas coercitivas; el pensamiento catastrófico, el pensamiento dicotómico; la sobre generalización; y la interpretación de las ideas y pensamientos de los demás.
- e) Solución de problemas y autoinstrucciones que ayuden a desarrollar los pasos de la estrategia en solución de problemas orientando al paciente hacia el enojo como un problema a resolver y que le permitan planificar soluciones.

Actualmente no existe una taxonomía validada o consensuada de las estrategias de regulación emocional; pero se han algunas categorías de alto orden, como: estrategias dirigidas a los sistemas generadores de la emoción, y estrategias dirigidas a las funciones psicológicas de la regulación (Gómez & Calleja, 2016)

1.3 Bases Neurológicas del Enojo

El enojo de no ser expresado de una manera correcta es considerado una emoción negativa. Actualmente existen evidencias que muestran los procesos que ocurren durante la regulación de emociones negativas. Estudios de laboratorio han revelado que el sistema límbico es un conjunto de estructuras cerebrales que responden a ciertos estímulos ambientales produciendo respuestas emocionales; como: miedo, alegría, enojo o tristeza (Méndez-Díaz, Valdovinos de Yahya, López & Mendoza-Fernández, 2009).

La regulación emocional toma lugar al mismo tiempo que la corteza prefrontal “controla” la activación de la amígdala. Específicamente, la disminución voluntaria de las emociones negativas se relaciona con cambios en la actividad neuronal en la amígdala. La activación de ciertas zonas de la corteza prefrontal izquierda modula la amígdala y la corteza orbito frontal medial izquierda durante dicha estrategia de regulación emocional. Así, la actividad cortical cumpliría un rol modulador del componente subcortical del circuito afectivo, siendo la corteza prefrontal y la amígdala las principales estructuras reclutadas (Silva, 2005).

Los sujetos con activación tónica frontal asimétrica derecha presentan dificultades para regular emociones negativas, en comparación con su contraparte asimétrica izquierda. En otras palabras, el tiempo que toma en recuperarse de un afecto negativo está asociado a

las diferencias en las asimetrías prefrontales, donde los sujetos con asimetrías derechas tienen mayor dificultad en terminar con una emoción negativa una vez que ha comenzado (Silva, 2005).

La amígdala participa principalmente en las emociones de miedo, enojo, rabia, agresión y violencia. Las neuronas de la amígdala responden de preferencia a estímulos desagradables. La amígdala, además de ser partícipe en los mecanismos de la memoria emocional, es indudablemente la estructura básica en la valoración de los estímulos agradables o desagradables a los que se enfrenta el individuo y en la generación de las respuestas emocionales a los estímulos, intrínsecos o extrínsecos, que ingresan al SNC (Escobar & Gómez, 2006).

Es importante conocer el aporte neuroanatómico del enojo, ya que cuando es considerado una emoción, tiene mediadores de este tipo. Estos se constituyen en estructuras anatómicas interconectadas en redes neurales (Santamaria,2013), que incluyen:

- a) La corteza paracingulada anterior, que posibilita la representación mental de situaciones del entorno. Se activa cuando se adjudican finalidades, creencias o características humanas a los objetos o situaciones.
- b) El surco temporal superior, que es responsable de la percepción de conductas planificadas y de las señales sociales.
- c) Los polos temporales, que median la evocación de recuerdos de la memoria. Aparecen activos cuando se detectan rostros y objetos, o cuando se reconocen o evocan recuerdos autobiográficos.

d) La amígdala, que es una estructura subcortical ubicada dentro del lóbulo temporal medio. Su cercanía con el hipocampo, permite el recuerdo de las emociones de manera tal que lo que se siente puede ser recordado, y lo que es recordado puede ser sentido. La amígdala que se encuentra cerca de los bulbos olfatorios actúa como un “disparador” que se activa en forma rápida ante situaciones sociales. Se relaciona con las funciones no conscientes. Tiene una función central en la relación de la emoción con la conducta social, es decir, relaciona las representaciones cognitivas y conductuales según el valor social que tiene el estímulo (si es bueno o malo, si asusta, o no). El consenso es que la amígdala es más sensible a las emociones y a los estímulos negativos.

e) La corteza prefrontal, que se divide en la corteza orbitofrontal, la ventromedial y la dorsolateral. Las funciones de la corteza prefrontal son varias: posibilita el cambio del foco atencional y la flexibilidad cognoscitiva; facilita la capacidad de adaptación a situaciones nuevas; contribuye al cambio de estrategia de acción; hace posible tomar en cuenta diferentes opciones en una situación nueva o vieja; y facilita la mediación de la conducta cooperativa. Traumas en la corteza prefrontal pueden producir tendencia a la preocupación; fijación de experiencias dolorosas pasadas; conducta negativista; adicciones (alcohol, droga, ingesta); conductas violentas en la calle; déficit atencional (Santamaria, 2013).

1.4 Respuestas Conductuales del Enojo

Existe la idea de que varones y mujeres son distintos en cuanto a la manifestación del enojo; pero contrariamente a lo esperado, pero las investigaciones que incluyen revisiones meta

analíticas se ha encontrado más semejanzas que diferencias entre los sexos (Alcázar, Jiménez, Mena, Ponce de León & Gutiérrez, 2015).

Aunque el tema ha sido poco investigado, algunos estudios señalan que el enojo sobre todo cuando es intenso y se sale de control se asocia con resultados negativos que afectan al individuo y a las personas que lo rodean (Alcázar et al., 2015). El enojo se asocia con expresiones peyorativas que van desde experimentar desprecio hacia los demás o ideas de venganza (hostilidad) hasta tener comportamientos destructivos (agresividad). Por lo tanto, el enojo puede ser el primer paso para desarrollar actitudes hostiles que se traducen en un daño a otras personas, al ambiente o a uno mismo (Del Barrio, Spielberger & Aluja, 2005).

Escobar y Gómez (2006) mencionan que el presentar enojo causa una respuesta visceral como son: taquicardia, hipertensión, taquipnea, sudoración, e hiperglicemia así mismo forma parte de la “reacción de alarma” para el ataque o la huida. La conducta varía de inatención causal a violencia verbal o física. Se activa el sistema nervioso autónomo, si el enojo llega a ser muy intenso. Puede la frecuencia cardiaca y la respiración, así como la descarga de adrenalina para aumentar la energía física. Algunas personas tienden a sudar o tensar sus hombros y brazos para defenderse o atacar (Deffenbacher & McKay, 2000).

En la emoción de enojo se emiten conductas enfocadas a buscar la calma, gritar, buscar aislarse, guardar silencio, pero indicando por facie la molestia, ganas de pelear, estallar, insultar, ser agresivos, estallar, pensar que se tiene la razón, discutir, lanzar objetos (Sánchez & Sánchez, 2009), así como causar en el cuerpo respuestas como el aumento del flujo sanguíneo en las manos, hacer más vulnerable al individuo a usar un arma o golpear a su adverso; ocasionando un aumento en el ritmo cardiaco, así como la generación de

adrenalina que puede ocasionar que se cometan acciones agresivas (Sánchez Aragón & Díaz, 2009).

Así mismo en una investigación realizada por López, Rodríguez, Vázquez y Alcázar (2012) encontraron que las conductas más frecuentes al experimentar enojo son agresión verbal con gritos y ofensas, así como agresión física que conlleva a empujar y golpear.

De igual manera dichos autores en su investigación identificaron algunas consecuencias contingentes al episodio del enojo como son el deterioro de las relaciones sociales, debido a que las personas se alejan, critican y manifestaban su molestia ante el comportamiento del participante por consiguiente el paciente experimenta culpa, tristeza, frustración y preocupación comórbida a la ira.

El enojo puede acompañarse de un lenguaje altisonante o grosero. Las groserías pueden expresarse internamente y también en voz alta, sin embargo, han sido poco investigadas en esta emoción, tal vez porque son mal vistas socialmente (Alcázar, Jiménez, Mena, Ponce De León & Gutiérrez, 2015).

1.5 Investigaciones Actuales sobre el Enojo

Actualmente no existen estudios que muestren datos específicos sobre empatía y enojo en estudiantes de la carrera en medicina, pero si investigaciones específicamente sobre el enojo que se describirán brevemente a continuación.

Sánchez y Díaz-Loving en 2009 realizaron una investigación con el propósito de validar la ECPRE (Estimación Cognoscitiva de los Procesos de Regulación Emocional) en el contexto de las emociones de frustración y de enojo, y en consecuencia, identificar las estrategias de RE que las personas emiten cuando experimentan dichas emociones. Su investigación fue basada en los 5 procesos cognitivos de Gross y Thompson (2007) que son selección de la situación, modificación de la situación, desplazamiento de la situación, cambio cognoscitivo y modulación de la respuesta, en la cual encontraron que lo primero que hace antes de experimentar la emoción franca es alejarse del escenario donde puede surgir el estímulo que facilita dicha experiencia (selección de la situación). Posteriormente, cuando la emoción se está experimentando, se busca evadir la situación como una manera de cambiar el estado emocional de desagrado o molestia (modificación de la situación). Al analizar el proceso de despliegue de atención, los factores de distracción (enfocarse en otra cosa), concentración (clavarse en la experiencia) y evasión (taparse los ojos ante lo que provoca la emoción).

En lo que respecta al proceso de cambio cognoscitivo, se observa la estrategia de minimizar, es decir, pensar que la situación no es para tanto, que tiene poca importancia, todo esto con el fin de ver la situación como más manejable. El factor de modulación de la respuesta fue el de máscara, el cual expresa una serie de reacciones, comportamientos y actitudes que se encargan de ocultar la emoción que se está sintiendo, enmascarando la emoción a través de conductas y expresiones de tipo positivo (Sánchez, Díaz-Loving, 2009).

En la investigación de Francos y Pérez (2012), buscó validar el Cuestionario de Expresión Físico Agresiva del Enojo en Jóvenes. El instrumento se desarrolló a partir de un cuestionario que mide expresión física agresiva del enojo realizado por Alcázar, Deffenbacher y Byrne en 2012.

En otra investigación el objetivo fue explorar y reportar las vivencias de automovilistas con enojo rasgo alto y bajo, para encontrar diferencias y similitudes y posteriormente compararlas (Martínez, 2012) y en el 2014 Martínez y Sánchez, exploraron las posibles asociaciones entre el bienestar subjetivo y aspectos de orden cultural e individual que intervienen en la regulación emocional del enojo.

Así también Alcázar et al. (2015) realizaron una investigación donde pretendían reconocer, a través del punto de vista de una muestra de estudiantes universitarios mexicanos, qué situaciones les causan mayor enojo, qué pensamientos tienen cuando están enojados – incluyendo la posible expresión de groserías– y qué diferencias hay entre los sexos respecto a los primeros dos objetivos. En este mismo año Alcázar participa como director de una investigación sobre los efectos de una intervención cognitivo conductual para el manejo del enojo cuyos resultados fueron que personas con asistencia alta a la intervención mejoraron de forma estadísticamente significativa en 21 de 23 variables que manejan sus instrumentos utilizados. Mejor así mismo mejoraron en aspectos conductuales, cognitivos y síntomas físicos. Por otro lado las personas con asistencia media mejoraron en 6 de 23 variables. Disminuyó su agresión física, el enojo rasgo y la expresión interna del enojo. También aumentó el control interno y disminuyeron los síntomas de depresión. No mejoraron en sus pensamientos de enojo, ansiedad y síntomas físicos. Por otro lado quienes tuvieron asistencia

baja no mejoraron en ninguna de las 23 variables evaluadas (Acevedo, Especiano, Santillán, 2015)

Otro autor reconocido es Deffenbacher de Colorado State University, que junto con Alcázar han contribuido a la validación de escalas para medir el enojo en muestras Mexicanas como es la Escala de Pensamientos de Enojo (Alcázar, Deffenbacher, Hernández-Guzmán y Chaussée (2014) que mide la frecuencia en que se presentan pensamientos asociados al enojo: etiquetas peyorativas, pensamientos de venganza y pensamientos de control; así como el Assessing the Factor Structure of the Anger Expression Inventory (ML-STAXI) in a Mexican Sample (Alcázar, Deffenbacher, & Byrne, 2012) que mide enojo rasgo, enojo estado, expresión del enojo, y control del enojo externo y control interno la cual se utilizó en la presente investigación y se describe en un apartado final de este capítulo.

1.6 Regulación del Enojo en Estudiantes Universitarios

La regulación del enojo ha sido estudiada y relacionada con distintas variables como por ejemplo la autoestima. En un estudio realizado en Corea (Cha & Seo, 2012), con estudiantes de la Licenciatura en enfermería se demostró que existen correlaciones entre la regulación del enojo y el autoestima, además entre el nivel socioeconómico de los participantes.

Además en otro estudio realizado en India se correlacionó la regulación del enojo con la salud mental (Prabhu, Kumar, Min, Posko & Yie, 2016), los resultados obtenidos muestran que existe una relación entre los estudiantes que obtuvieron puntajes altos en depresión y en la escala de enojo, además se consideró que las dificultades para regular el enojo se asocian con problemas de salud. También los resultados de la frecuencia de la ira indicaron que

cuando un estudiante se encuentra enojado, los sentimientos de ira pueden durar hasta un día para casi la mitad (49%) de todos los encuestados, además la mayoría de los encuestados concluyó que “es difícil” concentrarse en sus actividades y en sus relaciones interpersonales cuando ocurren dichos episodios.

En correspondencia a lo anterior en un estudio realizado por Kışaç (2009) se obtuvieron las siguientes situaciones de provocación de ira para los estudiantes universitarios: "ser tratados injustamente" (98,3%), "Percibir una amenaza personal" (94,8%), "ser criticado injustamente" (92,2%), "prevenir sus deseos" (90,3%), "cuando las personas se comportan egocéntricas" (83.8%), "cuando los trabajos no van ocurren como quisieran" (81,2%) y "oír que alguien chismorrea de ellos" (80,2%). Las razones menos irritantes fueron (22,4%) "cuando tienen hambre". Además los resultados de dicha investigación también aportan datos para concluir que los estudiantes universitarios son significativamente más propensos a enojarse "cuando las personas se comportaron de manera egocéntrica".

En población universitaria de Corea, Yang (2014) realizó un estudio en el cual la regulación del enojo se correlacionó con variables como las relaciones interpersonales y el propósito de vida, en dicho estudio participaron 244 estudiantes universitarios, los resultados obtenidos demostraron que existe una relación entre la apertura para expresar enojo y la mejora de las relaciones interpersonales siempre y cuando se tengan las estrategias correctas para expresar el enojo, además también se concluyó que existe una baja relación entre la regulación del enojo y el propósito de vida, aunque es importante destacar que dicho estudio se llevó a cabo en población de Corea lo cual podría contrastarse con la población mexicana.

1.7 El Modelo Estado-Rasgo Aplicado a la Evaluación del Enojo

Estado del enojo se define como una emoción en un momento particular que se caracteriza por sentimientos subjetivos que varían en intensidad, desde una molestia o irritación a furia o rabia intensa. Esta emoción, va acompañada generalmente de tensión muscular y activación del Sistema Nervioso Autónomo (Sugimoto, 2008).

El enojo como estado es aquella condición de sentimiento subjetivo que va desde sentir una irritación ligera hasta llegar a molestarse o a una furia intensa. Implica una reacción temporal, es decir que se da en un momento particular entre el individuo y su medio ambiente, además está en función de frustración hacia un enfrentamiento que es percibido como injusto o un ataque de tipo verbal o físico (Sánchez & Díaz, 2009).

El enojo-estado tiene las siguientes características:

a) Indica el aspecto emocional con el cual reaccionamos ante algo que es desagradable o incómodo.

b) Se asocia con palabras o frases que muestran la intensidad del enojo, por ejemplo, “estoy molesto”, “me siento irritado” o “¡estoy furioso!”.

c) Como refleja la intensidad de la emoción ante un evento o situación específica (por ejemplo, recibir trato injusto de otra persona), también se le conoce como “enojo situacional” (Deffenbacher & McKay, 2000).

d) Las palabras “situacional” o “estado” indican la naturaleza aguda, momentánea o pasajera de la emoción, es decir, una vez que desaparece el estímulo provocador, la intensidad del enojo suele disminuir.

e) Fisiológicamente, implica la activación del sistema nervioso autónomo, especialmente si el enojo es intenso porque aumenta la frecuencia cardiaca, se acelera la respiración y se tensan los hombros o brazos, entre otros.

Así Sugimoto (2008) define el enojo rasgo es como la disposición a percibir una amplia gama de situaciones como molestas o frustrantes, y la tendencia a experimentar un aumento en el estado de enojo.

Para medir el enojo en términos de frecuencia, se usa el “enojo-rasgo” (Spielberger & Reheiser, 2009). Este concepto refleja el grado en que una persona tiende a reaccionar de forma iracunda en lo general (por ejemplo, ante la menor provocación) y en lo específico (por ejemplo, ante frustraciones cotidianas). El enojo como rasgo se refiere a una disposición permanente a reaccionar de forma iracunda ante una amplia gama de situaciones molestas o frustrantes de forma relativamente permanente. En cuanto a la expresión de enojo puede ser: a) hacia fuera (expresión abierta de esta emoción hacia personas u objetivos del entorno, con diferentes reacciones como gritar, insultar, golpear objetos o personas); b) hacia adentro (implica la tendencia a suprimir o contener los sentimientos, como guardarse los pensamientos relacionados con la situación que provocó el enojo y sentirse furioso, pero no demostrarlo (Sánchez & Díaz, 2009).

1.8 Instrumentos de Medición del Enojo

Alcázar, Deffenbacher y Byrne (2012) validaron el ML-STAXI en una muestra mexicana, a partir de la escala original de Moscoso (2000), Moscoso y Spielberger (1999). En su forma revisada de 49 ítems (STAXI-2), el inventario incluye una escala de estado de ira con tres factores (emocional, verbal y física); una escala de rasgo de ira con dos factores

(temperamento y reacción); y una escala de expresión de ira con cuatro factores (interiorización o ira contenida, exteriorización o ira dirigida contra los demás, control de la ira ocultada ante los demás y control de la ira dirigida contra los demás) (Spielberger, 1999). Con la versión latinoamericana del STAXI-2, aplicada a una muestra incidental de psicólogos de varios países hispanoparlantes, Moscoso (2000) observó que los 24 ítems de expresión de la ira se dividieron en tres factores en hombres (control de la ira, expresión de la ira manifiesta y expresión de la ira contenida) y en cuatro conforme a la expectativa en mujeres. Con esta misma versión del STAXI-2, Alcázar, Deffenbacher y Byrne (2012) validaron con una muestra de 503 estudiantes universitarios (221 varones y 282 mujeres) con edades entre 18 y 30 años (Alcázar et al., 2012). La validez de constructo se obtuvo mediante análisis factorial exploratorio.

Como el enojo-rasgo es un patrón relativamente estable de respuesta, se investigó si dicha escala mantiene su estabilidad en una muestra mexicana. Un estudio de test-retest a cuatro semanas con 161 estudiantes universitarios (Media de edad = 20.7, $DE = 0.50$) mostró correlaciones de .84 ($p < .01$) para la escala de enojo-rasgo (10 reactivos), .83 para la escala de temperamento ($p < .01$) y de .79 ($p < .01$) para la escala de reacción de enojo (Alcázar-Olán & Deffenbacher, 2013). Esto sugiere confiabilidad de la escala de enojo-rasgo en términos de estabilidad temporal.

Una palabra frecuente en la versión original era “cólera”, la cual era poco entendida por personas mexicanas. Dicha palabra se sustituyó por “enojo” para la validación. El inventario se basa en el modelo estado-rasgo y tiene 44 reactivos que se agrupan en las siguientes escalas y subescalas:

- 1) Enojo-estado (10 reactivos, $\alpha = .82$), que se divide en Sentir enojo (5 reactivos, $\alpha = .77$) y Deseo de expresar el enojo (5 reactivos, $\alpha = .86$).
- 2) Enojo-rasgo (10 reactivos, $\alpha = .83$), que se divide en Temperamento de enojo (5 reactivos, $\alpha = .83$) y Reacción de enojo (5 reactivos, $\alpha = .78$).
- 3) Expresión del enojo, que se divide en Enojo externo (5 reactivos, $\alpha = .70$) y Enojo interno (6 reactivos, $\alpha = .65$).
- 4) Control, que se divide en Control del enojo externo (7 reactivos, $\alpha = .72$) y Control del enojo interno (6 reactivos, $\alpha = .86$).

Capítulo 2. Empatía

2.1 Definiciones de Empatía

La empatía es definida como la capacidad para comprender la experiencia, para comunicarse y confirmar ese entendimiento con la otra persona y luego actuar de una manera útil. La empatía implica comprender, sintonizar, aprender a ponerse en el lugar del otro. Además de entender sus sentimientos, frustraciones, temores y miedos. Adquirir habilidades en el campo de la empatía, conlleva aprender a identificar las preocupaciones, problemas y temores del paciente (Cadena, Montoya & Ortiz, 2012).

Dicha capacidad cognitiva requiere, por lo menos, saber interpretar las emociones ajenas; en un nivel más elevado, incluye distinguir las preocupaciones o los sentimientos del otro y responder a ellos. En el plano más alto, la empatía significa comprender los problemas e intereses que subyacen bajo los sentimientos del otro (Codina, 2011).

De igual manera la empatía se define como la capacidad de comprender los sentimientos y emociones de los demás, basada en el reconocimiento del otro como similar. Es una habilidad indispensable para los seres humanos, teniendo en cuenta que toda la vida transcurre en contextos sociales complejos (Arán, López & Richaud, 2014).

González de Rivera (2005) la define como la acción y la capacidad de comprender, ser consciente, ser sensible o experimentar de manera vicaria los sentimientos, pensamientos y experiencias del otro, sin que esos sentimientos, pensamientos y experiencias hayan sido comunicados de manera objetiva o explícita.

Además autores como Batson y Ahmad (2009) mencionan que en los últimos años el término empatía ha sido aplicado para cuatro estados psicológicos diferentes. Dos de ellos se refieren a formas de la toma de perspectiva y los restantes a formas de respuesta emocional.

En años más recientes se ha delimitado el término sólo a los comportamientos empáticos como aquellas conductas que manifiestan comprensión, refuerzo y soporte emocional (Auné, Abal & Attorresi, 2015).

Otra definición del concepto de empatía ha sido bajo la denominación *endopatía*. Este término designa a la participación afectiva y emotiva de un sujeto en una realidad que le es ajena (Ferrater, 2000). La participación en cuestión puede ser a su vez consciente o inconsciente. Los autores que admiten la posibilidad de semejante participación afectiva suelen destacar que sólo mediante ella puede alcanzarse una muy profunda comprensión de ciertos fenómenos o procesos externos a la subjetividad (Merleau, 2003).

Esta expansión del uso del término empatía dentro del campo de la psicología y las neurociencias, ha dado lugar a la proliferación de teorías y categorías para describirlo y explicarlo. Como señalan Preston y de Waal (2002), en la investigación sobre el tema aparecen una serie de términos que comparten aspectos conceptuales y que muchas veces son usados de modo intercambiable.

2.2 Inteligencia Emocional y Empatía

Dentro de los elementos claves de la inteligencia emocional se encuentra la empatía, definida como una serie de habilidades entre las que destacan el autocontrol, el entusiasmo, la perseverancia y la capacidad para motivarse a uno mismo. Goleman (1998) afirma que la empatía comprende cuatro elementos para fortalecer las relaciones interpersonales:

- a) La comprensión de los demás, referida a la capacidad de captar los sentimientos y las perspectivas de otros e interesarse genuinamente por sus preocupaciones.

- b) La orientación hacia el servicio, cuando se anticipa, reconoce y satisface en lo posible las necesidades de otros, brindando desinteresadamente la ayuda necesaria y poniéndose en su lugar.
- c) El aprovechamiento de la diversidad, es cuando se sabe aprovechar las oportunidades que brindan las diferentes personas. Cuando se es dotado de esta competencia se comprende más fácilmente las diferentes visiones del mundo y se es sensible a las diferencias existentes entre los grupos, a su vez se considera la diversidad como una oportunidad para afrontar los prejuicios y la intolerancia.
- d) La conciencia política, es la capacidad de percibir las corrientes emocionales en un grupo y advertir con facilidad las relaciones de poder, e interpretan adecuadamente tanto la realidad externa como la interna en una determinada organización.

Las habilidades de la inteligencia emocional son sinérgicas respecto de las cognitivas y los estudiantes en formación necesitan de ambas para desempeñarse con calidad y calidez. Lo cognitivo involucra una comprensión del estado interno de otra persona y lo emocional comprende las reacciones emocionales por parte del individuo que observa las experiencias de otros (Goleman, 1998).

Es decir que cuanto más compleja sea una determinada situación en la relación con el paciente, mayor será la importancia de la inteligencia emocional equilibrada, porque su carencia o deficiencia puede obstaculizar el uso de la experiencia o la inteligencia técnica en un momento dado (Rodríguez, 2008).

La empatía varía de un individuo a otro y depende de factores sociales, educacionales y experiencias personales, por lo que es imprescindible su enseñanza utilizando herramientas claves para lograr tal objetivo (Rodríguez, 2008).

Además dentro de la inteligencia emocional, se plantea que hay dos tipos de competencias, las personales (conciencia emocional, control emocional y motivación) y las sociales (empatía y habilidades sociales), compuesta cada una de ellas por dimensiones que agrupan una serie de características de personalidad o de habilidades capaces de influenciar y utilizar tácticas de persuasión eficaces. Sin embargo en el logro de estas habilidades es vital ser empático (Goleman, 2006).

En relación a lo anterior es importante incluir la presencia de la respuesta empática la cual incluye la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que observa, de la información verbal o de información accesible desde la memoria (toma de perspectiva) y, además, la reacción afectiva de compartir su estado emocional que puede producir tristeza, malestar o ansiedad (Eisenberg, 2000).

A pesar de lo anterior la empatía se ha modificado a través del tiempo y ha sido integrada a muchas áreas, como lo es en las Ciencias de la Salud, en las cuales se asigna un gran valor (Mejía de Díaz, 2012). En el área de la salud ha sido definida como una cualidad netamente cognitiva, porque en contraste con la simpatía, ésta tiene matiz de connivencia y tácita aprobación del otro, pero carece de esa comprensión íntima característica de la empatía, ya que un componente afectivo como la simpatía, si es excesivo, interfiere con la objetividad del diagnóstico y del tratamiento según lo expresado por Fields, Hojat, Gonnella, Mangione y Kane (2004).

Autores como Vivas, Gallegos y González (2007) interpretan a la empatía como la capacidad de percibir el mundo interior emocional y vivencial de otras personas, reconocida

a su vez, como la raíz de la comunicación emocional y de las relaciones positivas con los otros; es conciencia social de tipo emocional, conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de las demás personas.

2.3 Definición de Empatía en la Atención del Paciente

En 1918 por primera vez, Shouthard, incorporo la empatía en la relación médico-paciente, como un recurso facilitador del diagnóstico y la terapéutica (Hojat, 2007).

Algunos autores como Moreto, González-Blasco, Pessini y Craice-de Benedetto (2014) estudian la empatía (considerada en el contexto de la educación médica y del cuidado con el enfermo) desde el aspecto predominante cognitivo, que abarca tanto entender las experiencias y preocupaciones del paciente, como la capacidad de comunicarse con él. Desde el punto de vista educativo, la vertiente cognitiva de la empatía se torna sugestiva, por qué parece posible enseñarla y aprenderla. Incluso el deseo de ayudar, de aliviar el dolor y el sufrimiento son características de la empatía (Hojat, 2007).

Otros autores como Halpern (2001) señalan que la empatía aproxima al médico con el paciente que, a su vez, consigue exponer mejor sus quejas y preocupaciones, facilitando el diagnóstico y el tratamiento. Mediante la empatía, la autonomía y la seguridad del enfermo también se fortalecen, contribuyendo a su recuperación.

Además la empatía también involucra el comportamiento del médico y su actitud al enfrentar los pensamientos y sentimientos del enfermo, así como la forma de comunicarse, que implica cordialidad, afecto y sensibilidad (Davis, 1996).

Baron-Cohen y Wheelwright (2004) describen la empatía como “derivada de un deseo natural de interesarse por otros” (p.5). Por su parte Gianakos (1996) la define como “la habilidad de los médicos para imaginar que son el paciente que ha acudido a ellos por ayuda” (p.7). Mientras que Greenson (1967) la describe así: “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” (p. 48).

Así mismo, Osler (1932) menciona: “Es tan importante conocer qué tipo de hombre tiene la enfermedad, como lo es conocer qué clase de enfermedad tiene el hombre” (p. 10). Hojat (2012) propuso la siguiente definición: 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.

Otros autores como García-Campayo, Aseguinolaza y Lasa (1995) retoman a Carl Rogers quien fue el primer autor que destacó la comprensión empática, junto a la congruencia y la aceptación incondicional, como requisitos imprescindibles para poder establecer el clima psicológico adecuado dentro de una relación terapéutica. Se refería a la comprensión empática como “la captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que éstos tienen para él y, una vez captados, comunicárselo”.

Brusco (2006) enfatiza que la relación médico-paciente debe basarse en lo que este profesional denomina las "tres C": comunicación, comprensión y confianza. Elementos vitales desde la etapa de formación de los estudiantes en el ámbito de la salud, donde se debe privilegiar el uso de palabras amables, aportar información oportuna, permitir la presencia de un familiar para que apoye al enfermo, porque el apoyo y el respaldo se consideran elementos fundamentales para que el paciente pueda aceptar y comportarse

satisfactoriamente, sea en la red ambulatoria, en el ámbito hospitalario o en el hogar del paciente; lo que se traduce en el buen cuidado como eje de bienestar y valoración personal.

En este orden, Ruiz y Cano (2002) indican que la empatía consiste en el esfuerzo continuo del profesional de la salud por apreciar y comunicar a su paciente la comprensión de los sentimientos y significados comunicados por éste.

Esto se hace mediante un ciclo de dos fases:

- a) La resonancia o armonía empática del terapeuta a las comunicaciones del paciente, donde toma contacto y mantiene una comprensión auténtica con la experiencia interna del mismo, atrapando lo más esencial de ésta.
- b) La expresión o comunicación de la empatía al paciente con aprecio positivo al mismo.

Además es importante destacar que la recepción del paciente de dicha empatía expresada por el terapeuta, sirve a éste como feedback de su comprensión. La consideración positiva incondicional es el proceso que lleva al profesional a dar oportunidades al paciente para expresar sus sentimientos, generalmente inhibidos, para facilitar su auto-aceptación.

2.4 Importancia de la Empatía en la Atención de Salud

Las escuelas de las Ciencias de la Salud están buscando cambios para el logro de un profesional competitivo, pero a su vez tienen como tarea recuperar la imagen humanista al contribuir en la formación de un ser más integral, más humano. En la actualidad la asistencia al paciente, primordialmente la médica en muchas instituciones públicas, puede ser catalogada como "demasiado científica" o "impersonal", o lo que es peor aún, "deshumanizada" (Mejía de Díaz, 2012).

Una de las principales herramientas para establecer una adecuada relación médico-paciente consiste en establecer una comunicación asertiva, fluida, sincera, cálida, considerada y sincera. Este tipo de comunicación se logra cuando la empatía es el medio conductor entre el médico y el paciente; de manera genérica la empatía no solo permite que el paciente comente al médico sus temores, expectativas, necesidades y perspectivas sino que establece un vínculo sano donde la credibilidad del paciente, permite que el ejercicio de la profesión médica sea el escenario propicio donde el arte de tratar con las personas alcance su nivel más alto de desarrollo (Morales-Ruiz, 2009).

Carvajal y Rojas (2005), retoman la frase de Renny Yagosesky : “La empatía es la estrategia de los grandes sanadores. Sin la empatía no hay compasión, sin compasión no hay vínculo, sin vínculo no hay sanación”. Dichos autores sugieren, que las personas tienen su propia forma de percibir las afecciones. Es común escuchar a los pacientes decir que la calidad del profesional se mide en relación a la atención que les presta cuando le describieron sus síntomas, como lo trato, lo claro que fue en explicarle el problema y a su vez la manera como le darle las instrucciones del tratamiento, por el contrario, sí perciben un bajo nivel de empatía por parte del profesional, los pacientes tienen a desacreditar el diagnóstico dado y a realizar una consulta con otro profesional que les ofrezca mayor apertura y disposición, generando aumento en la demanda, insatisfacción en el usuario y desgaste del recurso humano.

En correspondencia con lo anterior es importante mencionar que uno de los momentos en que se demuestra la habilidad empática en la relación con el paciente es durante la entrevista clínica. Por ello se asegura que la entrevista es el instrumento clave para poner en práctica esta conducta desde la fase de estudiante (Mejía de Díaz, 2012).

Además se reconoce que la empatía es clave en la relación con los pacientes, familias y entre el equipo de salud, así como una la habilidad interpersonal como componente fundamental en la competencia clínica que hace que el trato sea más amable, de manera que es importante destacar el cuidado que ofrecen los profesionales de la salud desde el inicio de sus carreras, debe estar cimentado en el interés por el paciente en cualquier decisión diagnóstica y terapéutica (Cadena, Montoya, & Ortiz, 2012).

Lo anterior sugiere que la facultad de medicina y sus escuelas, deben propiciar también la educación de las emociones, las habilidades sociales, la toma de decisiones y el manejo de las relaciones interpersonales, no obstante, la prioridad ha sido sobre la enseñanza y transmisión de aspectos académicos, sin responsabilidades explícitas y claramente establecidas en lo referente a las competencias sociales del alumnado, al bienestar interpersonal y personal (Molina & Pérez, 2006), razón suficiente para buscar estrategias que fortalezcan la empatía como cualidad en beneficio de la atención integral del paciente y buenas relaciones en el equipo de salud, de modo inter e intra disciplinariamente.

Una revisión sistemática por García-Huidobro et al. (2006), muestra que lo más apreciado por los pacientes es la “humanidad”, seguido de “competencia o destreza”, “involucrar al paciente en las decisiones médicas” y, finalmente, “tiempo suficiente para el cuidado”. De esta manera los estudiantes también esperan centrarse en los pacientes y practicar su profesión en base a actitudes humanistas.

Son muchos los elementos a considerar para el buen trato del paciente, una parte muy importante de los efectos del cuidado por el equipo de salud, se sustenta en la relación, porque uno de los problemas en el fracaso de los tratamientos se debe a la carencia de un comportamiento empático asertivo. Para lograrlo de manera efectiva, hay que manejar adecuadamente la empatía, como una de las intervenciones terapéuticas más potentes, razón

por la cual la comunicación empática con los pacientes no sólo se da con palabras ya que las expresiones no verbales y el silencio también son formas de comunicación (Naranjo & Ricaurte, 2006).

2.5 Aprendizaje de la Empatía

Se reconoce que los estudiantes aprenden, no sólo de lo que los profesores dicen, sino de aquello que hacen. Ante esta aseveración, se citan ciertas ambigüedades en cuanto a la enseñanza de la empatía a través del modelaje. Bandura y Rivieri (1982, como se citó en Mejía de Díaz, 2012) expresan que en el aprendizaje observacional, existen mecanismos internos de representación de la información que son centrales para que se genere el aprendizaje; conciben que el hombre sea un agente intencional y reflexivo, con capacidad de simbolizar, de previsión, de reforzarse, de regulación y autorreflexión.

Por lo anterior el estudiante está expuesto a expectativas que son aprendidas gracias a su capacidad de atribuir valor predictivo a las señales del medio. Por esta razón, aseguran que la manera más eficiente de aprender es mediante la observación, ya que se aprende del modelaje en diversas situaciones ambientales. Es a través del modelaje que se aprenden las formas de comunicar afecto, respeto, interés, hostilidad y agresión; y no sólo se cultivan destrezas y habilidades, sino también se aprende cómo transmitir los valores e ideas, dando importancia a la capacidad vicaria, a la habilidad de aprender de otros a través de la observación de comportamientos y actitudes de otros para modelar los propios, por imitación (Loayssa, Ruiz & Garcia, 2009).

Autores como Stewart, Mercer y William (2002) afirman que aunque las investigaciones sobre el rol de la empatía en la atención primaria son insuficientes, la empatía

se puede mejorar y enseñar con éxito en las escuelas de medicina, especialmente si se lograra incorporar desde los primeros años de formación experiencias reales con pacientes. Esta es una actividad que supone que los docentes están preparados para cumplir con esta tarea, en busca de lograr mejores profesionales.

Alonso y Kraftchenko (2003), alegan que el profesor como modelo ejerce una gran influencia en el proceso de formación de los estudiantes, como ha sido reportado en numerosas investigaciones, así que debe tenerse en cuenta esta modalidad, en el perfeccionamiento del proceso docente y en la capacitación de los profesores para ejercer adecuadamente su tarea, especialmente en el tema de la importancia de la empatía en la relación médico-paciente para el éxito de la actividad en los futuros profesionales.

Autores como Hernández y Dickinson (2014) mencionan la empatía como “la quinta esencia del arte de la medicina”. Dada su importancia, Pagliarulo (2008) retoman al autor Michael Balint ya que este intentó “capacitar a los médicos para reconocer y comprender las dolencias de sus pacientes, no sólo en función de las enfermedades, sino también en función de los conflictos y problemas personales para utilizar luego esta comprensión con fines terapéuticos. Pretendían diseñar un sistema que permitiese al médico ofrecer ayuda psicológica/emocional a sus pacientes sin interrumpir la rutina de su práctica diaria”. Esta técnica según Carvajal, Miranda, Martinac, García y Cumsille (2004) consistía en que el profesional, además de buscar resolver los problemas médicos del enfermo, intentaba sintonizar con él para alcanzar un “destello de comprensión” de su situación global.

Incluso García-Campayo, Aseguinolaza y Lasa (1995) aseguran que en el desarrollo de la empatía como habilidad en la relación médico – paciente reside en la escucha activa, que alcanza verdaderamente su eficacia cuando no se limita a recoger el contenido de la comunicación del otro, sino también las repercusiones que tal contenido tiene sobre la

persona que lo expresa. Esta cualidad también se aprende con la actitud hacia y a través del modelaje.

Además, la empatía es una capacidad que se adquiere en mayor o menor medida a través de las relaciones con las personas (por imitación) y a través de la educación (cognición). Los docentes deben conocer según Sánchez y Gaya (2003) los mecanismos que rigen el desarrollo de la capacidad empática e incluirla en sus clases y en el trabajo clínico. La educación puede ayudar a percibir el mensaje que en toda interacción humana transmite un ser humano a otro.

Ramírez-Gordillo, Rodríguez-Cañizo y Beltrán (2009) manifiestan que en la actualidad la educación se apoya en un sistema de relaciones humanas y en función de éstas se obtienen los resultados. El docente empático debe saber transmitir modelos de afrontamiento emocional adecuados a las diferentes interacciones que los estudiantes tienen entre sí, con los docentes, con el paciente y la familia. Para conseguir empatía en el alumno es necesario que el docente tenga una actitud cognoscitiva, conductual y afectiva de calidad hacia el estudiante, el paciente, la familia y el resto del equipo de salud. El docente asume la responsabilidad de propiciar los aprendizajes y la formación de los estudiantes en los ámbitos de su experiencia y de conocimientos, en los cuales ya cuenta con una formación, mientras que los estudiantes actúan a partir de acciones educativas preestablecidas por la institución y el profesorado, confiando en que sean idóneas para orientar sus estudios y alcanzar sus metas.

Otros autores como Ziółkowska-Rudowicz y Kładna (2010) expresan que la formación médica debe tener como objetivo proporcionar a los estudiantes la oportunidad de aprender y explorar sus respuestas cognitivas y emocionales especialmente cuando se deben enfrentar a la atención de los pacientes durante la enfermedad y el sufrimiento, resaltando

que la capacitación debe fomentar la comprensión de las experiencias del paciente y fomentar la comunicación empática.

Una de las estrategias de enseñanza es utilizar los métodos de aprendizaje experienciales, los cuales parecen tener gran utilidad en la mejora de la relación con el paciente en los objetivos educativos (Hernández, 2014).

En estas aseveraciones coinciden Buckman, Tulsy y Rodin (2011) quienes señalan que probablemente hay varias explicaciones para los bajos niveles de comunicación empática que se muestra en las investigaciones. La educación sobre habilidades de comunicación y empatía clínica ha sido rezagada de la educación en las áreas de la práctica clínica. Como resultado, muchos médicos no han recibido la capacitación suficiente para la mejora de las habilidades interpersonales necesarias para la atención centrada en el paciente. También es posible que la conducta empática no sea modelada adecuadamente, ni su adquisición es debidamente recompensada o reforzada, durante el proceso de formación.

También es importante enfatizar sobre la temática de la empatía desde el inicio de la formación de los profesionales de la salud para cumplir integralmente con el objetivo primordial de estas ciencias “El paciente” (Mejía de Díaz, 2012).

2.6 Condiciones que Afectan la Conducta Empática

Durante los estudios de medicina y la formación de posgrado, las actitudes y los valores, que dependen fundamentalmente del currículo oculto y no tanto de la enseñanza formal (Hafferty, 1998) sufren un proceso de deterioro (Diseker & Michielutte, 1981). Pueden incidir en ese fenómeno factores diversos, por ejemplo la observación de comportamientos poco éticos de sus supervisores (Satterwhite, 2000) como el uso inapropiado del humor (Wear, Aultman, Varley & Zarconi, 2006) que lleva incluso a ridiculizar a los pacientes (Mizrahi, 1985).

En base a lo anterior los médicos en formación observan enormes contradicciones entre los valores que se proclaman en la enseñanza formal y los que son estimulados en la práctica por el currículo oculto y el funcionamiento de los servicios sanitarios. Como respuesta a estas contradicciones y a las incoherencias de las instituciones sanitarias y educativas, puede producirse una pérdida en la fe en la rectitud de la conducta de las personas. El cinismo puede constituir un mecanismo de adaptación a esta atmosfera de ambigüedad ética llena de dobles mensajes (Loayssa, Ruíz & García, 2009).

Incluso surgen algunos factores que podrían estar implicados en la erosión del proceso de formación de la conducta empática: la falta de ejemplos adecuados por parte de los formadores; una gran cantidad de información técnica a ser transmitida con la consecuente limitación de tiempo para abordar las cuestiones humanísticas que delinear la relación médico-paciente; Hogan (1969) la tensión que surge entre los ideales del estudiante y la práctica clínica cotidiana en la cual surge la duda ética; (Moreto et al., 2014) la sobrecarga emocional que se deriva del contacto con el sufrimiento (Lara, Mora & Campayo, 2009).

Otro autor, Lugo (1999) afirma que se ha consolidado el modelo biomédico en la enseñanza de la medicina, lo cual implica el contacto breve e interrumpido hacia el paciente, predominando los aspectos técnicos por encima de la persona y sus dolencias, reduciendo la persona enferma a un conjunto de órganos y sistemas. Esto produce una comunicación escasa entre el médico y el paciente, favoreciendo lo objetivo sin considerar lo subjetivo.

Diversos estudios han demostrado la disminución de la empatía durante el proceso de formación, especialmente en relación a la pérdida de características humanistas (Fasce, 2005).

Otro factor que se ha involucrado en la falta de elementos terapéuticos en el trato con el paciente es el avance de la ciencia y la tecnología. Sin embargo, en este aspecto también

hay imprecisiones. Cortese (2004) afirma que la medicina por su cuestión instrumental y finalidad práctica incuestionable, se enroló en el positivismo al par del progreso científico–tecnológico, de la mano con la deshumanización. Por éstas y otras razones, desarrollar la empatía en la formación del profesional de las ciencias de la salud es de gran relevancia, pero sobre todo en el médico general, las autoridades deben reflexionar sobre la implantación de nuevos modelos de formación académica hacia un enfoque científico, antropológico, social y humanístico, enfocando a la salud en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, éticos y culturales.

En efecto, para ser empático es necesaria una elevada productividad y expresividad verbal, así como la capacidad para entender y permanecer atento ante lo expresado por el paciente y la familia. Por el contrario, se dice que carece de esta virtud el médico que abusa del silencio, interrumpe la explicación o prolonga demasiado sus respuestas (González, Gález & Kraftchenko, 2003).

Schwartzmann (2003), dice que en la atención de la salud, el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación en el equipo de salud-paciente ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional la calidad relacional que es soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional. Así, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.

La humanización/deshumanización de la medicina se relaciona con el contexto social en el que se practica. Las expectativas excesivas que una parte del sistema social deposita en

la función del profesional de la medicina desde su etapa de estudiante, le colocan en una situación de gran exigencia que dificulta la hospitalidad y recepción adecuada de los pacientes (Mejía de Díaz, 2012).

Incluso el profesional se defiende creando una distancia en la relación con el paciente debido, en buena parte, a los temores, al desbordamiento y a la confusión. En este sentido no hay que olvidar que la formación y docencia se realizan con el fin de conseguir una competencia profesional, y la competencia médica incluye no sólo el uso de razonamientos clínicos y técnicas biomédicas, sino a todo un conjunto de factores que influyen en el paciente. Además, la empatía, no se adquiere de un día para otro; es un proceso que se logra y se mantiene, sobre todo, gracias a la formación continua (Tizón, 2009).

Además el deber ser, es un enfoque empático donde se respeta lo subjetivo sin desmembrar lo objetivo. La idea es hacer una simbiosis de estos dos elementos con un equilibrio justo en cada caso en particular. Al mismo tiempo se presume, que tal vez el plan curricular de la carrera de medicina y de las otras disciplinas que componen las ciencias de la salud ha quedado obsoleto en cuanto a lograr que los docentes enfatizen en la importancia de la conjunción del paradigma biomédico y el humanista, con énfasis marcado en el postmodernismo, puesto a que son muchas las ventajas. Una atención basada en el enfoque de la enfermedad, separa a la persona de su ambiente y experiencia de vida, mientras que un enfoque centrado en la persona puede integrar lo físico y lo psicosocial (Mejía de Díaz, 2012).

2.7 Investigaciones Actuales Sobre la Empatía

Actualmente en el campo de la empatía han surgido diversas variables con las que se le relaciona y también se han realizado investigaciones con diferentes tipos de poblaciones, como por ejemplo en la investigación realizada por Nolasco (2012) con estudiantes de una

secundaria en España, se incluyó la variable de acoso escolar, esto con el fin de demostrar que existe relación entre empatía y acoso escolar. Los resultados de dicha investigación probaron que en cuanto menor es la empatía del sujeto mayor puntúan en acoso y viceversa, además se realizaron análisis entre sexos en los cuáles se encontró que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Otros estudios como el realizado por Garaigordobil, Martínez y Aliri (2013) relacionan autoestima, empatía y conducta agresiva en adolescentes de 13 a 15 años víctimas de bullying presencial en España, en dicha investigación se obtuvieron correlaciones negativas significativas entre victimización y autoestima, en la muestra de varones y mujeres. Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas entre victimización y variables como empatía y agresividad. Por consiguiente, los resultados sugirieron que los adolescentes de ambos sexos que tuvieron altas puntuaciones en victimización tenían significativamente menor nivel de autoestima. No obstante, no se hallaron correlaciones significativas entre victimización y variables como empatía y agresividad ni premeditada ni impulsiva.

Tur-Porcar, Llorca, Malonda, Samper y Mestre (2016) también realizaron una investigación con población adolescente (12 a 15 años), relacionando la variable de empatía con razonamiento moral prosocial, conducta prosocial y agresividad. Los resultados obtenidos compraron que la empatía se relacionó positivamente con la conducta prosocial y con el razonamiento moral orientado a la necesidad, estereotipado e interiorizado, en chicos y chicas adolescentes. También se ha comprobó que la empatía se relaciona negativamente con hedonismo y con razonamiento moral orientado a la aprobación, en chicos y chicas.

Por otra parte, existen investigaciones recientes que estudian la empatía en poblaciones universitarias originarias del país de Colombia, donde relacionaron la variable

empatía con la formación académica, valores y comportamiento socialmente responsable (Arango , Clavijo, Puerta, & Sánchez, 2014) en dicho estudio se utilizó el Cuestionario de Auto-atribución de Comportamientos Socialmente Responsables (Davidovich, Espina, Navarro & Salazar, 2005), el Cuestionario de Valores de Schwartz (Schwartz, 1992) y por último el Índice de Reactividad Interpersonal de Empatía (Davis, 1980) además del Test de “metida de patas” mejor conocido como Faux Pas Task (Stone, Baron-Cohen & Knight, 1998).

En los mencionados estudios se encontró que en la muestra general existe una mayor atribución de comportamientos socialmente responsables los cuales están relacionados con el Autocuidado, Ecología/medio ambiente y Respeto por los espacios compartidos. Los hallazgos hacen especial énfasis en que la variable formación académica puede promover estadísticamente hablando un cierto desarrollo así como una consolidación en comportamientos socialmente responsables y dirigidos a la empatía en estudiantes que conformaron la muestra de las investigaciones realizadas (Arango , Clavijo, Puerta & Sánchez, 2014).

2.8 Instrumento de Medición de la Empatía Médica

La Escala de Empatía Médica de Jefferson (Jefferson Scale of Physician Empathy – JSPE), es un instrumento originalmente escrito en el idioma inglés con amplia literatura referente a estudios del ámbito clínico, cuya validez y confiabilidad ha sido ampliamente demostrada en múltiples países. El grupo Jefferson como Centro para la Investigación Educativa y Atención Médica de la Universidad de Jefferson (Centro de Investigación en Educación Médica y Salud), son los autores de dicho instrumento (Hojat et al., 2002).

Para realizar la validación de la Escala en población mexicana participaron 1022 estudiantes de medicina con un promedio de edad de 21 ± 2.7 años (494 mujeres y 528 hombres) de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en Monterrey, México (Alcorta- Garza, González, Tavitas, Rodríguez & Hojat, 2005). Esta escala evalúa la empatía en tres dimensiones: Compasión, toma de perspectiva y ponerse en el lugar del otro. Su aplicación ha sido en estudiantes de medicina, personal de enfermería, médicos generales y en diferentes especialidades y en estudiantes de kinesiología (Alcorta-Garza, González, Tavitas, Rodríguez & Hojat, 2005).

El análisis exploratorio de factores permitió identificar tres factores con valores 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 preguntas planteadas en forma negativa cargaron en un segundo factor, con coeficientes mayores a 0.40; todas ellas estuvieron relacionadas con el dominio de 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". La consistencia interna fue de 0.74.

La versión final de la EEMJ (versión mexicana) incluye 20 ítems sobre una escala Likert de 7 puntos. Esta versión final de la escala posee contenidos relevantes que permiten la apreciación de la orientación o actitud empática del individuo. Ha sido publicada y evidencia apoyo de los indicadores psicométricos (validez de constructo y confiabilidad de consistencia interna) de la escala. Los puntajes de la EEMJ pueden fluctuar entre un mínimo de 20 a un máximo de 140; mientras más alto sea el puntaje, más empática la orientación del individuo (Hojat et al., 2002).

Estudios que comparan la EEMJ con otro instrumento que mide la empatía como el IRI (*Interpersonal Reactivity Index*), de Davis, demuestran que la EEMJ es el único instrumento que mide la orientación empática en todas sus dimensiones con factores que son relevantes para situaciones que involucren el cuidado de pacientes (Hojat et al., 2005).

3. Justificación y planteamiento del problema

La inteligencia emocional es fundamental y relevante en la vida cotidiana, en la actualidad es un elemento que favorece la mejora de las relaciones interpersonales; Hernández y Dickinson (2014) han mencionado que las relaciones interpersonales basadas en la inteligencia emocional favorecen la calidad en los distintos contextos de la vida del ser humano. Uno de los componentes principales de la inteligencia emocional es la empatía, la cual se define como la capacidad para responder de forma afectiva o cognitivamente ante las emociones de otra persona (Cadena, Montoya y Ortiz, 2012).

La población que se abordó en la presente investigación son aquellos profesionales médicos que aún se encuentran en formación puesto que la presencia de empatía médica es considerada como uno de los elementos más importantes en la relación que tiene el profesional de salud con el paciente e incluso los familiares del mismo para generar atención de calidad, aunque muchas veces es difícil que el médico genere empatía, sin embargo al enfocarse en las necesidades inmediatas del paciente, el médico podría encontrar una vía más fácil para hacer una conexión empática (Márquez, 2014). Por lo tanto, de no establecerse la empatía médica con el paciente podría generarse insatisfacción por parte de este último y por consecuencia la adherencia al tratamiento se vería afectada así como el seguimiento del tratamiento (Cuevas, Ávila, Sámano, Palomares & Garduño, 2013).

Por otra parte, estudios realizados por Faye-Dumanget, Abdel-Halim y Marjolet (2015) reportan que la falta de regulación emocional en los profesionales de la salud se relaciona directamente con la calidad de atención a los usuarios. Así mismo Sutton, Grijalva, Maya, Barrios, Ramírez, Tellez y Torres (2015) mencionan que la capacitación en el desarrollo de habilidades en la regulación emocional, específicamente en la regulación del

enojo, es fundamental para mejorar el involucramiento emocional y la empatía en la relación médico-paciente.

Además, es importante estar en contacto con las emociones pero sobretodo tener una buena autorregulación de ellas en el momento que se requiera. En el área de la Medicina pueden surgir ocasiones en las cuales debido a la gravedad de la enfermedad los médicos se ven involucrados con el dolor de sus pacientes o bien se muestran indiferentes ante ellos, razón por la que deben conducirse adecuadamente, a partir de dichas situaciones radica la habilidad de saber cómo manejarse “emocionalmente” en ambos casos (Hernandez, Dickinson, 2014).

Actualmente la práctica de la medicina es la actividad profesional con mayor exigencia en normatividad y reglamentación jurídica, además que el médico ha contribuido al nacimiento de los problemas médicos legales con su actitud de deslealtad, falta de compromiso, ego, soberbia, aspectos económicos, frustración, entre otras (Zurita, 2011).

Guzmán (2014) postula el origen de la “medicina defensiva”, la cual se define como una alteración en la forma de práctica médica, inducida por amenaza o posibilidad de demanda, al momento de que el médico es demandado queda una alteración del ejercicio médico debido a la imposibilidad de retirarse del ejercicio profesional, se comienza a ejercer una medicina defensiva, se nota crueldad en la información, el rechazo a casos difíciles y valoración de familiares y pacientes como los peores enemigos del médico. Esto lleva a un deterioro de la relación médico-paciente y ha causado crisis en hospitales gubernamentales.

Otro punto importante que se debe destacar es que en la actualidad los profesionales de la salud se enfrentan a un entorno complejo en el que convergen avances científicos y tecnológicos, cambios sociodemográficos y epidemiológicos, donde la cultura de los derechos humanos y la denuncia por la inconformidad ante un mal servicio recibido o la mala

calidad de un producto, son temas que se están posicionando en la sociedad (Robledo, Aguilar, Fajardo, & Meljem, 2012).

Debido a este complejo escenario resulta inevitable que las prestaciones de los servicios de salud generen insatisfacciones, inconformidades, conflictos, quejas y demandas civiles o denuncias penales. Las consecuencias nocivas de una demanda afectan tanto al paciente como al médico. En el caso del paciente, la demanda perjudica a su familia y a su entorno laboral, social, económico y moral; sin embargo, el más perjudicado es el médico, pues más allá de enfrentar al sistema judicial, una consecuencia muy significativa es el “linchamiento social”. Al médico se le considera culpable antes de que el juicio haya terminado en una sentencia. Así los efectos sociales, profesionales, psicológicos, financieros y morales del personal de salud durante y después del proceso judicial pueden llegar a ser devastadores (Martínez, Chávez, & Ortega, 2016).

San Pacific (Martínez, Chávez, & Ortega, 2016), consultora especializada en responsabilidad profesional, reunió los datos de nueve compañías aseguradoras (sobre un total de 20). En un universo de 3.184 instituciones, 27.036 médicos y 1.008 pólizas grupales (más de 5 médicos por póliza), entre noviembre de 1995 y junio de 2003 hubo 3.123 denuncias por mala praxis. En un estudio realizado en el año 2001 en el Instituto Universitario de Salud, se menciona que dichas denuncias involucran más a las clínicas, obras sociales y prepagas (68%), que a los médicos (32%). Se destaca que apenas el 6% de las denuncias (que no siempre se presentan en tribunales) concluyen en una condena. Pero esto no significa que el 94% resulte absuelto. Un tercio de las denuncias da origen a mediaciones, de las cuales el 30% llega a arreglo extrajudicial. El 30% de las demandas son infundadas. Del resto, el 50% de los demandantes no es bien asesorado y no tiene éxito; y del 30 al 33%

desaparece por la caducidad de la instancia judicial (Young, Finn Bc, Pellegrini & Bruetman, 2011).

Por lo anterior los resultados de la presente investigación podrían aportar las bases a las instituciones de salud para una intervención con el personal médico que labora dentro de dichas instalaciones y así mismo para lograr una mejora en el servicio médico, debido a que la mayoría de las demandas podrían evitarse si existiera una mejora en la empatía y por consiguiente en la relación médico-paciente (Martínez, Chávez, & Ortega, 2016).

Por último es importante destacar que no existen investigaciones que correlacionen dichas variables además de que no han sido estudiadas en profesionales de medicina que aún se encuentran en formación, por lo tanto el presente estudio servirá como antecedente para futuras investigaciones.

3.1 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación que existe entre la regulación del enojo y niveles de empatía médica en estudiantes de medicina de la UAEH?

3.2 Objetivo General

Analizar si existe relación entre la regulación del enojo y la empatía médica en estudiantes de medicina de la UAEH

3.3 Objetivos Específicos

- a) Medir las características del comportamiento empático en estudiantes de medicina de la UAEH.
- b) Medir la habilidad de los estudiantes de medicina de la UAEH para regular el enojo.
- c) Relacionar la regulación del enojo y niveles de empatía medica en estudiantes de la UAEH.

3.4 Hipótesis

Hi: A mayor regulación del enojo mayor empatía.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de regulación del enojo y la empatía.

H1: Si existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de regulación del enojo y la empatía.

Capítulo 4. Método

4.1 Participantes

Participaron 164 estudiantes de Medicina del instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH que ya se encuentran realizando prácticas con pacientes que corresponden a los siguientes semestres: cuarto, quinto y sexto, con un rango de edad de entre 19 y 27 años, 71 participantes fueron del sexo masculino y 93 del sexo femenino.

4.2 Muestreo

Intencional por conveniencia debido a que la población fue elegida en función de las siguientes características: Estudiantes de la licenciatura en Medicina que ya estén en contacto con pacientes. Se consideraron a todos los estudiantes que se encontraban cursando desde cuarto a sexto semestre de la Licenciatura en Medicina en el periodo comprendido entre Julio y Diciembre de 2016 sin basarse en sus promedios, lugar de residencia o edad.

4.3 Diseño

No experimental ya que no hubo manipulación de la variable independiente y se observaron los fenómenos tal y como se dan en el contexto además el estudio fue de corte transeccional puesto que se realizó en un solo momento y en un tiempo determinado.

4.4 Tipo de Estudio

Estudio de tipo correlacional, puesto a que el objetivo de la presente investigación es determinar la forma en que se relacionan o vinculan la regulación del enojo y el nivel de empatía médica en estudiantes de medicina además se pretende realizar una medida del grado en que las dos variables se encuentran relacionadas. También se espera determinar si los individuos con una puntuación alta en una variable (ya sea regulación de enojo o empatía

médica) también tiene puntuación alta en una segunda variable y si individuos con una baja puntuación en una variable también tienen baja puntuación en la segunda.

4.5 Variables

4.5.1 Empatía. Definición Conceptual

Es la capacidad de comprender los sentimientos y emociones de los demás, basada en el reconocimiento del otro como similar. Es una habilidad indispensable para los seres humanos, teniendo en cuenta que toda la vida transcurre en contextos sociales complejos (Arán, López & Richaud, 2014).

4.5.2 Empatía. Definición Operacional

La empatía será medida a través de la Escala Médica de Empatía de Jefferson validada para población mexicana (González, et al. 2005).

4.5.3 Enojo. Definición Conceptual

Es una emoción básica que está relacionada con procesos cognitivos específicos, procesos fisiológicos y la expresión de conductas, los cuales se ven reflejados en su contexto y que pueden ser reforzados o castigados. Estos factores ocurren de manera simultánea y casi siempre como un solo fenómeno (Alcázar, et al., 2012).

4.5.4 Enojo. Definición Operacional

Puntaje obtenido a través del Inventario multicultural de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI) (Alcázar, Deffenbacher & Byrne, 2012) el cual se basa en el modelo estado-rasgo y consta de las siguientes escalas y sub escalas que son: Enojo-estado, Enojo-

rasgo, Expresión del enojo, que se divide en enojo externo y enojo interno, Control, que se divide en control del enojo externo y Control del enojo interno. Para usos del presente estudio se optó por dividir al instrumento de enojo en sus 9 factores: sentir enojo, deseo de expresar enojo, enojo externo, temperamento de enojo, reacción de enojo, enojo interno, enojo externo, control enojo interno, control enojo externo.

4.6 Procedimiento

Se realizaron oficios dirigidos al área académica de medicina para obtener el permiso de aplicación, se entregaron los oficios de recibido a los docentes de la escuela de medicina para agendar horarios disponibles. Se realizó un consentimiento informado para los participantes donde se explicó que los datos recabados son anónimos y utilizados solamente con fines de investigación, posteriormente se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson y el Inventario multicultural de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI).

No se incluyeron a estudiantes de semestres inferiores debido a que aún no realizan prácticas con pacientes. Se eliminaron aquellas aplicaciones en las que no se respondieron a todos los ítems de los instrumentos.

Posteriormente se analizaron los datos por medio del Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS siglas en inglés) en su versión 21 para Windows, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson y llevando a cabo una correlación bivariada.

5. Resultados

La información se analizó siguiendo la estructura de cada instrumento, en el caso de la Escala Médica de Empatía de Jefferson se optó por realizar una sumatoria de las puntuaciones obtenidas de cada participante y de esta forma obtener una sumatoria total. Para realizar el análisis del Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad (ML-STAXI) se dividió al instrumento en los factores que lo componen: Control externo, Deseo, Control interno, Reacción, Temperamento, Sentimiento de enojo, Enojo Externo y Enojo Interno.

Se realizó el análisis por medio del Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS siglas en inglés) en su versión 21 para Windows, llevando a cabo una correlación bivariada entre la sumatoria de la Escala Médica de Empatía de Jefferson y cada uno de los factores que componen el Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad (ML-STAXI).

Se hicieron análisis de cada uno de los cinco factores del instrumento del Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad (ML-STAXI) para conocer su nivel de correlación respecto del instrumento de empatía.

En cuanto a la escala de empatía, se tomó en cuenta una puntuación total, se obtuvo como puntaje máximo 121 y mínimo de 67, la media fue de 88 lo cual nos indica que los niveles de empatía de los estudiantes de medicina de la UEH se encuentra en niveles intermedios (tomando en cuenta la puntuación máxima obtenida) respecto a la escala de enojo se optó por realizar el análisis en función de los factores que comprenden la escala de enojo, con el fin de realizar un análisis más preciso, los factores que constituyen la prueba son Factor 1: Control Externo, Factor 2: Deseo de Enojo, Factor 3: Control Interno de Enojo, Factor 4:

Reacción de Enojo, Factor 5: Temperamento, Factor 6: Sentimiento de Enojo, Factor 7: Enojo Externo, Factor 8: Enojo Interno, Factor 9: Enojo Interno.

De los 164 estudiantes que participaron en la investigación 110 son originarios del estado de Hidalgo, 91 participantes viven con sus padres, sólo 7 participantes trabajan, 157 participantes son solteros y el promedio de más frecuencia (16 participantes) es 8.50, estos datos nos dan una visión general de la población que participo en el presente estudio: alumnos en su mayoría originarios del estado de Hidalgo que viven con sus padres, la mayoría de ellos no trabajan y son solteros además de contar con promedio entre 8.30 y 8.70.

A continuación en la Tabla 1 se presentan los resultados estadísticos descriptivos de sumatoria de empatía es decir el total de los puntajes obtenidos en la prueba de empatía y factores de enojo.

Tabla 1*Estadísticos descriptivos de sumatoria de empatía y factores del enojo*

	N	Media	
	Estadístico	Estadístico	Error típico
Sumatoria de empatía	164	95.3232	.70493
Enojo Factor 1: Control Externo	164	17.9451	.32551
Enojo Factor 2: Deseo de Enojo	164	5.5793	.13731
Enojo Factor 3: Control Interno de Enojo	164	17.6280	.35989
Enojo Factor 4: Reacción de Enojo	164	9.9512	.26587
Enojo Factor 5: Temperamento	164	8.9451	.24938
Enojo Factor 6: Sentimiento de Enojo	164	6.0854	.14197
Enojo Factor 7: Enojo Externo	164	9.9268	.21806
Enojo Factor 8: Enojo Interno	164	5.7256	.17241
Enojo Factor 9: Enojo Interno	164	6.1585	.15374
N válido (según lista)	164		

Como se muestra en la Tabla 1 la media estadística de mayor valor se presenta en la sumatoria de empatía debido a que dicha prueba no se dividió en factores, como es el caso de la prueba de enojo la cual tuvo un valor mayor en la media estadística correspondiente al factor 1 control externo.

A continuación en la Tabla 2 y 3 se muestran los resultados significados de la correlación de Pearson entre la sumatoria de empatía y los factores de enojo.

Tabla 2*Resultados de las correlaciones significativas entre factores del enojo y empatía.*

			Sumatoria de empatía	Factor 1: Control Externo	Factor 3: Control Interno de Enojo
Sumatoria de empatía	de	Correlación de Pearson	1	.211**	.162*
		Sig. (bilateral)		.007	.039
		N	164	164	164
Factor 1: Control Externo	de	Correlación de Pearson	.211**	1	.617**
		Sig. (bilateral)	.007		.000
		N	164	164	164
Factor 3: Control Interno de Enojo	de	Correlación de Pearson	.162*	.617**	1
		Sig. (bilateral)	.039	.000	
		N	164	164	164
Factor 5: Temperamento	de	Correlación de Pearson	-.169*	-.479**	-.435**
		Sig. (bilateral)	.031	.000	.000
		N	164	164	164

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral)

Tabla 3*Resultados de las correlaciones significativas entre factores del enojo y empatía*

		Factor 5: Temperamento
Sumatoria de empatía	Correlación de Pearson	-.169
	Sig. (bilateral)	.031
	N	164
Factor 1: Control Externo	Correlación de Pearson	-.479**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	164
Factor 3: Control Interno de Enojo	Correlación de Pearson	-.435*
	Sig. (bilateral)	.000
	N	164
Factor 5: Temperamento	Correlación de Pearson	1*
	Sig. (bilateral)	
	N	164

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral)

Como se mostró en la tabla 2 y 3 se obtuvieron correlaciones bajas en el factor 1 que corresponde a Control Externo y en el factor 3 que corresponde a Control Interno, así como una correlación negativa en el factor 5 que corresponde a Temperamento. Lo cual se describe como a mayor temperamento menor presencia de empatía médica.

Los rangos obtenidos en la prueba de empatía tienen como mínimo 64 y máximo 118. Dichas puntuaciones se mantuvieron constantes entre el paso de un semestre a otro. A partir de dichos resultados, es posible rechazar la hipótesis nula y concluir que existe una correlación entre regulación del enojo y empatía médica.

6. Discusión

El objetivo general de esta investigación fue analizar si existe relación entre la regulación del enojo y niveles de empatía médica en estudiantes de medicina de la UAEH que están en contacto con pacientes.

El primer paso fue medir las características del comportamiento empático para posteriormente medir la habilidad de los estudiantes de medicina para regular el enojo y finalmente observar si existe dicha relación entre ambas variables.

Se obtuvieron en los resultados que existe una baja relación entre la regulación del enojo y la empatía médica en estudiantes de medicina de la UAEH que realizan prácticas con pacientes. Este hallazgo coincide con lo encontrado en los estudios de Sutton, Grijalva, Maya, Barrios, Ramírez, Tellez y Torres (2015); los autores mencionan que en sus resultados encontraron una relación entre la regulación de las emociones indicando en particular la inteligencia emocional con la empatía.

Autores como Bandura y Rivieri (1982, como se citó en Mejía de Díaz, 2012) mencionan que en el aprendizaje observacional existen mecanismos internos de representación de la información que son centrales para que se genere el aprendizaje; lo cual conciben que el ser humano sea un agente intencional y reflexivo, con capacidad de simbolizar por ende iconográfico, de previsión, de reforzarse, de regulación y autorreflexión y debido a los resultados obtenidos surgen cuestiones que implican que la existencia de diversas causas que influyen en la empatía médica.

No obstante, además de los resultados obtenidos en la presente investigación, es notorio el contraste de los hallazgos con los que presentaron Garaigordobil, Martínez y Aliri

(2013), los autores relacionaron las siguientes variables: autoestima, empatía y conducta agresiva, su población constó de adolescentes cuyas edades se ubicaban entre los 13 y 15 años de edad y todos ellos habían sido víctimas de bullying presencial en el país de España; en esta investigación se analizaron correlaciones las cuales fueron negativas y estadísticamente significativas entre las variables *victimización* y *autoestima*, en una muestra de varones y mujeres europeos. Sin embargo, no se encontraron correlaciones con relevancia estadísticamente significativas entre *victimización* y variables como *empatía* y *agresividad*.

Por consiguiente, los hallazgos de Garaigordobil et al. (2013) sugieren que los adolescentes de ambos sexos los cuales obtuvieron altas puntuaciones en victimización tenían significativamente menor nivel de autoestima. No obstante, no se hallaron correlaciones estadísticamente significativas entre victimización y variables como empatía y agresividad en sus modalidades de agresividad premeditada y agresividad impulsiva. Ahora bien se debe resaltar que las diferencias de edades marcan una posibilidad de hacer nuevos estudios con un margen de edad mayor.

Respecto a los resultados de la variable enojo, algunos estudios señalan que esta emoción cuando se manifiesta de manera intensa y sale del control del individuo se asocia con resultados negativos que afectan al sujeto y a las personas que lo rodean (Alcázar *et al.*, 2015). Por otro lado en una investigación realizada en la India se correlacionaron las variables de regulación del enojo y salud mental (Prabhu, Kumar, Min, Posko, & Yie, 2016), se obtuvieron resultados que muestran que existe una relación entre los estudiantes que obtuvieron puntajes altos en depresión y en la escala de enojo, además se consideró que las dificultades para regular el enojo se asocian con problemas de salud. También se aportaron datos para concluir que la mayoría de los estudiantes de medicina tienen episodios de ira que tienen un lapso de duración de hasta un día, además la mayoría de los encuestados concluyo

que “es difícil” concentrarse en sus actividades y en sus relaciones interpersonales cuando ocurren dichos episodios. Dicho estudio concuerda con hallazgos obtenidos en la presente investigación, cuya presencia del enojo hacía que los participantes no pudieran concentrarse en las actividades académicas que implicaban atender al paciente en sus prácticas correspondientes.

En ese mismo orden de ideas, en el estudio realizado por Escobar y Gómez (2006) se menciona que la inadecuada regulación del enojo causa respuestas viscerales como son: taquicardia, hipertensión, taquipnea, sudoración e hiperglicemia así mismo forma parte de la “reacción de alarma” para el ataque o la huida. Los resultados de la presente investigación indican que los alumnos de la UAEH están libres de la sintomatología antes mencionada, es decir, no presentan ninguna de estas características.

En cuanto a los resultados obtenidos en la correlación de dichas variables podemos mencionar que aunque los niveles son bajos, existe una correlación estadísticamente significativa entre la regulación de enojo y con la variable empatía médica, por lo cual es importante retomar los hallazgos para proponer en futuros estudios, ampliar la muestra con estudiantes de semestres más avanzados.

En función de los datos que reporta la literatura sobre la regulación del enojo y la empatía médica, surgen elementos como la correlación entre el factor 5 del enojo correspondiente al *temperamento* y la empatía, las cuales confirman la hipótesis anteriormente planteada en la presente investigación. Es importante mencionar que si fue posible alcanzar el objetivo central de la investigación, la cual fue determinar si existe una relación entre la regulación del enojo con la empatía médica en estudiantes de medicina de

la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo que realizan prácticas con pacientes en semestres iniciales de su carrera profesional.

7. Conclusiones

Los datos obtenidos en el presente estudio indican que se ha encontrado una correlación baja entre las variables regulación del enojo y empatía médica (Tablas 2 y 3) y de acuerdo al análisis de medias, el factor 1 correspondiente a control externo tuvo la puntuación más alta.

La discusión sobre las consecuencias de la falta de regulación del enojo, y acerca de las posibles causas de dicha problemática, es un tópico que no pierde actualidad, tanto en el dominio de la opinión pública como en el de la investigación científica, de acuerdo a las investigaciones sobre el tema, el enojo puede ser el primer paso para desarrollar actitudes hostiles que se traducen en un daño a otras personas, al ambiente o a uno mismo (Del Barrio, Spielberger & Aluja, 2005).

En ese mismo sentido de ideas y debido a que no existen estudios que correlacionen dichas variables, los resultados encontrados no pudieron ser anticipados en la literatura aunque existen diversos autores que mencionan la importancia de estudiar las variables en la población universitaria como lo son Cadena, Montoya y Ortiz (2012).

Además existen datos que podrían justificar que las personas con menor regulación de enojo ejecutan o participan con más frecuencia en conductas poco empáticas en el ámbito relación médico-paciente pero es importante continuar estudiando la correlación entre ambas variables.

También, el planteamiento de que la empatía médica se aprende en el aula de clases es un tema que se está comenzando a estudiar, como posible causa de la disminución de empatía en los estudiantes de medicina a lo largo de la licenciatura. Un tema que es recomendable estudiar en futuras investigaciones.

Aunque se confirma la hipótesis anteriormente planteada, hay que señalar que pese a existir una correlación entre ambas variables, dicha correlación no es lo suficientemente intensa como para predecir una de ellas a través de la otra.

7.1 Sugerencias y limitaciones

Las limitaciones del estudio fueron principalmente debido a problemas de burocracia, la muestra no fue tan representativa como se esperaba, de 250 participantes se redujo a sólo 164 estudiantes por lo cual los resultados fueron limitados.

Se sugiere considerar las siguientes interrogantes para futuras investigaciones ¿son las mujeres más empáticas que los hombres? debido a que dicha variable no fue objeto de estudio en la presente investigación además otra interrogante podría ser ¿los niveles de empatía son diferentes en alumnos que se encuentran estudiando a los niveles que podrían tener alumnos egresados de la Licenciatura en Medicina? también ¿es posible que la formación de la empatía médica este ligada a factores como lo son el currículo oculto en medicina? estas tres cuestiones pueden ser las que condicionan y hacen que los alumnos de la Licenciatura en Medicina sean más o menos empáticos, lo que es una incógnita es saber cuál de las tres cuestiones tiene mayor énfasis en esas diferencias de empatía con respecto a la regulación del enojo, además se sugiere ampliar el número de participantes tomando en

cuenta a alumnos egresados y de semestres inferiores, así como tomar en cuenta variables de sexo.

Por otro lado también se sugiere conveniente realizar una intervención con estudiantes de medicina promoviendo la empatía desde el ámbito educativo, ya que favorece las conductas afectivas. Reconocer la situación en que se encuentra la otra persona y darse cuenta de sus sentimientos, emociones y pensamientos facilita que se le comprenda y hace que se actúe afectivamente en las conductas de ayuda o apoyo emocional, así como la regulación del enojo para el uso en la vida diaria y en la atención hacia el paciente.

Además se considera que es de gran importancia incorporar más estudios de corte psicológico sobre las emociones y el manejo que tienen de las mismas los profesionales de la salud en su práctica cotidiana y así poder detectar aún en la formación cuales son las habilidades con las que cuentan los alumnos y con qué estrategias tendrían que contar para promocionar el manejo adecuado de las emociones y expresarlas de manera positiva y funcional.

Referencias

- Acevedo, A., Especiano, A.D., Santillan, A.L. (2015). Efectos de una Intervención Cognitivo Conductual para el Manejo del Enojo. Repositorio de la Universidad iberoamericana Puebla. Recuperado de repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/982/Acevedo_Especiano_Santillán.pdf?sequence=1
- Alcázar, R.J., Jiménez, R, Mena, M., Ponce de León, M. & Gutiérrez, O. (2015). Qué hace enojar a estudiantes universitarios y qué piensan cuando se enojan. *Psicología y Salud*, 25(1), 123
- Alcázar-Olán, R. J., Deffenbacher, J. L & Byrne, Z. (2012). Assessing the Factor Structure of the Anger Expression Inventory (ML-STAXI) in a Mexican Sample, 11, 2, 307
- Alcázar-Olán, R. J., Deffenbacher, J. L., Hernández-Guzmán, L., & de la Chaussée-Acuña, M. E. (2014). The Angry Thoughts Scale: Initial development in a Mexican sample. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7(4), 373-388
- Alcázar-Olán, R.J & Deffenbacher, J. (2013). High trait anger mexican youth characteristics, parental anger, and counseling needs. *The Spanish journal of psychology* , 16, 10. doi:1017/sjp.2013.89
- Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J., Tavitas-Herrera, S., Rodríguez-Lara, F & Hojat, M. (2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud mental*, 28(5), 57

- Alonso, G.M. & Kraftchenko, B. (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-Profesional de los estudiantes de medicina. *Educación Médica Superior*, 1(17), 39. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412003000100004&lng=es&nrm=iso>
- Arán F.V., López, M.B. & Richaud, M.C. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(5), 37. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79929780004>
- Arango, O., Clavijo, S., Puerta, I., & Sánchez, J. (2014). Formación académica, valores, empatía y comportamientos socialmente responsables en estudiantes universitarios. *Revista de la Educación Superior*, 43(169), 89. Recuperado de http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista169_S1A5EN.pdf
- Auné, S., Abal, F., & Attorresi, H. (2015). Diseño y construcción de una escala de conducta prosocial para adultos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 43 (16), 10.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (Abril de 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(2), 5.
- Batson, C. D., & Ahmad, N. Y. (2009). Using empathy to improve intergroup attitudes and relations. *Social Issues and Policy Review*, 3(1), 141. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/229482622_Using_Empathy_to_Improve_Intergroup_Attitudes_and_Relations

- Brusco, A. (2006). Elementos de relación de ayuda. *ARS Médica Revista de Ciencias Médicas*, 35(1), 79. Recuperado de <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/194>
- Buckman, R., Tulsy, J., & Rodin, G. (2011). Empathic responses in clinical practice: Intuition or tuition? *Analysis*, 183(5), 6.
- Cadena, O., Montoya, C., & Ortiz, C. (2012). La empatía y su enseñanza- aprendizaje como componente fundamental de la práctica médica. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*, 31(3), 6. Recuperado de <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/9879/2/CadenaRojasOscarAtipar2012.pdf>
- Carvajal, A., Miranda C., Martinac T., García, C & Cumsille, F. (2004). Análisis del nivel de empatía en un curso de quinto año de Medicina, a través de una escala validada para este efecto. *Revista Hospital Clínico*, 15 (49),5.
- Carvajal, C., Rojas, A. (2005). Empatía y comunicación efectiva con el usuario. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Recuperado de www.hacienda.go.cr/cifh/...de.../Empatiaycomunicefectiva.pdf
- Cha, N., & Seo, E. (2012). The Relationship between Anger Expression and Self-esteem in Nursing. *J Korean Acad Community Health Nurs*, 23(4), 7.
- Codina, A. (2011). *Gerencia.com*. Recuperado de *Gerencia.com*: <http://www.degerencia.com/articulo/empatia-y-comunicacion-primera-aptitud-social-de-la-inteligencia-emocional>

- Company, R (2016). Psicología diferencial en regulación emocional adaptativa y desadaptativa. *Boletín de psicología*. 5 (104), 6
- Company, R; Oberst, U; Sánchez, F. (2012). Regulación emocional e interpersonal de las emociones de la ira y la tristeza. *Boletín de psicología*. 53(104), 7.
- Cortese, E. (2004). Relación Médico Paciente. En E. Cortese, *Psicología Médica Salud Mental* (págs. 37-51). Argentina: Nobuko.
- Cuevas L.M, Ávila I., Oliver J., Sámano M., Palomares G., Garduño J. (2013). Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. 33(6) Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10633604>.
- Davidovich, M., Espina, A., Navarro, G. y Salazar, L. (2005). Construcción y estudio piloto de un cuestionario para evaluar comportamientos socialmente responsables en estudiantes universitario. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 14 (1), 125. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26414110>.
- Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Select Documents in Psychology*, 10, 85. Recuperado de: http://www.uv.es/friasnav/Davis_1980.pdf

- Davis, M. (1996). *Empathy: A Social Psychological Approach* (3 ed.). Boulder, Colorado: Westview Press.
- Deffenbacher, J. L., & McKay, M. (2000). Overcoming situational and general anger: A protocol for the treatment of anger based on relaxation, cognitive restructuring and coping skills training (Therapist protocol). Oakland, CA: New Harbinger.
- Del Barrio, V., Spielberger, C. D., & Aluja, A. (2005). STAXI-NA: Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes. Madrid: Tea.
- Diseker, RA., Michielutte R. (1981) Analysis of empathy in medical students before and following clinical experience, *Journal of Medical Education*, 56 (1004),10.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51(6), 665-697. Recuperado de http://psychwww.colorado.edu/~tito/sp03/7536/Eisenberg_2000.pdf
- Escobar, A., Gómez, B.G. (2006). Violencia y cerebro. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 7(2), 156.
- Fasce, M. (2005). Enseñanza de la empatía en Medicina. Revisión bibliográfica. Recuperado de www.udec.cl/ofem/recs/anteriores/.../art2205c.htm.
- Faye-Dumanget, C., Abdel-Halim, B., & Marjolet, M. (2015). Efecto del burnout y del stress post-traumatizante en la empatía en el caso de los estudiantes educadores y enfermeros. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 5(2), 83.

- Fernández-Pinto, I., López B., & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24(2), 284. Recuperado de redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16711589012.pdf.
- Ferrater, J. (2000). *Diccionario de filosofía abreviado.*, Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.
- Fields, S K., Hojat, M., Gonnella, J S., Mangione, S & Kane, G. (2004). Comparison of nurse and physicians on an operational measure of empathy. *Evaluation and The Health Professions*, 27 (1), 80. Recuperado de scielo.isciii.es/pdf/edu/v12n2/original2.pdf
- Francos, A.L; Pérez, I (2012). Validación de un instrumento de expresión del enojo con agresión física en adolescentes. Repositorio de la Universidad Iberoamericana de Puebla. Recuperado de <http://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/190/Francos.pdf?sequence=1>
- Garaigordobil, M., Martínez, V., & Aliri, J. (2013). Autoestima, empatía y conducta agresiva en adolescentes víctimas de bullying presencial. *European Journal of Investigation in Health*, 3(1), 29. Recuperado el 29 de Marzo de 2017, de <http://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/33>.
- García-Campayo, J., Aseguinolaza, L & Lasa, G. (1995). Empatía: la quintaesencia del arte de la medicina. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 105 (99), 27. Recuperado de www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7014&articuloid=2445.
- García-Huidobro, D., Núñez, F., Vargas, P., Astudillo, S., Hitschfeld, M; Género, R. et al. (2006). Expectativas de estudiantes de medicina de pregrado en relación al perfil de

- médico esperado. *Revista Médica de Chile*, 134, 947. Recuperado de www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034...script.
- Gianakos, D. (Enero de 1996). Empathy revisited. *Archives of Internal Medicine*, 156(2), 7.
- Goleman D. (2006). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Editorial Kairós
- Goleman, D. (1998). *La práctica de la Inteligencia Emocional*. Barcelona, España: Editorial Kairós. S.A.
- Gómez, P & Calleja, B. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1) 96-117. Recuperado de <http://search.proquest.com/openview/84017fe33db801b20e83ef886aa5d978/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2036193>
- González, A, Gález, M & Kraftchenko, O. (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-Profesional de los estudiantes de medicina. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 17(1), 9. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_1_03/ems04103.htm.
- González de Rivera, J. L. (2005). Empatía y ecpatía. *Advances in relation mental health*, 4(9), 8. Recuperado de <http://luisderivera.com/wp-content/uploads/2012/02/ecpatia.pdf>

- Gonzalez, B. (2010). Manual de autocontrol del enojo. Tratamiento cognitivo conductual. DF, México: Manual moderno.
- González, J F., Tavita, S E., Rodríguez, F J; Hojat, M., Alcorta, A., (2005). Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28(5), 57. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252808>.
- Greenson, R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis* (Vol. 1). New York: International Universities Press.
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation Conceptual Foundations. En J. Gross, *Handbook of Emotion Regulation* (págs. 2-23). New York: Guilford Press.
- Guzmán, F. (2014). Derecho Médico: El impacto Psicológico de una Demanda Sobre el Médico. *Heraldo Médico*, 23(228). Recuperado de <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/heraldomedico/vol-2322801/heraldo2322801derecho/>.
- Hafferty, FW (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(403), 7.
- Halpern, J. (2001). *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice* (1 ed.). Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Hernández S., R., Fernández C., C., & Baptista L., P. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, A. D. (2014). Empatía y satisfacción de la "Relación médico-paciente". *Universidad Veracruzana*. 13 (7), 15 Recuperado de <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Aracely.pdf>

- Hernández, I., & Dickinson, M. E. (2014). Importancia de la inteligencia emocional en Medicina. *Investigación en Medicina*, 24 (56), 7.
- Hogan R. (1969). Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psychol*, 33 (307), 16.
Recuperado de <http://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/EMPATHY-HoganEmpathyScale.pdf>
- Hojat M. (2007) *Empathy in Patient Care. Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. New York, N.Y.: Springer.
- Hojat, M. (2012) *Empatía en el cuidado del paciente* (1 ed.). Ciudad de México: Manual Moderno.
- Kinkead, A.P., Garrido, L., & Uribe, N. (2011) Modalidades Evaluativas en la Regulación Emocional: Aproximaciones actuales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(45), 29 Recuperado de file:///C:/Users/ANA/Downloads/RACP_VOL20_NUM1_PAG29.pdf
- Kısaç, I. (2009). Anger provoking reasons on high school and university students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 1(23), 12.
- Lara J.R.L, Mora R.R., & Campayo J.G. (2009) Why do some doctors become unethical (evil?) with their patients? *Atención Primaria*, 41(11), 6 Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709001966>.
- Loayssa, J. R., Ruiz, R., & García, J. (2009). ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Elsevier*, 646-650.

López, N., Salovey, P., Coté, S & Beers, M. (2005). Emotion Regulation ability and the quality of social interaction. *Emotion*. 5(1) 113. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.5.1.113>

López, B; Rodríguez, E; Vázquez, F & Alcázar, R.J. (2012). Intervención cognitivo conductual para el manejo de la ira. *Revista Mexicana de Psicología*, 29(1), 97.

Lugo, E. (1999). Empatía e Intersubjetividad: Modelo Fenomenológico de la Relación. *Ética Clínica*, 14(7), 3. Recuperado de http://www.familia.org.ar/media/W1siZiIsImZhbWlsaWEvcG9uZW5jaWFzLzEyMC9kb2N1bWVudG9zL0V0aWNhX0NsaW5pY2FfLV9FbXBhdGlhX2VfaW50ZXJzdWJqZXRpdmlkYWQucGRmIl1d/Etica_Clinica_Empatia_e_intersubjetividad.pdf?sha=4ef996211ecd67c9

Márquez, A. (2014). Empatía y satisfacción de la “Relación médico-paciente”. *CONAMED*, 4(12), 10. Recuperado de <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Aracely.pdf>

Martínez A., Chávez S., & Ortega E. K. (2016). Síndrome posdemanda médico-legal. *CONAMED*, 21(1), 23.

Martínez J,R (2012). Automovilistas con enojo rasgo alto y bajo. *Repositorio de la Univeridad Iberoamericana de Puebla*, 1- 97. Recuperado de <http://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/1192/Mart%C3%ADnez%20N%C3%A1der%20Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Martínez P, M. & Sánchez A, R. (2014). Valoración de situaciones-estímulo que generan enojo en diferentes relaciones interpersonales. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(1), 163.
- Mehrabian, A. & Epstein, N. (1972). A measure of Emotional Empathy. *Journal of Personality*, 40(34), 525. Recuperado de <http://www.unh.edu/personalitylab/Assets/measures-MultEmpathy/Empathy%20Article%202000.pdf>
- Mejía de Díaz, M. A. (2012). Conducta Empática en los Estudiantes de las Ciencias de la Salud. *Universidad Autónoma de Madrid*, 98 (7), 24. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/39917/1/articulo4.pdf>
- Méndez-Díaz, M; Valdovinos de Yahya, A; López Mejía, D I; Mendoza-Fernández, V; (2009). El Sistema Límbico y las Emociones: Empatía en Humanos y Primates. *Psicología Iberoamericana*, 17(2) 60. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133912609008>
- Merleau, M. (2003). *El mundo de la percepción. Siete conferencias*. Argentina, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Mizrahi, T. (1985). Getting rid of patients: contradictions in the. *Sociology of Health & Illness*, 7(2), 213. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep10949079/pdf>.

- Molina, N., y Pérez, I. (2006). El clima de relaciones interpersonales en el aula un caso de estudio. *Revista Paradigma*, 27 (2), 18. Recuperado de:http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S101122512006000200010&script=sci_arttext.
- Morales-Ruíz, J. (2009). Formación integral y profesionalismo médico. *Revista Educación Médica*, 12(2), 73. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/MORALES-RUIZ-_Formacion_integral_y_profesionalismo_medico.pdf.
- Moreto G, González-Blasco P, Pessini L, Craice-de Benedetto M.A. (2014) La erosión de la empatía en estudiantes de Medicina: reporte de un estudio realizado en una universidad en São Paulo, Brasil. *Aten Fam*. 21(1) ,16.
- Moscoso, M. (2000). Estructura factorial del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (67), 321.
- Naranjo, I. & Ricaute, G. (2006). La comunicación con los pacientes. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 24(1), 94.
- Nolasco, A. (2012). La empatía y su relación con el acoso escolar. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 11(22), 35. Recuperado el 29 de Marzo de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/2431/243125410002.pdf>.

- Osler, W. 1932. *Aequanimitas: with other addresses to medical students, nurses, and practitioners of medicine*, New York, McGraw-Hill.
- Pagliarulo, E. (2008). Medicina y Resiliencia. Segunda parte. Medicina & Cultura. Suplemento mensual de Clínica-UNR.org. 2(18). Recuperado de http://www.medicinaycultura.org.ar/18/Articulo_08.htm.
- Pérez, M.A; Redondo, M & León, L. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 23 (28), 34.
- Prabhu, G. S., Kumar, N., Min, J., Posko, J. J., & Yie, E. T. (2016). Anger Management among Medical Undergraduate Students and Its Impact on Their Mental Health and Curricular Activities. *Hindawi*, 45 (17), 25.
- Preston, S. & de Waal, F. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral & Brain Sciences*, 25 (1), 20. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12625087>.
- Ramírez-Gordillo, J., Rodríguez-Cañizo, G., Beltrán, J (2009). Uso de la inteligencia emocional para lograr la empatía entre tutor y tutorado durante la etapa de enseñanza-aprendizaje. *Educación y Educadores*, 6 (3) ,524 Recuperado de www.docstoc.com/.../Uso-dela-inteligencia-emocional-para-lograr-la-empatia.
- Robledo, H., Aguilar, T., Fajardo, G., & Meljem, J. (2012). La queja médica; tema de análisis y reflexión actual. *CONAMED*, 17(4).

- Rodríguez, M. A. (2008). *Relación-médico paciente*. La Habana: Ciencias médicas.
- Rogers, C. R. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Biblioteca de psicología, psiquiatría y psicoterapia. Barcelona: Paidós.
- Ruiz, J. & Cano, J. (2002). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Recuperado de <http://www.scribd.com/doc/16257398/Tepia-Cogntiva>.
- Sánchez A, R & Díaz-Loving, R (2009). Identificación de las estrategias de regulación Emocional para la frustración y el enojo mediante una medida psicométrica. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1(54), 56.
- Sánchez Aragón, R. & Sánchez Ruíz, A. L. (2009). Correlatos cognoscitivos, afectivos y conductuales de la tristeza, el enojo y el miedo. *Revista Costarricense de Psicología*, 28 (3) ,47.
- Sánchez, J. & Gaya, J. (2003). La empatía en la docencia. Recuperado de http://www.jornadeseducacioemocional.com/mat_anterior/i_jornades/taula3/la_e
- Santamaría, S. (2013). El enojo y la hostilidad: Reflexiones de dos problemas comunes de la neuropsicología, *Revista Mirada*, 10(8), 6. Recuperado de <https://psique593.files.wordpress.com/2015/04/el-enojo-y-la-hostilidad-s-santamarc3ada-enero-2013.pdf>
- Satterwhite, R.J. (2000). And ethical paradox: The effect to fun ethical conduct on medical students values. *Journal Medical Ethics*, 6 (26), 46.

- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: theoretical advances and empirical test in 20 countries. *Advances in experimental social psychology*. (pp. 65). Nueva York: Academic Press.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales, *Cienc. Enfer*, (9)2, 21. Recuperado de <<http://www.scielo.cl/scielo.php>
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 77 (5), 201.
- Spielberger, C. D. (1999). Manual for the state-trait anger expression inventory-revised. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D., & Reheiser, E. C. (2009). Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1 (65), 271.
- Stewart, W., Mercer, L., & Wiliam R, J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice* 52 (13), 23.
- Stone, V. E., Baron-Cohen, S. y Knight, R. T. (1998). The frontal lobe contributions to Theory of Mind. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10 (5), 656.
- Stotland, E. (1969). Exploratory investigations of empathy, en Leonard Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* 4, 271. New York: Academic Press.
- Sugimoto, P.N. (2008). Conflictos en la convivencia en residentes adultos mayores autoválidos institucionalizados en un hogar Municipal de la C.A.B.A. Tesis de maestría, Universidad ISALUD, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.isalud.edu.ar/biblioteca/tesis.php>

- Sutton, A., Grijalva, M. G., Maya, A., Barrios, P., Ramírez, E., Tellez & Torres, I. (2015). Las tres dimensiones de la comunicación médico paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. *Revista CONAMED*, 20(1), 26. Recuperado de <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/48/119>
- Tizón, J. (2009). Sobre la formación integral del médico: aportaciones de las Primeras Jornadas Estatales de estudio y reflexión sobre el tema. *Educación Médica*, 14(4), 29-221. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v12n4/colaboracion.pdf>.
- Tur-Porcar, A., Llorca, A., Malonda, E., Samper, P., & Mestre, M. (2016). Empatía en la adolescencia. Relaciones con razonamiento moral prosocial y agresividad. *Acción Psicológica*, 13(2), 14. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/17802>.
- Vivas M., Gallego D. & González B. (2007). Educar las emociones. Mérida, Venezuela: Editorial Dykinson.
- Wear D., Aultman J.M., Varley J.D. & Zarconi J. (2006) Making fun of patients: medical students? Perceptions and use of derogatory and cynical humor in clinical settings. *Acad. Med.*, 81(2).
- Wispe, L. (1978) *Altruism, sympathy and helping: Psychological and sociological principles* New York: Macmillan and Free Press.

- Yang, M. (2014). The Relationship between Anger Expression and Self-esteem in Nursing College Students . *Journal of Korean Public Health Nursing* 23 (4), 459.
- Young, P., Finn, B., Pellegrini, D., Bruetman, J., Young, D., & Trimarchi, H. (2011). Síndrome Clínico Judicial. *Revista Medicina*, 71(5), 5. Recuperado de http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/69.pdf
- Ziółkowska-Rudowicz, E. &. (2010) Empathy-building of physicians. *PubMed Journals*, 29 (172), 286. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/21207649/>.
- Zumaya, M. (2012). Rabia y enojo. *Revista de la Universidad de México*. 97, 73. Recuperado de:
http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/ojs_rum/index.php/rum/article/view/3603/4841
- Zurita, G. (2011). Estado actual de las demandas. *Cirujano general*, 33(2), 141. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112i.pdf>

Anexos

::CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Este es un estudio que evalúa niveles de empatía médica y su relación con la habilidad para manejar el enojo en estudiantes de carreras relacionadas con servicios de salud. Por lo cual necesitamos tu colaboración al responder estos cuestionarios y que tus respuestas sean sinceras ya que nos serán de gran utilidad en nuestra investigación.

Por este medio de la presente hago constar que acepto participar de forma voluntaria en la investigación titulada “Nivel de empatía médica y su relación con la habilidad para manejar el enojo en estudiantes de carreras relacionadas con servicios de salud de la UAEH”. Tengo conocimiento de que la información derivada de esta investigación será confidencial y usada solamente para los objetivos académicos y que mi participación no implica ningún tipo de peligro para mí.

La responsabilidad de la presente investigación pertenece al doctor en Psicología DAVID JIMÉNEZ RODRÍGUEZ Profesor Investigador del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y las encargadas de dicha investigación serán las alumnas: CONNIE LAURA RODRÍGUEZ PÉREZ y ANA LILIA MÉRIDA NERI.

Firma de consentimiento

INSTRUCCIONES: Responde marcando con una X la opción según sea tu caso.

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: (MASCULINO) (FEMENINO)

Semestre: _____

Lugar de nacimiento (Municipio, Estado): _____

Estado Civil: (SOLTERO) (CASADO) (UNION LIBRE) (OTRO) _____

Vives con: (FAMILIA) (PAREJA) (AMIGOS) (SOLO) (CASA HUESPEDES)

Trabajas: (SI) (NO)

Mi promedio general al terminar el periodo anterior (Semestre) fue: _____

Escala Médica de Empatía de Jefferson, en su versión al español

INSTRUCCIONES: (EN RELACION CON EL TRABAJO MEDICO) Indique su grado de acuerdo o desacuerdo marcando con una X en cada una de las siguientes oraciones escribiendo el número apropiado en la línea que se encuentra después de cada oración.

Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número de escala indica un mayor acuerdo):

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

1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.	1	2	3	4	5	6	7

5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.	1	2	3	4	5	6	7
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente.	1	2	3	4	5	6	7
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.	1	2	3	4	5	6	7
8. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.	1	2	3	4	5	6	7
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.	1	2	3	4	5	6	7
11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.	1	2	3	4	5	6	7
12. Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	1	2	3	4	5	6	7
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.	1	2	3	4	5	6	7
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada.	1	2	3	4	5	6	7
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.	1	2	3	4	5	6	7
18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
19. No disfruto leer literatura no médica o arte.	1	2	3	4	5	6	7
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.	1	2	3	4	5	6	7

**INVENTARIO MULTICULTURAL DE LA EXPRESIÓN
DE LA CÓLERA Y LA HOSTILIDAD (ML-STAXI)**

Parte 1: A continuación se dan una serie de expresiones que la gente usa para describir su enojo. Por favor lea cada frase y marque con una X el número apropiado en la sección de respuestas que indique cómo se *siente en este momento*.

	No en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento enojado (a)	1	2	3	4
2. Estoy enojado (a)	1	2	3	4
3. Me siento irritado (a)	1	2	3	4
4. Estoy furioso (a)	1	2	3	4
5. Me dan ganas de romper cosas	1	2	3	4
6. Me dan ganas de insultar a alguien	1	2	3	4
7. Me dan ganas de pegar a alguien	1	2	3	4
8. Me dan ganas de golpear a alguien	1	2	3	4
9. Me siento enfadado	1	2	3	4
10. Tengo ganas de destrozar algo	1	2	3	4

Parte 2: A continuación se dan una serie de expresiones que la gente usa para describirse a sí mismos. Lea cada frase y marque con una X el número apropiado en la sección de respuestas que indique cómo se *siente generalmente*.

	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
11. Soy muy temperamental (enojón)	1	2	3	4
12. Tengo un carácter irritable	1	2	3	4
13. Soy una persona exaltada	1	2	3	4
14. Me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado	1	2	3	4
15. Me enojo muy fácilmente	1	2	3	4
16. Me pone furioso(a) que me critiquen delante de los demás	1	2	3	4
17. Me pongo furioso(a) cuando cometo errores estúpidos	1	2	3	4
18. Me siento furiosos cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	1	2	3	4
19. Me enojo cuando alguien arruina mis planes	1	2	3	4
20. Tengo un humor enojón	1	2	3	4

Parte 3: Todos nos sentimos enojados de vez en cuando, sin embargo la gente varía en la *manera de reaccionar* cuando están enojados. Por favor lea cada frase y marque con una X el número apropiado en la sección de respuestas el cual indique la frecuencia con la que Usted *generalmente* reacciona cuando se enoja.

Cuando siento enojo....				
	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
21. Controlo mi humor enojón	1	2	3	4
22. Expreso mi enojo	1	2	3	4
23. Contengo mi enojo por muchas horas	1	2	3	4
24. Me aparto de la gente	1	2	3	4
25. Mantengo la calma	1	2	3	4
26. Muestro mi enojo a los demás	1	2	3	4
27. Controlo mi forma de actuar	1	2	3	4
Cuando siento enojo...				
	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
28. Discuto con los demás	1	2	3	4
29. Guardo rencores que no comento a nadie	1	2	3	4
30. Puedo controlarme antes de ponerme de malhumor	1	2	3	4
31. Secretamente soy muy crítico de los demás	1	2	3	4
32. Estoy más enojado(a) de lo que generalmente admito	1	2	3	4
33. Me irrito mucho más de lo que la gente se da cuenta	1	2	3	4
34. Pierdo los estribos (control)	1	2	3	4
35. Si alguien me molesta, le digo como me siento	1	2	3	4
36. Controlo mis sentimientos de enojo	1	2	3	4
37. Hago algo reconfortante para calmarme	1	2	3	4
38. Trato de relajarme	1	2	3	4
39. Hago algo relajante para tranquilizarme	1	2	3	4
40. Reduzco mi enojo lo más pronto posible	1	2	3	4
41. Trato de calmarme lo más pronto posible	1	2	3	4
42. Respiro profundo para relajarme	1	2	3	4
43. Expreso mis sentimientos de furia	1	2	3	4
44. Mantengo el control	1	2	3	4

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!