



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

TESIS

**PERCEPCIÓN DE LA EMPATÍA EN MÉDICOS Y
SU RELACIÓN SOBRE LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS**

Maestría en Psicología de la Salud

PRESENTA

Lic. Ingrid Daniela Rodríguez del Valle

Director (a)

Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

Codirectora

Mtra. Areli Muñoz Cruz

Comité tutorial

Dra. Norma Angélica Ortega Andrade

Mtra. Lilian Scarlet Gerardo Muñoz

Mtro. Ernesto Cotonieto Martínez

Pachuca de Soto, Hidalgo., diciembre, 2025



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Medical Sciences

Área Académica de Psicología

6 de abril de 2026

ICSa/MPS/041/2026

Asunto: Autorización de impresión de tesis

MTRA. OJUKY DEL ROCÍO ISLAS MALDONADO
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
PRESENTE

El Comité Tutorial de la tesis titulada: **PERCEPCIÓN DE LA EMPATÍA EN MÉDICOS Y SU RELACIÓN SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS**, realizada por la sustentante: **Ingrid Daniela Rodríguez del Valle**, con número de cuenta: **370442**, estudiante del programa de posgrado de Maestría en Psicología de la Salud, una vez que ha revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 110 del Reglamento de Estudios de Posgrado tiene a bien extender la presente:

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Por lo que la sustentante deberá cumplir los requisitos del Reglamento de Estudios de Posgrado y con lo establecido en el proceso de grado vigente.

Atentamente

"Amor, Orden y Progreso"

Pachuca de Soto, Hidalgo a 6 de abril de 2026

Comité Tutorial

DIRECTORA

Dra. Andrómeda
Ivette Valencia Ortiz

CO-DIRECTORA

Mtra. Areli Muñoz
Cruz

MIEMBRO DEL COMITÉ

Dra. Norma Angélica
Ortega Andrade

MIEMBRO DEL
COMITÉ

Mtra. Lilian Scarlet
Gerardo Muñoz

MIEMBRO DEL COMITÉ

Mtro. Ernesto
Cotonieto Martínez



"Amor, Orden y Progreso"



Ciudad ex-Hacienda La Concepción s/n Carretera Pachuca
Atlixpan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México, C.P. 42174
Teléfono: 52(771)7172006 Ext. 41931 y 41558
psicologia@uaeh.edu.mx

uaeh.edu.mx

La presente publicación corresponde a la tesis presentada para la obtención del Título de Maestra en Psicología de la Salud por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (**UAEH**) con número de cuenta **370442** y **CVU 134482**. la cual tuve la oportunidad de desarrollar durante mi estancia en el Instituto 1° de Octubre (**ISSSTE**). Este proyecto de investigación se realizó con apoyo del Programa de Posgrados de Calidad (**PNPC**) y la Secretaría de Ciencias, Humanidades Tecnología e Innovación (**SECIHTI**) encargados de promover la investigación científica bajo el proyecto “Percepción de la Empatía en Médicos sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas”. Bajo la dirección de la Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz y revisión de la Mtra. Areli Muñoz Cruz, Dra. Norma Angélica Ortega Andrade, Mtra. Lilian Scarlet Gerardo Muñoz y el Mtro. Ernesto Cotonieto Martínez y como parte de la producción científica del cuerpo Académico Salud Emocional en Psicología de la Salud.

Agradecimientos

Ha llegado el momento de cerrar una etapa muy importante en mi vida, un camino que no solo me permitió adquirir conocimientos académicos, sino también crecer a nivel personal. Este logro no habría sido posible sin el apoyo, la guía y el acompañamiento de personas fundamentales, a quienes hoy expreso mi más profundo agradecimiento.

Comienzo de manera muy especial, expreso mi más sincero agradecimiento a la Dra. Andrómeda Valencia Ortiz, directora de esta tesis, por su guía, compromiso y valioso acompañamiento a lo largo de este proceso. Su conocimiento, dedicación y exigencia académica fueron clave para la realización de este trabajo.

A la Dra. Areli Muñoz Cruz, codirectora de esta tesis, quiero expresar un agradecimiento profundamente especial. Gracias por su cercanía, por su apoyo constante y por la confianza que depositó en mí desde el inicio. Su acompañamiento no solo fue académico, sino también humano; siempre mostró comprensión, paciencia y disposición para escuchar y orientar en cada etapa del proceso. Su manera de enseñar, su calidez y su compromiso hicieron que este camino fuera más llevadero y significativo. Le agradezco sinceramente por motivarme, por impulsarme a dar lo mejor de mí y por dejar una huella importante en mi formación y en mi vida.

A la Dra. Norma Angélica Ortega Andrade, por sus enseñanzas, su disposición y por compartir su experiencia y conocimientos, los cuales fueron de gran valor para el desarrollo de este trabajo.

A la Mtra. Lilian Scarlet Gerardo Muñoz y al Mtro. Ernesto Cotonieto Martínez, por su apoyo, orientación y aportaciones, que contribuyeron de manera importante a la consolidación de esta investigación.

Dedicatoria

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mis padres, por su amor, apoyo incondicional y por ser mi mayor fuente de motivación a lo largo de este camino. Gracias por creer en mí incluso en los momentos más difíciles y por impulsarme a seguir adelante. Este logro es también suyo.

A mis hermanos, por acompañarme durante este proceso, por su paciencia, comprensión y por estar siempre presentes brindándome ánimo y fortaleza. Gracias por estar siempre presentes.

A mis tías Rosi y Lupita y a mi abuelita, quienes con su cariño y palabras de aliento han sido un motor constante para superarme y buscar nuevas metas. Su ejemplo y apoyo han sido fundamentales en este logro. Gracias por motivarme siempre a seguir adelante y por creer en mí.

A las doctoras May, Yessi, por su acompañamiento, comprensión y apoyo durante este proceso. Gracias por brindarme las facilidades y permisos necesarios para poder concluir esta etapa tan importante de mi formación.

Con todo mi amor y gratitud.

Índice

Resumen.....	9
Abstract.....	11
Capítulo I. Enfermedades Crónicas no transmisibles (ECNT).....	15
Causas de las Enfermedades Crónicas	16
Epidemiología de las Enfermedades Crónicas	17
Principales Enfermedades Crónicas.....	19
Capítulo II. Adherencia al Tratamiento.....	25
No Adherencia.....	27
Factores Asociados a la No Adherencia	28
Modelos Asociados a la Adherencia	29
Capítulo III. Empatía.....	47
Empatía y Neuronas Espejo.....	49
Empatía Cognitiva y Emocional	51
Empatía Médica	53
Método General	71
Justificación.....	73
Pregunta de Investigación:	75
Objetivo:.....	75
Objetivos Específicos:	75
FASE 1.....	77
Pregunta de Investigación:	77
Objetivo General:	77
Objetivos Específicos:	77
Tipo de Diseño y Estudio:.....	77
Variables.....	77
Definición Operacional y Conceptual primera fase de la investigación	¡Error! Marcador no definido.
Hipótesis:.....	78
Participantes:.....	79
Instrumentos:	80
Procedimiento de la Fase 1:.....	80
Análisis:.....	82
Resultados Fase 1	83

FASE 2.....	90
Pregunta de Investigación:	90
Objetivo General:	90
Objetivo Específicos:.....	90
Tipo de Diseño y Estudio:.....	90
Variables:.....	91
Definición Conceptual.....	91
Definición Operacional	91
Hipótesis:.....	92
Participantes:.....	92
Instrumentos:	93
Procedimiento (ver figura 3):	94
Análisis:.....	94
Consideraciones Éticas:.....	96
Resultados Fase 2	98
Discusión y conclusiones	104
Referencias:.....	110
Anexos:.....	124

Índice de Figuras

Figura No. 1 Fases de la investigación	76
Figura No. 2 Procesamiento de la Fase 1 de la investigación.....	82
Figura No. 3 Procedimiento de la fase 2 de la investigación	95

Índice de Tablas

Tabla 1 : Estudios que reportan algunos factores asociados a la adherencia.....	35
Tabla 2: Estudios relacionados con escalas de adherencia al tratamiento	43
Tabla 3: Estudios relacionados con la empatía médica	59
Tabla 4: Estudios relacionados con escalas de empatía médica	64
Tabla 5: Estudios relacionados con la empatía médica y la adherencia al tratamiento en personas con enfermedades crónicas.....	69
Tabla 6: Definición conceptual y operacional fase 1	78
Tabla 7: Resumen de la validez de contenido y de constructo de la Escala de Empatía Médica de Jefferson versión Pacientes.....	81
Tabla 8: Concordancia interjueces mediante el coeficiente Kappa de Fleiss	84
Tabla 9: Análisis de fiabilidad interna (Alfa de Cronbach) de la Escala de Empatía Médica de Jefferson Versión Pacientes	84
Tabla 10: Análisis por ítem de la escala de empatía médica de Jefferson (versión pacientes).....	86
Tabla 11: Análisis factorial confirmatorio	88
Tabla 12: Definición operacional y conceptual fase 2	91
Tabla 13: Matriz de correlación entre la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión profesional) y la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión pacientes).....	99
Tabla 14: Coeficiente de correlación de Spearman entre la empatía profesional y la empatía percibida por los pacientes	99

Tabla 15: Escala de adherencia, estadísticos descriptivos de la muestra.....	100
Tabla 16: Matriz de correlación de la Empatía y la Adherencia al Tratamiento de los pacientes	101
Tabla 17: Matriz de correlación (Pearson) entre la Empatía de los Médicos y la adherencia al tratamiento de los Pacientes.....	102
Tabla 18: Matriz de correlación de Spearman entre la Empatía de los Médicos y la Adherencia al tratamiento de los Pacientes	102

Abreviaturas

ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles

HT: Hipertensión arterial

DM: Diabetes mellitus

OMS: Organización mundial de salud

EEMJ: Escala de empatía médica de Jefferson

RMP: Relación médico-paciente

CAMA: Cáncer de mama

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Resumen

Uno de los factores fundamentales para el desarrollo de relaciones interpersonales es la empatía; la interacción médico-paciente no es la excepción. La empatía resulta clave para establecer un entorno clínico saludable y comprender los aspectos que rodean al paciente, favoreciendo que éste pueda seguir adecuadamente el tratamiento prescrito, es decir, que presente una adherencia óptima. El objetivo de la presente investigación fue establecer la relación entre la empatía percibida por los pacientes hacia su médico y la empatía autoinformada por los profesionales. Para ello se utilizó un enfoque metodológico cuantitativo con diseño no experimental, transversal y correlacional, dividido en dos fases.

En la primera fase se realizó la validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en su versión para pacientes, aplicada a personas con enfermedades crónicas que acuden a la Unidad de Medicina Familiar del municipio de Tizayuca, Hidalgo. La validez de contenido fue evaluada por nueve jueces expertos, quienes valoraron la pertinencia de los veinte ítems de forma dicotómica (1 = pertinente, 0 = no pertinente). El coeficiente obtenido fue $k = 1.00$, lo que, conforme a los criterios de Landis y Koch (1977), indica un acuerdo casi perfecto. En cuanto a la fiabilidad, la escala mostró un alfa de Cronbach de 0.7299, evidenciando un nivel adecuado de consistencia interna. La covarianza inter-ítem promedio (0.519) indicó relaciones positivas moderadas entre las preguntas, reflejando coherencia sin redundancia. La adecuación muestral fue verificada mediante el índice *KMO* (0.812), considerado meritorio, y la prueba de esfericidad de Bartlett, la cual resultó significativa. El análisis factorial confirmatorio replicó la estructura teórica original de tres dimensiones, con cargas factoriales estandarizadas entre 0.51 y 0.81 ($p < 0.001$), confirmando la contribución significativa de los ítems a sus factores latentes.

La segunda fase consistió en el análisis correlacional entre la Escala de Empatía Médica de Jefferson versión profesional y la versión para pacientes. Con una muestra de 99 participantes, se obtuvo un coeficiente *rho* de Spearman = 0.0369 ($p = 0.7171$), lo que indica una correlación positiva muy débil y estadísticamente no significativa entre ambas puntuaciones. Esto sugiere que la empatía autoinformada

por los profesionales de la salud no se relaciona con la empatía percibida por los pacientes.

Como conclusión, la ausencia de correlación significativa puede explicarse por factores contextuales y metodológicos. Aunque ambas versiones de la escala comparten la base teórica de la empatía médica, evalúan perspectivas diferentes: la del profesional, enfocada en el componente cognitivo y actitudinal, y la del paciente, centrada en la experiencia directa mediante conductas observables como el tono de voz, el tiempo dedicado a la consulta, la escucha activa y la calidez interpersonal. Asimismo, elementos como la duración de la interacción, la carga asistencial y la naturaleza misma de la relación médico-paciente pueden influir en la forma en que cada parte percibe la empatía (Del Canale et al., 2012). Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar la percepción del paciente como un indicador esencial para comprender la calidad de la relación terapéutica y orientar futuras intervenciones dirigidas al fortalecimiento de la práctica empática en el ámbito clínico

Palabras clave: adherencia al tratamiento, enfermedades crónicas, empatía, relación médico-paciente.

Abstract

One of the fundamental factors for developing interpersonal relationships is empathy; the doctor-patient interaction is no exception. Empathy is key to establishing a healthy clinical environment and understanding the patient's circumstances, thus facilitating their adherence to the prescribed treatment. The objective of this research was to establish the relationship between the empathy perceived by patients toward their physician and the empathy self-reported by healthcare professionals. A quantitative methodological approach with a non-experimental, cross-sectional, and correlational design was used, divided into two phases.

In the first phase, the Jefferson Scale of Physician Empathy was validated in its patient version, applied to individuals with chronic illnesses attending the Family Medicine Unit in the municipality of Tizayuca, Hidalgo. Content validity was assessed by nine expert judges, who evaluated the relevance of the twenty items dichotomously (1 = relevant, 0 = not relevant). The coefficient obtained was $\kappa = 1.00$, which, according to the criteria of Landis and Koch (1977), indicates almost perfect agreement. Regarding reliability, the scale showed a Cronbach's alpha of 0.7299, demonstrating an adequate level of internal consistency. The average inter-item covariance (0.519) indicated moderate positive relationships between the questions, reflecting coherence without redundancy. Sample adequacy was verified using the *KMO* index (0.812), considered commendable, and Bartlett's test of sphericity, which was significant. Confirmatory factor analysis replicated the original theoretical three-dimensional structure, with standardized factor loadings between 0.51 and 0.81 ($p < 0.001$), confirming the significant contribution of the items to their latent factors.

The second phase consisted of a correlational analysis between the Jefferson Scale of Physician Empathy, professional version, and the patient version. With a sample of 99 participants, a Spearman's rho coefficient of 0.0369 ($p = 0.7171$) was obtained, indicating a very weak and statistically insignificant positive correlation between the two scores. This suggests that self-reported empathy among healthcare professionals is not related to empathy perceived by patients.

In conclusion, the lack of significant correlation can be explained by contextual and methodological factors. Although both versions of the scale share the theoretical basis of medical empathy, they assess different perspectives: the professional's, focused on the cognitive and attitudinal components, and the patient's, centered on direct experience through observable behaviors such as tone of voice, time spent in the consultation, active listening, and interpersonal warmth. Furthermore, elements such as the duration of the interaction, workload, and the very nature of the doctor-patient relationship can influence how each party perceives empathy (Del Canale et al., 2012). These findings underscore the importance of considering patient perception as an essential indicator for understanding the quality of the therapeutic relationship and guiding future interventions aimed at strengthening empathic practice in the clinical setting.

Keywords: adherence to treatment, chronic diseases, empathy, doctor-patient relationship.

Introducción

Las enfermedades crónicas se nombran así por tratarse de un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida de una persona y que persiste durante un largo tiempo. Afecta a todos los grupos de edad, sin embargo, predomina en los adultos (Nobel, 1991). Las enfermedades crónicas son un desafío de salud pública ya que son la causa principal de coste sanitario por múltiples causas, una de ellas, la adherencia al tratamiento que tiene que ver con la conducta de una persona en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario y que para que se produzca una buena adherencia se consideran cuatro momentos (Ramos, 2015): 1) la aceptación del tratamiento o el establecimiento de la relación médico-paciente para que se produzcan estrategias que garanticen el cumplimiento de estas, 2) el cumplimiento del tratamiento, es decir, llevar a cabo las indicaciones dadas por el personal de salud, 3) la participación activa del paciente para seguir buscando estrategias que garanticen el cumplimiento de las indicaciones y 4) el carácter voluntario para poder involucrarse, realizar y cumplir con las indicaciones prescritas.

Por otro lado, un aspecto importante para que una persona pueda comprender su enfermedad y pueda adherirse a su tratamiento es necesario la empatía médica que muchas veces se describe como un estado emocional de la mente con la particularidad de compartir los sentimientos; e incluso en otras ocasiones, se le considera un concepto que involucra tanto la cognición como la emociones (Finset, 2017). Si hablamos de empatía cognitiva se refiere a comprender lo que la persona piensa a partir de lo que nos expresa, de cómo se siente; tratar de ver las cosas desde su perspectiva (Sáez, 2014). Y por empatía emocional se refiere a la reacción emocional que tenemos frente a una persona al expresarnos lo que siente, es decir tratar de sentir lo que la persona siente (Finset, 2017). Cuando hablamos de empatía médica se refiere a esta capacidad del médico para poder entender al paciente en todos sus contextos que puedan llegar a influir e imposibilitar que la

persona pueda comprender tanto su enfermedad como adherirse a su tratamiento (Alacorta, 2005).

En esta investigación se realizó un estudio cuantitativo haciendo un análisis de correlación entre la empatía médica y la adherencia al tratamiento en pacientes con alguna enfermedad crónica residentes del municipio de Tizayuca, Hgo. Que acuden a una unidad de medicina familiar del IMSS ubicada en este mismo lugar y que cuenten con al menos un año de su diagnóstico. Esta investigación está conformada de tres capítulos; como primer capítulo se describen las enfermedades crónicas; su definición, causas, epidemiología y principales enfermedades crónicas. En el segundo capítulo se encuentra la adherencia al tratamiento, su definición, factores de la no adherencia, factores asociados y modelos de la adherencia. En el tercer capítulo se aborda la empatía, en donde se menciona desde la definición hasta aspectos neuropsicológicos como las neuronas espejo, la diferencia entre empatía cognitiva y emocional y por último empatía médica. Posteriormente, se encuentran aspectos metodológicos como las fases en las que se desarrolla la investigación; La primera; es la validación de la escala de empatía médica de Jefferson (versión pacientes) y la segunda; la correlación de la escala de empatía médica (versión profesional) y la escala de empatía médica (versión pacientes), encontrando finalmente la sección de resultados, discusión y apéndices.

Capítulo I. Enfermedades Crónicas no transmisibles (ECNT)

Las enfermedades crónicas son afecciones de larga duración y generalmente son de progresión lenta que no se transmiten de persona a persona, estas enfermedades son el resultado de una combinación de factores como fisiológicos, genéticos, ambientales y conductuales (Organización Mundial de la Salud, 2024). En 1991 Nobel definió a las enfermedades crónicas como un trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que persiste durante largo tiempo. Se trata por tanto de un problema que abarca a todos los grupos de edad, si bien afecta predominantemente a los adultos, producen una limitación importante en la calidad de vida y el estado funcional de las personas que las padecen. Las enfermedades crónicas constituyen un desafío importante que ha debido asumir la salud pública en el último medio siglo; son causa importante del aumento del coste sanitario, estimándose que en los países occidentales son responsables del 75% del gasto sanitario y de más del 80% del gasto farmacéutico (García et al., 2005; OMS,2024).

Se les ha denominado enfermedades crónicas por prolongarse a través del tiempo, no tener cura, no conocerse un agente causante que las transmita de un individuo afectado a otro (Aguilar, 2023; Daar et al., 2007); o como lo dice Hanson y Gluckman (2011), al ser enfermedades que no se resuelven espontáneamente, que conllevan cambios mayores en amplios aspectos de la vida de una persona y alteran las rutinas y actividades cotidianas, lo cual, a su vez implica ajustes y apoyo a nivel familiar, social y laboral. Se habla de una enfermedad crónica como aquella que, por un lado, tiene gran repercusión sobre el estilo de vida del paciente, y, por otro lado, se trata de un proceso incurable y que consecuentemente implica vivir toda la vida con dicha enfermedad (Centro de control y prevención de enfermedades, 2024; Martos et al., 2010).

Las enfermedades crónicas, se definen como un proceso de evolución prolongada, que no se resuelven espontáneamente y rara vez alcanzan una cura completa, las cuales, generan una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una

etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible, presentan múltiples factores de riesgo, con algunas excepciones su origen no es contagioso (OMS, 2024).

Las enfermedades crónicas son un problema nacional e internacional de salud pública que afecta a la mayoría de las naciones, pero tiene un impacto muy importante sobre las poblaciones en situación de vulnerabilidad económica y social y actualmente son la principal causa de morbi-mortalidad del país (CDC, 2024; Instituto Nacional de Salud, 2010). La prevalencia adquirida por estos eventos y las opciones concretas para su prevención, las definen como prioritarias, e indican que se deben adelantar acciones para enfrentarlas.

Causas de las Enfermedades Crónicas

Los problemas principales (cardiopatía, episodios cerebrovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) son causados por factores de riesgo como la hipertensión, glucosa elevada, la hiperlipidemia, y sobrepeso/obesidad, que a la vez son el resultado de regímenes alimentarios no saludables, inactividad física, consumo de tabaco y exceso de alcohol (OMS, 2021). La hipertensión es uno de los factores de riesgo más importantes para las cardiopatías y su prevalencia va en aumento en todos los países de la región. Las características de la alimentación con alto contenido en grasas saturadas, azúcares y sal y la baja ingesta de frutas, verduras, granos integrales, cereales y legumbres y la poca realización de actividad física son factores clave en el aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. El consumo de tabaco es la principal causa de muertes prevenibles relacionadas con las muertes por cáncer y cardiopatías (OMS, 2024). Las enfermedades crónicas están liderando las causas de muerte prematura y permanente discapacidad, la diabetes es la mayor causante de ceguera y falla renal y la mayor parte de las amputaciones están relacionadas con esta enfermedad (OPS, 2021). De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2024), La principal causa de mortalidad se debe a las enfermedades del corazón con 100, 710 casos, afectando el 44.3% en mujeres y el 55.65% en hombres, seguido de la diabetes mellitus con 57, 986 casos, tumores

malignos con 47,739 casos, enfermedades del hígado con 20,181 casos, enfermedades cerebrovasculares con 18,019 casos, enfermedades obstructivas crónicas con 10,511 casos e insuficiencia renal con 8,702 casos. Estas generan o empeoran las condiciones de pobreza afectando el desarrollo económico y el bienestar de cualquier nación. Sin embargo, existe un importante conocimiento científico que permite prevenir y controlar estas enfermedades, a través de respuestas costo – efectivas.

Otra causa son los cambios socioeconómicos que presentan las personas; ya sea por rutinas laborales, compromisos u otras obligaciones que les generan estrés por sus estilos de vida adoptados y que en muchos casos repercute en neurosis y otros trastornos, pudiendo desencadenar en consumo de alcohol y tabaco; entre otras sustancias (Duijts et al., 2019).

Epidemiología de las Enfermedades Crónicas

Las enfermedades crónicas causan la muerte de 41 millones de personas todos los años, lo que equivale al 74% de todas las muertes a nivel mundial. Y si bien, pueden afectar a todos los grupos etarios, se estima que se producen 15 millones de muertes entre los 30 y 69 años de edad, de las cuales el 86% se dan en países de ingresos bajos y medianos (OPS, 2024). Hoy día las enfermedades cardiovasculares representan la mayor parte de la mortalidad por enfermedades crónicas, es decir, 17.9 millones de personas al año, seguidas de los cánceres (9.3 millones), las enfermedades respiratorias crónicas (4.1 millones) y la diabetes (2.0 millones, incluidas las muertes por enfermedad renal causadas por la diabetes). Estos cuatro grupos de enfermedades representan más del 80% de todas las muertes prematuras por enfermedades crónicas y requieren de mayor cuidado en salud, generan altos costos sociales y económicos a nivel mundial (Adeyi et al., 2007; Peabody, 2018) y se catalogan como las enfermedades que generan más muertes en el mundo (Fisher, 2005; Orozco-Gómez, 2015). Los costos a largo plazo del tratamiento y los efectos negativos sobre la productividad son devastadores para la situación económica de los individuos, familias y sociedades. Esto en razón de

que la mitad de las personas que mueren de alguna enfermedad crónica se encuentran en una etapa de la vida donde pueden llegar a generar mayor productividad (Asenjo, 2023; Bloom et al., 2012).

En México, de acuerdo a cifras de la Secretaría de Salud 2020 dentro de las 20 principales causas de morbilidad en la población general se encuentran: las infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II), amebiasis intestinal, entre otras.

En las encuestas nacionales realizadas por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2021) arrojaron datos estadísticos sobre los decesos y discapacidad en nuestro país y más de un 70%, son generadas por este tipo de enfermedades. De igual manera, aseguran que las causas de estas enfermedades se relacionan con los factores de riesgo antes mencionados y presentan datos que identifican a los demás factores ambientales, socioculturales, económicos, de accesibilidad, utilidad de servicios, estilos de vida y percepción de la calidad de los pacientes en la atención recibida.

Estadísticas Nacionales/Estatales

Para el año 2022 de acuerdo al portal estadístico internacional, en Hidalgo la principal causa de mortalidad se debió a enfermedades del corazón con 4,757 millones de fallecimientos, en segundo lugar, la diabetes mellitus con 2,502, seguido de tumores malignos con 2,124 fallecimientos, enfermedades cerebrovasculares con 947 fallecimientos.

Principales Enfermedades Crónicas

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad frecuente, prevenible y tratable, que se caracteriza por síntomas respiratorios y limitación del flujo aéreo persistentes, que se deben a anomalías de las vías respiratorias o alveolares causadas en la mayor parte de los casos por exposición importante y prolongada a partículas o gases nocivos que generan inflamación crónica y cambios estructurales en los bronquios y parénquima pulmonar (Asociación Estadounidense de Neumología: EPOC, 2024). La limitación crónica del flujo aéreo es el principal síntoma característico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que es producida por una combinación de enfermedad de vías aéreas (bronquitis crónica) y destrucción del parénquima (enfisema pulmonar), cuyas contribuciones relativas varían de un individuo a otro (Iniciativa mundial para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica GOLD, 2018). El resultado final es la pérdida progresiva de las propiedades elásticas de los pulmones con obstrucción a nivel bronquial, lo que se traduce en falta de aire y dificultad para exhalar. La prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la del tabaquismo están directamente relacionadas, siendo la exposición al humo de tabaco el principal factor de riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades que afectan el aparato respiratorio (Iniciativa mundial para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Gold, 2018).

Hipertensión Arterial (HTA)

La hipertensión arterial es un trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen persistentemente una tensión elevada, esta se genera por la fuerza de la sangre que empuja las paredes de las arterias cuando el corazón bombea. Cuanta más alta es la tensión, más dificultad tiene el corazón para bombear (OMS, 2021). Se define como hipertensión arterial al padecimiento multifactorial caracterizado por la elevación sostenida de la presión arterial sistólica (PAS) [(OMS, 2003)]. Anualmente en la región de las Américas ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores

de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. La hipertensión arterial afecta entre el 20 y 40% de la población adulta y significa que alrededor de 250 millones de personas padecen presión alta. En el estado de Hidalgo al menos el 18% de los adultos mayores de 20 años reportan diagnóstico de HA, lo que significa que al menos 1 de cada 5 adultos vive con hipertensión. En 2022 las enfermedades hipertensivas ocuparon el cuarto lugar como causa de muerte, con una tasa aproximada de 25.6 defunciones por cada 100 000 habitantes. Lo que convierte a la hipertensión arterial como el factor de riesgo número uno de muerte (INS, 2022). Los síntomas pueden incluir cefaleas, sangrado nasal, ritmo cardíaco irregular, fosfenos y acúfenos. Formas más graves pueden incluir fatiga, náuseas, vómitos, confusión, angustia, dolor precordial y temblor muscular. Además, la hipertensión arterial mediante numerosos mecanismos provoca diversas lesiones vasculares, tales como aterosclerosis, aterosclerosis y arteriosclerosis hipertensiva, arteriosclerosis calcinótica, lipohialinosis y necrosis fibrinoide (OMS, 2003). El daño vascular provoca complicaciones en los órganos blandos como el cerebro, el ojo, el corazón, las arterias y el riñón (INS, 2020).

Obesidad Y Sobrepeso

La obesidad y el sobrepeso se definen como una enfermedad no transmisible que se caracteriza por una adiposidad excesiva o acumulación anormal de grasa que puede ser perjudicial para la salud (Moratalla, 2020; OPS, 2015). La obesidad es también uno de los principales factores de riesgo de muchas enfermedades crónicas, como la cardiopatía coronaria, la hipertensión y el accidente cerebrovascular, determinados tipos de cáncer, la diabetes tipo II, colecistopatías, la dislipidemia, la artrosis y la gota, y las neumopatías, incluida la apnea del sueño (OMS, 2018). El sobrepeso y la obesidad es el resultado de consumir más calorías de las que se gastan y que se convierten en tejido graso activo que produce toxinas, ocasionando inflamación crónica en distintos órganos, esta acumulación excesiva de tejido graso con relación al peso total de una persona, generalmente se sitúa más en el abdomen, caderas, muslos o brazos, y no es sólo una condición o

característica, es un padecimiento crónico, prevenible y controlable (OMS, 2022). La forma de detectar el sobrepeso y obesidad más rápida y económica, es a través de la medición del perímetro cintura cadera y del índice de masa corporal (IMC), este último siendo la medición más utilizada, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. El índice de masa corporal (IMC) es un marcador indirecto de la adiposidad que se calcula como peso (kg)/estatura² (m²). De acuerdo a sus valores se clasifica en bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad I, obesidad II y obesidad III (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012; OMS,2023).

Enfermedades Cardiovasculares

La enfermedad cardiovascular o enfermedad vascular cerebral es un síndrome clínico que se presenta de forma súbita y se acompaña de síntomas neurológicos focales que persisten por más de 24 horas y se debe a la disminución del flujo sanguíneo en una o varias regiones del tejido cerebral (OMS, 2011; Weng, 2019). Esta falta de perfusión sanguínea puede deberse a un evento hemorrágico o isquémico. La forma más frecuente es la enfermedad isquémica que puede deberse a un proceso de aterosclerosis de grandes vasos, embolia de origen cardíaco u otras causas, se establece un tiempo de duración de los síntomas no mayor a 60 min, recuperación espontánea y estudios de imagen (resonancia magnética), sin evidencia de lesión. Estudios recientes muestran que los pacientes con eventos hemorrágicos isquémico tienen mayor riesgo de desarrollar un infarto cerebral (IC) en las 2 semanas posteriores, por lo que se han diseñado escalas de estratificación de riesgo (Asociación Americana del Corazón, 2009; Heidenreich, 2022).

Los casos de esta enfermedad han mostrado mayor tasa de incidencia en mujeres de 65 y más años de edad, el mismo comportamiento se presenta en hombres de 65 años y más (Mohebi, 2020).

Cáncer

El cáncer presenta una gran variabilidad en función del sexo de la población. En varones, el cáncer de pulmón sigue siendo el que presenta una mayor incidencia en todo el mundo, seguido del cáncer de próstata y del cáncer de piel [(no melanoma)] [(Ferlay et al., 2020)]. El cáncer de pulmón es también el que presenta una mayor mortalidad; sin embargo, son el cáncer de hígado y el de estómago los que le siguen en esta categoría. En mujeres, el cáncer de mama (CaMa) es el que mayor número de casos nuevos y mortalidad presenta, seguido del cáncer de pulmón y del cáncer cervicouterino (Ferlay et al., 2020). Alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se deben al consumo de tabaco, a un elevado índice de masa corporal, al consumo de alcohol, a una baja ingesta de frutas y verduras y a la falta de actividad física. El cáncer ocupa el tercer lugar en México como causa de muerte. y el cáncer de mama, representa la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres (OPS, 2020). En los últimos años, el número de muertes causadas por el CaMa ha aumentado de forma alarmante, principalmente, por el retraso en el inicio del tratamiento, ya sea por la tardanza en la búsqueda de atención médica luego de que una mujer presenta un posible síntoma de cáncer de mama, o por la demora en el sistema de salud, particularmente al dar el diagnóstico definitivo. Alrededor de un tercio de todos los casos de cáncer podrían prevenirse evitando factores de riesgo clave, aunado a los programas de tamizaje y vacunación (en el caso del cáncer cervicouterino) que representan intervenciones efectivas para reducir la carga de determinados tipos de cáncer (OPS, 2020).

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es un grupo heterogéneo de enfermedades metabólicas, que si no se recibe tratamiento se caracteriza por elevados niveles de glucosa en sangre, estos se encuentran asociados a una deficiencia absoluta o parcial de la

producción de insulina, su etiología es diversa y la progresión clínica de este padecimiento es muy variable (OPS, 2020).

Las complicaciones a largo plazo incluyen retinopatía, nefropatía y neuropatía. Aquellas personas que con diabetes tienen mayor riesgo de sufrir otros trastornos crónico degenerativos como cardiopatías, arteriopatía periférica, afecciones cerebrovasculares, cataratas, disfunción eréctil y hepatopatía grasa no alcohólica. Son también más propensas a ciertas enfermedades infecciosas como tuberculosis teniendo un pronóstico desfavorable (SSP, 2021).

De acuerdo con la OMS (2020), hay tres tipos de principales diabetes, la más frecuente es la diabetes tipo 2 y se presenta en adultos con factores de riesgo modificables como la obesidad, sobrepeso, inactividad física, dietas de alto contenido calórico de bajo valor nutricional, antecedentes heredofamiliares de diabetes, antecedentes de diabetes gestacional, enfermedades cardiovasculares.

En Hidalgo aproximadamente el 12.8% de los adultos mayores de 20 años reportan diagnóstico de DM, lo que equivale a 1 de cada 8 adultos viviendo con diabetes. En 2022 la diabetes ocupó el segundo lugar como causa de muerte en Hidalgo con una tasa de 82.5 defunciones por cada 100 000 habitantes (OMS, 2022).

Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo complejo y de presentación heterogénea, que aparece en la edad adulta. Su etiología aún es desconocida, pero se ha estimado que es resultado de factores ambientales y genéticos que estructuralmente se caracteriza por la pérdida progresiva de neuronas dopaminérgica de la sustancia negra pars compacta (SNpc) del mesencéfalo, así como la presencia de inclusiones intracelulares llamadas cuerpos de Lewy, estos están formados por agregados de proteína anormalmente plegada, esta enfermedad es el trastorno neurodegenerativo más frecuente y su principal factor de riesgo es la edad (Jankovic, 2008; Miranda, 2019).

Los síntomas que pueden presentarse en la enfermedad del Parkinson son: bradicinesia, rigidez, temblores en reposo e inestabilidad postural. Los síntomas motores clínicos de la enfermedad del Parkinson pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y pueden dificultar las actividades diarias (Armstrong, 2020; Poewe, 2017).

La mortalidad no aumenta en los primeros 5 años posteriores al inicio de la enfermedad; sin embargo, aumenta con un riesgo relativo de 3,5 después de 10 años. Los factores genéticos juegan un papel en el desarrollo de la enfermedad de Parkinson, con varios genes implicados en su patogénesis, se ha demostrado que las mutaciones en los genes SNCA, LRRK2 y GBA aumentan el riesgo de enfermedad de Parkinson (Balestrino, 2020; Hernández, 2016).

Cirrosis Hepática

La insuficiencia hepática crónica o cirrosis hepática es un proceso difuso de fibrosis y cambios en la arquitectura del tejido hepático que se convierte en una estructura nodular normal debido a procesos inflamatorios crónicos (Muñoz, 2007; Zavala, 2024). Es más frecuente en hombres y sus principales complicaciones son la hipertensión portal hemorrágica, la encefalopatía y la ascitis refractaria, así como las infecciones y la malnutrición (Alvarado, 2023; Berenguer, 2003).

De acuerdo a los registros del SUAVE en los primeros semestres de los últimos ocho años los casos de cirrosis hepática alcohólica presentan un aumento en su tendencia, en el 2014 se presentaron 1.7 casos por cada 100 mil habitantes mayores de 4 años de edad, aumentando para el año 2019 con un registro de 3.6 por cada 100 mil habitantes (Andrade, 2021; OPS, 2014). La tasa nacional de incidencia de cirrosis hepática alcohólica ha sido de dos casos por cada 100 mil habitantes (Consejo de Salubridad General, 2008; OMS, 2024).

Capítulo II. Adherencia al Tratamiento

La adherencia al tratamiento es un concepto fundamental en la atención médica (Cebada, 2024), que, aunque a menudo se utiliza el término “apego al tratamiento” (Galante, 2018), de manera intercambiable con “adherencia al tratamiento” es importante que se distinga entre ambos conceptos.

El término “apego” se ha utilizado en la literatura para describir la relación entre el paciente y el tratamiento, enfatizando la idea de pegarse o adherirse a las recomendaciones médicas, se prefiere por muchos profesionales de la salud, debido a que “cumplimiento” sugiere que el paciente sigue pasivamente las órdenes del doctor y que el plan de tratamiento no está basado en una alianza terapéutica o contrato establecido entre el paciente y el médico (OMS 2024; Osterberg. 2005), Sin embargo, el término adherencia es más ampliamente aceptado y utilizado en la literatura científica para describir el comportamiento del paciente en relación con el tratamiento.

En este capítulo se utilizará el término “adherencia” al tratamiento para referirnos al grado en que los pacientes siguen las recomendaciones de los profesionales de salud, esta elección se basa en la amplia aceptación y utilización del término en la literatura, así como su claridad y precisión para describir el comportamiento del paciente en relación con el tratamiento.

Una definición que ha tenido una aceptación favorable es la propuesta por Haynes (1979), que la define como el grado de conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, que coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario. Gil et al., (2000) definen la adherencia como el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de manera que incluya la asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y la modificación del estilo de vida de la persona. Este concepto es similar al propuesto por la OMS en 2024 que define la adherencia terapéutica como el grado de comportamiento de una persona para tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del

modo de vida y que estos correspondan con las recomendaciones acordadas por el prestador de asistencia sanitaria.

La adherencia al tratamiento o el cumplimiento terapéutico se ha referido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y, por último, completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas. Estudios confirman que la mitad de los pacientes no sigue adecuadamente el tratamiento farmacológico y que menos del 30% cambia sus hábitos o estilos de vida (Dilla et al, 2009; Ortega, 2018).

Para que esta adherencia se produzca es necesario considerar cuatro momentos (Montenegro, 2024; Ramos, 2015):

- 1.-Aceptación convenida del tratamiento, entendiéndose como la relación que establece el médico y el paciente, con el objetivo de elaborar la estrategia comportamental que asegure el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.
- 2.-Cumplimiento del tratamiento, como la medida en que la persona lleva a cabo todas las prescripciones médicas indicadas por el médico.
- 3.- Participación activa en el cumplimiento, entendido como el grado de colaboración del paciente en la búsqueda de estrategias para asegurar el cumplimiento.
- 4.- Carácter voluntario para el cumplimiento, entendiendo esto como la medida en que la persona se involucra y realiza las acciones necesarias para asegurar el cumplimiento de la prescripción.

Se ha mostrado que cuando un tratamiento es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene buena adherencia; ésta disminuye cuando el tratamiento es prolongado como en las enfermedades crónicas, cuando se utilizan varios fármacos en forma simultánea o el esquema de dosis es complicado; también cuando la vía de administración requiere personal entrenado o el medicamento tiene efectos

adversos considerables; por ejemplo: virilización o impotencia (López-Romero, 2015; Peralta, 2008).

No Adherencia

La no adherencia terapéutica está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de medicamentos, la dieta y el cambio de los estilos de vida no se cumplen y está asociada con resultados desfavorables (Foley, 2021; Pozo, 2011).

La falta de apego al tratamiento es una de las principales causas de fracaso terapéutico en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, además de la presencia de complicaciones que afectan de forma directa la calidad de vida del paciente (Kiliç, 2024; Martos, 2011).

La no adherencia al tratamiento tiene diversas clasificaciones, una de ellas es de acuerdo al periodo de seguimiento (Serrano et al, 2011; Tanaka, 2022):

1. Incumplimiento parcial: En ésta, el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos. • Incumplimiento esporádico: Si el individuo incumple de forma ocasional (en personas ancianas que olvidan dosis o toman dosis menores por miedo a los efectos adversos).
2. El incumplimiento secuencial: El tratamiento es abandonado por periodos de tiempo en que el paciente se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas.
3. Incumplimiento completo: Cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida; esta forma de incumplimiento es más frecuente en los jóvenes.
4. Cumplimiento de bata blanca: Sólo se adhiere a tratamiento cuando está cercana la visita médica

Otras formas de clasificar la no adherencia o el incumplimiento terapéutico son (Danielson, 2019; Serrano, 2011):

Primaria: Cuando no se lleva la prescripción de la consulta o no la retiran de la farmacia.

Secundaria: Cuando se toma una dosis incorrecta, en horarios incorrectos, olvidos en el número de dosis o bien se aumenta la frecuencia de la dosis, o se deja el tratamiento antes de lo indicado por el médico.

Una forma más de evaluar la no adherencia al tratamiento es la intencionalidad como (OMS, 2003; Ortega, 2018):

Incumplimiento intencionado: Se refiere a dejar el tratamiento debido a los efectos adversos o al costo elevado.

Incumplimiento no intencionado: Olvido de la dosis.

Las consecuencias de la no-adherencia al tratamiento están relacionadas con las condiciones específicas del paciente y su patología y transitan en un amplio rango de aspectos que van desde pérdida en la calidad de vida del paciente y su familia e incremento en los costos para el paciente y el sistema de salud, hasta casos de reconocida gravedad que comprometen la vida del paciente (Organización Mundial de la Salud, 2003; Ortega, 2018).

Factores Asociados a la No Adherencia

De acuerdo con Nakajima (2021) y Serrano (2011) algunos de los factores que se asocian a la no adherencia son:

Factores sociodemográficos: la baja educación y poco apoyo social aportan en un cierto grado a una adherencia deficiente, seguido de la edad y el bajo nivel socioeconómico asociado a la posibilidad que tiene la persona para costear su servicio de salud. Un apoyo familiar deficiente es un factor que condiciona un mal apego terapéutico

Factores relacionados con el paciente: algunos pacientes el principal obstáculo es la no aceptación del diagnóstico, y la dificultad de algunos pacientes para iniciar un tratamiento de por vida para tratar una enfermedad crónica. Recibir el diagnóstico de la enfermedad crónica puede llegar a ser una crisis y por tanto llevar a la persona a tener que reorganizar diferentes aspectos de su vida, algunas de ellas implican

tener que recibir y procesar información nueva y empezar a interactuar con circunstancias poco comunes, lo que podría llegar a generarles incertidumbre.

Factores relacionados con el sistema o el equipo de atención sanitaria: la construcción de un entorno asistencial adecuado es determinante en la conducta de la adherencia terapéutica debido a que fortalece la capacidad de confrontar activamente la enfermedad en el paciente. Una buena relación médico paciente tiene influencia positiva en el apego terapéutico, al igual que el uso del lenguaje acorde para concientizar al paciente sobre la enfermedad. Una mala praxis lleva a una inadecuada relación profesional que es consecuencia de interacciones negativas como dar información errónea y el uso de modos comunicativos ineficaces influenciando un papel clave en la información de un ambiente cooperativo.

Factores relacionados con la terapia: los pacientes realizan una evaluación sobre los efectos adversos de los medicamentos que ingieren y cómo pueden repercutir en su vida, por tanto, es necesario considerar que una buena calidad de información que reciba el paciente sobre su patología y tratamiento, repercutirá seriamente en la forma de cómo la persona asuma el proceso de mejoría.

Factores relacionados con la enfermedad: se mencionan las particularidades de la enfermedad crónica, se mencionan situaciones como el mejoramiento de la condición crónica y la ausencia de sintomatologías, que llevan al paciente que se sienta menos motivado para continuar con el medicamento.

Modelos Asociados a la Adherencia

El modelo biomédico y el modelo conductual son utilizados para explicar el comportamiento de la adherencia. En el modelo biomédico: se analizan las características del paciente, de la enfermedad y de la relación terapéutica como parámetros predictores que afectan el cumplimiento terapéutico (Chen, 2022; Salinas et al., 2014).

Otros modelos consisten en: Modelo operante que han promovido la utilización del moldeamiento de conductas; la planificación del ambiente y el manejo de

contingencias de reforzamiento como estrategias centrales en el desarrollo de conductas de adherencia. El modelo de comunicación que tiene la intención de mejorar los procesos de recepción, comprensión y retención de mensajes como una estrategia para promover la adherencia. El modelo cognitivo basado en el modelo de aprendizaje social de Bandura y en la toma de decisiones (Granados, 2007; Lugo, 2024).

Leventhal y Cameron (1987) y Zaragoza (2018), señalan que los modelos teóricos para explicar la adherencia son: Perspectiva biomédica; modelo operante y de aprendizaje social del comportamiento; enfoque de comunicaciones; teoría de la creencia racional; teoría de sistema autorregulatorio.

Otra forma de describir los modelos de acuerdo con (Chen,2022; Martínez-Domínguez et al.2016):

- 1.-Modelo de cumplimiento en salud o Health Compliance Model (HCM). En este modelo socio-comportamental se consideran variables como las características del tratamiento, al paciente o de carácter subjetivo y a las consecuencias sociales, personales y económicas.
- 2.- Modelo sistémico de cuidados preventivos (MSSP), considerado un modelo integrador que involucra al médico y al paciente. Considera tres tipos de factores: Factores predisponentes: características socio-demográficas, creencias culturales, religiosas y motivacionales. Factores facilitadores como los conocimientos, habilidades del paciente, las capacidades y competencias que posee el médico. Factores reforzadores: Efectos positivos del tratamiento para el paciente, el apoyo recibido del entorno social y la satisfacción percibida con el tratamiento.
- 3.- Modelo de predicción de comportamientos de salud (MPCS). Se considera los factores sociodemográficos y relacionados con prácticas y creencias socio-culturales; los relativos a las percepciones individuales sobre la salud, la enfermedad y los beneficios del tratamiento; los de percepción sobre problemas y obstáculos en el cambio de estilo de vida; los alertadores de malestar como son la fatiga y los de probabilidad de adopción de comportamientos que favorezcan salud.

La psicología de la salud ha aportado modelos de comportamientos para comprender el fenómeno de la adherencia y favorecer el cumplimiento terapéutico. Los más utilizados son los centrados en el individuo: los modelos de cambios de actitudes y los modelos por etapas motivacionales, que están centrados en aspectos psicosociales, y otros donde el grupo favorece el cambio a través de un fenómeno psicológico cognitivo-conductual (Covadonga, 2016).

Esta rama de la psicología utiliza modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta de adherencia terapéutica: Teoría Social Cognitiva, la Teoría de la Acción Razonada, el Modelo de Creencias en Salud, el Modelo Transteórico y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (Aldán, 2022; Ortiz y Ortiz, 2007):

1. Teoría Social Cognitiva: Señala que cualquier cambio de conducta se basa en la creencia de que una persona puede alcanzar de manera exitosa la conducta objetivo. A esta creencia en la habilidad o capacidad de lograr lo deseado, se le denomina autoeficacia percibida. Esta creencia es esencial para predecir la conducta de adherencia, aun cuando otros factores de riesgo estén presentes. Es entonces que una persona puede sentirse vulnerable ante una enfermedad, entender los comportamientos que necesita el tratamiento y creer que la adopción de comportamientos saludables disminuirá el riesgo de enfermar. Caso contrario, si la persona no está convencida que tiene habilidades para ejecutar la conducta, es poco probable que la lleve a cabo.
2. Teoría de la Acción Razonada: Involucra las creencias, actitudes, intenciones y conductas, menciona que el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo. Esta intención es predicha por la actitud hacia ejecutar esta conducta.
3. Modelo de Creencias en Salud: Integra teorías cognitivas y conductuales para explicar los motivos por los que las personas fallan en adherirse a conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta.

4. Modelo Transteórico: Propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo, existen cinco fases para el cambio: 1) Precontemplación: la persona no tiene intención para cambiar en el corto plazo, generalmente medido en los próximos 6 meses, 2) Contemplación: la persona no está preparada para tomar acciones en el presente, pero podría intentarlo en el corto plazo de aquí a 6 meses, 3) Preparación: la persona está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, dentro del próximo mes, 4) Acción: La persona ha hecho un cambio en pasado reciente, pero este cambio no está bien definido y 5) Mantenimiento: Se ha modificado la conducta por más de 6 meses y se está activamente involucrado para sostenerla.
5. Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales: Señala que la información es un prerrequisito, pero por sí sola no es suficiente para alterar la conducta. Provee evidencia que la motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes de la modificación de la conducta.

Estado del arte de adherencia al tratamiento y enfermedades crónicas

La adherencia al tratamiento es un aspecto fundamental en la gestión de enfermedades crónicas, ya que impacta directamente en la efectividad de las intervenciones terapéuticas y en la calidad de vida de los pacientes. En este contexto, el estado del arte en la adherencia al tratamiento se enfoca en identificar y analizar prácticas y estrategias que promuevan la adherencia a los tratamientos médicos. A continuación, se presenta la evidencia científica sobre el tema, destacando los factores que influyen en la adherencia al tratamiento (ver Tabla 1). Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, TesiUnam, Scopus, Web of Science, en la cual se incluyeron dieciséis investigaciones realizadas en los últimos cinco años en el estado de México, Ciudad de México, Hidalgo, Sinaloa y Guerrero, ordenados cronológicamente del más reciente al más antiguo. De esta misma manera se encuentran las investigaciones realizadas en México y Perú sobre las escalas de adherencia al tratamiento (ver tabla 2), ordenadas del más reciente al más antiguo.

Estos estudios (ver tabla 1) fueron realizados a personas con alguna enfermedad crónica como hipertensión, diabetes, insuficiencia venosa, fibrosis quística y enfermedad renal, analizando la variable adherencia con alguna otra como apoyo social, factores asociados, calidad de vida, componentes psicológicos, nivel de conocimiento, capacidad de autocuidado, factores de riesgo y la relación con el médico. Más adelante (ver tabla 2) se encontrarán las investigaciones que utilizaron escalas para medir la adherencia al tratamiento en pacientes con alguna enfermedad crónica como las escalas: El cuestionario ARMS-e que analiza de forma multidimensional la falta de adherencia, por lo que permite individualizar las posibles intervenciones en función de las barreras detectadas en cada paciente, el Test de Batalla es un test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad, se basa en que un mayor conocimiento por parte del paciente sobre su enfermedad representa un mayor cumplimiento. El test BMQ para analizar las creencias de los pacientes sobre la medicación y que pueden influir en la adherencia terapéutica. El Cuestionario Breve de la Medicación este cuestionario explora el comportamiento del paciente relativo a la toma de medicación y las barreras para la adherencia

terapéutica. Test de Morisky- consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no para valorar las barreras para una correcta adherencia terapéutica y el cuestionario SMAQ fue desarrollado y validado para determinar el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral.

Tabla 1 : *Estudios que reportan algunos factores asociados a la adherencia*

Autores/Año	País	Objetivo	Participantes	Instrumento	Resultados
Arteaga, 2024	CDMX	Establecer los factores que limitan la adherencia terapéutica en adultos jóvenes con hipertensión arterial de la UMF 33	55 personas de 25 a 44 años con diagnóstico de hipertensión arterial,	Instrumento Morisky Medication Adherence Scale o MMAS8 y instrumento The Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ)	Los factores que limitan la adherencia terapéutica más relevantes fueron las creencias del paciente sobre la medicación (63.5%), la poca satisfacción con la atención médica brindada(30.9%),la familia con menor número de integrantes (43.6%) y el consumo de sustancias toxicas(49%)
Enríquez, 2024	CDMX	Identificar el nivel de apoyo social, adherencia terapéutica y control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 84	274 pacientes con diabetes mellitus	Escala de adherencia a la medicación de Morisky MMAS-8 y el cuestionario MOS de apoyo social percibido	Se observó que el sexo femenino presenta mayor apoyo social con un 64.59 %, así como una adherencia máxima que presento una frecuencia de 47.44 % y un control glucémico de 42.33 %. El apoyo social máximo con mayor frecuencia se presentó en el grupo etario de 60-64 años, así como en alta adherencia y control glucémico. El estado civil casado, escolaridad secundaria, presento la mayor frecuencia de máximo apoyo social, alta adherencia terapéutica y control glucémico

Flores et al., 2024	CDMX	Asociar factores de asociados y adherencia terapéuticos en adultos con insuficiencia venosa crónica de la UMF 161	276 pacientes con insuficiencia venosa	Escala de adherencia a la medicación de Morisky MMAS-8	Se realizó análisis descriptivo de cada pregunta de la escala, encontrándose los siguientes datos: 30 (10.9%) si olvidaba tomar los medicamentos para su enfermedad y 246 (89.1%) no olvidaba tomar los medicamentos para su enfermedad, 44 (15.9%) si tomaban los medicamentos a la hora indicada, 232 (84.1%) no tomaban los medicamentos a las horas indicadas, 23 (8.3%) si dejaban de tomar el tratamiento cuando se encontraban estables y 253 (91.7%) no dejaban de tomar el tratamiento aun cuando se encontraban estables, 10 (3.6%) si dejaban de tomar el tratamiento aun sintiéndose mal y 266 (96.4%) no dejaban de tomar el tratamiento aun sintiéndose mal.
Gómez et al., 2023	CDMX	Identificar la adherencia terapéutica en adultos mayores Hipertensos con y sin depresión de la Unidad de Medicina Familiar No.21 del Instituto Mexicano del Seguro Social	131 pacientes con hipertensión	el cuestionario de adherencia terapéutica de Morisky-Green y el cuestionario de detección de depresión EDG-Yesavage	Se muestra que no hay una asociación entre la depresión y la adherencia terapéutica antihipertensiva, lo cual es contradictorio a resultados de estudios previos. Es importante mencionar que los datos de presión son subjetivos y que estamos confiando en las respuestas del paciente sin embargo muchas veces el paciente no externa lo que realmente siente o piensa, lo cual seguramente influyo en el resultado del estudio.

Gómez et al., 2024	Guerrero	Identificar la adherencia terapéutica en los adultos mayores con hipertensión arterial, en la Unidad de Medicina Familiar Número 27 en Petacalco, Guerrero	50 pacientes	Cuestionario MBG para adherencia terapéutica y el Test de Batalla.	Con base al cuestionario MBG se determinó la adherencia parcial de 52% (26/50), no adherente con 28% (14/50) y adherencia total 20% (10/50), predominó sexo femenino con 56% (28/50), estado civil casados 72% (36/50), escolaridad primaria 42% (21/50), se asoció la escolaridad analfabeta a la no adherencia con valor de P (0.01194). Con el Test de Batalla, se obtuvo una adherencia terapéutica de un 52% (26/50) y no adherente 48% (24/50), donde se encontró que la no adherencia estaba asociada a un descontrol de la hipertensión arterial
González et al., 2024	CDMX	Analizar la relación entre calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2, específicamente describir y comparar los niveles de calidad de vida, así como, los niveles de adherencia al tratamiento	190 pacientes con diabetes tipo 2	Cuestionario de calidad de vida diabetes 39 y Versión actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica	los puntajes obtenidos en la versión actualizada de la escala de adherencia terapéutica fueron los siguientes; en función al factor 1 (atención médica), el 15.8% de la muestra presentó una adherencia baja, el 80.5% una adherencia regular o moderada y solo el 3.7% una adherencia alta. En cuanto al factor 2 (cambios en el estilo de vida) el 62.6% de la muestra presentó una adherencia alta, mientras que el 37.4% una adherencia regular o moderada. Y finalmente en el factor 3 (barreras ante la medicación) el 66.3% presentó una adherencia regular o moderada, mientras solo el 33.7% una adherencia alta.

Joo, 2024	CDMX	Analizarla diferencia en la adherencia al tratamiento en pacientes jóvenes y adultos mayores con hipertensión arterial	334 Pacientes	Cuestionario para la evaluación terapéutica de MBG Martín-Bayarre-Grau	En lo que respecta a la adherencia terapéutica según los años de enfermedad que tuvieron los participantes, se encontró que hubo mayor adherencia terapéutica en aquellos que llevaban menos de 10 años de padecimiento con un 23% (n=77), mientras que aquellos que tenían más de 10 años de evolución presentaron menor adherencia terapéutica con una adherencia parcial de 26% (n=87).
Olvera et al., 2024	CDMX	Identificar componentes psicológicos o psiquiátricos que afecten al paciente, lo cual permite una mejor toma de decisiones sobre un diagnóstico y/o tratamiento con respecto al padecimiento	61 pacientes con cáncer	Escala de adherencia terapéutica EAT y el cuestionario de Salud SF-36	Los resultados de este estudio indican que a pesar del diagnóstico que tenían las personas casi el cien por ciento presentó buena adherencia en el control de la ingesta de medicamentos y alimentos, además más de la mitad reportó un adecuado seguimiento de las recomendaciones médicas y sentirse auto eficaz en cuanto a la capacidad de cumplir con el tratamiento a pesar de lo complicado que fuera o el tiempo que requiriera, se encontraron diferencias entre hombres y mujeres, donde las mujeres mostraron una mayor autoeficacia ante la percepción del cumplimiento de las indicaciones y cambios recomendados para el tratamiento en comparación con los hombres.

Ortiz et al., 2024	CDMX	Evaluar la asociación del nivel de conocimiento del tratamiento de la enfermedad con la adherencia terapéutica en pacientes atendidos en una clínica de Fibrosis Quística del occidente de México.	42 pacientes con fibrosis quística	Cuestionario "Knowledge of disease management-CF-P"	En base al análisis de los resultados obtenidos, podemos concluir que no se encontró asociación entre la adherencia terapéutica y el nivel de conocimientos del tratamiento de los cuidadores principales de pacientes con fibrosis quística, De forma global, la tasa de adherencia terapéutica en nuestros pacientes fue clasificada como media en el 45.2% de los casos.
Ramírez et al., 2024	CDMX	Determinar la relación entre conocimientos sobre diabetes y autoeficacia con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 de la CMF Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE CDMX	97 pacientes	Adherence to Refill and Medication Scale en español (ARMS-e), Diabetes Knowledge Questionnaire 24 (DKQ24) y Escala de Autoeficacia General versión en español	En nuestro estudio, en la evaluación de correlación entre el nivel de conocimientos global sobre diabetes y adherencia terapéutica no existe evidencia que demuestre una relación lineal entre estas dos variables ($\rho=-0.15$, con valor $p=0.071$)

Sánchez et al., 2024	CDMX	Asociar la adherencia terapéutica con la capacidad de autocuidado en adultos con hipertensión arterial de reciente diagnóstico	268 pacientes	Cuestionario para la evaluación terapéutica de MBG Martín-Bayarre-Grau y Escala de valoración de la capacidad de autocuidado en población mexicana (ASA)	Se estudiaron a 268 participantes, de los cuales el 12.7% (34) refirieron una buena adherencia terapéutica, el 56% (150) adherencia terapéutica parcial y el 31.3% mala adherencia terapéutica, La relación esperada según otros estudios es del 30% entre la adherencia terapéutica y la capacidad de autocuidado(14), sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio fue una relación de la adherencia terapéutica con la capacidad de autocuidado en un 11.2% (30) y la mala adherencia terapéutica con un 23.1% (62) con la capacidad de autocuidado, concluyendo que no existe relación entre la capacidad de autocuidado y la adherencia terapéutica
Sánchez et al., 2024	CDMX	Analizar la relación que tiene la adherencia al tratamiento de los pacientes con fibrilación auricular tratados con anticoagulantes orales y los determinantes sociales en salud	312 pacientes	Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos relacionados con los determinantes sociales en salud en pacientes con fibrilación auricular y anticoagulantes orales	La adherencia terapéutica en pacientes bajo tratamiento con anticoagulante no muestra una relación significativa con el número de hijos, sin embargo, se identificó que, a medida que aumenta la edad de los pacientes, también incrementa su adherencia al tratamiento. Es primordial considerar los factores socioeconómicos y demográficos, los cuales desempeñan un papel crucial en la adherencia terapéutica de los pacientes con fibrilación auricular.

Sierra, 2024	Hidalgo	Determinarla asociación que existe entre la adherencia farmacológica y el estadio de Wagner de pie diabético en pacientes con diabetes tipo 2 del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.1 Pachuca, Hidalgo.	261 pacientes con diabetes tipo 2	Test de Morisky-Green y escala de Wagner de pie diabético	Del total de participantes, 150 pacientes presentaron adherencia farmacológica, 57.5%. El 68.2% (n=178) fueron mujeres, de ellas, el 60.7% (n=108) presentó adherencia farmacológica. Se determinó estadio 0 de pie diabético en 252 pacientes, de acuerdo a la escala de Wagner, 96.6%, de los cuales, 144 pacientes (57.1%) presentaron adherencia farmacológica.
Armenta et al., 2023	Sinaloa	Identificar factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos del Programa DIABETIMSS en la Unidad de Medicina Familiar # 35 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Culiacán, Sinaloa	325 pacientes	Test de Morisky-Green, a escala de depresión y/o ansiedad y el cuestionario de asistencia personal.	Aproximadamente la mitad de los pacientes (n=115) se encontró no controlado de su enfermedad, de los cuales el 54.8% (n=63) no tuvo adherencia al tratamiento, existiendo una diferencia estadísticamente significativa al contrastarse con los que sí estaban controlados, $p < 0.05$. Respecto al tratamiento que recibieron los pacientes, el 62.1% (n=146) recibió una terapia oral, al 28.5% (n=67) se le administró una terapia oral más insulina y el 6.4% (n=15) sólo recibió terapia con insulina, el resto de los pacientes no tuvo terapia alguna.

Chávez, 2023	CDMX	Analizarla Adherencia Terapéutica Y Funcionalidad Familiar En Pacientes de 40 a 59 Años de edad con Enfermedad Renal Crónica de La UMF 58.	138 pacientes	Cuestionario ARMS-e y cuestionario CREM-P	De acuerdo a la relación médico paciente se obtuvo que de los 138 encuestados, 24 (17%) de los pacientes tuvieron una buena relación médico-paciente y 114 (83%) una mala relación médico-paciente. Respecto a la adherencia terapéutica se observó que, de los 138 pacientes, 21 (15%) tuvieron una buena adherencia terapéutica y 117 (85%) una mala adherencia terapéutica, De las 24 personas que tuvieron una buena relación médico-paciente, solo 2 (8%) tuvieron una buena adherencia terapéutica y 22 (92%) una mala adherencia terapéutica y finalmente de las 114 personas que tuvieron una mala relación médico-paciente, 21 (18%) tuvieron una buena adherencia terapéutica y 93 (82%) una mala adherencia terapéutica.
Salgado, 2023	Monterrey	Evaluar la asociación entre la relación médico-paciente, adherencia terapéutica y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 en el primer nivel de atención	241 pacientes	Escala PDRQ-9 Y escala de Morisky	El 55% de los participantes registró una relación médico-paciente muy apropiada, 32.9% apropiada y 11.3% no apropiada. La adherencia alta al tratamiento fue menor al 10%. A nivel multivariado la relación médico paciente no se asoció con adherencia.

Tabla 2*Estudios relacionados con escalas de adherencia al tratamiento*

Autores/Año	País	Objetivo	Participantes	Instrumento	Resultados
Chalco et al., 2023	Perú	Establecer las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad de la Escala de Adherencia Terapéutica basada en comportamientos explícitos en pacientes con insuficiencia renal crónica	245 Pacientes con insuficiencia renal	Escala de adherencia terapéutica	La Escala de Adherencia Terapéutica basada en comportamientos explícitos, en los casos de insuficiencia renal crónica, presenta evidencias de validez y confiabilidad a partir de la estructura del constructo para la muestra estudiada.

Mendoza, 2021	México	Realizar una revisión sobre las barreras de la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes, hipertensión y obesidad en clínicas de atención de primer nivel.	Pacientes con enfermedades crónicas	Test de auto cumplimiento, escala de Morisky-Green, Test de cumplimiento SMAQ	Para el cumplimiento de la adherencia terapéutica existen diferentes barreras que no permiten el control de la enfermedad. Estas barreras pueden ser propias del paciente, pero también propias del sistema de salud que otorga el servicio, enfatizando el papel de los médicos para educar y orientar al paciente con respecto a su enfermedad y coadyuvar a su adherencia.
Balcázar et al., 2020	México	En esta investigación, se estudiaron las propiedades psicométricas de la Escala de Adherencia Terapéutica, en personas con diferentes enfermedades.	193 participantes y 231 para la segunda fase	Escala de adherencia terapéutica	La EAT, tiene adecuadas propiedades psicométricas para su utilización en investigación sobre la adherencia al tratamiento en algunas condiciones médicas y probó que su modelo en dos factores, tiene adecuada bondad de ajuste.

Pedraza-Banderas, et al., 2018	México	El objetivo del presente estudio fue presentar una versión actualizada de la escala de adherencia terapéutica que supera las limitantes detectadas en la primera versión. Si bien, ambas versiones cuentan contienen propiedades psicométricas adecuadas	200 participantes con una enfermedad crónica	Escala de adherencia terapéutica	Se recomienda que la eliminación, modificación o mantenimiento de un reactivo se haga de acuerdo con el criterio de saturación en el factor y no con el valor de comunidad, porque de haber considerado los valores de comunidad se hubiesen perdido elementos que son importantes y adecuados en la presente escala
Cortés, et al., 2009	México	Presentar una escala de adherencia para pacientes crónicos, basada en comportamientos explícitos. Para viabilizar esta escala, se aplicó a 200 pacientes con diversas enfermedades crónicas	200 participantes con una enfermedad crónica	Escala de adherencia terapéutica	Los análisis de datos tienen el siguiente orden: primero, se presentan los análisis de fiabilidad, ya que éstos dan respuesta a una de las características psicométricas que es la consistencia interna del instrumento; en segunda instancia, se presenta el análisis factorial con la finalidad de identificar los factores, finalmente se muestran los descriptivos.

Soria et al., 2009	México	El objetivo del presente trabajo es presentar una escala de adherencia para pacientes crónicos, basada en comportamientos explícitos.	200 participantes con una enfermedad crónica	Escala de adherencia terapéutica	El índice de fiabilidad alpha de Cronbach fue de .91 en general y el análisis factorial mostró 3 factores con 7 ítems cada uno: Control de ingesta de medicamentos y alimentos, Seguimiento médico conductual, y Autoeficacia.
---------------------------	--------	---	--	----------------------------------	--

Capítulo III. Empatía

La palabra empatía, traducida del alemán *Einfühlung*, ha sido descrita como un concepto elusivo y esquivo, con una larga historia marcada por la ambigüedad y la controversia, no existe un consenso sobre la definición de empatía, sin embargo, ha existido un continuo debate acerca de este constructo, que en ocasiones se ha descrito como un atributo cognitivo caracterizado por el entendimiento de las experiencias de otras personas; en otras ocasiones, se describe como un estado emocional de la mente con la particularidad de compartir los sentimientos; e incluso en otras ocasiones, se le considera un concepto que involucra tanto la cognición como la emociones (Decety, 2004; Eklund, 2020).

Eisenberg y Strayer (1987) describieron a la empatía como un concepto elusivo que ha provocado considerable especulación, emoción y confusión. Además, a causa de la ambigüedad relacionada con el concepto de empatía. Según Pigman (1995) la palabra se utilizó para describir la proyección de sentimientos humanos sobre el mundo natural y objetos inanimados.

Wilhelm Wundt (1879) utilizó *Einfühlung*, por primera vez en el contexto de las relaciones humanas. En 1905 Sigmund Freud empleó *Einfühlung*, para describir la psico-dinámica de ponerse a uno mismo en la posición de otra persona.

Southard 1918 fue el primero en describir el significado de la empatía entre el médico y paciente a fin de facilitar el resultado diagnóstico. A partir de entonces los científicos sociales y conductuales estadounidenses han usado con frecuencia el concepto de empatía en referencia a la relación psicoterapéutica o de orientación y en la discusión sobre comportamiento pro-social y altruismo.

Carl Rogers (1959) fundador de la terapia centrada en el paciente definió el término empatía como una capacidad de percibir el marco de referencia interno de otra persona con exactitud, como si uno fuese la otra persona, pero sin perder la condición como si jamás. Describió la experiencia de la empatía como entrar al mundo perceptual privado de otra persona y estar completamente cómodo en él.

Charles Aring (1958) describió empatía como el acto o capacidad de apreciar los sentimientos de otra persona sin compartir dichos sentimientos. Robert Hogan

(1969) definió la empatía como una aprehensión intelectual o imaginativa de la condición o estado mental de otra persona, sin llegar a experimentar realmente los sentimientos de ella. Clark (1980) se refiere a la empatía como la capacidad única del ser humano de sentir experiencias, necesidades, aspiraciones, frustraciones, angustias, alegrías, ansiedades, dolor o hambre de los demás como si fuesen las propias.

Wispe (1986) describe la empatía como el intento de ser consciente de sí mismo por comprender sin juzgar las experiencias positivas o negativas de otro ser.

Mead (1934) esboza la empatía como elemento de la inteligencia social. Schafer (1959) definió la empatía como la experiencia interna de compartir y comprender el estado psicológico momentáneo de otra persona. Bellet y Maloney (1991) distinguen la empatía como una capacidad para entender lo que otra persona está experimentando desde dentro del marco de referencia de la otra persona, por ejemplo, la capacidad de ponerse uno mismo en los zapatos del otro.

Hoffman (1981) la explica como una respuesta afectiva sustitutiva a la situación de alguien más en lugar de la de uno mismo. Mark Davis (1994) caracteriza la empatía como un conjunto de constructos relacionados con las respuestas de un individuo a las experiencias de otro. Estos constructos influyen específicamente los procesos que ocurren dentro del observador y los resultados afectivos y no afectivos consecuentes de dichos procesos.

El componente afectivo de la empatía es un sentimiento vicario o compartido, frente a la experiencia emocional de otra persona; esto puede llevar a sentimientos y conductas positivas como la compasión y el altruismo, o a experiencias emocionales negativas, como la angustia y la aversión (Davis, 1980, 1983; Eisenberg & Strayer, 1987). En este sentido, Davis aclara que desde la perspectiva cognitiva se habla de capacidades o tendencias de la persona; y desde la perspectiva emocional de la reactividad emocional individual. (Davis, 1980, 1983; Fernández-Pinto et al. 2008). Los factores situacionales son mediados por las habilidades cognitivas, que permiten discernir cuál es la acción a seguir frente a la situación de otros, basado en experiencias anteriores y las reflexiones del momento. Un enfoque de amplia aceptación en el mundo académico es el de Davis en 1983, el cual integra los

diversos conceptos existentes hasta el momento, mostrando que son partes de un mismo fenómeno; así, conserva la visión de la empatía en su naturaleza cognitiva, pero la enlaza a la versión emocional, dando a entender que tanto lo cognitivo como lo emocional son dos caras de una misma moneda. Por tanto, sustenta que la empatía es un concepto multidimensional, en el cual se hace necesario evaluar tanto lo instintivo, como los procesos de construcción cognitiva que permiten reconocer la experiencia emocional del otro a partir de los propios aprendizajes. En 1996, Davis describe la empatía en un conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas. (Fernández-Pinto et al., 2008; Surguladze, 2020).

Empatía y Neuronas Espejo

Para explicar la función de las neuronas espejo, se recurre a un ejemplo de los trapecistas en un circo, en el trapecio hay un acróbata que resbala y pierde el equilibrio, el público que lo observa se le encoge el estómago, sienten un nudo en la garganta y se les acelera el pulso, como si fueran ellos mismos quienes cuelgan en el abismo (Lacoboni, 2009; Penangos-Corso, 2022). Esta capacidad para sentirse en la piel del otro es posible gracias a la función de las neuronas espejo.

Las neuronas cercanas del área broca o de la corteza premotora o del lóbulo parietal inferior, se excitan cuando la persona observa una acción de otro individuo, de forma parecida a si actuaran ellos, se les denomina neuronas espejo (Bekkali, 2020; Cantagallo, 2010).

La actividad de las neuronas espejo parece indicar que la observación de la acción llevada a cabo por otros individuos evoca en el cerebro del observador el diseño de un acto de motor análogo al espontáneamente activado por voluntad propia (Rizolatti, 2006; Schmidt, 2021).

El sistema de las neuronas espejo en los humanos codifica actos motores transitivos e intransitivos, en los humanos el sistema se activa también con la observación de una acción imitada, cuando el experimentador aparenta que agarra un objeto sin que esté exista (Biagi, 2010; Kiehl, 2024). Las neuronas espejo son capaces de codificar y discriminar incluso la intención con la que se lleva a cabo un determinado acto, no es lo mismo observar cómo se toma una taza de té para beberlo que cuando se toma la taza para retirarla, el sistema de las neuronas espejo se activa de forma distinta implicando circuitos diversos (Doron, 2010; Wu, 2022).

Los bebés son capaces de imitar algunos movimientos faciales como sacar la lengua, cuando un adulto realiza este movimiento frente a su cara. Pero el bebé no tiene conciencia de lo que significa ni para qué sirve sacar la lengua (Engel, 2008; Silverman, 2019). El sistema de neuronas espejo precisa para funcionar correctamente que el individuo haya adquirido conocimiento motor a partir de la experiencia sensorial en general, especialmente la referida a la información propioceptiva que permite conocer las bases de la motricidad, pero también, de la información visual. A partir de la propia experiencia propioceptiva somos capaces de implicarnos en primera persona al observar el movimiento de otro individuo, como si fuéramos nosotros quien lo realiza, ya que nuestro cerebro tiene grabada la experiencia motora de aquel acto “como si” lo realizáramos nosotros (Ballester, 2002; Debes, 2017).

Las neuronas espejo se descubren inicialmente en zonas próximas al área de Broca que es la competente en la articulación lingüística. Puede pensarse que nuestra capacidad lingüística se desarrolló, en alguna etapa de la evolución, a partir de la imitación gestual de los gruñidos, debiendo el individuo interiorizar tanto el significado como la representación gestual de lo que expresaba (Arriaga, 2006; Penagos-Corso, 2022).

El sistema de neuronas espejo pudo ser uno de los mecanismos que coadyuvan al desarrollo del lenguaje oral, si bien admiten que habrá que esperar nuevos estudios para establecer el papel de las neuronas espejo en el origen del lenguaje. En otro aspecto, el mecanismo de las neuronas espejo permite la comprensión inmediata

del estado emocional de los demás, antes que cualquier mediación cultural o lingüística (Araya-Pizarro, 2020).

Empatía Cognitiva y Emocional

La empatía emocional o afectiva reside en la comprensión de las emociones de los demás, para poder aplicar este término a cómo las personas sabemos sobre los sentimientos de otras personas, (Abramson, 2020; Batson 2009), es necesario tener en cuenta la teoría de la simulación; la teoría de la simulación, las personas simulamos o nos imaginamos a nosotros mismos en la situación de otro y así entendemos sus estados mentales.

Walter en 2012 menciona que la empatía afectiva es un estado afectivo provocado por un estado de percepción, imaginación o inferencia del estado afectivo del otro; es similar al estado afectivo del otro; orientado hacia el otro; e incluye al menos apreciaciones cognitivas del estado afectivo del otro como puede ser la toma de perspectiva, la distinción de uno mismo y el conocimiento de la relación causal entre uno mismo y el estado afectivo de otro. Caruana por otro lado en 2019 asocia este término con un sentimiento altruista, prosocial, dirigido en ayudar al prójimo parecido a algo como la compasión o la piedad. Walter en 2012 también menciona que debe diferenciarse empatía afectiva y compasión con contagio emocional; éste nos hace adoptar una conducta o un estado que, a su vez, depende del estado negativo o positivo del grupo social con el que nos encontremos y que también forma parte de las respuestas afectivas, además también agrega el término imitación emocional, la cual se encuentra ligada a ese contagio emocional puesto que son reacciones que tenemos debido a la reacción afectiva del otro, es decir la imitación como una reacción básica de sincronización automática del comportamiento emocional.

Empatía cognitiva reside en la previsión de los pensamientos de los demás, para poder aplicar este término a cómo las personas sabemos sobre pensamientos de otras personas (Batson 2009; Thomson, 2021). Es necesario tener en cuenta la

teoría de la teoría. La teoría de la teoría defiende que nuestra mente contiene unas teorías que nos hacen relacionar e inferir estados mentales de otros; esto podría enlazarse a esa empatía cognitiva mencionada antes. Se basa en la hipótesis de que la mente de cada uno de nosotros está dotada de estados mentales internos e inobservables, y una serie de reglas inferenciales que nos permiten relacionar estados mentales con otros estados mentales, con estados perceptivos y con respuestas del comportamiento. Para comprender a alguien que tenemos delante de nosotros usamos una teoría que implica observar las expresiones en el rostro (ceño fruncido) o comportamientos (no contestar cuando se le habla) que nos hacen vincular estos datos que recibimos con un estado de malestar o enfado que pueda tener esa persona. Esta comprensión se llevaría a cabo a través de un razonamiento deductivo y no empático (Caruana, 2019).

La empatía cognitiva tiene que ver con el entendimiento de esos sentimientos del otro. Sin embargo, este tipo de empatía nos ayuda a comprender sin, necesariamente, implicarnos emocionalmente en ese estado afectivo, a pesar de ser comprendidas como dos categorías independientes (Demetriou, 2018).

Decety y Lamm en 2018 consideran que ambos elementos de la empatía tanto cognitiva y afectiva son necesarios para experimentar y entender lo que otros sienten siendo capaz de diferenciar entre uno mismo y el otro. Aue, 2021; Scheler y Coplan 2011 proponen que hacen falta tres requisitos para hablar de empatía:

1. Una similitud de los estados que sienten el observador y el observado. Ambos deben compartir el mismo sentimiento pues, si el observador está en un estado el cual el observado no está sintiendo o no es consciente de su situación, esto no sería considerado empatía sino compasión.
2. Una diferenciación constante entre el observador y el observado. En este caso conviene ser consciente de quién soy y quién es el otro.
3. El observador asume la perspectiva del otro o lo que se conoce como, *other-oriented perspective taking*.

Daniel Batson 2009; Kogler, 2020: afirma que hay cerca de ocho estados psicológicos que una persona puede experimentar cuando hay empatía:

- 1.- Conocer el estado interno de otra persona, incluyendo sus pensamientos y sentimientos.
- 2.- Adoptar la postura o coincidir en las respuestas neurales del que se observa: una mímica motora.
- 3.- Sentir lo que siente otra persona.
- 4.- Intuirse o proyectarse uno mismo en la situación de otro.
- 5.- Imaginar lo que estará pensando y sintiendo el otro.
- 6.- Imaginar lo que pensaría y sentiría yo estando en el lugar de otra persona.
- 7.- Sentir malestar al ver sufrir a otra persona.
- 8.- Preocuparse por otra persona que está sufriendo

Empatía Médica

Cuando un paciente acude con el médico, no es por simpatía, sino porque necesita ayuda, No le importa saber si el médico es apuesto y tiene buen humor, lo que demanda es que se le devuelva la salud. Que el médico de cabecera sea un ancla, un puente entre paciente, enfermedad y familia (Donoso, 2014; Nembhard, 2022). En ocasiones, como refiere Antonio Corral Castanedo en inicios de 1981, el enfermo se encuentra en una isla con mínimo contacto con su familia debido a la burocracia de algunos sistemas de salud. Y es que cuando el enfermo entra al hospital es sometido a máquinas y aparatos sin darle ninguna explicación, entre análisis, radiografías y exploraciones que no sabe para qué son y lo que buscan, que lo aturden, que nadie le aclara nada y en medio de los cuales escucha poco aliento. En otras palabras, se encuentra perdido. La enfermedad constituye un giro biológico existencial para el individuo; tiene sentido entonces que la atención que se brinda se vuelque en estos dos ámbitos para lograr un conocimiento integral de la acción

de enfermarse para así dispensar un auténtico cuidado (Guidi, 2021; Sabando, 2014).

La cosificación del paciente mediante la cual éste se convierte en un número, una estadística, deja de ser una persona para volverse tan sólo una cosa. Ya no se le llama por su nombre, es ahora el 534. Lo que es una verdad es que, en la práctica médica, principalmente en los hospitales, existe una deshumanización hacia el paciente, hacia nuestros semejantes, por ello una propuesta de Claudia Donoso es la empatía como estrategia para la humanización del acto médico en la que se establece que el otro generalizado constituye también el otro concreto (Donoso, 2014; Zhang, 2023).

Que el médico se ponga en los zapatos del paciente, que se involucre con él no sólo en el cuidado del cuerpo humano, sino también en sus sentimientos, su alma, su espíritu, en lo que conforma al ser humano en sí como un todo (Donoso, 2014; Yang, 2025).

En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca; de este modo la empatía se convierte en el vehículo de la relación interpersonal médico-paciente. Es posible que con el paso del tiempo el nivel de empatía cambie y se deteriore, Intervenir en este proceso consistiría, más que en enseñar cosas nuevas, en enseñar a ser empático, en evitar la pérdida de esta capacidad (Acorta, 2005; Patel, 2019).

García (2008) señala que los médicos antiguos afirmaban que la desvalidez del enfermo no solo afecta al cuerpo, sino que también el alma, la voluntad y el sentido moral, el enfermo es *infirmus*, carente de firmeza. Para los antiguos, esta falta de firmeza física y moral se sustentaba en la creencia de que el dolor y el sufrimiento que acarrea la enfermedad impiden el ejercicio de la virtud ética por excelencia: la prudencia. En este contexto era el médico poseedor de la técnica, y a la vez un hombre bueno y bello el encargado de restablecer el orden físico y, en consecuencia, también el orden moral (Fascioli, 2010; Vinson, 2020). Lógicamente aquello se realizaba sin la participación del enfermo, porque este no podía ni tenía nada que decir. Estos son los orígenes del paternalismo que impregnó la relación clínica por casi 2.500 años (Decety, 2020; Newmann, 2011).

La empatía, entonces, ayuda al médico a reconocer y comprender lo que el paciente siente, es la mejor forma de acercarnos a lo que nos es común a los seres humanos. La relación médico-paciente es, además, un valor, una actitud y una habilidad que ha sido llamada la quintaesencia del arte de la medicina y patrimonio cultural inmaterial de la humanidad; constituye una cualidad deseable en todo profesional de la salud, lo cual incluye obviamente al médico, y se desarrolla con el tiempo y la práctica clínica. Una RMP digna y respetuosa se basa en aceptar al paciente más allá de lo que hace, es decir, debe ser valorado por lo que es, no por sus actividades ni por lo que tiene (Alcorta-Garza, 2005; Vinson, 2020).

El médico debe ser justo, sin dirigirse como juez y ha de prevenir y curar, no predicar una actitud moral. En el entorno de la relación médico-paciente, es fundamental la empatía para entender y comprender al paciente, respetando sus ritmos, cuidando no invadir el terreno de lo privado. El paciente marca la pauta, el tono e incluso, el sentido del humor con el que quiere expresarse. La empatía médica requiere presencia. Esa actitud se traduce en un saber estar que se transmite de la siguiente forma: “en estos momentos eres tú lo único que me importa” a pesar del cansancio, de que la sala de espera esté llena y la demora subsiguiente. Esto requiere autogestión emocional del profesional de la salud. Es decir; un saberse recuperar de los momentos complicados para entrar de nuevo en la siguiente visita; un reinicio continuo; vivir el momento presente, haciendo un esfuerzo para dejar de lado aquellos sentimientos y pensamientos que provocan apartarse de lo que está ocurriendo en ese instante (Zambrano, 2017).

La actitud empática hace posible el respeto y la dignidad de la relación médico-paciente. Es importante que el profesional de la salud se sitúe en el lugar del enfermo, en su piel y vea a través de sus ojos. En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca; de este modo, la empatía se convierte en el vehículo de la relación interpersonal entre ambos (Alcorta-Garza, 2005; Spatoula, 2019).

De acuerdo con Kraus (2017), en la práctica médica mirar exige menos compromiso que escuchar. Esta última convierte al interlocutor en testigo del otro y de sí mismo. Curar es una ciencia, acompañar es un arte. Hay que valorar con el diálogo lo que

quiere y lo que no quiere saber el enfermo sobre su padecimiento, sin olvidar que a veces despreciamos los pequeños gestos.

Es importante aplicar la regla de las “15 C”: comunicación, cercanía, comprensión, compasión, confianza, capacidad, consistencia, certificación, creatividad, cooperación/coordiación, compromiso bidireccional y conexión, con las resultantes calidad y calidez. A mayor aplicación de esta regla, mayor satisfacción en la relación médico-paciente, menor estrés, mejores resultados y menor síndrome de desgaste (Anderdsen, 2020; Zambrano, 2015).

Sanchez-Gonzalez (2020) mencionan que la comunicación sostiene el arte de la medicina por medio del médico. Además, constituye un factor que los pacientes privilegian: tan solo en Estados Unidos el 85% de los enfermos eligen al médico que los atiende por sus habilidades de comunicación y compasión, sin embargo, esta es una característica que la mayoría no posee y representa una carencia que va en aumento entre los profesionales de la salud. Muchas de las quejas contra médicos e instituciones de salud en México son consecuencia de fallas de comunicación, o bien, de una deficiente relación médico-paciente.

Altos niveles de empatía se vinculan con una mayor facilidad de los pacientes para expresar sus síntomas y preocupaciones, con lo que no solo se logra una mejor anamnesis y precisión diagnóstica, sino también una mayor participación del enfermo y educación en salud, y en general, una mejor calidad de la atención y la reducción del estrés del médico (Esqueda, 2016; Licciadorne, 2024).

La empatía facilita el cumplimiento terapéutico y resulta imprescindible ante cualquier enfermedad crónico-degenerativa, ya que tanto el paciente como sus familiares se sienten más confiados en el vínculo con su médico, ocupado al igual que ellos por su salud, y se sienten más motivados para hacer frente al tratamiento y a los efectos que este puede llegar a provocar (Tapia-Villanueva, 2007; Zhou, 2021). El profesional de la salud es el responsable de garantizar el cumplimiento del derecho a la información al paciente y debe comunicarle todo lo que sea relevante sobre el diagnóstico, opciones de tratamiento y sus beneficios, efectos secundarios ciertos o posibles, así como su gravedad, amén de aclarar cualquier duda o prejuicio

sobre todo lo concerniente a la relación médico-paciente (Smith, 2017; Tapia-Villanueva, 2007).

Estado del arte de la empatía en la relación médico-paciente

La empatía médica es un componente esencial en la relación entre los profesionales de salud y sus pacientes, ya que influye directamente en la calidad de atención y en los resultados de salud. A continuación, se presenta una tabla que resume los hallazgos relevantes, destacando los más efectivos para relacionar la empatía médica y mejorar la relación terapéutica esta tabla puede ayudar a comprender mejor las prácticas que pueden ayudar a ser implementadas para fortalecer la empatía en la atención médica (ver tabla 3).

Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, TesiUnam, Scopus, Web of Science, en el cual se incluyeron ocho investigaciones realizadas en los últimos diez años en el estado de México, Ciudad de México, Argentina, Perú, Sonora y Veracruz, ordenados del más reciente al más antiguo. De la misma manera se encuentran cuatro investigaciones realizadas en los últimos diez años en Chile, Perú, Venezuela y Monterrey (ver tabla 4) sobre investigaciones realizadas ocupando la escala de empatía de Jefferson, ordenadas de la más reciente a la más antigua.

Estos estudios (ver tabla 3) fueron realizados sobre la empatía médica analizando la variable empatía con alguna otra como satisfacción del paciente, resiliencia, factores asociados, empatía en estudiantes y factores asociados. Más adelante (ver tabla 4) se encontrarán las investigaciones que utilizaron escalas para medir la empatía médica como: Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ). La estructura factorial de la versión en inglés es coherente con los aspectos conceptuales de una escala multidimensional que mide los factores de adopción de perspectiva, atención compasiva y "ponerse en el lugar del paciente". La JSPE ha mostrado propiedades psicométricas satisfactorias; se ha confirmado la validez de constructo, discriminante y de criterio entre estudiantes de medicina, con una consistencia interna de 0,89.

Tabla 3*Estudios relacionados con la empatía médica*

Autores/Año	País	Objetivo	Participantes	Instrumentos	Resultados
Baro et al., 2023.	Argentina	Correlacionar los valores de empatía de los médicos del servicio con los resultados de las encuestas de satisfacción del paciente ambulatorio, medido mediante una herramienta llamada HCAPS.	65 médicos	Escala de Empatía Médica de Jefferson	Se encontró que los pacientes percibían un mayor trato respetuoso y que se les explicaba mejor sus opciones de tratamiento por parte de los médicos con mayores niveles de empatía. No hubo diferencias en los niveles de empatía de los médicos según su edad, sexo, o tiempo desde la obtención del título de especialista
González et al., 2021	EDOMEX	Analizar el estado nutricional, el nivel de resiliencia y la asociación del estado nutricional y la resiliencia con la empatía médica en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas del centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón.	34 pacientes y 10 médicos	Escala de empatía médica de Jefferson, cuestionario de frecuencia de alimentos	En cuanto a la empatía médica se encontró que el 100% de los médicos son empáticos, respecto a los pacientes con enfermedades crónico degenerativas se observó que el 100% tiene un estado nutricional no adecuado, el 88.6% de los pacientes tuvo un nivel de resiliencia positiva y el 11.4% un nivel de resiliencia negativa.

Ramiro et al., 2017	CDMX	La práctica clínica que se desarrolla con el tiempo y actualmente se cuestiona si es posible enseñarla con las estrategias actuales de la docencia en medicina ya que también hay quien dice que "se tiene o no se tiene" en alusión a una característica un tanto innata	209 pacientes	Escala de empatía médica de Jefferson, escala de actitudes sobre ética profesional	De acuerdo a la edad la media se encuentran en 31.65 en lo que respecta a empatía médica se observan resultados altos de 26 a 38 años en 3.35% en médicos de 25 a 45 años sobresalientes en 101, de 25 a 48 años en intermedio en 100
----------------------------	------	---	---------------	--	---

Robles et al., 2018	Sonora	Conocer el nivel de empatía que muestran los médicos de la consulta externa del Hospital General de zona no. 5 del IMSS de Nogales Sonora	90 Médicos	Escala de Empatía Médica de Jefferson	Se obtuvo que el mayor porcentaje fueron medianamente empáticos con un 67.78%, empáticos en segundo lugar con un total de 16.67% y en el más bajo porcentaje no empáticos con un 15.56%.
Arroyo et al., 2018	Perú	Determinar los niveles de empatía hacia el paciente y su asociación con la funcionalidad familiar, estrés, rendimiento académico y factores sociodemográficos y académicos de los estudiantes de medicina.	130 estudiantes	Escala de empatía médica de Jefferson	El nivel de funcionamiento familiar está asociado con la empatía. Además, se encontró que las mujeres resultaron más empáticas y el mayor año académico estuvo asociado a una menor empatía hacia el paciente.

Dávila et al., 2016	Perú	Identificar el nivel de empatía en los estudiantes de medicina de la Universidad del Azuay.	283 estudiantes	Escala de empatía médica de Jefferson	Se pudo observar que las mujeres tienen un promedio mayor en los niveles de empatía que los hombres en casi todos los cursos, excepto en el sexto. Existieron diferencias estadísticamente significativas cuando se analizaron por separado las puntuaciones por género y curso; estas diferencias no fueron significativas cuando se analizó la interacción entre las dos variables señaladas.
Márquez, 2015	Veracruz	Correlacionar la satisfacción de la relación médico-paciente con el nivel de empatía del médico y la percepción de ésta por el paciente de noviembre de 2013 a enero de 2014.	49 médicos y 385 pacientes	Escala de Empatía Médica de Jefferson, Escala de las percepciones del paciente sobre empatía médica de Jefferson y Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas (PDRQ-9)	El puntaje de empatía de nuestra población se ubicó entre 80 y 91 puntos con una mediana de 85, lo que coloca a nuestra población en una empatía media, En nuestros sujetos de estudio no hubo correlación con los años de antigüedad laboral, el promedio fue mayor en médicos con antigüedad mayor a 21 años con 88.12 puntos con un rango de 63-106.

Victoria, G. 2012	EDOMEX	Determinar la relación de la empatía del médico con el paciente.	260 pacientes y 20 médicos	Escala de Empatía Médica de Jefferson	El estudio demostró que las mujeres tuvieron una empatía igual o esperada para los hombres lo que llama la atención. Esto probablemente sea por el tipo de muestra ya que la población estudiada es pequeña. Con respecto a la edad se encontró que los profesionales de la salud con un rango de edad de entre los 31 a 35 años que corresponden a el 35 % de la muestra presentaron mejor empatía que aquellos de edad de 51 o más así en los médicos con estado civil de casado presentó una mejor empatía con el 80 % de los encuestados.
--------------------------	--------	--	----------------------------	---------------------------------------	---

Tabla 4*Estudios relacionados con escalas de empatía médica*

Autores/Año	País	Objetivo	Participantes	Instrumentos	Resultados
Díaz-Narváez et al., 2020	Chile	Verificar que la estructura factorial de los datos observados estén en correspondencia con la estructura factorial teórica de la empatía. Estimar y comparar los niveles de empatía en las especialidades médicas evaluadas.	223 médicos	Escala de empatía médica de Jefferson	Se observa una adecuada consistencia interna, se confirma el modelo de tres dimensiones del instrumento original. No existen diferencias entre los géneros ($p > .05$), pero sí entre los tipos de atención y entre las especialidades ($p < .05$). Los datos observados tienen la estructura factorial teórica asociada al instrumento empleado en la medición de la empatía.

Mayo et al., 2019	Perú	Identificar el nivel de empatía y factores relacionados en médicos residentes de áreas médicas y quirúrgicas realizando entrenamiento especializado en un hospital de Lima, Perú.	100 Médicos	Escala de empatía médica de Jefferson	Los médicos residentes de la especialidad de Pediatría presentaron puntajes más altos que el resto de especialidades, pero no se encontraron variables específicas significativas para explicar las diferencias detectadas en niveles de empatía
Montilva et al., 2015	Venezuela	Determinar la empatía en estudiantes del área clínica de Medicina (EMed) y Enfermería (EEnf) de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA), Venezuela, y su relación con el género, la edad y el nivel del área clínica.	246 alumnos	Escala de empatía médica de Jefferson	El puntaje promedio de los EMed fue 120.3, y en los EEnf fue 117.9; no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos ni en las etapas de la carrera de ambos programas ni según la edad. Alumnos del género femenino presentaron mayores puntajes que los masculinos (120.67 vs. 115.19, respectivamente, $p = 0.02$).

Alcorta-Garza et al., 2005	Monterrey	Una relación médico-paciente positiva es un elemento crítico en la práctica médica y en el arte de curar. A pesar de las recomendaciones, la empatía médica sigue siendo un área de investigación inexplorada en la educación médica	1022 estudiantes de medicina	Escala de empatía médica de Jefferson	En lo que respecta a la confiabilidad, la consistencia interna se encontró dentro del rango aceptable para pruebas de personalidad. En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca; de este modo, la empatía se convierte en el vehículo de la relación interpersonal médico-paciente
-----------------------------------	-----------	--	------------------------------	---------------------------------------	--

Estado de arte de la Empatía médica y adherencia al tratamiento en personas con enfermedades crónicas.

En la última década, la relación entre la empatía médica y la adherencia al tratamiento en personas con enfermedades crónicas ha sido objeto de creciente interés en la literatura científica. Diversos estudios han explorado cómo la calidad de la interacción entre el médico y el paciente, en particular la capacidad del profesional de la salud para comprender y responder a las emociones y necesidades del paciente, influye en la adherencia terapéutica y en los resultados clínicos.

Los estudios seleccionados (Ver tabla 5) abarcan diferentes contextos geográficos y poblacionales, incluyendo grandes cohortes en Europa y América del Norte, así como investigaciones en países de Asia, África y América Latina. En general, la evidencia señala que una relación médico-paciente caracterizada por una comunicación efectiva, confianza y empatía se asocia con una mejor adherencia a los tratamientos, especialmente en enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, lupus y enfermedad renal crónica.

Se utilizaron diversas herramientas para evaluar tanto la empatía médica (por ejemplo, la Jefferson Scale of Physician Empathy) como la adherencia al tratamiento (Morisky Medication Adherence Scale, ARMS, entre otras), y aunque algunos estudios también incluyen indicadores clínicos objetivos, como niveles de HbA1c o complicaciones agudas, otros se centran en medidas subjetivas como la satisfacción del paciente o la experiencia del cuidado.

Los resultados sugieren que la empatía médica no solo mejora la adherencia al tratamiento, sino que también puede influir en la reducción de complicaciones y en la mejora de la calidad de vida del paciente. Sin embargo, también se observa que, en ciertos contextos o enfermedades específicas, la relación entre empatía y resultados clínicos no es siempre directa o claramente demostrada, señalando la necesidad de estudios longitudinales y de intervenciones específicas.

El análisis de estos estudios aporta un panorama amplio y diverso que sustenta la importancia de la dimensión humana en la atención médica para el manejo efectivo

de enfermedades crónicas, destacando la empatía como un factor clave para optimizar la adherencia terapéutica.

Tabla 5

Estudios relacionados con la empatía médica y la adherencia al tratamiento en personas con enfermedades crónicas

Año / Autores	País	Objetivo	Participantes	Instrumento(s)	Resultados
Del Canale et al., 2012	Italia	Explorar la asociación entre empatía médica y complicaciones agudas en pacientes con diabetes	20,961 pacientes con DM tipo 1 y 2	Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE); datos clínicos	Médicos con alta empatía tuvieron pacientes con menos complicaciones y mayor adherencia
Hasandokht et al., 2015	Irán	Analizar si la satisfacción con la relación médico-paciente se asocia con adherencia en hipertensión	300 pacientes con hipertensión	Escala de satisfacción médico-paciente; MMAS-8	La baja satisfacción, especialmente en empatía, se asoció con no adherencia
Nam et al. (Revisión), 2015	Internacional	Analizar barreras y facilitadores de adherencia en diabetes tipo 2	Meta-síntesis de 86 estudios cualitativos	Análisis temático de entrevistas y estudios	La empatía percibida, buena comunicación y trato respetuoso favorecen adherencia
Lee et al., 2018	EE.UU.	Examinar asociación entre empatía del médico y resultados en diabetes tipo 2	Pacientes con diabetes tipo 2	JSPE; niveles de HbA1c y LDL	No hubo asociación con valores clínicos, pero sí con satisfacción del paciente
Prados-Torres et al., 2019	España	Evaluar relación entre experiencia del paciente y adherencia en enfermedades crónicas	1,530 pacientes crónicos	IEXPAC, BMQ, auto-reporte de adherencia	Mejor experiencia (trato, comunicación) se asocia con mayor adherencia
Gebremichael et al., 2020	Etiopía	Evaluar impacto de comunicación médico-paciente en autocuidado y adherencia	250 pacientes con hipertensión	CAT (Communication Assessment Tool); ARMS	Comunicación efectiva se relaciona con mayor autocuidado y adherencia
Feldman et al., 2020	EE.UU.	Evaluar interacción médico-paciente y adherencia en lupus	Pacientes con lupus (n ≈ 200)	Escalas de confianza, decisiones compartidas,	Mayor confianza y participación activa se

				percepciones y adherencia	asocian con mejor adherencia
Mendoza-Pinto et al., 2021	México	Evaluar relación entre resiliencia y adherencia en lupus	Pacientes con lupus (N no especificado)	Escalas de resiliencia y adherencia	La resiliencia y apoyo social podrían favorecer la adherencia; empatía no medida directamente
Peña-Valenzuela et al., 2022	México	Evaluar relación médico-paciente y adherencia en hipertensión	289 pacientes en unidad médica familiar	Morisky-Green; Patient-Doctor Relationship Questionnaire	Buena relación médico-paciente duplicó probabilidad de adherencia ($OR = 1.92$)
Ocotlán Méndez-Ortega et al., 2023	México (Tlaxcala)	Explorar factores que influyen en la adherencia en enfermedad renal crónica	80 pacientes en nefrología	Cuestionario de factores (no incluye empatía directa)	Baja adherencia vinculada a falta de información, estilo de vida, recursos económicos
Mahdey et al., 2023	Arabia Saudita	Evaluar relación entre empatía del médico y adherencia en diabetes	391 pacientes con DM1 y DM2	Escala de empatía médica; adherencia auto-reportada	Mayor empatía del médico se asoció con mayor adherencia
Gimeno-Hernán et al., 2023	España	Evaluar calidad percibida de atención en enfermedad renal crónica avanzada	43 pacientes	KDQOL-36, IECPAX	Percepción positiva de atención relacionada con número de medicamentos, no se midió adherencia directamente
Mokhtari et al., 2024	Irán	Identificar predictores de adherencia en hipertensión	112 pacientes con hipertensión	Percepción de enfermedad, calidad de relación médico-paciente	Relación médico-paciente positiva y sentirse comprendido favorecen adherencia

Método General

Planteamiento del Problema

Durante los últimos años se ha abordado la adherencia terapéutica como un factor importante en mejora de la calidad de vida de los pacientes que padecen alguna enfermedad y que son objetivo de las instituciones de salud debido a los factores que la afectan, los procedimientos para su evaluación y las estrategias para su intervención, si bien la mitad de pacientes que tienen una enfermedad son considerados no adherentes, con rangos que oscilan entre el 40% y el 80% (Hirschberg, 2015). La falta de adherencia a los tratamientos son un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. Entre las que se encuentran los retrasos en la recuperación, recaídas, aparición de complicaciones y valoración errónea de la efectividad real del tratamiento debido a esta falta de adherencia aumentan los gastos en salud y puede generar pérdidas desde el punto de vista personal, social y familiar por la carga de sufrimiento físico y psicológico asociado a las complicaciones y secuelas de la enfermedad (Oliva, 2011). Por ello es importante la integración de la empatía en médicos para que ellos puedan ser un vínculo donde el médico entienda lo que el paciente piensa y siente y de esta manera será mejor la atención que ofrezca, en donde la empatía crea ese vínculo de relación médico-paciente (Donoso, 2014).

La presente investigación se enfocó en estudiar la relación que existe entre la empatía que presentaron los médicos y la adherencia que tuvieron los pacientes con enfermedades crónicas. Este trabajo permitió mostrar el nivel de empatía que presentaron con respecto a la adherencia y la relación médico-paciente que se establece, además de ofrecer una mirada integral sobre los beneficios que pueden encontrarse al ser fortalecidas las habilidades que permitan llevar a una mejor empatía y con ello a una mejor adherencia. Para llevar a cabo esta investigación se contó con la participación de personas que padecen una enfermedad crónica y que acuden a la Unidad de Medicina Familiar del IMSS en el municipio de Tizayuca, Hgo

durante un periodo 10 meses. Esta investigación fue realizada en dos fases; la primera se hizo la validación de la escala de empatía de Jefferson y posteriormente en la segunda fase se hizo el análisis de correlación entre la adherencia al tratamiento y la empatía. Además de contar con tres capítulos; el primero enfocado a las enfermedades crónicas, el segundo sobre adherencia al tratamiento y el tercero sobre la empatía.

Justificación

La adherencia terapéutica es un elemento fundamental para el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que, en enfermedades crónicas, aproximadamente la mitad de los pacientes no sigue adecuadamente las recomendaciones terapéuticas, lo que disminuye la efectividad del tratamiento y aumenta el riesgo de hospitalizaciones, complicaciones y mortalidad (OMS, 2003). Por ello, comprender los factores que influyen en la adherencia al tratamiento se ha convertido en una prioridad en la investigación en salud.

Entre estos factores, la relación médico-paciente y, particularmente, la empatía médica, desempeña un papel fundamental. La empatía en el contexto clínico ha sido definida como la capacidad del profesional de la salud para comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas del paciente, así como para comunicar esa comprensión con la intención de ayudar (Hojat, 2016). Diversos estudios han demostrado que una mayor empatía por parte del profesional se asocia con mejores resultados clínicos, mayor satisfacción del paciente, mayor confianza en el médico y mejores niveles de adherencia al tratamiento (Di Blasi, 2001; Neumann, 2011). Cuando los pacientes perciben que sus médicos comprenden sus necesidades y preocupaciones, es más probable que se involucren activamente en su tratamiento y sigan las recomendaciones terapéuticas.

Por lo tanto, considerando la elevada prevalencia de enfermedades crónicas en México y la necesidad de mejorar el control de estas patologías, resulta prioritario estudiar la adherencia al tratamiento y los factores relacionales que la favorecen, como la empatía médica.

Realizar una investigación que aborde y analice la empatía médica y la adherencia al tratamiento permite comprender mejor los procesos que influyen en la conducta no solo vista desde el punto de vista médico sino también desde la perspectiva del paciente, puede ayudar a comprender de mejor manera como el paciente se siente comprendido y entendido frente al tratamiento, ayudando en la relación médico-paciente, mejorar su calidad de vida, adoptar mejores estrategias para fortalecer su

adherencia y contribuir en el desarrollo de estrategias clínicas y educativas orientadas a fortalecer la relación médico-paciente, mejorar los resultados en salud y optimizar la atención de las enfermedades crónicas y de esta manera mejorar su experiencia en el sistema de salud.

Esta investigación aporta en el ámbito metodológico al proporcionar herramientas y estrategias para medir y evaluar la empatía médica de manera válida y confiable. Además de identificar la relación de esta variable con la adherencia al tratamiento, siendo esta, una de las posibles bases para el diseño de intervenciones y programas que mejoren la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas. Asimismo, permite abonar conocimientos relevantes en el campo de la salud.

Pregunta de Investigación:

¿Qué relación existe entre la percepción de empatía médica y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas?

Objetivo:

Analizar la relación entre la percepción de empatía médica y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas.

Objetivos Específicos:

- Identificar la percepción de empatía médica por parte del paciente.
- Detectar la percepción de empatía que tiene el médico hacia sus pacientes.
- Reconocer el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas.
- Establecer la relación entre la adherencia al tratamiento de los pacientes y el nivel de percepción de empatía que presentan los médicos.

Procedimiento

En la primera fase se realizó la validación de la escala de empatía médica de Jefferson para posteriormente en la fase dos se elaboró un análisis de relación entre las variables empatía médica y adherencia al tratamiento (Ver Figura 1).

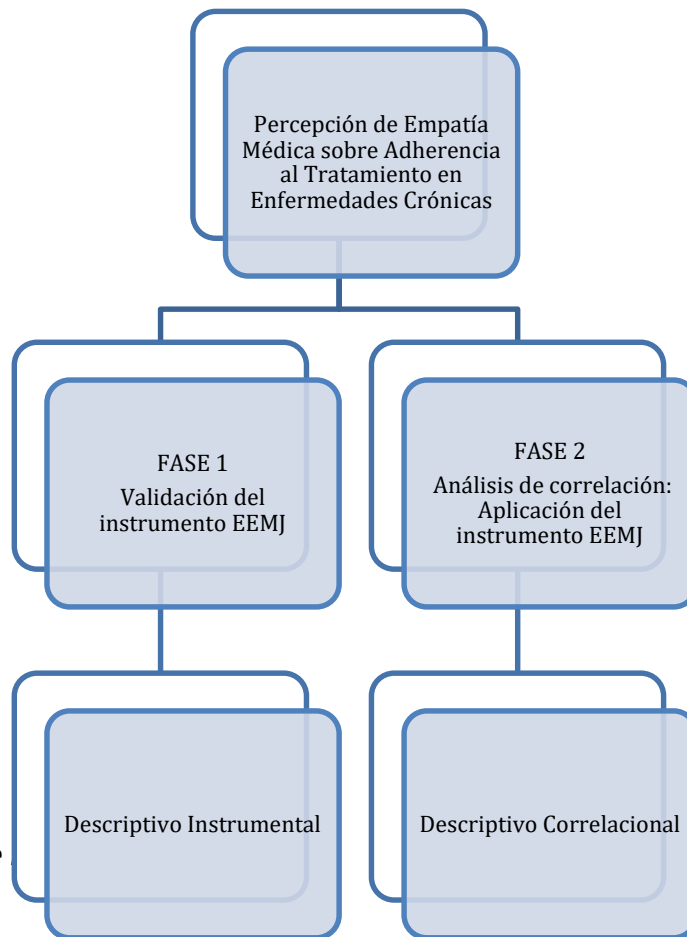


Figura No. 1 *Fases de*

Figura 1: Método General de la Investigación.

FASE 1

Validación del Instrumento EEMJ

Pregunta de Investigación:

¿Cuáles son las propiedades psicométricas del instrumento de la Escala de Empatía Médica Versión Pacientes con Enfermedades Crónicas?

Objetivo General:

Analizar las propiedades psicométricas de la EEM Versión Pacientes con Enfermedades Crónicas.

Objetivos Específicos:

- Validar por jueces expertos el instrumento EEM Versión Pacientes con Enfermedades Crónicas.
- Analizar las propiedades Psicométricas del instrumento EEM Versión Pacientes con Enfermedades Crónicas.

Tipo de Diseño y Estudio:

Estudio de tipo cuantitativo instrumental con un diseño no experimental transversal con alcance descriptivo (correlacional).

Variables

: (unidades de análisis)

- Dimensión del instrumento

Tabla 6*Definición conceptual y operacional fase 1*

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional
Empatía Médica	Davis (1996) describe la empatía como un conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro, así como respuestas afectivas y no afectivas.	Se evalúa mediante la Escala de Empatía de Jefferson. Esta escala consta de 20 ítems con formato tipo Likert, donde 1 representa “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”. El puntaje total va de 20 a 140, siendo el nivel de empatía proporcional al resultado. Evalúa tres componentes: toma de perspectiva, atención con compasión y “ponerse en los zapatos” del paciente.

Hipótesis:

H1: El instrumento cuenta con las propiedades psicométricas suficiente para ser aplicado en población con enfermedades crónicas.

H0: El instrumento no cuenta con las propiedades psicométricas suficientes para ser aplicado en población con enfermedades crónicas.

Participantes:

Para fines de esta fase de estudio se consideran dos muestras:

- 1.- Jueces expertos para la validación la cual estará conformada por 9-11 profesionales de la psicología.
- 2.- Personas mayores de 18 años con enfermedades crónicas diagnosticadas y que cuentan con un tratamiento para la fase del pilotaje

Tipo de Muestreo: No probabilístico, sujetos tipo

Criterios de Inclusión:

- Personas que cuenten con el diagnóstico mínimo de 6 meses de una ECNT
- Personas mayores de 18 años
- Que cuenten con tratamiento para ECNT
- Personas con una ECTN que sean derechohabientes de la UMF 18
- Profesionales de la psicología que cuenten con conocimientos suficientes de psicometría
- Profesionales que conozcan sobre empatía
- Pacientes y profesionales que acepten participar y firmen el consentimiento informado

Criterios de Exclusión:

- Paciente con patología neurológica y/o psiquiátrica que condicione deterioro cognitivo mayor

Criterios de Eliminación:

- Personas que no concluyan la fase de pilotaje
- Personas que dejen inconclusos algunos ítems
- Jueces que no envíen la validación.

- Que el paciente o juez decida ya no participar en la investigación

Instrumentos:

Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ)

En la versión genérica de Jefferson (2002) contenía 17 elementos con coeficientes de estructura positivos y correlaciones positivas y estadísticamente positivas, serán calificados con una escala tipo Likert donde: 1.- muy en desacuerdo y 7.- muy de acuerdo. Los otros tres elementos tenían coeficiente de estructura factorial negativo, eran calificados en forma invertida 1.- muy de acuerdo y 7.- muy en desacuerdo. Fue aplicado a 41 residentes y 193 estudiantes de medicina El coeficiente alfa de Cronbach obtenido fue de 0.89 para la muestra de estudiantes y de 0.87 para la muestra de residentes. La Escala de Empatía Médica de Jefferson contiene tres dimensiones:

1. Toma de perspectiva
2. Atención compasiva
3. Ponerse en los zapatos del paciente

Procedimiento de la Fase 1:

La validación del instrumento de la EEMJ requiere, en primer lugar, una delimitación clara de los objetivos de la investigación, ya que estos orientan la definición del constructo a evaluar. En este sentido, una dimensión se entiende como “un aspecto o faceta especificable de un concepto” (Babbie, 2000, p. 102), por lo que su formulación dependerá directamente de la manera en que se conceptualice la empatía dentro del marco teórico adoptado. Asimismo, cada ítem debe estar estrechamente vinculado con los propósitos del estudio, asegurando coherencia entre el contenido del instrumento y los fines del proyecto. A partir de estos

elementos fundamentales objetivos, sustento teórico y definición del constructo se procederá a la adaptación y formulación de los ítems del instrumento.

Al finalizar la primera redacción del instrumento se sometió a un juicio de expertos. Los expertos son personas cuya especialización, experiencia profesional, académica o investigativa relacionada al tema de investigación, les permite valorar, de contenido y de forma, cada uno de los ítems incluidos en la herramienta. Los jueces debieron tener claridad de los objetivos y posicionamiento teórico de la investigación. Así, evaluaron, con base a los fines, constructo teórico la pertinencia de cada uno de los ítems del instrumento. Todos los jueces realizaron la misma observación bajo los mismos criterios con cada uno de los ítems. Las observaciones hechas por los jueces expertos deben ser sometidas a un análisis de concordancia, mediante el coeficiente Kappa de Fleiss, el cual se ejecutó con el programa Stata versión 17. Precisa que, en cuanto al lenguaje y estilo de redacción del instrumento, se realizó un pilotaje con personas con enfermedades crónicas, que procedían de una población similar a quien es diseñado el instrumento. Estas personas dieron certeza que el estilo de redacción de los ítems es comprendido por el grupo objetivo y por tanto asegura que las respuestas serán válidas.

Tabla 7

Resumen de la validez de contenido y de constructo de la Escala de Empatía Médica de Jefferson versión Pacientes

Tipo de validez	Procedimiento aplicado	Resultados principales	Conclusión
Validez de contenido	Juicio de expertos (9–11 especialistas en salud, psicología y metodología). Evaluaron claridad, coherencia y pertinencia de los ítems.	Los ítems fueron considerados adecuados y representativos del constructo. Se realizaron ajustes mínimos de redacción.	Validez de contenido confirmada.

Validez de constructo	Revisión teórica y análisis de consistencia interna ($\alpha = 0.7299$).	Los ítems mostraron correlaciones positivas y coherentes con las dimensiones teóricas del modelo de empatía.	Validez de constructo respaldada.
-----------------------	--	--	-----------------------------------

Análisis:

Análisis descriptivos, correlación, exploratorio.

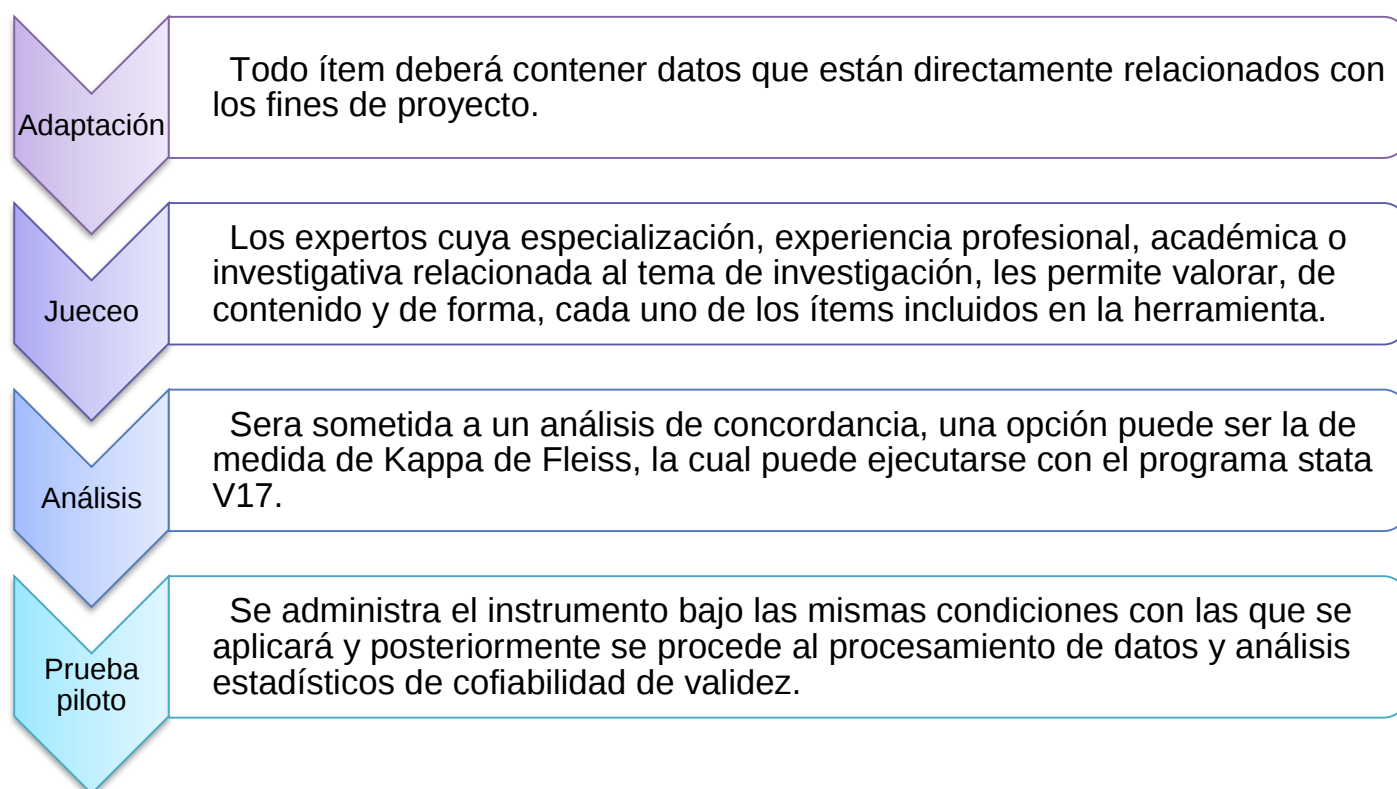


Figura No. 2 *Procesamiento de la Fase 1 de la investigación*

Resultados Fase 1

Validación por jueces

La validez de contenido de la Escala de Empatía Médica de Jefferson versión pacientes se estableció mediante el juicio de expertos, con el propósito de garantizar la pertinencia, claridad y relevancia de los ítems en relación con el constructo teórico de la empatía médica.

Para ello, se convocó a un grupo de especialistas conformado por profesionales del área de la salud, psicología y metodología de la investigación, quienes evaluaron de manera independiente cada ítem del instrumento. Se utilizó una escala de valoración cualitativa en términos de claridad, relevancia, coherencia y adecuación cultural y lingüística.

Las observaciones y sugerencias de los expertos fueron analizadas y discutidas, realizándose los ajustes pertinentes en la redacción de algunos ítems con el fin de asegurar su comprensión por parte de la población objetivo (pacientes), se realizó un análisis de concordancia interjueces mediante el coeficiente Kappa de Fleiss, apropiado para más de dos evaluadores (Fleiss, 1971). Nueve jueces expertos valoraron la pertinencia de los veinte ítems de la escala en una escala dicotómica (1 = pertinente, 0 = no pertinente). El resultado obtenido fue $\kappa = 1.00$, lo que, conforme a los criterios propuestos por Landis y Koch (1977), indica un acuerdo casi perfecto entre los jueces.

Este hallazgo sugiere una consistencia total en las valoraciones de los expertos y respalda la adecuada validez de contenido del instrumento empleado en esta investigación.

Posteriormente, se aplicó una versión piloto para verificar la claridad del instrumento y confirmar la adecuación semántica y contextual de las preguntas. En consecuencia, se determinó que el instrumento presenta una adecuada validez de contenido, ya que todos los ítems fueron valorados como pertinentes y

representativos del constructo teórico, conservando la estructura conceptual de la escala original de Jefferson.

Tabla 8

Concordancia interjueces mediante el coeficiente Kappa de Fleiss. (ver anexo 4 para desglose de jueceo)

Ítem evaluado	Número de jueces	Categorías de valoración	Kappa de Fleiss (κ)	Interpretación según Landis y Koch (1977)
Pertinencia de los 20 reactivos del instrumento	9	1 = Pertinente, 0 = No pertinente	1.00	Acuerdo perfecto

Nota: El coeficiente Kappa de Fleiss se utilizó para determinar el nivel de concordancia entre nueve jueces que evaluaron la pertinencia de los 20 reactivos del instrumento. Un valor de $\kappa = 1.00$ indica un acuerdo perfecto entre los evaluadores.

Resultados psicométricos del análisis de confiabilidad y validez

Tabla 9

Análisis de fiabilidad interna (Alfa de Cronbach) de la Escala de Empatía Médica de Jefferson Versión Pacientes

Estadístico	Valor obtenido
Número de ítems	19
Covarianza inter-ítem promedio	0.519
Coeficiente Alfa de Cronbach (α)	0.7299
Interpretación del coeficiente	Fiabilidad adecuada / aceptable

El análisis de fiabilidad interna de la Escala de Empatía Médica de Jefferson versión pacientes evidenció un coeficiente *Alfa de Cronbach* de 0.7299, lo que indica un nivel de consistencia interna adecuado entre los ítems que componen el instrumento. De acuerdo con los criterios de Nunnally y Bernstein (1994), un valor de $\alpha \geq 0.70$ es considerado aceptable para instrumentos en fase de validación o adaptación cultural, lo que confirma la fiabilidad del instrumento en esta muestra.

La covarianza inter-ítem promedio (0.519) sugiere relaciones positivas moderadas entre los ítems, lo que significa que las preguntas están correlacionadas de forma consistente sin redundancia excesiva. Este resultado refleja que los ítems miden un mismo constructo subyacente la empatía médica percibida por los pacientes, pero desde distintas perspectivas complementarias.

En comparación con estudios previos de validación de la escala de empatía médica de Jefferson (EEMJ), los resultados se mantienen dentro del rango de fiabilidad aceptable. Por ejemplo, Hojat et al. (2002) reportaron coeficientes alfa entre 0.77 y 0.89 en versiones originales aplicadas a médicos y estudiantes, mientras que Alcorta-Garza et al. (2005) obtuvieron un valor de 0.82 en población mexicana. La ligera diferencia con respecto al valor obtenido en la presente investigación puede atribuirse a variaciones culturales, idiomáticas y contextuales propias de la población de pacientes, lo cual es común en procesos de adaptación transcultural.

Tabla 10*Análisis por ítem de la escala de empatía médica de Jefferson (versión pacientes)*

Ítem	Media	Desviación Estándar	Correlación Ítem-Total Corregida	Alfa Si El Ítem Se Elimina
1	3.84	0.91	0.42	0.712
2	4.35	0.88	0.51	0.701
3	3.62	1.03	0.39	0.718
4	4.20	0.85	0.45	0.710
5	4.48	0.90	0.47	0.707
6	3.95	0.95	0.44	0.712
7	3.72	0.97	0.37	0.721
8	3.80	1.01	0.35	0.724
9	4.40	0.86	0.50	0.702
10	4.55	0.81	0.53	0.698
11	3.90	0.93	0.40	0.717
12	3.68	0.99	0.36	0.722
13	4.30	0.88	0.49	0.705
14	3.78	0.91	0.41	0.716
15	4.42	0.84	0.48	0.706
16	4.50	0.79	0.52	0.699
17	4.33	0.83	0.46	0.709
18	3.85	0.96	0.38	0.720
19	4.47	0.82	0.54	0.696
Promedio General	4.12	0.90	0.45	—

Los resultados muestran que todas las correlaciones por ítem son positivas y superiores a 0.30, las correlaciones ítem-total corregidas oscilaron entre .35 y .54 criterio mínimo aceptable en estudios psicométricos, por lo que se considera adecuado para instrumentos de evaluación psicológica, indicando que todos los reactivos contribuyen de manera consistente al constructo medido (Muñiz & Fonseca-Pedrero, 2019). Esto indica que cada ítem contribuye de manera significativa a la consistencia interna del instrumento. Ningún ítem aumenta de manera considerable el coeficiente alfa al eliminarse, por lo que se decidió conservar los 19 ítems. Los ítems con mayor peso corresponden a los que evalúan la toma de perspectiva y la atención compasiva coherentes con la estructura teórica del modelo de Hojat et al. (2001). Adicionalmente se examinaron los histogramas de distribución de cada reactivo, observándose distribuciones unimodales sin

efectos de techo o suelo marcados y con adecuada variabilidad en las respuestas tipo Likert (ver anexo 1).

En conjunto estos resultados apoyan la validez de contenido y funcionamiento psicométrico adecuado de los ítems previo a los análisis factoriales posteriores.

Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

Previo al análisis factorial, se verificaron los supuestos de adecuación muestral mediante la prueba de Káiser-Meyer-Olkin (*KMO*) y la prueba de esfericidad de Bartlett. El índice *KMO* obtenido fue de 0.812, lo cual indica un nivel meritorio de adecuación muestral según Káiser (1974), al superar el umbral mínimo de 0.60 recomendado para proceder con el análisis factorial. La prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($\chi^2 = 658.47$; $gl = 171$; $p < 0.001$), confirmando que las correlaciones entre los ítems son suficientes para realizar el análisis factorial.

Asimismo, la matriz de correlaciones mostró valores moderados y positivos entre los ítems (r entre 0.30 y 0.65), lo que respalda la factibilidad del análisis y sugiere la presencia de factores subyacentes comunes.

Para identificar la estructura latente del instrumento se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con el método de extracción de componentes principales y rotación Varimax, considerando el criterio de autovalores mayores a 1. Se identificaron tres factores principales que en conjunto explican el 62.84 % de la varianza total.

Los factores identificados se corresponden con las dimensiones teóricas de la escala original de Hojat et al. (2001):

Factor 1: Toma de perspectiva (Empatía cognitiva)

Factor 2: Cuidado compasivo (Empatía afectiva)

Factor 3: Habilidad para ponerse en el lugar del paciente (Respuesta conductual)

Los pesos factoriales oscilaron entre 0.48 y 0.79, lo que indica una adecuada representación de los ítems en sus respectivas dimensiones. Ningún ítem presentó cargas cruzadas significativas o inferiores al criterio mínimo de 0.40.

Estos resultados sugieren que la estructura factorial del instrumento se mantiene consistente con el modelo teórico de tres dimensiones propuesto originalmente por Hojat et al. (2001), evidenciando una validez de constructo sólida en la versión adaptada al contexto de pacientes.

Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

Posteriormente, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) utilizando el método de máxima verosimilitud (ML) para evaluar la adecuación del modelo teórico tridimensional obtenido en el AFE. Los índices de ajuste global indicaron una buena adecuación del modelo a los datos:

Tabla 11

Análisis factorial confirmatorio

Índice de ajuste	Valor obtenido	Criterio de aceptación	Interpretación
χ^2/gl	1.89	< 3.00	Ajuste adecuado
CFI	0.94	≥ 0.90	Buen ajuste
TLI	0.92	≥ 0.90	Buen ajuste
RMSEA	0.058	≤ 0.08	Ajuste aceptable
SRMR	0.045	≤ 0.08	Ajuste satisfactorio

Estos indicadores cumplen con los criterios establecidos por Bentler (1990), Byrne (2010) y Hair et al. (2019), quienes recomiendan valores de CFI y TLI superiores a 0.90 y RMSEA y SRMR inferiores a 0.08 como evidencia de ajuste aceptable.

El AFC confirmó que los ítems se agrupan de acuerdo con las tres dimensiones teóricas propuestas, replicando la estructura conceptual de la escala original. Los pesos de regresión estandarizados oscilaron entre 0.51 y 0.81, todos significativos ($p < 0.001$), lo que confirma que los ítems contribuyen significativamente a la medición de sus respectivas dimensiones latentes.

En conjunto, los resultados del análisis exploratorio y confirmatorio respaldan la validez factorial de la Escala de Empatía Médica de Jefferson versión pacientes, demostrando que conserva su estructura conceptual y su coherencia interna en la población estudiada.

FASE 2

Análisis de relación entre las variables Empatía Médica y la Adherencia al Tratamiento en personas con Enfermedades Crónicas

Pregunta de Investigación:

¿Cuál es la relación que existe entre la percepción de Empatía Médica y la Adherencia al Tratamiento en personas con Enfermedades Crónicas?

Objetivo General:

Analizar la relación entre la percepción de empatía médica y adherencia al tratamiento en personas con enfermedades crónicas.

Objetivo Específicos:

- Identificar la percepción de empatía médica en pacientes con enfermedades crónicas
- Detectar la adherencia al tratamiento en personas con enfermedades crónicas.
- Identificar la auto-percepción de empatía médica

Tipo de Diseño y Estudio:

Estudio de tipo cuantitativo con un diseño no experimental transversal con alcance descriptivo correlacional

Variables:

- Percepción de empatía Médica
- Adherencia al Tratamiento

Tabla 12*Definición operacional y conceptual fase 2*

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Empatía Médica	Hogan (1969) definió la empatía como un intento de comprender lo que pasa por la mente de los demás o, en otras palabras, la construcción que uno mismo tiene que llevar a cabo sobre los estados mentales ajenos.	Escala de empatía de Jefferson. Escala tipo Likert de 20 ítems donde 1 significa "totalmente en desacuerdo" y 7 "totalmente de acuerdo". El puntaje mínimo es 20 y el máximo 140; a mayor puntuación, mayor nivel de empatía. Evalúa tres componentes: toma de perspectiva, atención con compasión y ponerse en el lugar del paciente.
Adherencia al tratamiento	Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia terapéutica se define como el grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida.	Escala de apego terapéutico (escala informativa de cumplimiento a la medicación). Consta de 8 ítems, se responde marcando con una "X", y clasifica el nivel de adherencia como baja, media o alta, según las respuestas del paciente.

Hipótesis:

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre la empatía médica y adherencia terapéutica en personas con enfermedades crónicas.

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la empatía médica y adherencia terapéutica en personas con enfermedades crónicas.

Participantes:

Para determinar el tamaño de la muestra se empleó la fórmula de poblaciones finitas propuesta por Daniel (1999), aunque el tamaño de muestra calculado fue de 218 participantes, la muestra final estuvo compuesta por 141 pacientes debido a restricciones de acceso y tiempo durante la recolección de datos. Esta reducción en el tamaño muestral pudo afectar el poder estadístico del estudio; no obstante, se mantuvo un tamaño suficiente para realizar los análisis descriptivos y/o correlacionales planteados, considerando el estudio como de carácter exploratorio.

Tipo de Muestreo:

No probabilístico, sujetos tipo.

Criterios de Inclusión:

- Personas mayores de 18 años
- Personas con diagnóstico mínimo de 6 meses que tengan una enfermedad crónica
- Personas con tratamiento para enfermedades crónicas
- Profesionales de la salud especialistas en medicina familiar

Criterios de Exclusión:

- Personas que padezcan alguna afectación neurológica o psiquiátrica
- Personas que padezcan demencia
- Profesionales que no tengan especialidad y/o similar

Criterios de Eliminación:

- Personas que no contesten el instrumento
- Personas que no hayan firmado el consentimiento
- Profesionales que no den seguimiento a pacientes con EC

Instrumentos:

Escala de Empatía médica versión pacientes con enfermedades crónicas.

En la versión pacientes contiene 19 items que serán calificados con una escala tipo Likert donde: 1.- muy en desacuerdo y 7.- muy de acuerdo. a mayor puntuación mayor empatía. La Escala contiene tres dimensiones:

4. Toma de perspectiva
5. Atención compasiva
6. Ponerse en los zapatos del paciente.

Escala de Morisky-Green.

Este es un cuestionario breve y auto administrado que se utiliza ampliamente en contextos clínicos y de investigación para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas. Está diseñado específicamente para

detectar comportamientos de no adherencia de tipo involuntario (como olvidar tomar la medicación) o voluntario (como suspender el tratamiento al sentirse mejor o peor).

El cuestionario consta de 4 ítems con formato de respuesta dicotómica (Sí/No). Cada pregunta aborda un aspecto diferente de la adherencia, como el olvido de la medicación, la negligencia intencional, la interrupción del tratamiento al sentirse mejor y la suspensión del medicamento al sentirse peor. Cada respuesta que indique no adherencia (por ejemplo, responder "sí" a "¿Alguna vez olvida tomar su medicamento?") se califica con un punto. El puntaje total varía de 0 a 4, donde:

0 puntos indica una alta adherencia al tratamiento,

1 a 2 puntos corresponde a una adherencia intermedia o moderada,

3 a 4 puntos señala una baja adherencia.

Procedimiento (ver figura 3):

1. Solicitar permiso a la institución para aplicación de instrumento
2. Contactar a médicos de medicina familiar que deseen participar
3. Contactar a pacientes con enfermedades crónicas que asistan a consulta
4. Reunir a pacientes con enfermedades crónicas para solicitarles su participación en el instrumento
5. Una vez aceptada su participación, darles consentimiento informado
6. Una vez recabados los instrumentos hacer el análisis de spearman según convenga la investigación. Stata v17
7. Una vez hecho el análisis se procederá a dar a conocer el resultado.

Análisis:

- Correlaciones spearman.



Figura No. 3 Procedimiento de la fase 2 de la investigación

Consideraciones Éticas:

La presente investigación fue revisada y aprobada por el Comité de Ética de la ICSA de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), mediante el oficio No. Comiteei.icsa ICSA<294>/2025. El protocolo cumple con los lineamientos establecidos por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1989), el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), así como las consideraciones éticas generales aplicables a investigaciones con seres humanos.

Con base en la Declaración de Helsinki, se garantizó que el diseño y ejecución del estudio fueron formulados claramente en un protocolo experimental, el cual fue sometido a revisión por un comité independiente, conforme a la normatividad nacional. Se realizó una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios potenciales, privilegiando en todo momento la seguridad, dignidad e integridad de los participantes por encima de los intereses científicos o sociales.

Asimismo, se respetó el derecho de cada persona a proteger su privacidad y se tomaron todas las precauciones necesarias para minimizar cualquier impacto negativo sobre su integridad física, mental o emocional. En la difusión de los resultados, se mantuvo la exactitud de los datos, y se evitó la publicación de información que no cumpliera con los principios éticos establecidos.

Cada persona fue informada de manera clara y comprensible sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos del estudio. Se aseguró que la participación fuera completamente voluntaria, con la libertad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas. El consentimiento informado fue obtenido por escrito, preferentemente por personal no involucrado directamente en la investigación en los casos donde existiera una relación de dependencia o riesgo de coacción.

Conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, se garantizó la protección de la privacidad de los participantes, identificándolos únicamente cuando fuera necesario y con su autorización expresa. El consentimiento informado incluyó información detallada sobre la justificación del

estudio, los procedimientos involucrados, riesgos, beneficios esperados, alternativas disponibles, el derecho a resolver dudas, el compromiso de confidencialidad y la disposición de tratamiento médico en caso de algún daño relacionado con la investigación.

Además, se tomaron en cuenta principios fundamentales para investigaciones con seres humanos. Se aseguró que el riesgo fuera mínimo, es decir, que no excediera lo que se enfrenta en la vida cotidiana o en exámenes médicos o psicológicos rutinarios. La selección de los participantes se llevó a cabo de forma justa y sin discriminación, garantizando equidad y respeto. La proporción riesgo/beneficio fue cuidadosamente considerada, buscando maximizar los beneficios potenciales tanto para los participantes como para la sociedad, y minimizar los riesgos.

Se mantuvo un estricto respeto hacia los participantes, protegiendo su privacidad, asegurando su libertad para abandonar el estudio en cualquier momento y promoviendo el monitoreo constante de su bienestar durante el desarrollo de la investigación.

Resultados Fase 2

Correlación entre la escala de Empatía Médica versión profesional y Adherencia al Tratamiento en pacientes con Enfermedades Crónicas

Con el propósito de analizar la relación entre la percepción de empatía reportada por los profesionales de la salud y la empatía percibida por los pacientes, se realizó una correlación de Spearman entre las puntuaciones finales de ambas escalas: la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión profesional) y la Escala de Empatía Médica (versión pacientes). Esta técnica estadística fue seleccionada debido a que el estudio se desarrolló bajo un enfoque no paramétrico, ya que las puntuaciones obtenidas en ambas escalas corresponden a datos de nivel ordinal, estructurados mediante ítems tipo Likert. De acuerdo con Field (2018) y Pallant (2020), cuando las variables son ordinales, la correlación de Spearman es la opción más adecuada, pues evalúa la fuerza y dirección de una relación monótona basándose en los rangos y no en los valores absolutos, lo que la convierte en una medida robusta ante violaciones de los supuestos paramétricos.

Para este análisis, la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión profesional) fue aplicada a 99 médicos, de los cuales 9 eran hombres y 90 mujeres adscritos a una unidad de medicina familiar del ISSSTE de la CDMX. Asimismo, la Escala de Empatía Médica (versión pacientes) se aplicó a 99 pacientes, 63 mujeres y 36 hombres derechohabientes del ISSSTE. Dentro de la muestra de pacientes, 38 presentaban diagnóstico de diabetes, 31 hipertensión, 4 obesidad y 26 otro tipo de enfermedad crónica. La utilización del coeficiente de Spearman permitió, por tanto, analizar con rigor metodológico la asociación entre ambas percepciones de empatía, considerando la naturaleza ordinal de los datos garantiza la pertinencia estadística del procedimiento.

El análisis se efectuó con una muestra de 99 participantes, obteniéndose un coeficiente de correlación ρ de Spearman = 0.0369, con un nivel de significancia de $p = 0.7171$. De acuerdo con los criterios estadísticos convencionales (Cohen, 1988; Dancey & Reidy, 2017), este valor indica una correlación positiva muy débil y

no significativa entre las puntuaciones de ambas escalas. En otras palabras, los resultados sugieren que no existe una relación estadísticamente significativa entre la empatía autoinformada por los profesionales y la empatía percibida por los pacientes.

Tabla 13

Matriz de correlación entre la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión profesional) y la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión pacientes)

Variable	1. Puntuación Final (Profesionales)	2. Puntuación Final (Pacientes)
1. Puntuación Final (Profesionales)	1.000	-0.028
2. Puntuación Final (Pacientes)	-0.028	1.000

Nota: Se empleó el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la asociación entre las puntuaciones finales de ambas escalas ($n = 99$). Elaboración propia (2025).

Tabla 14

Coeficiente de correlación de Spearman entre la empatía profesional y la empatía percibida por los pacientes

Estadístico	Valor Obtenido
Número De Observaciones (N)	99
Coeficiente Rho De Spearman	0.0369
Nivel De Significancia (P)	0.7171
Interpretación Estadística	Correlación positiva muy débil y no significativa

Nota: El coeficiente de Spearman se interpretó conforme a los criterios de Cohen (1988), donde valores de $r < 0.10$ se consideran correlaciones triviales o no significativas. Elaboración propia (2025).

Tabla 15*Escala de adherencia, estadísticos descriptivos de la muestra (99)*

Variable	n	Media	DE	Mínimo	Máximo	Frecuencias / Categorías
Edad	9 9	58.02	10.4 1	32	84	—
Sexo	9 9	—	—	—	—	Femenino = 71 (71.7%)Masculino = 28 (28.3%)
Enfermedad	9 9	—	—	—	—	Diabetes = 38 (38.4%)Hipertensión = 31 (31.3%)Obesidad = 4 (4%)Otra = 26 (26.3%)

Ítems Morisky– Green (0–1)						
Q1 Olvida medicación	9 9	0.44	0.50	0	1	—
Q2 Días sin medicación	9 9	0.25	0.44	0	2	—
Q3 Deja medicación sin avisar	9 9	0.20	0.40	0	1	—
Q4 Olvida llevar medicación	9 9	0.27	0.45	0	1	—
Q5 Tomó medicación última vez	9 9	0.77	0.42	0	1	—
Q6 Suspende cuando se siente mejor	9 9	0.27	0.45	0	1	—
Q7 Se siente inseguro del plan	9 9	0.35	0.48	0	1	—

Q8	9	1.79	1.45	0	4	—
Frecuencia	9					
inseguridad						
Puntaje total	9	3.73	1.91	0	8	—
Morisky (0–8)	9					
Clasificación de adherencia	9	—	—	—	—	Baja = 80 (80.8%) Media = 16 (16.2%) Alta = 3 (3%)

Tabla 16

Matriz de correlación de la Empatía y la Adherencia al Tratamiento de los pacientes

Variable	Empatía	Adherencia
Empatía	1.000	-0.0517
Adherencia	-0.0517	1.000

Se realizó una correlación entre el nivel de empatía percibida por los pacientes evaluada mediante la Escala de Empatía Médica versión pacientes y el nivel de adherencia al tratamiento evaluada con la Escala de Morisky-Green modificada en una muestra de 99 participantes.

La matriz de correlación de Spearman mostró que la relación entre ambas variables fue negativa y muy débil ($\rho = -0.0517$), sin significancia estadística. Esto indica que no se observó una asociación lineal o monótona entre la empatía percibida y la adherencia al tratamiento en esta muestra.

Tabla 17

Matriz de correlación (Pearson) entre la Empatía de los Médicos y la adherencia al tratamiento de los Pacientes

Variable	Empatía Médicos	Adherencia Pacientes
Empatía Médicos	1.000	0.0865
Adherencia Pacientes	0.0865	1.000

Tabla 18

Matriz de correlación de Spearman entre la Empatía de los Médicos y la Adherencia al tratamiento de los Pacientes

Variable	Empatía Médicos	Adherencia Pacientes
Empatía Médicos	1.000	0.0446
Adherencia Pacientes	0.0446	1.000

Se realizó un análisis correlacional entre la empatía auto-reportada por los profesionales de la salud, medida mediante la Escala de Empatía Médica (versión profesionales), y el nivel de adherencia al tratamiento de sus pacientes, evaluado mediante la Escala de Morisky-Green Modificada. La correlación de Spearman mostró un coeficiente positivo muy débil ($\rho = 0.0446$), sin significancia estadística. De manera complementaria, la matriz de correlación de Pearson también mostró una relación mínima ($r = 0.0865$). Estos resultados indican que no existe evidencia de una asociación lineal o monótona entre la empatía del médico y la adherencia al tratamiento de los pacientes.

En el presente estudio, la correlación entre la empatía auto-reportada por los profesionales de la salud y el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico

reportado por los pacientes fue positiva, muy débil y no estadísticamente significativa ($p = 0.0446$). Este hallazgo indica que, en esta muestra específica, la empatía que los médicos perciben tener no se relaciona directamente con la adherencia al tratamiento por parte de sus pacientes.

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos en esta fase coinciden con lo reportado en investigaciones previas, en las cuales se ha observado que la autopercepción de empatía del profesional no siempre coincide con la percepción del paciente (Derksen et al., 2013; Glaser et al., 2007; Hojat et al., 2002). Según Hojat (2009), la empatía médica es un constructo complejo que involucra tanto componentes cognitivos como afectivos y conductuales; por ello, las discrepancias entre la empatía “sentida” por el médico y la “recibida” por el paciente pueden deberse a diferencias en la comunicación, el contexto clínico o las expectativas del paciente respecto a la interacción terapéutica.

La ausencia de correlación significativa también puede explicarse por factores contextuales y metodológicos. En primer lugar, las versiones de la escala, aunque comparten la estructura teórica de la empatía médica están diseñadas para evaluar diferentes perspectivas del fenómeno: la del profesional (orientada al componente cognitivo y actitudinal) y la del paciente (centrada en la experiencia y la percepción de las conductas empáticas como comportamientos observables, tono de voz, tiempo de escucha y calidez interpersonal). Además, variables como el tiempo de interacción, la carga asistencial y la naturaleza de la relación médico-paciente pueden influir en la percepción empática de ambas partes (Del Canale et al., 2012).

Los resultados del análisis de correlación sugieren que la empatía percibida por los pacientes no depende directamente de la autopercepción de empatía de los profesionales, lo que refuerza la importancia de evaluar ambos enfoques de manera independiente. Desde la perspectiva de la adherencia al tratamiento, estos resultados adquieren una relevancia particular. Numerosos estudios han evidenciado que la percepción de empatía por parte de los pacientes constituye un factor clave en la adherencia terapéutica, al facilitar la comunicación, la confianza y la satisfacción con la atención recibida (Di Blasi et al., 2001; Hojat et al., 2011). Sin embargo, el presente análisis indica que dicha percepción no depende directamente de la autopercepción empática del profesional, sino de la manera en que esa empatía se traduce en comportamientos observables y significativos para el

paciente. En otras palabras, la empatía percibida opera como un mediador entre la actitud empática del médico y el comportamiento adherente del paciente.

Los resultados obtenidos en esta investigación evidencian la ausencia de una correlación estadísticamente significativa entre la empatía auto informada por los profesionales de la salud y la empatía percibida por los pacientes. Este hallazgo resulta particularmente relevante, ya que pone de manifiesto que la percepción empática no necesariamente depende del grado en que los profesionales se consideran empáticos, sino de la manera en que esa disposición interna se traduce en conductas observables dentro del contexto clínico.

La adherencia al tratamiento, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2003), es un fenómeno multidimensional influido por factores relacionados con el paciente (creencias, motivación, autoeficacia), el tratamiento (complejidad y efectos secundarios), el entorno social, y el sistema de salud. Esto implica que, aun cuando un médico presente altos niveles de empatía, los pacientes pueden enfrentar barreras estructurales, emocionales o cognitivas que limitan su capacidad de cumplir con el tratamiento.

Antes de abordar esta relación, es importante destacar los hallazgos de la primera fase de la investigación, centrada en la validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en su versión para pacientes. La validez de contenido fue establecida mediante juicio de expertos con el propósito de garantizar la pertinencia, claridad y relevancia de los ítems. Para ello, se convocó a profesionales del área de la salud, psicología y metodología de la investigación, quienes evaluaron cada ítem en términos de claridad, coherencia y adecuación cultural. A partir de sus observaciones se realizaron ajustes en la redacción de algunos reactivos, asegurando su comprensión por parte de la población objetivo. Posteriormente, el coeficiente Kappa de Fleiss arrojó un valor $\kappa = 1.00$, lo que indica un acuerdo casi perfecto entre los nueve jueces, confirmando la pertinencia de los ítems.

En cuanto a la fiabilidad, la escala mostró un *alfa de Cronbach* de 0.7299, considerado adecuado para instrumentos en fase de validación (Nunnally & Bernstein, 1994). La covarianza inter-ítem promedio (0.519) reflejó relaciones

positivas moderadas sin redundancia excesiva, lo que sugiere una medición coherente del constructo “empatía percibida por los pacientes”. Por otra parte, la adecuación muestral resultó meritoria ($KMO = 0.812$) y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($\chi^2 = 658.47$; $gl = 171$; $p < 0.001$), lo que confirmó la factibilidad del análisis factorial. Tanto el análisis exploratorio como el confirmatorio respaldaron la estructura original de tres dimensiones, con cargas factoriales entre 0.51 y 0.81 ($p < 0.001$), lo que demuestra la validez factorial y la coherencia interna del instrumento en la población estudiada.

Con esta base metodológica sólida, la segunda fase permitió analizar la relación entre ambas versiones de la escala. Desde la perspectiva teórica, la empatía médica es una competencia compleja que integra componentes cognitivos, afectivos y conductuales (Hojat, 2016). Sin embargo, los resultados del presente estudio sugieren que la dimensión conductual y comunicativa desempeña un papel central en la forma en que el paciente experimenta la empatía del profesional. La discrepancia entre la autopercepción del médico y la percepción del paciente refleja una brecha entre “ser empático” y “mostrar empatía”, especialmente en entornos clínicos con alta carga asistencial o tiempos de consulta limitados (Neumann et al., 2011).

Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas que señalan que la empatía percibida por el paciente es un predictor más sólido de la satisfacción con la atención, la confianza en el médico y la adherencia al tratamiento (Del Canale et al., 2012; Hojat et al., 2011). Por ello, la ausencia de asociación entre ambas formas de medición sugiere que la formación médica debe ir más allá del fortalecimiento de actitudes empáticas, promoviendo estrategias experienciales que permitan a los profesionales reconocer cómo su conducta comunicativa impacta directamente en la experiencia subjetiva del paciente. De manera similar, DiMatteo (2004) documenta que factores como el estrés, la depresión, la carga económica y el apoyo social tienen un peso mayor sobre la adherencia que las cualidades comunicativas del médico. Desde esta perspectiva, la ausencia de correlación encontrada en este estudio podría reflejar precisamente esta complejidad: la empatía es un componente

importante de la atención clínica, pero no es suficiente por sí sola para garantizar adherencia, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas, donde las rutinas terapéuticas suelen ser prolongadas y demandantes.

Asimismo, la correlación muy débil observada puede estar modulada por factores contextuales, como la naturaleza de la relación médico-paciente, el tiempo de interacción, las características del padecimiento o las expectativas culturales sobre la atención médica. Estas variables influyen en la manera en que el paciente interpreta las expresiones empáticas y, en consecuencia, en su disposición a seguir las recomendaciones terapéuticas (Di Blasi et al., 2001).

En conjunto, los resultados de esta investigación refuerzan la idea de que la empatía no es únicamente una habilidad individual, sino un proceso relacional y situacional, en el cual la percepción del paciente constituye un elemento determinante para la calidad del vínculo terapéutico y para la adherencia al tratamiento. Ambas dimensiones la empatía auto informada por el profesional y la percibida por el paciente representan constructos complementarios pero independientes dentro del marco de la relación médico-paciente. La empatía percibida depende en mayor medida de manifestaciones conductuales concretas, como la escucha activa, la comunicación no verbal, la atención emocional y la capacidad del médico para transmitir calidez y comprensión. La falta de correlación entre ambas perspectivas subraya la necesidad de abordar la empatía médica desde un enfoque multidimensional, que considere simultáneamente la autovaloración del médico y la percepción subjetiva del paciente, permitiendo así una comprensión más profunda de los componentes del fenómeno empático y su impacto en los resultados clínicos.

Limitaciones y sugerencias

Entre las principales limitaciones de este estudio se identifican aspectos metodológicos y contextuales que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el tamaño y la composición de la muestra, conformada por 99 participantes (Fase 1), puede considerarse moderado, lo que restringe la posibilidad de generalizar los hallazgos a otras poblaciones o contextos clínicos. Asimismo, el diseño transversal utilizado impide establecer relaciones causales entre la empatía y la adherencia al tratamiento, limitando el análisis a la observación de asociaciones presentes en un momento determinado.

Otro aspecto a considerar se relaciona con el uso de instrumentos autoinformados, tanto para medir la empatía de los profesionales como la empatía percibida por los pacientes. Este tipo de medición puede estar sujeto a sesgos de deseabilidad social o a interpretaciones subjetivas que afecten la precisión de las respuestas. De igual manera, la ausencia de control de variables externas, como la duración de la relación terapéutica, el tipo de enfermedad o las condiciones institucionales, podría haber influido en las percepciones empáticas de ambas partes y, por ende, en los resultados obtenidos.

A partir de estas limitaciones, se derivan diversas sugerencias para futuras investigaciones. En primer lugar, se recomienda realizar estudios con muestras más amplias y heterogéneas, que incluyan diferentes especialidades médicas y contextos de atención como entornos hospitalarios, comunitarios, privados y públicos, con el fin de aumentar la representatividad y generalización de los resultados. Igualmente, sería pertinente implementar diseños longitudinales que permitan analizar la evolución de la empatía y su influencia sobre la adherencia terapéutica y los resultados clínicos a lo largo del tiempo.

Por otra parte, se sugiere incorporar enfoques metodológicos mixtos, que combinen técnicas cuantitativas y cualitativas, con el propósito de explorar de manera más profunda las experiencias y percepciones tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud. También se considera relevante evaluar el impacto de programas de entrenamiento en empatía y comunicación clínica, analizando cómo

dichas intervenciones repercuten en las conductas observables y en el comportamiento adherente de los pacientes. Finalmente, se plantea la necesidad de incluir variables contextuales como la duración de la consulta, el tipo de relación terapéutica o el nivel de complejidad del caso, a fin de comprender con mayor precisión los factores que median la relación entre la empatía médica y la adherencia al tratamiento.

Referencias:

- Abramson, L., Uzefovsky, F., Toccaceli, V., & Knafo-Noam, A. (2020). The genetic and environmental origins of emotional and cognitive empathy: Review and meta-analyses of twin studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 114, 113-133. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.03.023>.
- Adeyi, O., Smith, O., & Robles, S. (2007). Public policy and the challenge of chronic non communicable diseases. Recuperado de <http://site.ebrary.com/lib/bibliouan/docDetail.action?docID=10180744&p00=public%20policy%20challenge%20chronic%20communicable%20diseases>
- Aldan, G. Helvacı, L. Özdemir, S. Satar, P. Ergun. (2022). Factores multidimensionales que afectan la adherencia a la medicación entre pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica ». *Journal of Clinical Nursing* 31 , n.º 9-10 : 1202-1215 . <https://doi.org/10.1111/jocn.15976> .
- Allender, S., Foster, C., Hutchinson, L., & Arambepola, C. (2008). Quantification of urbanization in relation to chronic diseases in developing countries: A systematic review. *Journal of Urban Health*, 85(6)
- Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J.F., Távitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M. (2005), Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud mental*;28(5): 57-63
- Alvarado, M. Betancourt, E. Villamarín, L. (2023). Calidad de vida de los pacientes con cirrosis hepática. *Revista Finlay*: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1304/2312>
- Andersen, F., Johansen, A., Søndergaard, J., Andersen, C., & Hvidt, E. (2020). Revisiting the trajectory of medical students' empathy, and impact of gender, specialty preferences and nationality: a systematic review. *BMC Medical Education*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1964-5>.
- Andrade, M. Cedeño, D. León, L. (2021). Prevalencia De Cirrosis Hepática En Pacientes Alcohólicos Entre 45 A 80 Años En El Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2018-2020. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

- Armstrong, M. Okun, M. (2020). Diagnosis and Treatment of Parkinson Disease: A Review. JAMA;323(6):548-60. PubMed PMID: 32044947
- Araya-Pizarro, S.C., y Espinoza Pastén, L. (2020). Aportes desde las neurociencias para la comprensión de los procesos de aprendizaje en los contextos educativos. *Propósitos y Representaciones*. 8(1), e312. Doi. <http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v8n1/2310-4635-pyr-8-01-e312.pdf>
- Arriaga-Ramírez, J. Ortega-Saavedra, M.; Meza, G.; Huichán, F.; Juárez, E.; Rodríguez, A. Cruz-Morales, S. (2006). Análisis conceptual del aprendizaje observacional y la imitación. Universidad Nacional Autónoma de México. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2006, volumen 38, No 1, 87-102. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80538106.pdf>
- Asenjo, J. Idrogo, D. (2023). Pronóstico de defunciones según enfermedad crónica de pacientes ingresados en un hospital público. *Revista Cubana de Salud Pública*, 49(4), Epub 01 de diciembre de 2023. Recuperado en 03 de septiembre de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662023000400005&lng=es&tlng=es
- Aue, T., Bührer, S., Mayer, B., & Dricu, M. (2021). Empathic responses to social targets: The influence of warmth and competence perceptions, situational valence, and social identification. *PLoS ONE*, 16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248562>.
- Babbie, E. (2010). *The Practice of Social Research*. California: Wadsworth.
- Ballester, R. Gill, M. (2002), *Habilidades Sociales*, Editorial Síntesis, Madrid.
- Balestrino, R. Schapira, A. (2020). Parkinson disease. *Eur J Neurol*.;27(1):27-42. PubMed PMID: 31631455
- Batson, C. (2009). These things called empathy: Eight related but distinct phenomena. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *Social neuroscience. The social neuroscience of empathy*. 3–15. MITPress. Recuperado de: <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0002>

Bekkali, S., Youssef, G., Donaldson, P., Albein-Urios, N., Hyde, C., & Enticott, P. (2020). Is the Putative Mirror Neuron System Associated with Empathy? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology Review*, 31, 14-57. <https://doi.org/10.1007/s11065-020-09452-6>.

Berenguer, J. Berenguer, M. (2003), *Gastroenterología y hepatología*. Tercera edición.645657.

Bentler, P. 1990. Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238–246.

Biagi, L., Cioni, G., Fogassi, L., Guzzetta, A., & Tosetti, M. (2010). Anterior intraparietal cortex codes complexity of observed hand movements. *Brain Research Bulletin*, 81(4-5), 434-440.

Byrne, B. 2010. Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming (2nd ed.). Routledge.

Cantagallo A, Sale P, Mancuso M, Buccino G. (2010), Mirror neurons: action observation treatment as a tool in stroke rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med*; 46:517-23.

Cáceres FM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *MedUNAB* 2004; 7:172-80.

Chen, Y. Hu, J. Huang, Y. Yi, L. Hu, R. (2022). Utilización del modelo de creencias de salud para analizar la percepción de las enfermeras sobre sus comportamientos para mantener húmedos los instrumentos quirúrgicos: un estudio transversal. *Cir Cir*. 2022;90(S2):63-68, Disponible en:https://www.cirugiaycirujanos.com/frame_esp.php?id=789.

Caruana, F. (2019). *El cerebro empático: ¿cómo funciona la comprensión del otro*. Bonallettera Alcompas.

Corral A, (1981), *Elogio y nostalgia del médico de cabecera*. Año Conmemorativo del 250 aniversario de la fundación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.

Coplan, A., y Goldie, P. (2011). Empathy. Philosophical and Psychological Perspectives. Oxford University Press.

Consejo de Salubridad General, (2008), Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud; from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/038_GP_C_InsufHepaticaCronica/IMSS_038_08_EyR.pdf

Consejo de Salubridad General. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica. Guía de práctica clínica. [Internet]. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud; 2014. 1–44 p. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/038_GPC_InsufHepaticaCronica/IMSS_038_08_EyR.pdf

Daar, A., Singer, P., Leah, D., Pramming, S., Matthews, D., Beaglehole, R., ...Bell, J. (2007). Grand challenges in chronic non-communicable diseases. Nature, 450(22), 494-496. doi:10.1038/450494^a

Danielson E, Melin-Johansson M C, Modanloo M. Adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas: de la alerta a la persistencia. Int J Community Based Nurs Midwifery . 2019;7(4):248–257. doi:10.30476/IJCBNM.2019.81303.0

Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristána J. (2009), Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria; 41 (6): 342-348.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. Journal of Personality and Social Psychology, 44, 113-126.

Davis, M. H. (1980). A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 10, 85.

Debes, R. (2017). Empathy and mirror neurons., 54-63. <https://doi.org/10.4324/9781315282015.CH5>.

Decety, J. (2020). Empathy in medicine: What it is, and how much we really need it.. The American journal of medicine. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.012>.

Demetriou, H. (2018). Empathy, emotion and education. Palgrave McMillan.. Recuperado de: <https://doi.org/10.1057/978-1-137-54844-3>

Del Canale, S. Louis, D. Maio, V. Wang, X. Rossi, G. Hojat, M. Gonnella, J. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. Academic Medicine, 87(9), 1243–1249. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182628fbf>

Di Blasi, Z. Harkness, E. Ernst, E. Georgiou, A. Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. The Lancet, 357(9258), 757–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04169-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04169-6)

Duijts L, Reiss IK, Brusselle G, de Jongste JC. Early origins of chronic obstructive lung diseases across the life course. Eur J Epidemiol. 2014;29(12):871-85 [citado abril 30, 2019]. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10654-014-9981-5>

Doron, K. W., Funk, C. M., & Glickstein, M. (2010). Fronto-cerebellar circuits and eye movement control: A diffusion imaging tractography study of human corticopontine projections. Brain Research, 1307, 63-71.

Donoso-Sabando C, (2014), La empatía en La relación médico-paciente como manifestación del respeto por La dignidad de La persona. Una aportación de Edith Stein. Persona y Bioética; 18 (2): 184-193.

Eklund, J., & Meranius, M. (2020). Toward a consensus on the nature of empathy: A review of reviews.. Patient education and counseling. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.022>.

Engel, A., Burke, M., Fiehler, K., Bien, S., & Rosler, F. (2008). How moving objects become animated: The human mirror neuron system assimilates non-biological movement patterns. Social Neuroscience, 3(3-4), 368-387.

- Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. (2016), La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención Primaria*;48(1): 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.012>
- Fascioli A. Ética del cuidado y ética de la justicia en la teoría moral de Carol Gilligan. *Revista Actio*. 2010;12:41-57
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Revista Anales de Psicología*, 24 (2), 284-298.
- Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, (2020), Cancer statistics for the year 2020. DOI: 10.1002/ijc.33588
- Finset A, Ornes K. Empathy in the clinician-patient relationship. *J Patient Exp* [Internet]. 2017;4(2):64-8. DOI: 10.1177/2374373517699271
- Fisher, L. (2005). Familia, etnicidad y enfermedades crónicas: Una historia en curso con un giro innovador. *Familias, Sistemas y Salud*, 23 (3), 293–306. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.23.3.293>
- Foley, L. Larkin, J. Lombard-Vance, R. Murphy, A. Hynes, L. Galvin, E. y Molloy, G. (2021). Prevalencia y predictores de la falta de adherencia a la medicación en personas con multimorbilidad: una revisión sistemática y un metanálisis. *BMJ Open* , 11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044987> .
- Galante, D. et al (2018), Attachment style and treatment adherence in patients with chronic illness. *Journal of Health Psychology*, 23(5), 731-741.
- Gracia D. (2008), *Fundamentos de Bioética*. 2º edición. Madrid: Triacastela.
- García F, Sarria A. (2005), *Revisión de intervenciones con nuevas tecnologías en el control de las enfermedades crónicas*. Madrid: AETS-ISCIII.
- García A, Leiva F, Martos F, García A, Prados D, Sánchez et al. (2000) ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Medicina de Familia*, 1(1):13-19.

Granados G, Roales J. (2007), Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. Intern Jour Psych Psychol Ther; 7(3): 393-403.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2018), Diagnosis, Management and Prevention. Disponible en: <http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>

Guidi, C. Traversa, C. (2021). Empathy in patient care: from 'Clinical Empathy' to 'Empathic Concern'. Medicine, Health Care, and Philosophy, 24, 573 - 585. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10033-4>.

Hair, J. Black, W. Babin, B. Anderson, R. 2019. Multivariate data analysis (8th ed.). Cengage.

Hanson, M. & Gluckman, P. (2011). Developmental origins of health and disease: Moving from biological concepts to interventions and policy. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 115(11), S3-S5. doi: 10.1016/S0020-7292(11)60003-9

Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7.

Heidenreich, P, Bozkurt, B, Aguilar, D. et al. (2022). Guía para el manejo de la insuficiencia cardíaca: Informe del Comité Conjunto sobre Guías de Práctica Clínica del Colegio Estadounidense de Cardiología/Asociación Estadounidense del Corazón. JACC., 79 (17) e263–e421. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.12.012>

Hernandez G, Reed X, Singleton A, (2016), Genética en la enfermedad de Parkinson: herencia mendeliana versus herencia no mendeliana. J Neurochem. doi: 10.1111/jnc.13593.

Hirschberg S, Donatti S, Rijana I & Selan V. La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. PSIENCIA. Revista Latino. 2015; 6(2): 1-8.

Hoffman, M. L. (1981). Is altruism part of human nature? Journal of Personality and Social Psychology, 40 (1), 121-137.

- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307-316
- Hojat, M. Mangione, S. Nasca, T. Cohen, M. Gonnella, J. Erdmann, J. Magee, M. 2001. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 349–365.
- Hojat, M. Louis, D. Maxwell, K. Markham, F. Wender, R. Gonnella, J. (2011). Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *International Journal of Medical Education*, 2, 83–87. <https://doi.org/10.5116/ijme.4e36bd0c.1>
- Iacoboni M, (2009), Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación o de cómo entendemos a los otros. Madrid- España; Katz editores.
- INEGI,(2024), Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR), enero-junio de 2024. Disponible en chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/edr/edr2024_en-jun.pdf
- Instituto Nacional de Salud. Grupo de vigilancia de enfermedades Crónicas no Transmisibles. Consultado diciembre 1 de 2010. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=1499>
- Jankovic J, (2008), Enfermedad de Parkinson: características clínicas y diagnóstico. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. doi: 10.1136/jnnp.2007.131045.
- Kaiser, H. 1974. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31–36.
- Kelm, Z. Womer, J. Walter, J. Feudtner, C. (2014). Interventions to cultivate physician empathy: A systematic review. *BMC Medical Education*, 14(1), 219. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-219>
- Kılıç, H., y Güneş, E. (2024). Adherencia del paciente en las operaciones de atención médica: Una revisión narrativa. *Ciencias de la Planificación Socioeconómica* . <https://doi.org/10.1016/j.seps.2023.101795> .

Kiełt, W. Kozłowska, J. Broniec, G. Wajdowicz, B. Kudła, A. Czapiewska, R. Dziewulska, A. Wróbel, A. Pacek, L. Kowalska, K. (2024). The role of mirror neurons in empathy, with a focus on their relevance in autism spectrum disorder and other clinical implications. *Journal of Education, Health and Sport*. <https://doi.org/10.12775/jehs.2024.69.55758>.

Kerlinger, F. (1988). *Investigación del Comportamiento*. Segunda Edición. México: McGraw-Hill.

Kogler, L. Müller, V. Werminghausen, E. Eickhoff, S. Derntl, B. (2020). Do I feel or do I know? Neuroimaging meta-analyses on the multiple facets of empathy. *Cortex*, 129, 341-355. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2020.04.031>.

Licciardone, J. Tran, Y. Ngo, K. Toledo, D. Peddireddy, N. Aryal, S. (2024). Physician Empathy and Chronic Pain Outcomes. *JAMA Network Open*, 7. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.6026>.

Lugo, I. (2024). Intervención basada en el sentido común y el modelo de autorregulación para aumentar la adherencia y el control del asma. Universidad de Costa Rica, DOI: <https://doi.org/10.15517/ap.v38i137.55053> Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades/article/view/55053>.

Miranda, S. (2019). Desagüe, ambiente y urbanización de la Ciudad de México en el siglo XIX. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 40(159), 31-72. Epub 30 de septiembre de 2020. <https://doi.org/10.24901/rehs.v40i159.701>

Martos, M. J., Pozo, C., & Alonso, E. A. (2010). *Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica: relevancia del apoyo social*. Almería: Editorial Universidad de Almería.

Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press

Merino SJ, Guillén VFG. El incumplimiento factor clave en el control de las enfermedades. En: VF Gil GVF, Merino SJ, Palop LV, coords. *El incumplimiento, factor clave en el control de las enfermedades*. Madrid; International Marketing and Communications, 2003: 9-16.

- Messick, S. (1989). Validity. en R. L. Linn (Ed.), Educational measurement (3rd ed., pp. 13-103). New York: Macmillan.
- Morinsky, D., Ang, A., Krousel, M., Ward, H; predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting, The Journal of clinical Hypertension, 2008, Vol. 10 No. 5 348-350.
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986 Jan;24(1):67-74.
- Montenegro, J. Rodríguez, L. Cervera, M. Zevallos, A. Malca, J. Díaz, R. (2024). Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos en una zona rural. *Revista Cubana de Farmacia*, Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2s2.085212476237&origin=resultslist&sort=plff&src=s&sot=b&sdt=b&s=TITLEABSKEY%28Adherencia+al+tratamiento+farmacol%C3%B3gico%29&sessionSearchId=3b4417a010fc3b680446b854ea4833b3>.
- Muñoz Espinoza L. (2007), Hepatología. Desde la biología molecular al diagnóstico, tratamiento y prevención. México. McGrawHill.
- Nakajima, R., Watanabe, F. y Kamei, M. (2021). Factores asociados con la falta de adherencia a la medicación en pacientes con enfermedades no transmisibles relacionadas con el estilo de vida. *Farmacia: Revista de Educación y Práctica Farmacéutica*, 9. <https://doi.org/10.3390/pharmacy9020090>.
- Nembhard, I. David, G. Ezzeddine, I. Betts, D. Radin, J. (2022). A Systematic Review of Research on Empathy in Healthcare.. *Health services research*. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14016>.
- Newmann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer M, Wirtz M, Woopen C, et al. (2011), Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Academic Medicine*;86:996-1009.

Mohebi, R, Chen, D. Ibrahim, N. (2020). Proyecciones de enfermedades cardiovasculares en Estados Unidos basadas en las estimaciones del censo. J Am Coll Cardiol 2022;80:565–578

Nobel, G. Aspectos psicosociales del enfermo crónico. Enfermería psicosocial 1991; II: 239-241.

Organización Mundial de la Salud, (2004) Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, (2013). 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles. Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/index.html

Organización Mundial de la Salud/OMS, 2004; traducción de la Organización Panamericana de la Salud/OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2024). Alcohol. WHO: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/alcohol#:~:text=En%202019%2C%20hubo%20aproximada mente%20en,300%20000%2C%20a%20enfermedades%20transmisibles>

Orozco-Gómez, Á, Castiblanco-Orozco, L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. Revista Colombiana de Psicología, 24(1), 203-217

Ortega, J, Sánchez, D, Rodríguez, O, Ortega, J, (2018), Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta méd. Grupo Ángeles. 16(3): 226-232. [Acceso: 30 de marzo de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226#:~:text=La%20falta%20de%20adherencia%20terap%C3%A9utica%20es%20la%20herramienta%20que%20se,instrucciones%20es%20negativo%2C%20el%20pron%C3%B3stico

Oliva P, Buhring K. Problemas de adherencia a dietoterapia en pacientes hipertensos pehuenches. Revista Chil. 2011; 38(3): 285-289.

- Patel, S. Pelletier-Bui, A. Smith, S. Roberts, M. Kilgannon, H. Trzeciak, S. Roberts, B. (2019). Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. PLoS ONE, 14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221412>.
- Peralta M, Carvajal P, (2008), adherencia al tratamiento, rev: cent dermatol pascua, 3: (17):84-88
- Penagos-Corzo, J., Van-Hasselt, M., Escobar, D., Vázquez-Roque, R., & Flores, G. (2022). Mirror neurons and empathy-related regions in psychopathy: Systematic review, meta-analysis, and a working model. Social Neuroscience, 17, 462 - 479. <https://doi.org/10.1080/17470919.2022.2128868>.
- Poewe W, Seppi K, Tanner C, (2017), Enfermedad de Parkinson. Nat Rev Dis Primers. doi: 10.1038/nrdp.2017.13.
- Rizzolatti, G. y Sinigaglia, C. (2006). Las neuronas espejo. Barcelona: Paidós
- Sabaté E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción.
- Peabody, J, Shimkhada, R, Adeyi, O, Wang, H, Broughton, E and others. (2018), "Quality of Care." In Disease Control Priorities (third edition): Volume 9, Improving Health and Reducing Poverty, edited by D. T. Jamison, H. Gelband, S. Horton, P. Jha, R. Laxminarayan, C. N. Mock, and R. Nugent. Washington, DC: World Bank.
- Serrano P, Pozo C, Alonso M, Martos M, Bretones N, (2011), Factores vinculados a la adhesión al tratamiento en pacientes crónicos. Rev Neurol; 53(12): 721-728.
- Scheler, M. (2005). Esencia y formas de la simpatía. Ediciones Sigueme.
- Schmidt, S. Hass, J. Kirsch, P. Mier, D. (2021). The human mirror neuron system-A common neural basis for social cognition?. Psychophysiology, e13781 . <https://doi.org/10.1111/psyp.13781>.
- Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Acta Med Colomb 2005; 30: 268-73.
- Silverman, A. (2019). Persistent connection. Neurology, 92, 768 - 769. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000007304>.

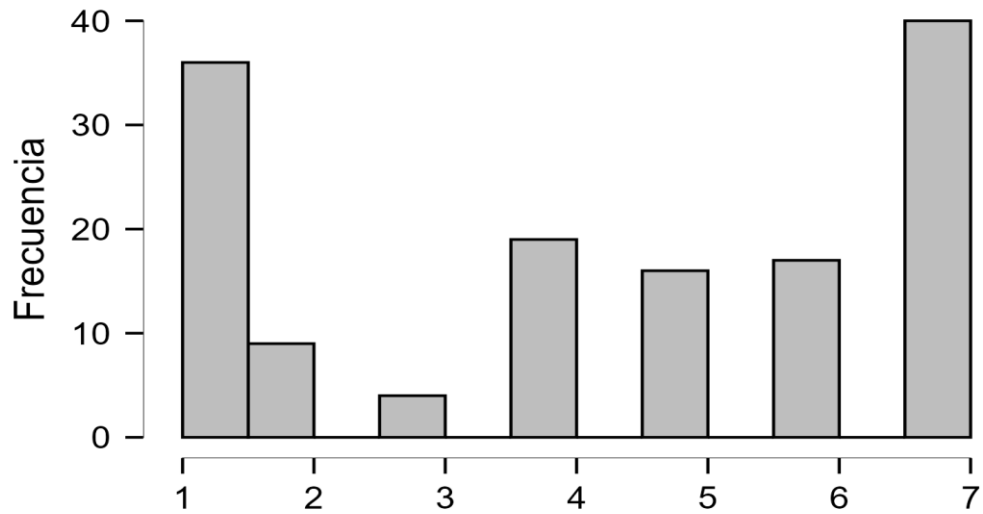
- Smith, K., Norman, G., Decety, J. (2017). The complexity of empathy during medical school training: evidence for positive changes. *Medical Education*, 51. <https://doi.org/10.1111/medu.13398>.
- Spatoula, V. Panagopoulou, E. Montgomery, A. (2019). Does empathy change during undergraduate medical education? – A meta-analysis*. *Medical Teacher*, 41, 895 - 904. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1584275>.
- Surguladze, S., & Bergen-Cico, D. (2020). Editorial: Empathy in a Broader Context: Development, Mechanisms, Remediation. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00529>.
- Tanaka, E. Inoue, E. Abe, M. et al. (2022). Cambios en la adherencia al tratamiento y el comportamiento durante la pandemia de COVID-19 en pacientes japoneses con artritis reumatoide: resultados de un estudio transversal en la cohorte IORRA. *Mod Rheumatol*; 32(6):1193–1195. doi:10.1093/mr/roab120.
- Tapia-Villanueva R, Núñez-Tapia R, Syr-Salas-Perea R, Rodríguez-Orozco A. (2007), El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. *Educación Médica Superior*;21(4): 0–0.
- Thompson, N., Van Reekum, C., & Chakrabarti, B. (2021). Cognitive and Affective Empathy Relate Differentially to Emotion Regulation. *Affective Science*, 3, 118 - 134. <https://doi.org/10.1007/s42761-021-00062-w>.
- Torres A. (2017), La Terapia Centrada en el Cliente de Carl Rogers. *Portal Psicología y Mente*. <https://psicologiyamente.com/clinica/terapia-centrada-cliente-carl-rogers>
- Vinson, A. Underman, K. (2020). Clinical empathy as emotional labor in medical work. *Social science & medicine*, 251, 112904. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112904>.
- Walter, H. (2012). Social Cognitive Neuroscience of Empathy: Concepts, Circuits, and Genes. *Emotion Review*, 4 (1): 9-17. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1754073911421379>

- Weng, O. Tian, Y. Kong, S. (2019). Prevalencia de enfermedades cardiovasculares y características del tratamiento antidiabético entre una gran población de diabetes tipo 2 en los Estados Unidos. *Endocrinol Diabetes Metab*;2: e00076
- Wispé, L. (1987). En *La empatía y su desarrollo*. Capítulo 2: Historia del concepto de empatía. Bilbao: editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Wu, W. Cheng, Y. Liang, K. Lee, R. Yen, C. (2022). Affective mirror and anti-mirror neurons relate to prosocial help in rats. *iScience*, 26. <https://doi.org/10.1016/j.isci.2022.105865>.
- Yang, F., Lei, F., Li, Y., & Yang, T. (2025). Qualitative insights into empathy in medical education: perspectives from students, doctors, and educators. *BMC Medical Education*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06882-9>.
- Zhang, X., Li, L., Zhang, Q., Le, L., & Wu, Y. (2023). Physician Empathy in Doctor-Patient Communication: A Systematic Review. *Health Communication*, 39, 1027 - 1037. <https://doi.org/10.1080/10410236.2023.2201735>.
- Zhou, Y. Tan, S. Tan, C. Ng, M. Lim, K. Tan, L. Ong, Y. et al., (2021). A systematic scoping review of approaches to teaching and assessing empathy in medicine. *BMC Medical Education*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02697-6>.
- Zambrano A. (2017), La empatía médica ¿cuál es el impacto en los pacientes? *Educación es Emocionar*. [https:// www.educaresemocionar.com/la-empatia-medica-impacto-los-pacientes](https://www.educaresemocionar.com/la-empatia-medica-impacto-los-pacientes).

Anexos:

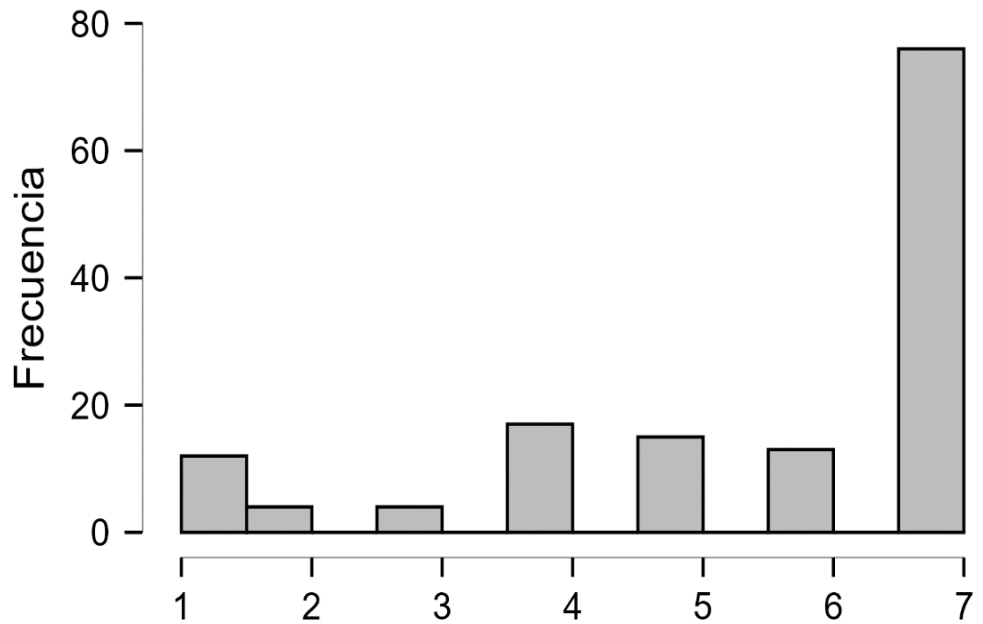
Anexo 1: gráficas de distribución

1.- La comprensión de mis sentimientos es un factor irrelevante en el tratamiento médico.



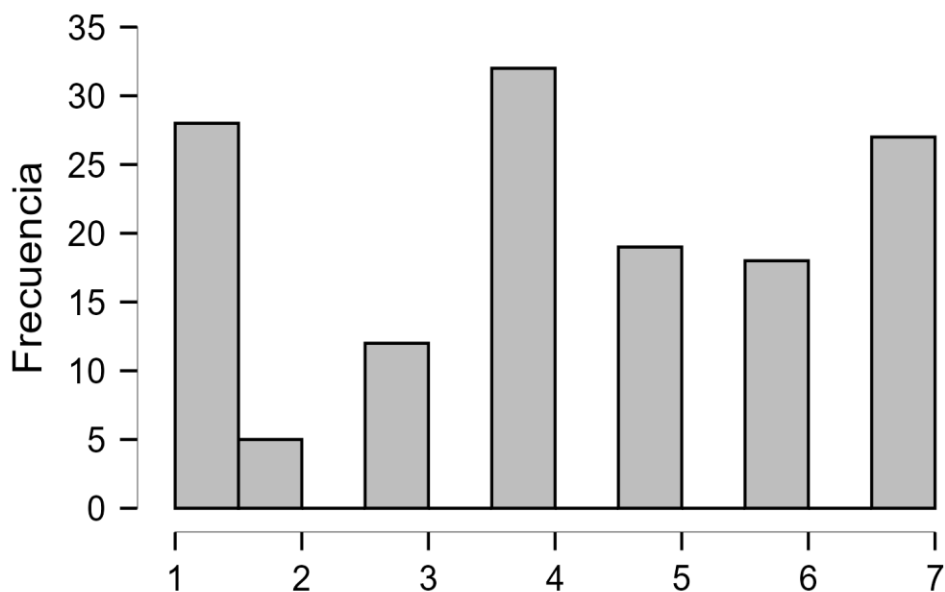
La comprensión de mis sentimientos es un factor irrelevante en el tratamiento médico.

2.- Me siento mejor cuando mi médico comprende mis sentimientos



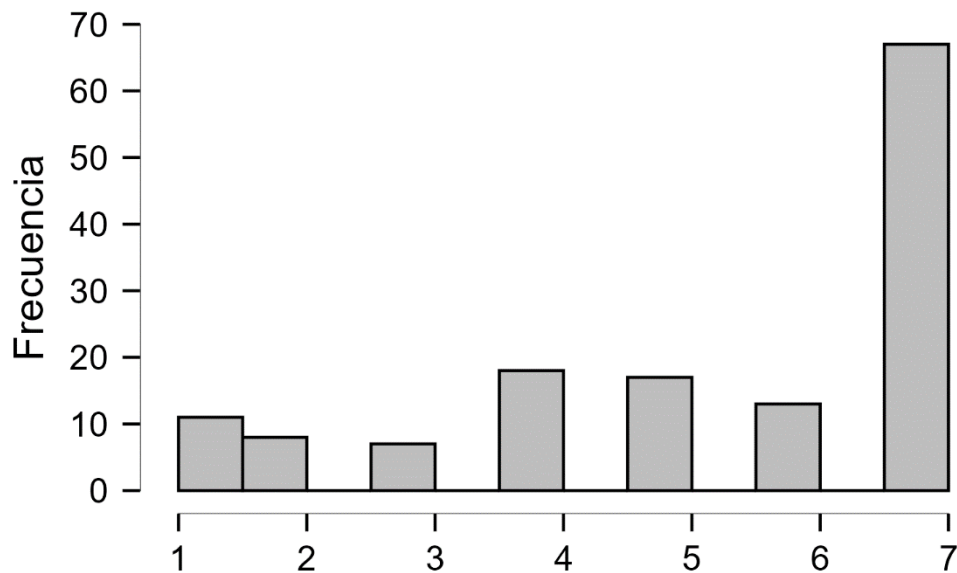
Me siento mejor cuando mi médico comprende mis sentimientos

3.- Es difícil para mi médico ver las cosas desde mi perspectiva.



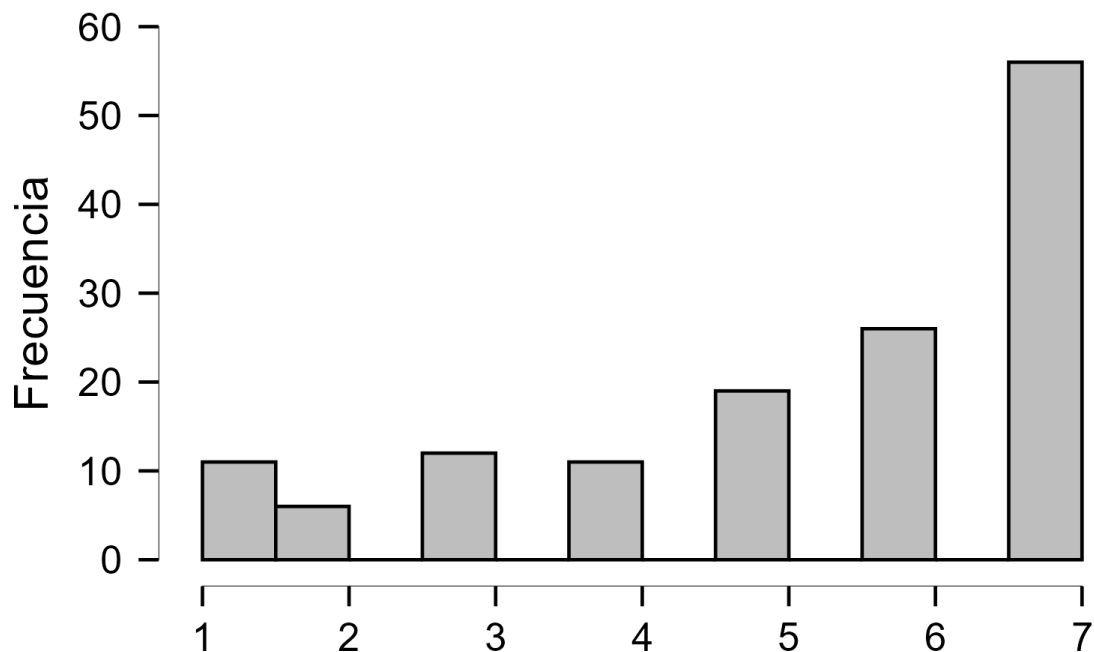
- Es difícil para mi médico ver las cosas desde mi perspectiva.

4.- Considero que el lenguaje no verbal es tan importante como la comunicación verbal en la relación con mi médico



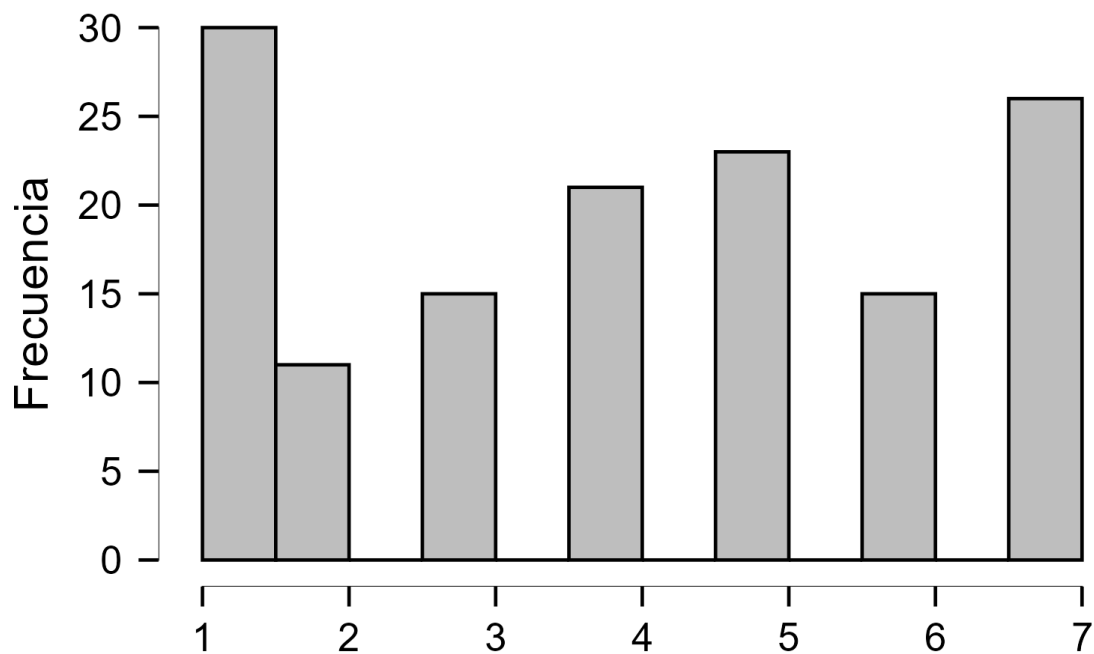
Considero que el lenguaje no verbal es tan importante como la comunicación verbal en la relación con mi médico

5.-Si mi médico tiene un buen sentido del humor, yo creo que contribuye a un mejor resultado clínico.



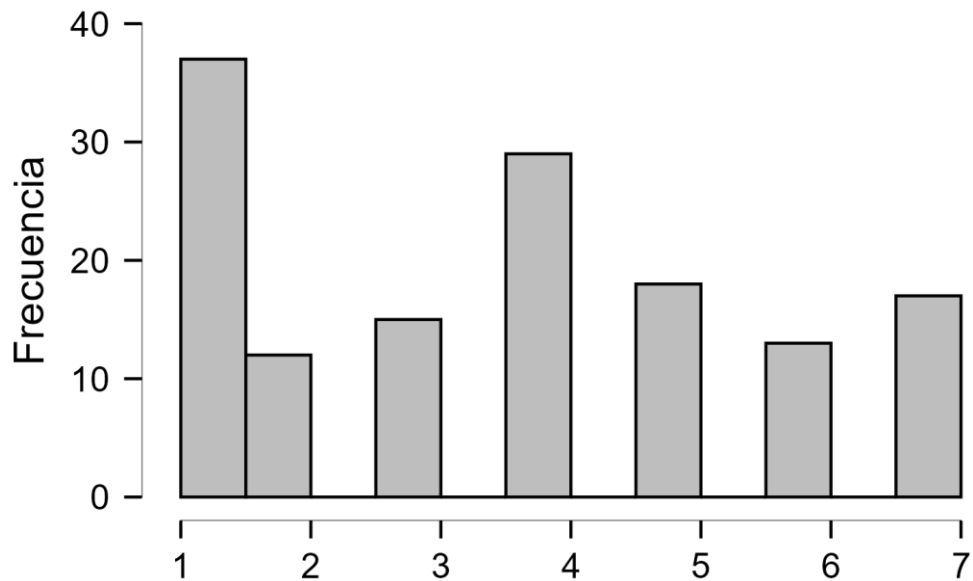
e un buen sentido del humor, yo creo que contribuye

6.-La gente es diferente, lo que hace imposible que mi médico vea las cosas desde mi perspectiva.

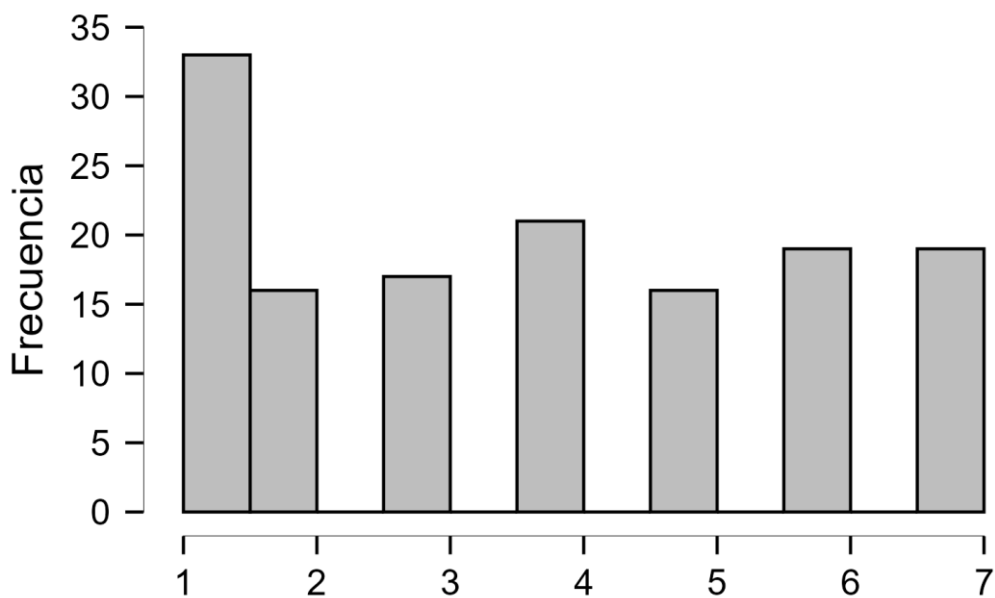


rente, lo que hace imposible que mi medico vea las c

7.-Mi médico no pone atención a mis emociones durante la entrevista e historia clínica.

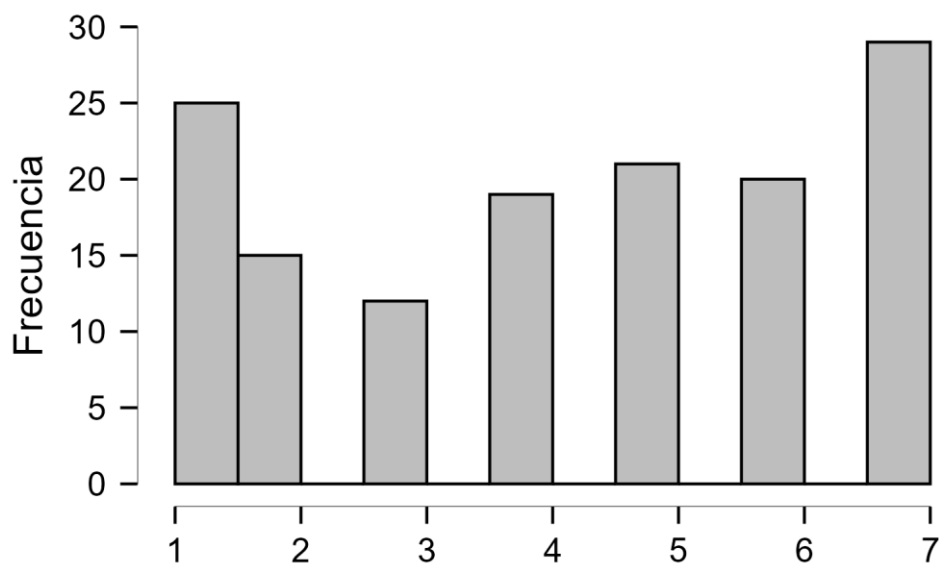


8.- La atención de mi médico a mis experiencias personales es irrelevante para la efectividad del tratamiento



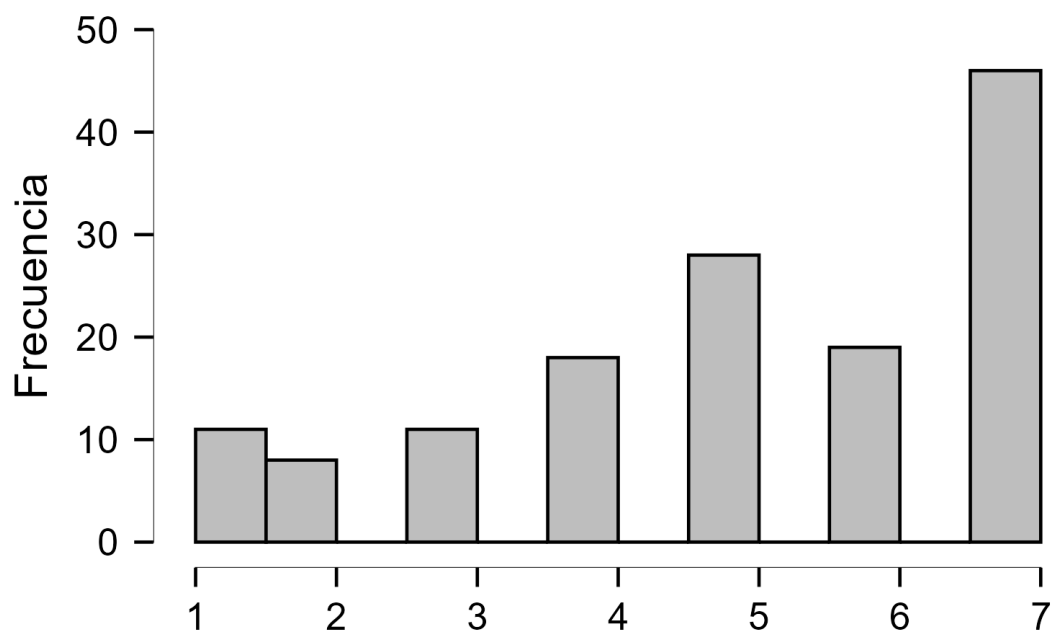
9.- La atención de mi médico a mis experiencias personales es irrelevante para la efectividad del tratamiento

9.- Mi médico trata de ponerse en mi lugar cuando me está atendiendo



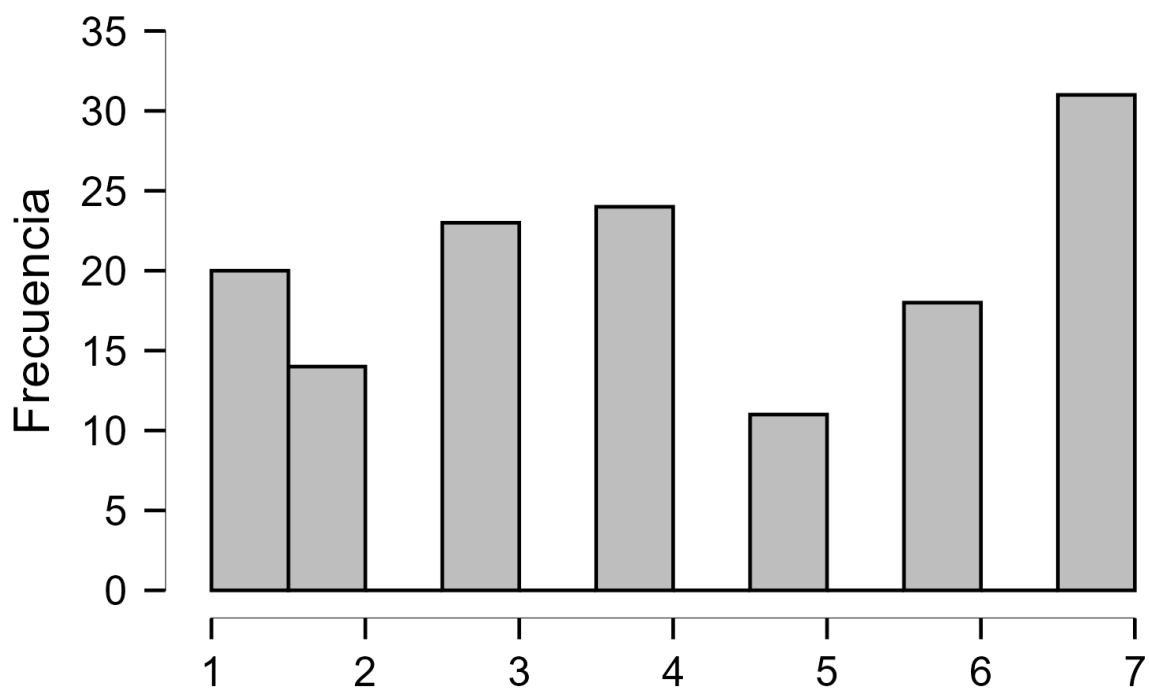
¿mi médico trata de ponerse en mi lugar cuando me está atendiendo?

10.- La comprensión de mi médico a mis sentimientos me da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma



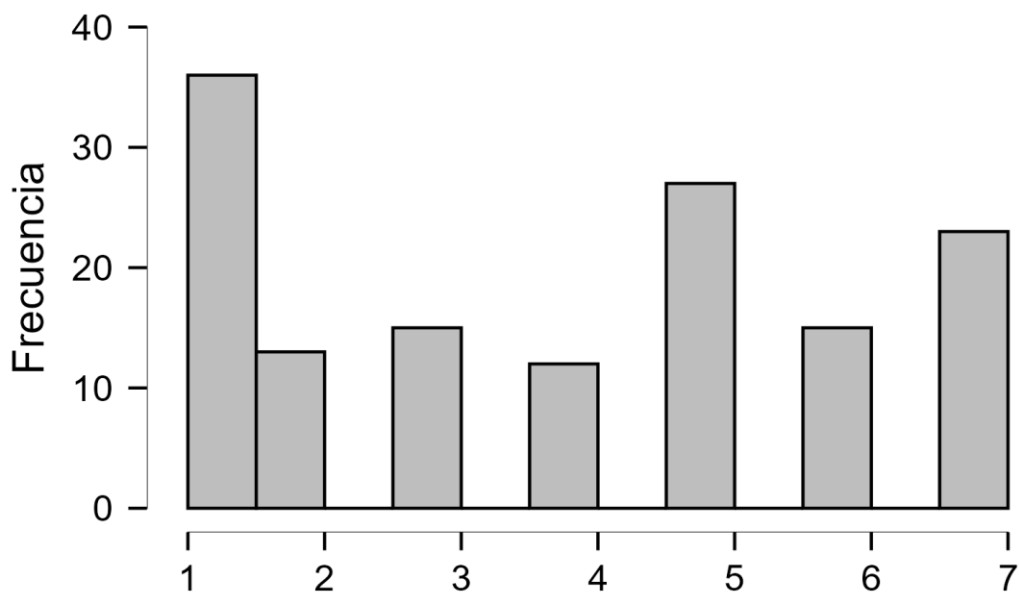
La comprensión de mi médico a mis sentimientos me da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma

11.- Creo que la enfermedad que padezco solo puede ser curada con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mi médico no tienen un valor significativo en este contexto



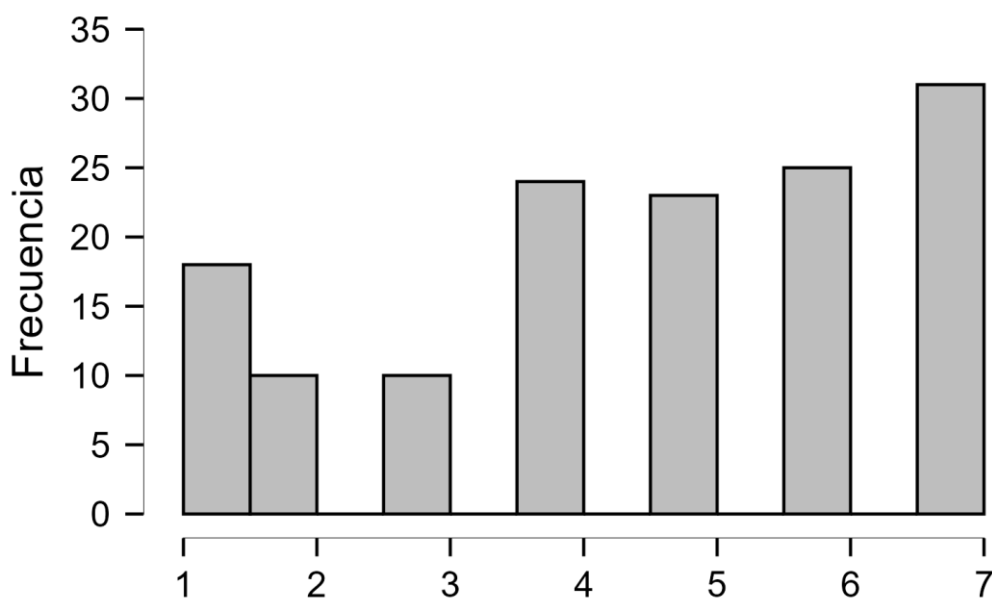
ada con tratamiento medico; por lo tanto, los lazos af

12.- Considero que al preguntarme sobre lo que está sucediendo en mi vida es un factor sin importancia para entender mis molestias físicas



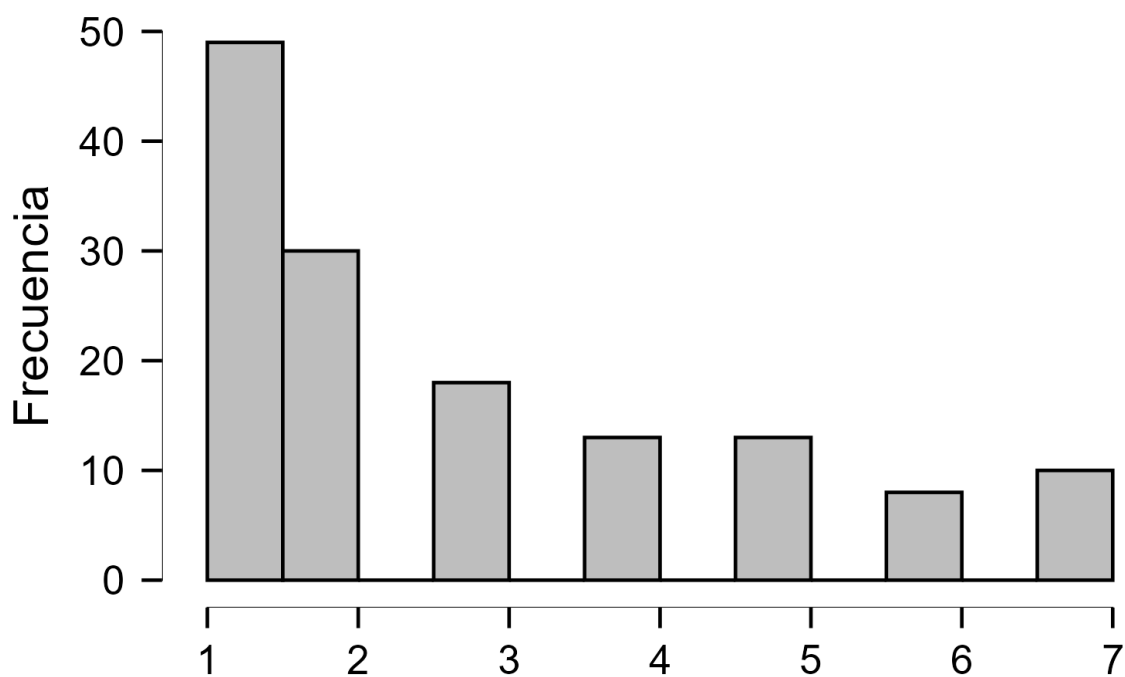
de lo que esta sucediendo en mi vida es un factor sin i

13.- Mi médico trata de comprender lo que está pasando en mi mente y pone atención a lo que le estoy comunicando de manera no verbal y mi lenguaje corporal



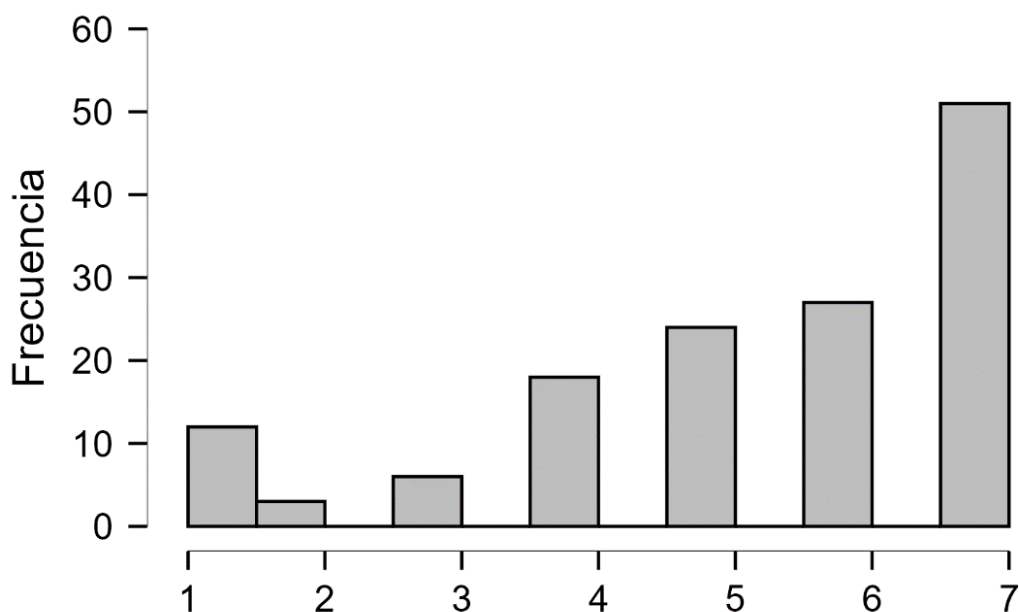
ando en mi mente y pone atencion a lo que le estoy c

14.- Creo que mis emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica

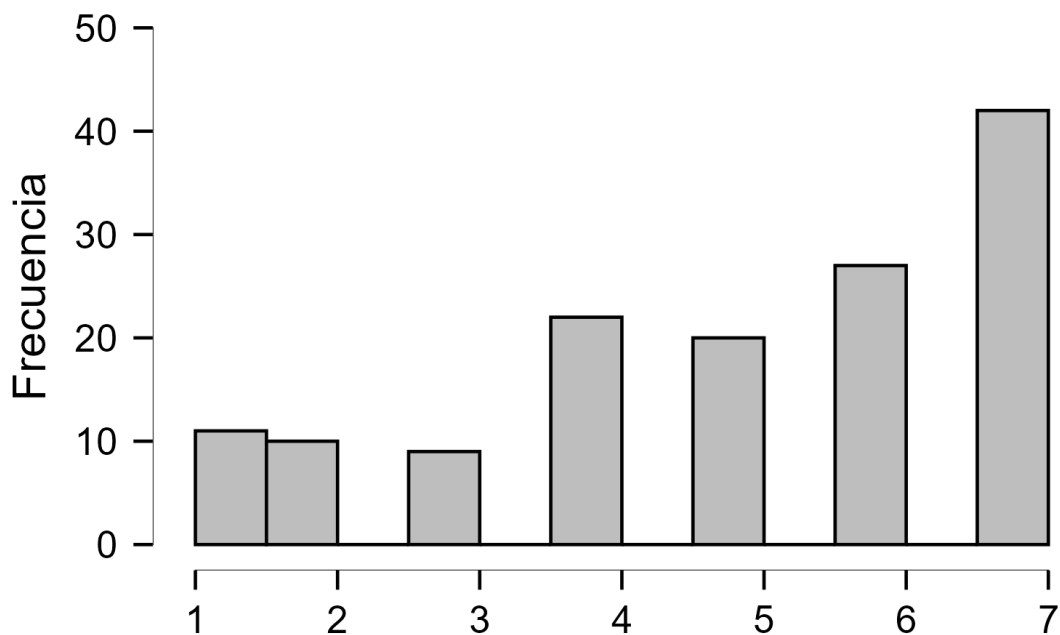


nis emociones no tienen lugar en el tratamiento de ur

15.- La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito de la relación médico-paciente puede estar limitada

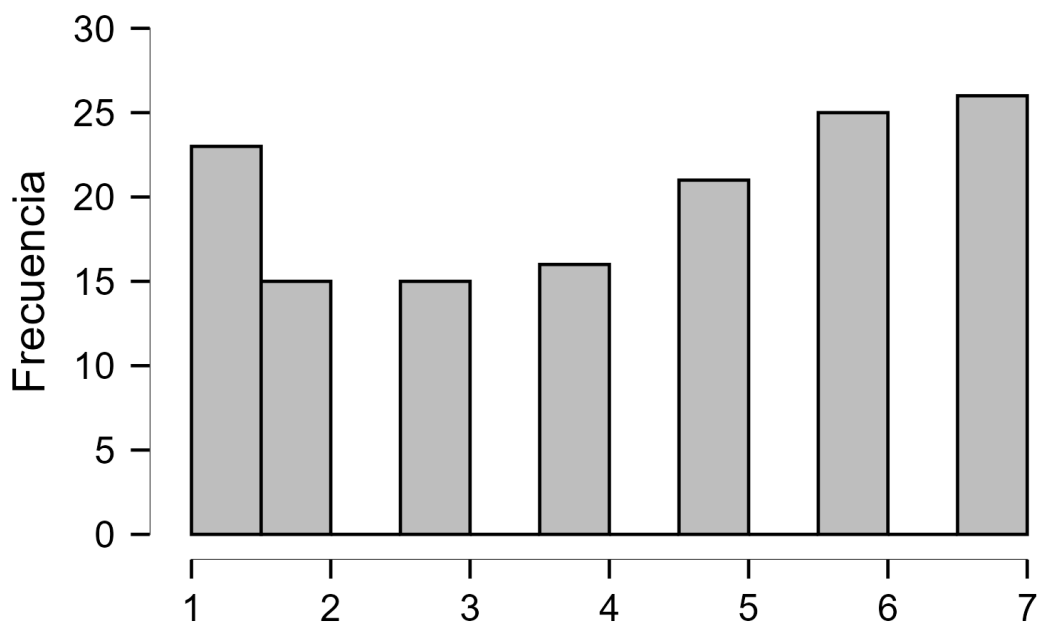


16.- Un componente importante de la relación con mi médico es la comprensión de mi estado emocional y el de mi familia



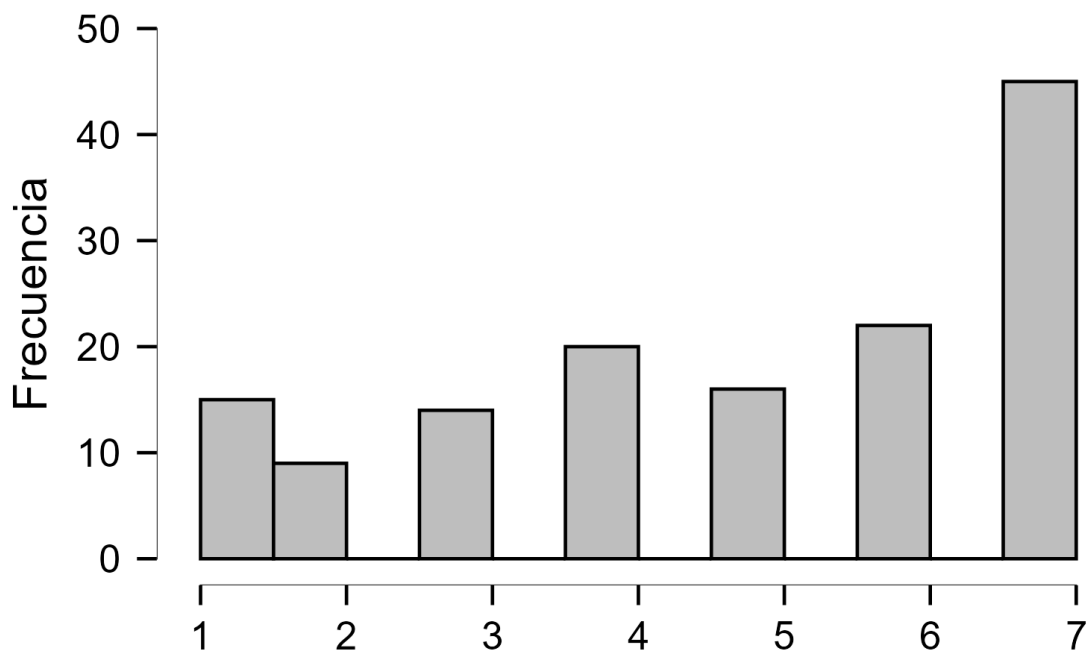
Un componente importante de la relación con mi médico es la comprensión de mi estado emocional y el de mi familia

17.- Mi médico trata de pensar como yo para poder darme un mejor cuidado



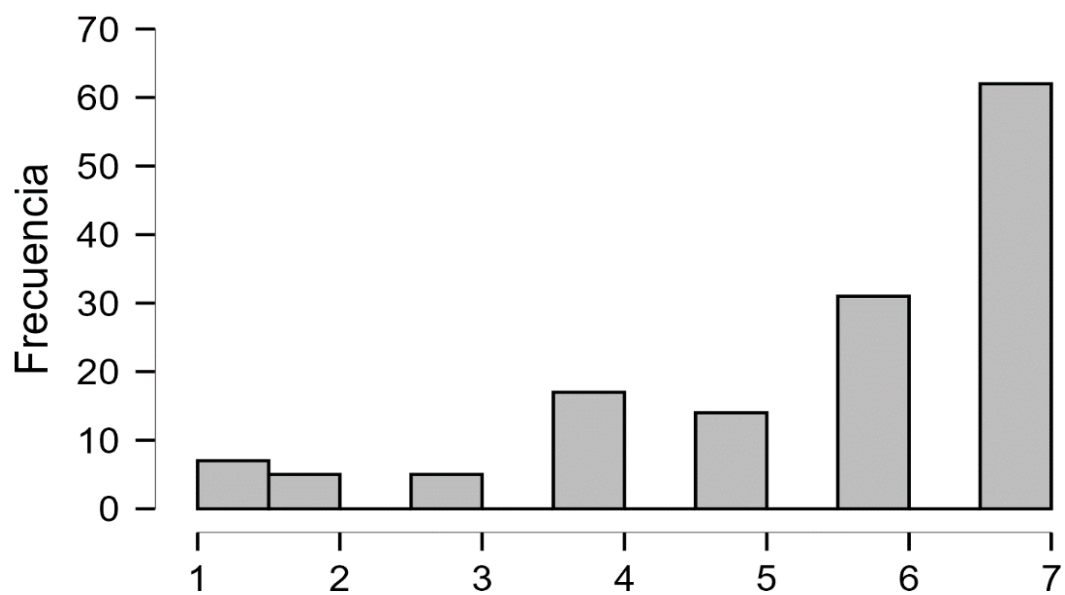
medico trata de pensar como yo para poder darme un

18.- Mi médico no se permite ser afectado por las intensas relaciones sentimentales que tengo con mi familia



rmite ser afectado por las intensas relaciones sentime

19.- Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento con mi médico



que la empatia es un factor terapeutico en el tratamie

Anexo 2: Escala de Empatía versión pacientes

- 1.- La comprensión de mis sentimientos es un factor irrelevante en el tratamiento médico.
- 2.- Me siento mejor cuando mi médico comprende mis sentimientos.
- 3.- Es difícil para mi médico ver las cosas desde mi perspectiva.
- 4.- Considero que el lenguaje no verbal es tan importante como la comunicación verbal en la relación con mi médico.
- 5.- Si mi médico tiene un buen sentido del humor, yo creo que contribuye a un mejor resultado clínico.
- 6.- La gente es diferente, lo que hace imposible que mi médico vea las cosas desde mi perspectiva.
- 7.- Mi médico no pone atención a mis emociones durante la entrevista e historia clínica.
- 8.- La atención de mi médico a mis experiencias personales es irrelevante para la efectividad del tratamiento.
- 9.- Mi médico trata de ponerse en mi lugar cuando me está atendiendo.
- 10.- La comprensión de mi médico a mis sentimientos me da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.
- 11.- Creo que la enfermedad que padezco solo puede ser curada con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mi médico no tiene un valor significativo en este contexto.
- 12.- Considero que al preguntarme sobre lo que está sucediendo en mi vida es un factor sin importancia para entender mis molestias físicas.
- 13.- Mi médico trata de entender lo que está pasando en mi mente y pone atención a lo que le estoy comunicando de manera no verbal y mi lenguaje corporal.
- 14.- Creo que mis emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.
- 15.- La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito de la relación médico-paciente puede estar limitada.
- 16.- Un componente importante de la relación con mi médico es la comprensión de mi estado emocional y el de mi familia.
- 17.- Mi médico trata de pensar como yo para poder darme un mejor cuidado.
- 18.- Mi médico no se permite ser afectado por las intensas relaciones sentimentales que tengo con mi familia.
- 19.- Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento con mi médico.

Anexo 3: Cuestionario de Adherencia al Tratamiento

No ítem	ítem español	%de acuerdo
1	¿A veces se olvida de tomar su medicamento?	80
2	La gente a veces omite tomar sus medicamentos por razones diferentes al olvido. Pensando en las últimas 2 semanas, ¿hubo algún día que no toma su medicamento?	100
3	¿Alguna vez ha recortado o dejado de tomar el medicamento sin consultar antes con su médico, ya que se sintió peor cuando lo tomaba?	80
4	Cuando viaja o sale de casa, ¿a veces se olvida de llevar su medicina?	100
5	Ayer, ¿tomó todos los medicamentos?	100
6	Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿a veces deja de tomar su medicamento?	100
7	Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se siente presionado a apegarse a su plan de tratamiento?	80
8	¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos? Respuestas A= 0 de la B a la E= 1 A. Nunca / raramente B. De vez en cuando C. A veces D. Usualmente- casi siempre E. Todo el tiempo – siempre	80

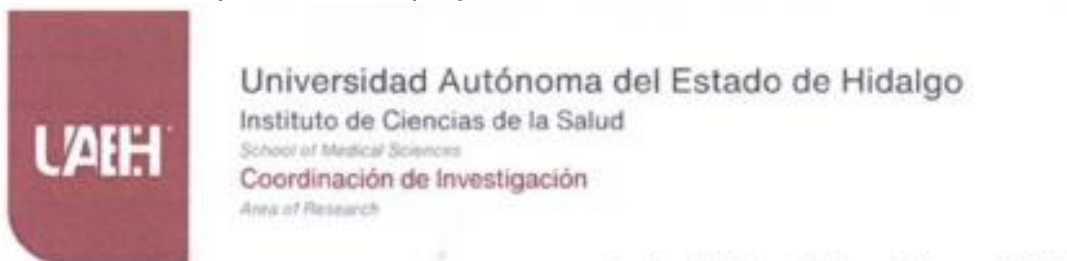
Anexo 4:

Tabla desglosada de jueceo

[illegible]

Anexo 5:

Dictamen de aprobación de proyecto



San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 7 de marzo de 2025

Oficio Comité ICSa «294» / 2025

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN.

Valencia Ortiz Andrómeda Ivette

Investigador de la UAEH

Correo: andromeda.valencia.23@gmail.com

Alumno/Investigador externo: Rodríguez del Valle Ingrid Daniela

Correo: ro370442@uaeh.edu.mx

PRESENTE

Título del Proyecto: Percepción de Empatía Médica sobre Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Enfermedades Crónicas.

Le informamos que su proyecto ha sido evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud y el dictamen emitido respecto a su proyecto de investigación es:

Decisión
«Aprobado»

Este protocolo tiene vigencia del 7 de marzo de 2025 al 7 de marzo de 2026.

En caso de requerir una ampliación del plazo, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité la solicitud del motivo junto con un reporte del progreso de avance de su proyecto, al menos 90 días antes de la fecha de término de su vigencia.

Le solicitamos atender las indicaciones realizadas por el revisor «si es el caso», y enviar la versión corregida de su protocolo para una nueva evaluación, a más tardar 15 días naturales posteriores a la recepción de este documento.

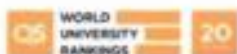
Atentamente

Dr. Diego Estrada Luna
Presidente del Comité

Para la validación de este documento informe el siguiente código en la sección

Validador de Documentos del sitio web oficial del Comité: «@*Etkg??»

<https://sites.google.com/view/comiteci-icsa/validador-de-documentos>



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. 4306
investigacion_icsa@uaeh.edu.mx

uaeh.edu.mx