
La orientación empática en los estudiantes de medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres

EMPATHETIC ORIENTATION OF THE MEDICAL STUDENTS FROM SAN MARTIN DE PORRES UNIVERSITY

Ubillús Arriola, G¹; Sidia Alcalde, M²; Rentería Kong, D³; Reátegui Alcántara, C²; Rodríguez Ambrosio, C²; Sotelo Gómez, J M².

RESUMEN

Objetivo. Conocer el nivel de orientación empática en los estudiantes de medicina de la Universidad San Martín de Porres.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Es una investigación observacional, transversal descriptivo, realizada entre los meses de marzo y junio del año 2010. Participaron 193 alumnos de un universo de 1920, correspondientes a los años I, II, III, IV, V y VI de la carrera de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. Se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ). Para el análisis de datos se emplearon medios descriptivos de frecuencia, porcentajes y desviaciones estándares.

RESULTADOS.

Los estudiantes de IV año obtuvieron el mayor puntaje (6,1) de orientación empática, sin embargo el I año obtuvo el menor puntaje (5,5). Las mujeres tuvieron un mayor puntaje de orientación empática que los hombres, 5,9 y 5,8 respectivamente. El grupo etario con mayor puntaje (5,9) de orientación empática fue el grupo de 25-28 años.

CONCLUSIONES.

Los alumnos que están en los niveles intermedios de la carrera de medicina humana (III y IV año de medicina), las mujeres y el grupo etario de 25 - 28 años obtuvieron mayores puntuaciones en la Escala de Empatía Médica de Jefferson.

PALABRAS CLAVES:

Educación médica, empatía, Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), medicina humana, orientación empática.

ABSTRACTS

Empathetic Orientation of the Medical Students from San Martín de Porres University

Objective. To know the empathetic orientation of the medical students from San Martín de Porres University.

MATERIAL AND METHODS.

This is an observational, cross-sectional descriptive study, carried out between the months on March and June, 2010. 193 out of 1920 students participated, who belonged to the levels I, II, III, IV, V and VI. The Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) was applied. For the data analysis used descriptive means of frequency, percentages and standard deviations.

RESULTS.

The Fourth year's students obtained the highest score (6,1) in the empathic guidance, however the first year's students had the lowest score (5,5). Women had a higher score than men empathetic orientation, 5,9 and 5,8 respectively. The age group with the highest score (5,9) empathic orientation was the group of 25-28 years.

CONCLUSIONS.

The students who are level intermediate of human medicine carrier (III and IV levels of medicine), the female and the group of 25 to 28 years had the highest score in The Jefferson Scale Physician Empathy.

KEY WORDS:

Medical education, empathy, Jefferson Scale of Physician (JSPE), human medicine, empathetic orientation.

1. Médico Pediatra, Coordinadora General del Curso de Pediatría de la Universidad de San Martín de Porres
2. Estudiantes de 6to Año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres.

INTRODUCCIÓN

El concepto de empatía se refiere a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente.¹¹ La empatía es una emoción que nace en nosotros como una proyección de nuestros sentimientos y creencias. La más directa expresión de empatía es «Yo soy tu», o «Yo siento tu dolor» como opuesto a simpatía, o aun piedad, lo cual movería a alguien a decir «Yo quiero ayudarte».^{21, 22} La empatía del doctor debe ser evidente y palpable para el paciente; es un componente esencial en la «curación» y no estar indicado por términos neutros como «tratamiento» o «manejo». La empatía resulta ser una característica esperable en el médico y se le atribuyen roles significativos: mejora la relación médico-paciente, favorece un adecuado diagnóstico, mejora la adherencia al tratamiento y los resultados del mismo, reduciendo los costos en salud.⁸

La importancia que tendría la empatía en el desempeño médico ha determinado una serie de investigaciones para conocer qué pasa durante el proceso de formación, ante la percepción de que los alumnos pueden perder esta característica a través de una experiencia negativa.^{19, 20}

Existen diferentes condiciones que los alumnos de medicina deben afrontar, las que eventualmente podrían influir en la pérdida del vínculo empático hacia sus pacientes,⁴ entre éstas se cuentan: iniciar la formación sin pacientes y centrado en células y cadáveres, el centrar el estudio en aspectos biológicos dejando a un lado aspectos emocionales y humanistas, el poco tiempo para actividades personales así como para compartir con los pacientes, la ansiedad de enfrentarse a los enfermos y la muerte sin un apoyo adecuado (pudiendo aprender a ocultar sus emociones), la competitividad, la falta de espacios de reunión entre alumnos y con docentes, etc. Algunos estudios de investigación han demostrado esta reducción de empatía durante el proceso de formación, lo que no ocurre en todos los estudios y se ha discutido también el diseño de algunos de ellos.^{5, 6, 7, 13} La relación médico-paciente se ha tensado por el rápido incremento del diagnóstico basado en la tecnología en la medicina moderna y el cambio resultante de alejamiento del contacto al lado de la cama del paciente a los laboratorios y los procedimientos diagnósticos basados en computadoras. Lo anterior ha dado lugar a la percepción general que los médicos se han “desligado” de la atención del paciente.²²

En el año 2000, en varios hospitales de New York, se aplicó la escala de la empatía médica de Jefferson a una muestra de 704 médicos. Los análisis preliminares indicaron diferencias en los puntajes sobre empatía en diferentes grupos de

médicos. Por ejemplo se encontró que 462 médicos tenían permanente contacto con personas (obstetricia y ginecología, emergencia, psiquiatría, etc.), obtuvieron una mayor puntuación en la escala de Jefferson, en contraparte los que tenían especialidades con poco contacto con personas (anestesiología, patología, radiología, cirugía, cirugía urológica, etc.) tuvieron puntajes menores. Se observó también que los resultados no variaron significativamente cuando se controló la variable de género.^{1, 2}

En el año 2002 se realizó a 90 alumnos de 5° año de medicina del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, una escala de empatía. Las mujeres obtuvieron un puntaje mayor de empatía con respecto a los hombres. Se encontraron diferencias en el grado de empatía según la especialidad a seguir del estudiante.^{1, 2}

En el año 2009, en una escuela de medicina humana de California, un análisis estadístico mostró que los puntajes sobre la empatía no cambiaron significativamente durante los primeros dos años en los estudios universitarios de medicina. Pero se mostró una disminución significativa en los puntajes observados al final del tercer año que persistió hasta la graduación. La disminución en los puntajes sobre la empatía fue similar tanto en hombres como en mujeres. Este estudio muestra una disminución significativa en la empatía, durante el tercer año de estudios en la facultad de medicina. Es irónico que este hallazgo ocurra durante el tiempo en que los estudiantes empiezan a tratar pacientes, aquí cuando la empatía debes ser una característica esencial en todo estudiante.¹⁴

El presente estudio tuvo como objetivo conocer el nivel de orientación empática que poseen los estudiantes de medicina de la Universidad San Martín de Porres. Los Objetivos específicos fueron: determinar el nivel de orientación empática entre los años académicos, entre hombres y mujeres, y según grupo etario.

Para realizar nuestro estudio se utilizó la EEMJ (Escala de Empatía Médica de Jefferson) en su versión adaptada y validada al español. La versión final de la escala define el concepto multidimensional de la empatía incluyendo tres factores: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para “ponerse en los zapatos del paciente”.

Es importante hacer hincapié que no existen estudios en nuestro país que midan la empatía médica en la relación médico-paciente en estudiantes de medicina, de esta manera nuestro trabajo contribuirá al conocimiento de este tema en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, realizado entre marzo y junio del año 2010. El estudio tuvo una muestra de 193 estudiantes de la carrera de Medicina Humana, de un universo de 1920, de los años I, II, III, IV, V y VI año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres.

Se utilizó la EEMJ, una herramienta consistente en 20 reactivos tipo Likert en una escala de 7 puntos (1 = fuertemente en desacuerdo, 7 = fuertemente de acuerdo), construida so-

bre la base de una extensa revisión de la literatura, seguida de estudios pilotos y con una amplia evidencia publicada que apoya los indicadores psicométricos de la escala (validez de constructo y consistencia interna), tanto en su versión en inglés como en su versión culturalmente adaptada al español. Esta herramienta incluye las siguientes variables: la edad, el género, año de estudio y la orientación empática. Esta última se definió operacionalmente como la capacidad de ponerse en el lugar de los demás. La orientación empática se abordó a través de 20 preguntas, que se presenta a continuación:

ESCALA MÉDICA DE EMPATÍA DE JEFFERSON

Edad: ____ años

Sexo: F ____ M ____

Año de estudio: 1ero () 2do () 3ero () 4to () 5to ()

6to ()

INSTRUCCIONES

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones, marcando con una (x) el número apropiado que se encuentra al lado de cada oración.

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

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

PROCEDIMIENTO

Se entregó a los alumnos participantes la versión en español de la EEMJ para estudiantes (versión S). Se realizó una medición en cada sede de estudio en una visita de los centros donde ellos se desempeñan en su práctica según año de carrera de los estudiantes. La información entregada a los alumnos la proporcionó siempre el mismo investigador, utilizando siempre el mismo discurso. Se aseguró a los estudiantes que iban a responder la prueba su confidencialidad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se construyó una base de datos en el programa Excel del office 2007, con las variables definidas para su ingreso, se controló la calidad de de los datos por variable. Para el análisis de datos se utilizó medios descriptivos de frecuencias, porcentajes, desviaciones estándares, con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 15.0.

Between 2009 and 2010 the premier software for SPSS was called PASW (Predictive Analytics SoftWare) Statistics. The company announced July 28, 2009 that it was being acquired by for US\$1.2 billion. As of January 2010, it became "SPSS: An IBM Company". **Aspectos éticos.** Se garantizó a los participantes la confidencialidad de la información y el uso exclusivamente académico de sus datos. Para el consentimiento informado, los estudiantes de medicina de la Universidad de San Martín de Porres fueron informados de los objetivos y beneficios del presente estudio, antes de la aplicación de la encuesta se les pidió permiso para su colaboración y participación.

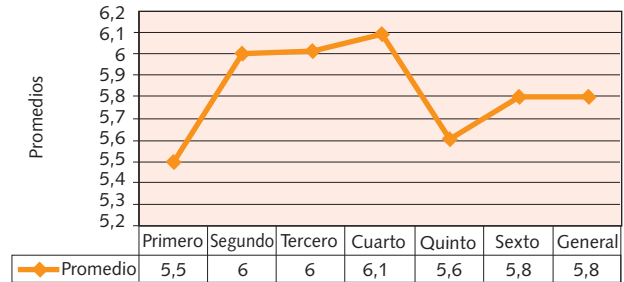
RESULTADOS

De un total de 193 alumnos, fueron mujeres el 60% (116) y hombres el 40% (77). Los alumnos de IV año obtuvieron el más alto puntaje con 6,1, seguido de II y III año con 6,0 a diferencia del I año que obtuvo el más bajo puntaje (Gráfico N° 1). El promedio general de todos los años de estudios fue 5,8.

Con la Escala de Empatía Médica de Jefferson según sexo por años de estudios se encontró lo siguiente: 1) Para el I, II y III año de estudios de medicina, los hombres tuvieron mayor puntaje comparado con las mujeres. En el primer año, los hombres obtuvieron un puntaje de 5,6 y las mujeres con 5,4. En el segundo año y tercer año, los hombres obtuvieron 6,1 y las mujeres 5,9. 2) Para el cuarto, quinto y sexto año de estudios de medicina, las mujeres tuvieron mayor puntaje comparado con los hombres. En el cuarto año, las mujeres obtuvieron un puntaje de 6,2 y los hombres 5,9. En

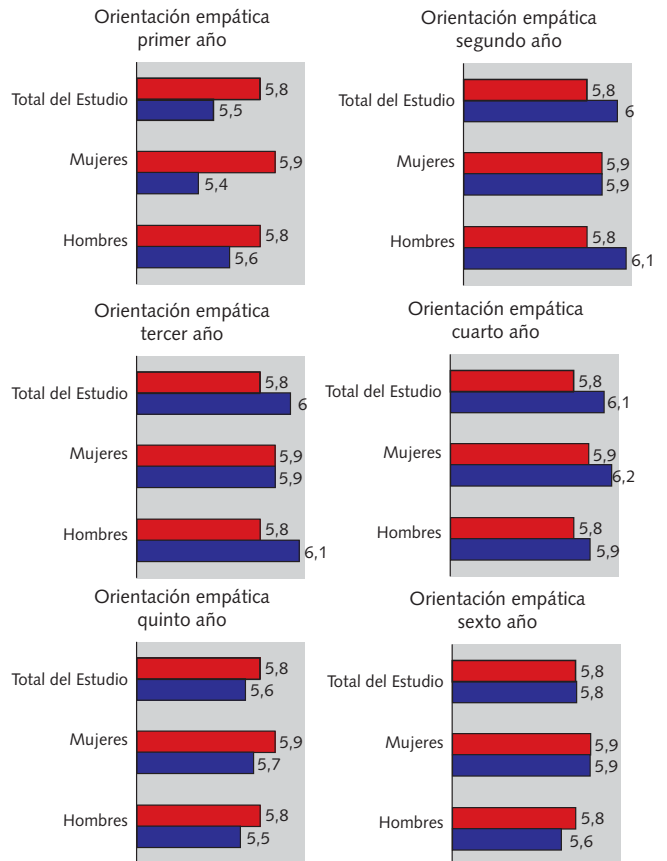
el quinto año, las mujeres obtuvieron un puntaje de 5,7 y los hombres 5,5. En el sexto año, las mujeres obtuvieron un puntaje de 5,9 y los hombres 5,6. (Gráfico N° 2).

Gráfico N° 1
Promedio general de la orientación empática según años de estudio de la Universidad de San Martín de Porres



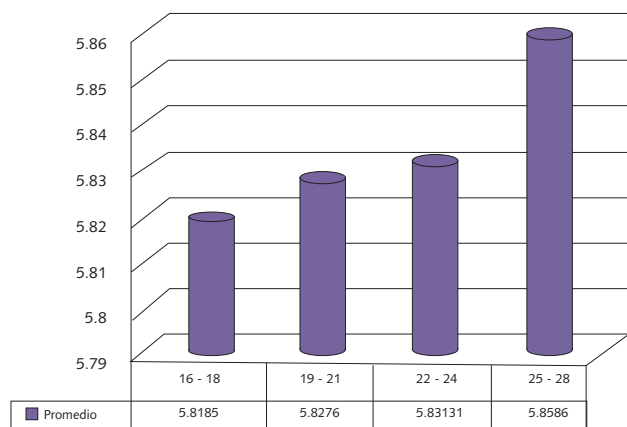
Fuente: Estudiantes Medicina Humana de Sexto Año de la USMP, Curso de Pediatría INSN

Gráfico N° 2.
Puntuación obtenida con Escala de Empatía Médica de Jefferson, según años de estudio de medicina (primer año - sexto año)



Fuente: Estudiantes Medicina Humana de Sexto Año de la USMP, Curso de Pediatría INSN

Gráfico N° 3
Puntuación promedio obtenida con la Escala de Empatía Médica de Jefferson según grupo etario



Fuente: Estudiantes Medicina Humana de Sexto Año de la USMP, Curso de Pediatría INSN

El mayor puntaje lo obtuvo el grupo etario de 25-28 años y el menor puntaje el grupo etario de 16-18 años.

Tabla N° 1
Puntaje máximo y mínimo de los resultados obtenidos de la escala de empatía médica de Jefferson por año

	Total	Promedio	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Primer año	35	5.5	4 (8,5%)	6.7 (20,0%)
Segundo año	35	6	4 (8,5%)	7 (2,8%)
Tercer año	30	6	4.5 (3,3%)	6.7 (43,3%)
Cuarto año	31	6.1	4.6 (3,2%)	7 (3,2%)
Quinto año	31	5.6	4.9 (3,2%)	6.3 (6,4%)
Sexto año	31	5.8	4.4 (3,2%)	6.8 (3,2%)

Fuente: Estudiantes Medicina Humana de Sexto Año de la USMP, Curso de Pediatría INSN.

El más alto puntaje lo obtuvieron el segundo y cuarto año (7 puntos). Los más bajos puntajes fueron obtenidos por el I y II año.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que las más altas puntuaciones obtenidas en la EEMJ están en los años intermedios de la carrera de medicina humana, es decir II, III y IV año. Estos hallazgos concuerdan con investi-

gaciones similares que poseen un mismo modelo metodológico, en las cuales se plantea que la orientación empática va disminuyendo en los estudiantes de medicina a medida que avanzan en su carrera.^{1, 2} Otras investigaciones realizadas con estudiantes de odontología en los cuatro primeros años de formación muestran que el I año era el que tenía puntuaciones mayores de orientación empática con respecto a los demás niveles.^{8, 9} Según los trabajos de Hojat et al y Sherman y Cramer, los alumnos experimentan una disminución en las puntuaciones obtenidas en la EEMJ al avanzar en la carrera, producto posiblemente de un estado de defensa que acompaña al miedo y la inseguridad que sienten los alumnos novatos cuando empiezan por primera vez a enfrentarse a los pacientes.¹²

De acuerdo a los promedios hallados en forma global, se encontró que los estudiantes de IV año tienen el más alto puntaje de orientación empática. Esto se podría explicar a la situación *sois generis* que ha vivido el estudiante, al pasar del módulo pre clínico al módulo clínico. El puntaje se traduce en el ímpetu y voluntad de poder ayudar a su paciente y verter todos sus conocimientos para tratar de ayudarlo a resolver sus dolencias físicas y psicológicas.

Las puntuaciones obtenidas en la EEMJ según el género, las mujeres registraron un puntaje superior al de los hombres. El resultado coincide con varios trabajos en los cuales se ha aplicado la EEMJ en estudiantes como en residentes de medicina humana, y en donde tampoco hay diferencias significativas entre hombres y mujeres.^{4, 11, 15} Otro estudio realizado a 704 médicos tampoco arrojó diferencias significativas en cuanto al sexo.³

Por otro lado, el análisis por género en nuestro estudio está limitado, ya que la cantidad de hombres (39,89%) es bastante menor que la de mujeres. Esto no nos permite concluir en relación con las diferencias de puntuaciones obtenidas por género, ya que se pueden deber simplemente a una coincidencia o a que la evolución de esta variable tiene un comportamiento diferente en ambos sexos.

Es importante resaltar lo observado por Hojat y col¹⁰ en una muestra de estudiantes de tercer año de la Escuela de Medicina de Jefferson, en donde las mujeres tuvieron mayor puntaje de empatía que los hombres. Se afirma que las mujeres son más receptivas a las señales emocionales que los hombres y que las mujeres pasan más tiempo con sus pacientes y ofrecen más atención preventiva y orientada al paciente. En cambio, los hombres se inclinan más a menudo a ofrecer soluciones racionales, mientras que las mujeres lo hacen más hacia las medidas de apoyo emocional y el entretenimiento que ayudan a reforzar sus relaciones empáticas.^{10, 12, 18}

Los puntajes obtenidos en la EEMJ según grupo etario ascienden conforme aumenta la edad. Los estudiantes del grupo etario 25 a 28 años obtuvieron el más alto puntaje 5,8586, esto podría deberse a que en este grupo hay 4 estudiantes y los puntajes que presentan son por encima del promedio. El puntaje más bajo lo obtuvo el grupo de 19-21 años. En los trabajos de investigación de Cramer et al, las personas conforme tienen más años de edad van presentando mayor nivel de empatía. Sin embargo, en el estudio de Sherif et al, se demostró que la orientación empática según edades no tiene significación estadística. Dicho estudio explica que se debe a que cada persona tiene su propia manera de ponerse en el lugar de otras personas y una manera diferente de enfrentarse a situaciones de la vida cotidiana independiente de la edad que tenga.^{16, 17} Para confirmar los resultados de nuestro estudio sería muy importante realizar estudios con grupos comparativos con el mismo número de muestra.

Actualmente, la tendencia de los nuevos currículos de las carreras de la salud es incorporar las prácticas clínicas lo más temprano posible, idealmente desde los primeros años como un intento de mejorar las habilidades clínicas del estudiante. Sin embargo, es necesario preparar adecuadamente a los alumnos, tanto en el aspecto fisiopatológico y de las habilidades prácticas, como desde el punto de vista del enfrentamiento con el dolor y sufrimiento y el manejo de las relaciones interpersonales dadas en este contexto, para lograr de esta manera abordar la situación frente al paciente con un adecuado equilibrio emocional.

Las relaciones interpersonales y las competencias clínicas comunicacionales son motivo de preocupación emergente dentro de las grandes asociaciones dedicadas a la formación de profesionales del área de la salud, y es urgente descubrir los elementos que promueven el desarrollo de competencias comunicacionales y de estrategias de intervención que se pueden diseñar para la formación integral de profesionales de las distintas carreras implicadas en el cuidado de pacientes, más aún en aquellas relacionadas con la rehabilitación y el enfrentamiento con la discapacidad y las repercusiones que la misma genera en la vida de un ser humano.

Creemos necesario investigar más aún sobre la orientación empática en el transcurso de la carrera, mediante la realización de estudios cualitativos que aborden a estudiantes y a pacientes en la situación de la práctica. Además, estudios longitudinales permitirían observar la evolución de la variable a lo largo del tiempo y relacionarla con estrategias formativas que permitan mejorar la orientación empática del alumnado.

CONCLUSIONES

Según la Escala de Empatía Médica de Jefferson, existen mayores puntuaciones obtenidas en los alumnos que están en niveles intermedios de la carrera de medicina humana. Los estudiantes de I año de medicina obtuvieron el menor puntaje de orientación empática (5,5). Las mujeres tuvieron un mayor puntaje de orientación empática que los hombres, 5,9 y 5,8 respectivamente. El grupo etario con mayor puntaje de orientación empática fue el grupo de 25-28 años (5,9).

Quisiéramos agradecer a nuestros padres por su constante apoyo, comprensión y aliento durante la realización de este proyecto. Nuestro agradecimiento especial a la Dra. Gloria Ubillús por la paciencia y el apoyo incondicional que nos brindó durante todo este tiempo. Agradecemos también al Ing. Armando Barrientos con quien trabajamos conjuntamente para llevar a cabo este proyecto. Finalmente quisiéramos expresar nuestro sincero agradecimiento a la Psicóloga Patricia Alarcón por su arduo trabajo, paciencia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bertakis K, Roter D, Putman Sm: The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract*, 32: 175-181, 1991.
2. Geisinger K: Cross-cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*, 6:304-312, 1993.
3. Davis M: *Empathy: A Social Psychological Approach*. Brown and Bechmark, Madison, 1994.
4. Davis M: Measuring individual differences in empathy: evidence for multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*, 44: 113-126, 1993.
5. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 657-75.
6. Evans N, Stanley R, and Burrows G: Measuring medical students' empathy skills. *Br J Med Psychol*, 66:121-133, 1993.

7. Glass R: The patient-physician relationships. *JAMA*, 275: 147-148, 1006.
8. Ong L, Haes J, Hoos A, Lammes F. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*, 1995; 40: 903-918.
9. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationship on the costs and use of health care by older americans. *Am J Public Health* 1996; 86: 1742-1747.
10. Gaminde I. De la fascinación del número. Acerca de la necesaria flexibilidad metodológica en la investigación en salud. *Aten Primaria*, 1994; 14: 631-635.
11. Kitzinger J. Introducing focus groups. *Brit Med J*, 1995; 311: 299-302.
12. Bhugra D, Baldwin D, Desai M. Focus groups: implications for primary and cross-cultural psychiatry. *Primary Care Psychiatry*, 1997; 3: 45-50.
13. Girón M, Manjón Arce P, Puerto Barber J, Sánchez García E, Gómez Beneyto M. Clinical interview skills and identification of emotional disorders in primary care. *Am J Psychiatry*, 1998; 155: 530-535.
14. Mira J, Llinás G, Gil V, Orozco D, Palazón I, Vitaller J. Validación de un instrumento para identificar estilos de práctica profesional del médico de atención primaria. *Aten Primaria*, 1998; 21: 14-22.
15. Loayssa J, García M, Gaminde I, Vilches C. Percepciones de los médicos de familia sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 1995; 15: 390-392.
16. Orozco-Delclós A. Los hábitos hacen al hombre. Diploma en Bioética. Universidad Católica de Chile. Unidad I: Fundamentación de la Bioética Sesión 3. Lectura complementaria.
17. Reiser S. The era of the patient: using the experience of illness in shaping the missions of health care. *JAMA* 1993; 269:1012-1017.
18. Berwick D. The total customer relationship in health care: broadening the bandwidth. *Journal on Quality Improvement* 1997;23:245-250.
19. Jovell A. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)* 1999;113:173-175.
20. Wensing M, Grol R. What can patients do to improve health care? *Health Expectations* 1998;1:37-49.
21. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quart* 1966; 44: 166-202.
22. Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Psicología de la Salud* 1992; 4:89-116.

Correspondencia: Gloria Ubillus Arriola
gloria_ubillus@yahoo.com