

Calidez en la relación médico-paciente: análisis del efecto de la empatía como variable mediadora en la intención de adherencia al tratamiento del paciente*

Ana María Erazo-Coronado¹
Jesús Antonio Arroyave Cabrera²
Miguel Efrén Garcés Prettel³

Recibido: 24/06/2023
Aceptado por pares: 18/10/2023

Enviado a pares: 16/08/2023
Aprobado: 14/11/2023

DOI: 10.5294/pacla.2024.27.3.6


Para citar este artículo / to reference this article / para citar este artigo

Erazo-Coronado, A. M., Arroyave, J. A. y Garcés, M. E. (2024). Calidez en la relación médico-paciente: análisis del efecto de la empatía como variable mediadora en la intención de adherencia al tratamiento del paciente. *Palabra Clave*, 27(3), e2736. <https://doi.org/10.5294/pacla.2024.27.3.6>

Resumen

La relación médico-paciente ha sido identificada a lo largo del tiempo como una de las claves del éxito del tratamiento médico y ha sido estudiada en contextos europeos, norteamericanos y latinoamericanos con condiciones socioeconómicas, educativas y culturales particulares. Esta investigación ofrece una nueva perspectiva acerca del asunto. En ella se ha elaborado un modelo para las variables que inciden en la intención de adherencia al tratamiento y los efectos directos e indirectos que surgen en tal relación a partir de un estudio experimental. La metodología incluyó un diseño aleatorio de dos grupos, con una muestra de 440 participantes, de los cuales

* Artículo derivado de la tesis de doctorado "La calidez y el intercambio de información en la relación médico-paciente: un análisis narrativo desde el efecto de la empatía y la comunicación verbal y no verbal como variables mediadoras y moderadoras en la intención de adherencia al tratamiento del paciente" presentada en la Universidad del Norte. Disponible en: https://primo-tc-na01.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/1nls3ib/uninorte_aleph000133199

1  <https://orcid.org/0000-0002-6696-4107>. Universidad Metropolitana, Colombia. aerazo@unimetro.edu.co

2 <https://orcid.org/0000-0001-5894-6059>. Universidad del Norte, Colombia. jarroyav@uninorte.edu.co

3 <https://orcid.org/0000-0001-6391-3147>. Universidad Tecnológica de Bolívar, Colombia. mgarces@utb.edu.co

80 correspondieron a la validación de la manipulación de las variables independientes en las narraciones creadas, 150 a la prueba piloto y 210 a la situación experimental, de una población de estudiantes universitarios. El modelo emergente reveló la relación directamente proporcional entre la calidez del médico y la intención de adherencia al tratamiento. Los resultados evidencian, además, el papel mediador de la empatía como predictora de la conducta de adherencia al tratamiento y la concentración del mayor peso en el componente cognitivo de la empatía, asociado a estos resultados. Los predictores significativos del modelo confirman que la relación médico-paciente es un claro ejemplo de heterogeneidad, en la que confluyen multitud de pacientes y médicos con características diversas, lo que hace única cada interacción, que se muestra más compleja y multicausal que lo estudiado hasta el momento.

Palabras clave

Adherencia; calidez; comunicación; empatía; relación médico-paciente.

Warmth in the Doctor-Patient Relationship: Analysis of the Effect of Empathy as a Mediating Variable in the Patient's Intention to Adhere to Treatment*

Abstract

The doctor-patient relationship has been identified over time as a key to the success of medical treatment. It has been explored in European, North American, and Latin American contexts with particular socioeconomic, educational, and cultural conditions. This research offers a new perspective on the matter. A model has been developed for the variables influencing the intention to adhere to treatment and the direct and indirect effects of such a relationship through an experimental study. The method involved a random design of two groups of university students, with a sample of 440 participants: 80 to validate the manipulation of the independent variables in the created narratives, 150 for the pilot test, and 210 for the experimental situation. The emerging model revealed a directly proportional relationship between physician warmth and intention to adhere to treatment. The results also show the mediating role of empathy as a predictor of treatment adherence behavior and the concentration of greatest weight on the cognitive component of empathy. The significant predictors of the model confirm that the doctor-patient relationship is a clear example of heterogeneity, in which many patients and physicians with diverse characteristics come together and make each interaction unique, which appears to be more complex and multicausal than studied so far.

Keywords

Adherence; warmth; communication; empathy; doctor-patient relationship.

* Article derived from the doctoral thesis "La calidez y el intercambio de información en la relación médico-paciente: un análisis narrativo desde el efecto de la empatía y la comunicación verbal y no verbal como variables mediadoras y moderadoras en la intención de adherencia al tratamiento del paciente" presented at the Universidad del Norte. Available at: https://primo-tc-na01.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/1nls3ib/uninorte_aleph000133199

Acolhimento na relação médico-paciente: análise do efeito da empatia como variável mediadora na intenção do paciente de aderir ao tratamento*

Resumo

A relação médico-paciente tem sido identificada ao longo do tempo como uma das chaves para o sucesso do tratamento médico e tem sido estudada em contextos europeus, norte-americanos e latino-americanos com condições socioeconômicas, educacionais e culturais específicas. Esta pesquisa oferece uma nova perspectiva sobre o assunto. Nela, foi desenvolvido um modelo para as variáveis que afetam a intenção de aderir ao tratamento e os efeitos diretos e indiretos que surgem nessa relação com base em um estudo experimental. A metodologia incluiu um projeto aleatório de dois grupos, com uma amostra de 440 participantes, dos quais 80 eram para a validação da manipulação das variáveis independentes nas narrativas criadas, 150 para o teste-piloto e 210 para a situação experimental, de uma população de estudantes universitários. O modelo emergente revelou uma relação diretamente proporcional entre o acolhimento do médico e a intenção do paciente de aderir ao tratamento. Os resultados também mostram a função mediadora da empatia como preditora do comportamento de adesão ao tratamento e a concentração de maior peso no componente cognitivo da empatia associada a esses resultados. Os preditores significativos do modelo confirmam que a relação médico-paciente é um exemplo claro de heterogeneidade, na qual converge uma infinidade de pacientes e médicos com características diferentes, o que torna cada interação única, e que se mostra mais complexa e multicausal do que o estudado até o momento.

Palavras-chave

Adesão; acolhimento; comunicação; empatia; relação médico-paciente.

* Artigo derivado da tese de doutorado "La calidez y el intercambio de información en la relación médico-paciente: un análisis narrativo desde el efecto de la empatía y la comunicación verbal y no verbal como variables mediadoras y moderadoras en la intención de adherencia al tratamiento del paciente" (O acolhimento e o intercâmbio de informações na relação médico-paciente: uma análise narrativa a partir do efeito da empatia e da comunicação verbal e não verbal como variáveis mediadoras e moderadoras na intenção do paciente de aderir ao tratamento), defendida na Universidad del Norte. Disponível em: https://primo-tc-na01.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/1nls3ib/uninorte_aleph000133199

Introducción: calidez, empatía y adherencia al tratamiento

Una amplia producción de conocimiento en comunicación interpersonal en el contexto de la salud confirma que la comunicación en la relación médico-paciente es esencial para los resultados favorables de la salud (Arroyave y Erazo, 2017; Petracci *et al.*, 2017; Domingo, 2010) y logra el involucramiento del paciente con su enfermedad, al asumir el control de la misma (Anderson y Funnell, 2010). Esto se evidencia en las actitudes en pro de la relación médico-paciente y de la adherencia al tratamiento (Erazo y Arroyave, 2017; Herrera *et al.*, 2010), así como en una comunicación efectiva y asertiva con el paciente (Vega, 2020).

La comunicación en la relación médico-paciente se ha venido estudiando atendiendo a aspectos como la simpatía, la calidez del médico (Donoso, 2014), la empatía (Marroquín *et al.*, 2020), la adherencia al tratamiento (Domingo, 2010) y la recuperación de la salud (Guerrero-Vaca *et al.*, 2020), entre otras cuestiones, lo que ha demostrado que el entrenamiento en competencias comunicativas puede mejorar la relación médico-paciente (Urtasun, 2021) y se ha reflejado en la literatura médica, ante la posibilidad de modificar esa interacción a partir de intervenciones (Sánchez-Angarita, 2017).

La falta de adherencia del paciente al tratamiento se entiende como el incumplimiento farmacoterapéutico, aunado a la renuencia a implementar cambios de vida hacia estilos saludables. Ello se ha convertido en un problema asistencial, al estar asociada dicha renuencia al fracaso de los tratamientos médicos, por lo que se hace necesario entender cómo es la comunicación en la dinámica médico-paciente y los mecanismos que actúan en ella (Petracci y Waisbord, 2011). De acuerdo con lo anterior, el objetivo de esta investigación es explicar la relación de causalidad entre la calidez del médico en la intención de adherencia al tratamiento del paciente y el efecto mediador de la empatía en la relación médico-paciente.

La literatura ha reconocido que una buena relación médico-paciente incide en una mejor adherencia al tratamiento (Erazo y Arroyave, 2017;

Peralta y Carbajal, 2008; Chamorro, 2008). En particular se resaltan la calidad y la calidez del trato a los pacientes como indispensables en el logro de una influencia positiva en su manejo integral. La calidez está relacionada a la cordialidad y el afecto humano y es considerada la base de la relación entre un profesional de la salud y el paciente, lo que la convierte en una actitud que propicia prácticas más humanas de atención en salud (Ordóñez, 2014). La calidez tiene que ver con la proximidad afectiva y atenta del médico con el paciente (Zelada, 2018). El sentir una actitud cálida de parte del médico ayudará a los pacientes a mejorar la confianza (Lu *et al.*, 2016). Para Leal (2004), la calidez no se considera un agregado del acto médico, sino un componente inherente a él. La construcción de la adherencia se identifica como un fenómeno complejo y encuentra su esencia en la relación de los actores implicados. Por esto, la calidez en la atención y el trato digno y humanizado, junto con la buena relación entre el profesional de la salud y el paciente, contribuyen a fortalecer la adherencia de este al tratamiento y logran que cumpla con su tratamiento y la regularidad en los controles (Muñoz *et al.*, 2013).

Cuando el paciente percibe la relación como centrada en él y ve que se le presta atención y se toman decisiones compartidas en un ambiente de calidez humana, las posibilidades de cumplimiento de las prescripciones son mayores (Vega, 2020). La calidad de la entrevista médica y de la comunicación favorecen la adherencia al tratamiento y la evolución, en lo que destacan algunas de las cualidades importantes del entrevistador: la calidez, el respeto y la cordialidad, consideradas como cualidades de superficie, mientras que se consideran como cualidades profundas: la empatía, la continencia emocional y la asertividad (De Marco *et al.*, 2010).

Aunque la literatura evidencia que en la consulta la calidez del médico es un componente importante a la hora de lograr adherencia del paciente al tratamiento, no hay suficientes estudios de corte experimental que expliquen la existencia de una relación directa entre calidez y adherencia al tratamiento.

La empatía tiene dos elementos fundamentales: por una parte, está el elemento cognitivo, que explica la manera como se entienden los sentimientos de otra persona, al adoptar su perspectiva y predecir cómo va a ser

su comportamiento; en cuanto al elemento afectivo, este guarda relación con la forma como responde el observador al estado emocional de alguien (Maldonado y Barajas, 2018), pero no siempre implica compartir el estado emocional de esa persona. Existen diversos factores que desempeñan un rol importante en el hecho de que los pacientes sean o no adherentes a sus tratamientos. Se consideran los relacionados con factores socioeconómicos, con el tratamiento, con el paciente, con la enfermedad y, por último, con el sistema o el cuerpo de asistencia sanitaria, lo que implica el tipo, duración y complejidad del tratamiento indicado y la supervisión y apoyo por parte del equipo de salud que atiende al paciente, así como la empatía entre ellos (Ortega *et al.*, 2018).

La empatía en la atención en salud puede ser entendida como una dimensión cognitiva y del comportamiento que implica la capacidad para comprender cómo las experiencias y los sentimientos del paciente influyen y son influidos por la enfermedad y sus síntomas, así como la manera de comunicar ese estado al paciente (Dávila *et al.*, 2017). El médico debe tener en cuenta una relación empática, con escucha activa, entre otras habilidades, con el fin de establecer las estrategias para que el cumplimiento de los tratamientos sea flexible y, sobre todo, personalizado, lo que aumenta las probabilidades de éxito (Del Duca *et al.*, 2013). La literatura científica dispone de información que confirma que la empatía percibida en el médico es uno de los factores asociados a los profesionales, que inciden en que los pacientes sean o no adherentes al tratamiento (Derksen *et al.*, 2013; Santander-Díaz, 2021).

Una de las características que hacen de la empatía un factor relevante en el proceso relacional médico-paciente es la capacidad del médico para transmitir esa comprensión empática a su paciente, de tal forma que este pueda percibirla. De ahí se desprende que la empatía del profesional, percibida por el paciente o por un observador, es el mejor predictor del resultado de la terapia (Elliot *et al.*, 2011).

Método

Esta investigación experimental pretende explicar tanto la relación de causalidad entre la calidez y la intención de adherencia al tratamiento del pacien-

te como el efecto mediador de la empatía en la relación médico-paciente. Hace parte de una tesis doctoral en Comunicación, financiada por Colciencias y realizada antes de que se presentara la pandemia de Covid-19.

Los participantes fueron estudiantes universitarios ($n = 440$) con un rango de edades entre 18 y 24 años, pertenecientes a programas distintos a Ciencias de la Salud de tres universidades principales de la Región del Caribe colombiana. De ellos, 230 participaron en la validación/manipulación de la variable independiente y en la prueba piloto y 210 en el estudio experimental. La participación fue voluntaria y cada uno de ellos diligenció y firmó el consentimiento informado, así como los instrumentos asignados aleatoriamente con una de las dos condiciones experimentales propuestas, las cuales se explican seguidamente.

En cuanto al *diseño y procedimiento*, la elaboración y validación de instrumentos se llevó a cabo en dos partes. En una primera instancia, se elaboraron dos narraciones dialogadas entre un médico (especialista) y una paciente (con una enfermedad crónica), para la reproducción del contexto experimental de una consulta médica especializada, teniendo como base la persuasión narrativa, es decir, que pudiera haber transporte narrativo e identificación con el personaje (Igartua, 2010). En la narración 1 se manipuló la variable independiente Calidez en términos de “alta calidez” y en la narración 2 en términos de “baja calidez”. Aunque los protagonistas de las narraciones fueron un médico (hombre) y una paciente (mujer), para efectos de estandarizar las condiciones experimentales, la variable género no fue considerada para este estudio.

Tabla 1. Narraciones con manipulación de la variable independiente

Narración 1. Alta calidez	Narración 2. Baja calidez
María: ¡Buenos días, doctor Felipe, finalmente estoy aquí!	María: Buenos días, doctor, ¡finalmente estoy aquí!
Dr. Felipe: Buenos días, María. (Mientras, se levanta a saludarla, la abraza y le pregunta: “¿Y por qué dice eso?”.	Doctor: Buenos días (sin levantar la cabeza del computador). ¿Y por qué dice eso?
María: Me costó trabajo conseguir cita. No fue fácil, tuve que aguantar los malestares de la presión alta por dos semanas.	María: Me costó trabajo conseguir cita. No fue fácil, tuve que aguantar los malestares de la presión alta por dos semanas.

Dr. Felipe: ¿Y por qué no fue con otro internista por esta vez, en lugar de esperar tanto?	Doctor: ¡Ah, ya...! ¿Y por qué no fue con otro internista por esta vez?
María: He probado con otros internistas, pero me ponen nerviosa. Cuando uno tiene cierta edad, no le parece agradable sentirse regañada por el médico.	María: He probado con otros internistas, pero me ponen nerviosa. Cuando uno tiene cierta edad, no le parece agradable sentirse regañada por el médico.
Dr. Felipe: ¿Y conmigo cuál es la diferencia?	Doctor: ¿Y conmigo cuál es la diferencia?
María: Con usted nunca ha sido así. Por eso no había agenda con usted y tocó pedir la cita con semanas de anticipación, pero vale la pena.	María: Bueno... La verdad no había agenda con más nadie y había que pedir las citas con semanas de anticipación.
Dr. Felipe: Disculpe, María, que me haya demorado en llamarla.	Doctor: Estoy atrasado, así que vamos a empezar...
María: No se preocupe, doctor. Yo sé que, así como se demora con los demás pacientes, también lo va a hacer conmigo. Disculpe que le pregunte algo que no es de su especialidad, pero es que tengo los ojos muy resecos.	María: Sí, ¡me di cuenta que se demoró con el paciente anterior, qué suerte! Porque conmigo no se suele demorar tanto... Disculpe que le pregunte algo que no es de su especialidad, pero es que tengo los ojos muy resecos.
Dr. Felipe: Recuérdeme al final de la consulta para revisarla y medicarla, si es el caso. Vamos a empezar por el control de la presión. (Mientras le toman la presión María y el médico conversan).	(Mientras, en silencio, el doctor le toma la presión a María).

Fuente: elaboración propia.

Las narraciones fueron sometidas a validación por parte de expertos y para comprobar la manipulación experimental de la variable independiente Calidez del médico se realizó un diferencial semántico. El resultado de la manipulación de la variable independiente obtenido por medio de un análisis factorial de componentes principales a los factores mostró que el primer factor explicó en un 77,16 % la varianza de la alta calidez y presentó un Alpha de Cronbach de 0,70, que indica una consistencia interna aceptable, mientras que el segundo factor explicó en un 86,8 % la varianza de la calidez y arrojó un Alpha de Cronbach de 0,84, que indica una buena consistencia interna.

En segunda instancia, en lo que toca a los *estímulos experimentales*, para medir Adherencia al tratamiento y Empatía se utilizaron escalas existentes y validadas que fueron sometidas a adaptación a las narraciones construidas a 320 participantes, mediante análisis factorial exploratorio, decantándose los instrumentos definitivos, que fueron aplicados posteriormente a la muestra experimental. Para el caso de la Adherencia al trata-

miento se utilizó la Escala Informativa de Cumplimiento de la Medicación (Medication Adherence Report Scale - MARS), que evalúa la adherencia en términos de Creencias en salud, Experiencias en salud y Comportamiento en salud (Zemmour *et al.*, 2016), gracias a lo cual se obtuvo una escala conformada por seis ítems. Para el caso de la Empatía se utilizó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (Jefferson Scale of Physician Empathy - JSPE) (20 ítems), validada en su versión en español por Alcorta *et al.* (2005), donde se define la empatía de acuerdo con tres factores: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para entender al paciente desde su propia perspectiva. Una vez adaptada, la escala estuvo conformada por ocho ítems.

Respecto de las *medidas*, ambas escalas decantadas: Escala MARS (seis ítems) y Escala EEMJ (ocho ítems), se mostraron adecuadas para explicar los datos de la muestra piloto mediante la prueba de esfericidad de Bartlett. En la escala MARS, la prueba arrojó un Chi-cuadrado aproximado de 864,76 con $gl = 15$ y $p < 0$, indicando una alta correlación entre los ítems estudiados. El valor del determinante fue de 0,051 y el coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin fue igual a 0,751, evidencia de una buena interrelación y adecuación muestral. La Escala MARS mostró una estructura de dos factores que explican en un 66,28 % la varianza de la intención de adherencia al tratamiento. El factor “creencias en salud”, que agrupa lo concerniente a los ítems 1, 2, 3 y 4, alcanzó un autovalor que explica la intención de adherencia en un 45,17% y el factor “comportamiento en salud” que agrupa los ítems 5 y 6, explica la adherencia en un 21,11% la varianza de la adherencia al tratamiento. La escala MARS adaptada presentó un nivel de fiabilidad bueno, debido a que el Alfa de Cronbach del factor “creencias en salud” obtuvo un valor de 0,88 y el factor “comportamiento en salud” un valor de 0,78.

En la escala EEMJ, la prueba arrojó un Chi-cuadrado aproximado de 1163,9 con $gl = 28$ y $p < 0$, que indica una alta correlación entre los ítems estudiados. El valor del determinante fue de 0 y el coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin fue igual a 0,934. Los factores presentaron comunalidades mayores a 0,3 y cargas factoriales mayores a 0,4. Asimismo, las correlaciones ítems-total corregido mostraron valores apropiados superiores a 0,3. En términos generales, la Escala de Empatía Médica de Jefferson mostró una es-

estructura factorial de dos niveles que explican en un 70,5 % la varianza de la empatía. El nivel cognitivo que agrupa lo concerniente a los ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 6 alcanzó un autovalor que explica la dimensión cognitiva (toma de perspectiva) en un 73,82 % con un Alfa de Cronbach de 0,95; el factor “dimensión afectiva” (ponerse en la situación del otro) que agrupa los ítems 7 y 8, explica la empatía en un 9,7 % y tuvo un Alfa de Cronbach de 0,81

Una vez adaptadas las escalas a utilizar en el contexto de las narraciones dialogadas, se estructuraron dos tipos de cuestionarios que incluían consentimiento informado, narración dialogada y escalas de empatía y adherencia. Dichos cuestionarios fueron aplicados aleatoriamente a una muestra de 210 individuos, de los cuales 105 participaron en la primera situación experimental y 105 en la segunda.

Para el *análisis de los datos* obtenidos, estos se transcribieron a una matriz de Excel para importarla a SPSS 25. Se hizo un análisis del proceso condicional basado en el análisis de la mediación, así como su integración analítica en forma de análisis de proceso condicional, con Process 3 para SPSS. Para analizar la hipótesis 1 (H1): “la alta calidez del médico inducirá una mayor intención de adherencia al tratamiento en el paciente que la versión de baja calidez del médico”, se hizo un análisis univariante Ancova y multivariado Manova; y para la hipótesis 2 (H2): “el efecto de la calidez del médico en la adherencia al tratamiento estará mediado por la empatía”, se utilizó el modelo 4 de Andrew Hayes (2013). En este punto es importante comprender los mecanismos que producen un efecto, pero no menos importante determinar si dicho efecto ha sido mediado por otras variables (Igartua y Hayes, 2021).

Resultados

En cuanto a la comprobación de la hipótesis H1, se encontró que los valores de la media (*M*) obtenidos en cada uno de los niveles de intención de adherencia al tratamiento del paciente (nivel I = creencias en salud, nivel II = comportamientos en salud) ponen de manifiesto el predominio del grupo experimental con narrativas de alta calidez del médico sobre el grupo de control con narrativas de baja calidez.

En el primer nivel de intención de adherencia al tratamiento, el grupo con narrativa de alta calidez del médico presentó un promedio mayor en las creencias en salud del paciente ($M = 4,42$; $DS = 0,61$) que el del grupo con narrativa de baja calidez ($M = 2,04$; $DS = 0,69$). Asimismo, en el segundo nivel de intención de adherencia al tratamiento, el grupo con narrativa de alta calidez del médico ($M = 2,57$; $DS = 1,11$) presentó un promedio superior en los comportamientos en salud del paciente que el del grupo de baja calidez ($M = 2,04$; $DS = 0,69$).

Tabla 2. Diferencias en los niveles de intención de adherencia al tratamiento con respecto a las narrativas de calidez del médico (análisis univariante Ancova)

Niveles de adherencia	Alta calidez	Baja calidez	P-valor
Creencias en salud	$M = 4,42$	$M = 2,04$	0
Comportamiento en salud	$M = 2,57$	$M = 2,04$	0
N = 210	105	105	—

Fuente: elaboración propia.

Los datos de la Tabla 2, provenientes del análisis univariado (Ancova), permitieron comprobar que las diferencias encontradas en los niveles de adherencia son estadísticamente significativas tanto para las creencias como para los comportamientos en salud del paciente. Lo anterior es congruente con el resultado del análisis multivariado (Manova) aplicado para determinar el efecto conjunto de las narrativas de calidez sobre dichos niveles, el cual reafirma las diferencias encontradas ($\text{Lambda de Wilks} = 0,22$; $F\text{-multivariada} = 356,39$, $p = 0,001$) y permite establecer que la alta calidez del médico incide significativamente en la intención de adherencia al tratamiento.

No obstante, el peso de la calidez del médico para explicar la intención de adherencia se concentra con más fuerza en las creencias (R^2 ajustado = 76,7%) que en el comportamiento en salud del paciente (R^2 ajustado = 7,2%). Por consiguiente, la evidencia empírica obtenida en los niveles de adherencia confirma que la versión de la narración diseñada para mostrar

alta calidez del médico induce a una mayor intención de adherencia al tratamiento en el paciente que la versión de baja calidez del médico. Para el análisis de los efectos indirectos se tuvieron en cuenta los niveles de Creencias en salud y Comportamiento en salud de la Adherencia al tratamiento y las dimensiones cognitiva y afectiva de la Empatía.

En cuanto a la segunda hipótesis (H2), según la cual el efecto de la calidez del médico en la adherencia al tratamiento estará mediado por la empatía, los datos de la Tabla 3 revelan, en primer lugar (Modelo 1), los resultados del análisis de regresión lineal simple entre empatía cognitiva (variable mediadora) y alta calidez (variable independiente) y muestran que ambas variables tienen una relación positiva y estadísticamente significativa. El porcentaje de varianza explicada (R^2) de la alta calidez a través de la empatía cognitiva es de un 76,4%. En segundo lugar (Modelo 2) se presentan los resultados del efecto estadísticamente significativo de la alta calidez ($B = 1,2792$; $t = 7,73$; $p = 0$) y la empatía cognitiva ($B = 0,29$; $t = 7,63$; $p = 0$) en la intención de adherencia al tratamiento según las creencias del paciente. Este modelo explica en un 81,9% la varianza total de las creencias en salud del paciente.

En tercer lugar (Modelo 3), esta misma tabla muestra que el efecto directo de la alta calidez ($B = 2,3833$; $t = 26,26$; $p = 0$) en las creencias en salud del paciente es estadísticamente significativo y su relación es directamente proporcional, lo cual es congruente con los datos obtenidos en la Tabla 2. La narrativa de alta calidez explica en un 76,8% la varianza total de este nivel de intención de adherencia al tratamiento del paciente. En cuarto lugar (Modelo 4), la tabla presenta los resultados del Modelo 4 que confirma la segunda hipótesis planteada en esta investigación para el primer nivel mediacional de la empatía cognitiva, debido a que los valores del límite inferior (*BootLLCI*) y del límite superior (*BootULCI*) del intervalo de confianza del modelo no incluyen el valor 0, lo que indica que el efecto mediacional indirecto propuesto en la hipótesis es estadísticamente significativo; es decir, que la relación entre la narrativa de alta calidez del médico y la intención de adherencia al tratamiento a partir de las creencias en salud del paciente está también mediada por la empatía a nivel cognitivo.

Ahora bien, aunque el efecto directo de la narrativa de alta calidez del médico sobre las creencias en salud del paciente fue relativamente mayor ($B = 1,2792$) que el efecto indirecto mediado por la empatía cognitiva ($B = 1,1041$), los datos del Modelo 2 sugieren que, cuando se analiza el efecto conjunto de la alta calidez del médico y la empatía cognitiva sobre las creencias en salud del paciente, el poder de influencia es mayor ($R^2 = 81,93\%$) que el efecto directo de la alta calidez sobre las creencias ($R^2 = 76,4\%$). En otras palabras, los resultados sugieren que entre mayor sea la calidez y la empatía cognitiva con el médico mayor será la probabilidad de intención de adherencia al tratamiento desde las creencias en salud del paciente.

Tabla 3. Efecto de la calidez en las creencias del paciente mediado por la empatía cognitiva

Análisis de regresión	coeff (B)	se	t	p	LLCI	ULCI
Modelo 1: ($X \rightarrow M$) Relación entre alta calidez y empatía cognitiva.	3,6841	0,1420	25,9494	0	3,4042	3,9640
Modelo 2: ($XM \rightarrow Y$) Efecto de la alta calidez y la empatía cognitiva en la intención de adherencia según las creencias del paciente.	Alta calidez 1,2792	0,1654	7,7354	0	0,9532	1,6052
	Empatía 0,2997	0,0392	7,6388	0	0,2224	0,3771
Modelo 3: ($X \rightarrow Y$) Efecto directo de la alta calidez en la intención adherencia según las creencias en salud del paciente.	2,3833	0,0907	26,266	0	2,2045	2,5622
Modelo 4: ($X \rightarrow M \rightarrow Y$) Efecto indirecto de la alta calidez en las creencias mediadas por la empatía cognitiva.	1,1041	0,1932	—	—	0,7236	1,4805

Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, los datos de la Tabla 4 muestran que el análisis de regresión entre empatía afectiva (variable mediadora) y alta calidez (variable independiente) del Modelo 1 indica una relación positiva y estadísticamente

significativa entre ambas variables. El porcentaje de varianza explicada (R^2) de la alta calidez a través de la empatía afectiva es de un 34,7%. En segundo lugar (Modelo 2) se presentan los resultados del efecto estadísticamente significativo de la alta calidez ($B = 2,2714$; $t = 20,31$; $p = 0$) y la empatía afectiva ($B = -0,456$; $t = -1,6975$; $p = 0,091$), en la intención de adherencia al tratamiento según las creencias del paciente, lo que indica inicialmente que el modelo es significativo y que las dos variables juntas explican en un 77,15% la varianza de las creencias en salud del paciente. Está mostrando, además, que la relación de la alta calidez es significativa, pero que la sola empatía afectiva no lo es.

En tercer lugar (Modelo 3) se muestra que el efecto directo de la alta calidez ($B = 2,3833$; $t = 26,26$; $p = 0$) en las creencias en salud del paciente es estadísticamente significativo y explica en un 2,38% la varianza total de este nivel de intención de adherencia al tratamiento del paciente. En cuarto lugar (Modelo 4), la tabla presenta los resultados del Modelo 4. Los valores del límite inferior ($BootLLCI = -0,0252$) y del límite superior ($BootULCI = 0,2892$) del intervalo de confianza del modelo sí incluyen el valor 0, indicando así que la segunda hipótesis no se cumple para el caso de la empatía afectiva, por cuanto la mediación planteada no es estadísticamente significativa, es decir, la relación entre la alta calidez y la adherencia no está mediada por la empatía afectiva. Este resultado explica por qué el efecto directo de la narrativa de alta calidez del médico sobre las creencias en salud del paciente ($B = 2,27$) es mayor que el efecto indirecto mediado por la empatía afectiva ($B = 0,1119$).

Tabla 4. Efecto de la calidez en las creencias del paciente mediado por la empatía afectiva

Análisis de regresión	coeff (B)	se	t	p	LLCI	ULCI
Modelo 1: ($X \rightarrow M$) Relación entre alta calidez y empatía afectiva.	-2,4524	0,2330	-10,5268	0	-2,9117	-1,9931
Modelo 2: ($XM \rightarrow Y$) Efecto de la alta calidez y la empatía afectiva en la intención adherencia según las creencias en salud del paciente.	Alta calidez 2,2714	0,1118	20,3110	0	2,0509	2,4919
	Empatía -0,0456	0,0269	-1,6975	0,091	-0,0986	0,0074

Análisis de regresión	coeff (B)	se	t	p	LLCI	ULCI
Modelo 3: (X → Y) Efecto directo de la alta calidez en la intención adherencia según las creencias en salud del paciente.	2,3833	0,0907	26,2665	0	2,2045	2,5622
Modelo 4: (X → M → Y) Efecto indirecto de la alta calidez en las creencias mediado por la empatía afectiva.	0,1119	0,0797	—	—	-0,0252	0,2892

Fuente: elaboración propia.

Los datos de la Tabla 5 muestran que los análisis de regresión lineal simple entre empatía cognitiva (variable mediadora) y alta calidez (variable independiente) en el Modelo 1 evidencian una relación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables. El porcentaje de varianza explicada (R^2) de la alta calidez a través de la empatía cognitiva es de un 76,4%. En segundo lugar (Modelo 2) se presentan los resultados del efecto estadísticamente significativo de la alta calidez ($B = -0,2342$; $t = -0,9101$; $p = 0,3638$) y la empatía cognitiva ($B = 0,2077$; $t = 3,4016$; $p = 0,008$), en la intención de adherencia al tratamiento según el comportamiento del paciente, mostrando inicialmente que el modelo es significativo y que las dos variables juntas explican en un 12,51% la varianza del comportamiento en salud del paciente.

En tercer lugar (Modelo 3) se muestra que el efecto directo de la alta calidez ($B = 0,5310$; $t = 4,14$; $p = 0$) en el comportamiento en salud del paciente es estadísticamente significativo y explica en un 53,1% la varianza total de este nivel de intención de adherencia al tratamiento del paciente. En cuarto lugar (Modelo 4), la tabla presenta los resultados del Modelo 4. Los valores del límite inferior ($BootLLCI = 0,2407$) y del límite superior ($BootULCI = 1,2938$) del intervalo de confianza del modelo no incluyen el valor 0, lo que indica que el efecto mediacional indirecto propuesto en la hipótesis es estadísticamente significativo; es decir, que la relación entre la narrativa de alta calidez del médico y la intención de adherencia al tratamiento a partir del comportamiento en salud del paciente está también mediada por la empatía a nivel cognitivo.

Estos resultados son congruentes con los valores que revelan que el efecto indirecto de la empatía cognitiva en la relación entre las narrativas de alta calidez del médico y el comportamiento en salud del paciente es mayor ($B = 0,7652$) que el efecto directo de la alta calidez del médico sobre el comportamiento ($B = -0,2342$).

Tabla 5. Efecto de la calidez en el comportamiento del paciente mediado por la empatía cognitiva

Análisis de regresión	coeff (B)	se	t	p	LLCI	ULCI
Modelo 1: ($X \rightarrow M$) Relación entre alta calidez y empatía cognitiva.	3,6841	0,1420	25,949	0	3,4042	3,9640
Modelo 2: ($XM \rightarrow Y$) Efecto de la alta calidez y la empatía cognitiva en la intención adherencia según el comportamiento del paciente.	Alta calidez -0,2342	0,2574	-0,910	0,363	-0,7416	0,2731
	Empatía 0,2077	0,0611	3,401	0	0,0873	0,3281
Modelo 3: ($X \rightarrow Y$) Efecto directo de la alta calidez en la intención adherencia según el comportamiento en salud del paciente.	0,5310	0,1282	4,143	0	0,2783	0,7836
Modelo 4: ($X \rightarrow M \rightarrow Y$) Efecto indirecto de la alta calidez en el comportamiento del paciente mediado por la empatía cognitiva.	0,7652	0,2707	—	—	0,2407	1,2938

Fuente: elaboración propia.

Los datos de la Tabla 6 muestran que los análisis de regresión lineal simple entre empatía afectiva (variable mediadora) y alta calidez (variable independiente) en el Modelo 1 evidencian una relación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables. El porcentaje de varianza explicada (R^2) de la alta calidez a través de la empatía afectiva es de un 34,7%. En segundo lugar (Modelo 2) se presentan los resultados del efecto estadísticamente significativo de la alta calidez ($B = 0,6368$; $t = 4,0164$; $p = 0,001$) y la empatía afectiva ($B = 0,432$; $t = 1,1326$; $p = 0,258$) en la intención de adherencia al tratamiento según el comportamiento del paciente,

mostrando inicialmente que el modelo es significativo y que las dos variables juntas explican en un 8,19 % la varianza del comportamiento en salud del paciente. Está mostrando, además, que la relación de la alta calidez es significativa, pero que la sola empatía afectiva no lo es.

En tercer lugar (Modelo 3) se muestra que el efecto directo de la alta calidez ($B = 0,5310$; $t = 4,1430$; $p = 0$) en el comportamiento en salud del paciente es estadísticamente significativo y la narrativa de alta calidez explica en un 53,1% la varianza total de este nivel de intención de adherencia al tratamiento del paciente. En cuarto lugar (Modelo 4), la tabla presenta los resultados del Modelo 4. Los valores del límite inferior ($BootLLCI = -0,2800$) y del límite superior ($BootULCI = 0,0834$) del intervalo de confianza del modelo incluyen el valor 0, lo que indica que la segunda hipótesis no se cumple para el caso de la empatía afectiva; es decir, que el modelo de adherencia al tratamiento que relaciona la alta calidez y los comportamientos en salud del paciente mediados por la empatía afectiva no es estadísticamente significativo.

Tabla 6. Efecto de la calidez en el comportamiento del paciente mediado por la empatía afectiva

Análisis de regresión	coeff (B)	se	t	p	LLCI	ULCI
Modelo 1: ($X \rightarrow M$) Relación entre alta calidez y empatía afectiva.	-2,4524	0,330	-10,526	0	-2,9117	-1,9931
Modelo 2: ($XM \rightarrow Y$) Efecto de la alta calidez y la empatía afectiva en la intención adherencia según el comportamiento del paciente.	Alta calidez 0,6368	0,1586	4,016	0	0,3242	0,9494
	Empatía 0,0432	0,0381	1,132	0,258	-0,0320	0,1183
Modelo 3: ($X \rightarrow Y$) Efecto directo de la alta calidez en la intención adherencia según el comportamiento en salud del paciente.	0,5310	0,1282	4,143	0	0,2783	0,7836
Modelo 4: ($X \rightarrow M \rightarrow Y$) Efecto indirecto de la alta calidez en el comportamiento del paciente mediado por la empatía afectiva.	-0,1059	0,0925	—	—	-0,2800	0,0834

Fuente: elaboración propia.

Por consiguiente, se puede afirmar, atendiendo a la intención de adherencia al tratamiento del paciente, que la empatía afectiva no influye en la relación entre la alta calidez del médico y los comportamientos en salud del paciente. Dicho hallazgo es coherente con aquellos datos que indican que el efecto directo de la alta calidez del médico sobre el comportamiento en salud del paciente es mayor ($B = 0,6368$) que el efecto indirecto de la empatía afectiva en la relación entre la alta calidez y los comportamientos en salud del paciente ($B = -0,1059$).

Conclusiones

En términos generales, los resultados mostraron que la versión de la narración diseñada para mostrar alta calidez del médico indujo a una mayor intención de adherencia al tratamiento en el paciente que la versión de baja calidez del médico e impacta con mayor fuerza en las creencias en salud del paciente que sus comportamientos. Se evidencia además la mediación de la empatía a nivel cognitivo en la relación entre la narrativa de alta calidez del médico y la intención de adherencia al tratamiento a partir de las creencias y los comportamientos en salud del paciente, mientras que la empatía afectiva no mostró determinar la relación entre la alta calidez del médico y la intención de adherencia al tratamiento del paciente.

Los resultados obtenidos comprueban empíricamente la relación directamente proporcional entre calidez del médico e intención de adherencia del paciente al tratamiento. Ahora bien, los estudios reportados en la literatura se refieren a la adherencia al tratamiento como un solo constructo; sin embargo, es un concepto más complejo, amplio y dinámico de lo que tradicionalmente se ha venido planteando. Puede ser vista atendiendo al comportamiento en salud, a las experiencias en salud y a las creencias en salud (De las Cuevas y Sanz, 2016) e incluso considerando el comportamiento del paciente, barreras o creencias acerca de la adherencia terapéutica (Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino, 2018), entre otras variables.

En esta investigación, el peso de la calidez del médico para explicar la intención de adherencia se concentró con más fuerza en las creencias que en el comportamiento en salud del paciente, lo que remite a Petrie *et al.* (2007),

quienes consideran las creencias en salud como uno de los factores que influyen en la respuesta del paciente a su enfermedad, aunque parte del comportamiento en salud se explicaba también por la relación médico-paciente.

Con respecto al papel mediador de la empatía entre la calidez del médico y la intención de adherencia al tratamiento, no hay muchos estudios empíricos que la sitúen en este lugar y, por el contrario, asumen que la empatía ejerce un efecto directo en la intención de adherencia, sugiriendo que está relacionada con una mayor satisfacción del paciente, buena relación con el paciente, mayor adherencia al tratamiento, mayor precisión diagnóstica, reducción de los errores médicos y resultados de salud positivos (Kraft-Todd *et al.*, 2017). Si se considera la empatía como una capacidad socioemocional con dos componentes distintos, uno afectivo (la capacidad de compartir las emociones de los demás) y otro cognitivo (la capacidad de comprender las emociones de los demás) (Kraft-Todd *et al.*, 2017) y la adherencia al tratamiento analizada de acuerdo con dos de los factores que la componen, como son creencias en salud y comportamiento en salud, el modelo emergente revela que, cuando se analiza la calidez del médico en la adherencia basada en las creencias en salud del paciente, mediando la empatía cognitiva, los resultados sugieren que, a mayor calidez y empatía cognitiva con el médico, mayor será la probabilidad de intención de adherencia al tratamiento basada en las creencias en salud del paciente.

Estudios previos reportados, en primer lugar, no consideran la empatía como mediadora y muchos menos destacan el papel mediador del componente cognitivo por encima del afectivo. De igual manera, aunque las creencias han sido vistas como determinantes a la hora de incidir en la adherencia, el hecho de que se asocie la empatía cognitiva con las creencias en salud constituye un avance teórico que aporta este modelo, por cuanto podría considerarse que lo cognitivo y racional apunta más a un escenario donde el comportamiento en salud primara sobre las creencias en salud, si se entiende la empatía como un atributo cognitivo y del comportamiento que orienta la comprensión de la influencia de experiencias y sentimientos del paciente y la capacidad de comunicar esa comprensión al paciente (Dávila *et al.*, 2017).

Por otra parte, los análisis de la alta calidez del médico y la intención de adherencia al tratamiento a partir del comportamiento en salud del paciente evidenciaron también la mediación de la empatía cognitiva. Es decir, en ambos modelos en los que se analiza la empatía cognitiva, esta surge como mediadora de acuerdo con las creencias y con el comportamiento en salud del paciente, al mirarse la adherencia de una forma integral, hallazgo que constituye otro aporte teórico al campo de estudio, en la medida en que sitúa la empatía cognitiva como responsable indirecta de lograr adherencia al tratamiento en el paciente. La literatura considera la empatía como un atributo más complejo: como una forma de conocimiento tanto intelectual como emocional (Díaz *et al.*, 2023) y, en la medida en que se entienda un poco más esta complejidad, podría acercarse a una definición cada vez más completa de la misma. Este comportamiento del elemento cognitivo en relación con lo afectivo en esta investigación podría apoyarse en la explicación de Yu y Chou (2018), quienes señalan que la *empatía afectiva* y la *empatía cognitiva* son dos componentes que cuentan con vasta evidencia en relación con su asociación con distintos circuitos neuronales, pudiendo actuar integradamente, pero también en forma independiente en determinadas circunstancias, tanto funcionales como disfuncionales.

En los resultados del análisis del modelo, a la luz de la alta calidez del médico y la intención de adherencia al tratamiento a partir de las creencias en salud, mediado por la empatía afectiva, se observa que la sola empatía afectiva no fue significativa ni actuó en el modelo como mediadora en la intención de adherencia según las creencias del paciente. Igual sucedió en el análisis del modelo que relaciona alta calidez del médico e intención de adherencia a partir del comportamiento en salud, teniendo la empatía afectiva como posible mediadora, que tampoco actuó como la mediadora de la relación. Para estos dos casos, el modelo en conjunto fue significativo (con lo cognitivo y lo afectivo juntos), pero, al analizar la empatía considerando los factores, la sola empatía afectiva no resultó significativa, ni a la luz de las creencias ni atendiendo al comportamiento en salud del paciente.

Estos resultados irían de la mano con lo afirmado por Rojas *et al.* (2009), quienes asumen que experimentar emociones no es de importancia para comprender qué está sintiendo el paciente. Es posible que la em-

patía en la atención en salud sea entendida como un atributo cognitivo y del comportamiento que implica la capacidad para comprender cómo las experiencias y los sentimientos del paciente influyen y son influidos por la enfermedad, así como la capacidad de comunicar esa comprensión al paciente (Dörr, 2004). Si se reconoce la empatía como un proceso de dos etapas, donde, por un lado, se comprenden y aprecian los sentimientos del paciente y, por otro, se le muestra al paciente que se entiende su estado emocional (Silverman *et al.*, 2008) –con lo que se evidencia el rol que asumen los dos componentes: el afectivo y el cognitivo, respectivamente, según los resultados de esta investigación y lo reportado por Rojas *et al.* (2009)–, se asumiría que el hecho de experimentar emociones por parte del médico no es de importancia para comprender qué está sintiendo el paciente y, por consiguiente, para incidir en una intención de adherencia. La empatía parece ser un atributo que se gesta en un proceso temporal relativamente largo (Díaz *et al.*, 2014), por lo que en encuentros cortos se acepta que el médico reconozca el aspecto emocional, pero situándose por encima de la emotividad para poder brindar la ayuda requerida.

Una de las limitaciones de esta investigación ha sido que, por tratarse de un estudio transversal, no ha sido posible valorar la formación, el desarrollo y el fortalecimiento de una relación duradera con el profesional de la salud, lo que enriquecería el estudio de las variables. Se presenta, asimismo, la dificultad de realizar investigaciones de este tipo en escenarios de consulta médica reales, por la posible inhibición de los actores involucrados a expresarse como habitualmente lo harían sin la presencia de un observador y por las consideraciones éticas propias de un ambiente sanitario, a lo que se suma que la reproducción de un escenario de consulta médica especializada no permite la puesta en escena dramática que favorecería la emergencia de aspectos no verbales.

Conflicto de interés. Los autores declararon no tener conflicto de intereses con respecto a la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Financiación. Colciencias, Convocatoria 727 de 2015.

Referencias

- Alcorta Garza, A., González, J. F., Tavitas, S. E., Rodríguez, F. J. y Hojat, M. (2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de Medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28(5), 57-63. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v28n5/0185-3325-sm-28-05-57.pdf>
- Anderson, R. M. y Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277-82. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>
- Arroyave, J. y Erazo, A. M. (2017). La comunicación en salud desde la perspectiva institucional: orígenes y evolución del campo. En Cuesta, U. Peñafiel, C., Terrón, J. L., Bustamante, E. y Gaspar, S. (eds.), *Comunicación y salud* (pp. 403-414). Dextra.
- Chamorro, M. (2008). Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular. [Tesis doctoral, Universidad de Granada, Granada, España].
- Dávila Pontón, Y., Neira Molina, V. A., Aguilera Muñoz, J., Martínez Reyes, F. C., Vélez Calvo, X. y Díaz-Narváez, V. P. (2017). La empatía y los estudiantes de medicina en la Universidad de Azuay, Ecuador. *Salud Uninorte*, 3(1), 39-47. <https://doi.org/10.14482/sun.33.1.10120>
- De las Cuevas, C. y Sanz, E. J. (2016). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(1), 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.rips.2015.10.001>
- De Marco, M. A., Vessoni, A. L., Capelo, A. y Camargo Dias, C. (2010). Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. *Comunicação, Saúde e Educação*, 14(32), 217-227. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100018>

- Del Duca, M., Gallegos, Y., Da Col, G. y Trenchi, M. N. (2013). Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. *Biomedicina*, 8(1), 6-15. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcuban-gcirvas/cac-2015/cac152f.pdf>
- Derksen, F., Bensing, J. y Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), 76-84. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>
- Díaz Galván, K. X., Lozano Gutiérrez, A., González González, J. J. y Ostrosky Shejet, F. (2023). The empathy in psychopaths. *eduPsykhé*, 20(1), 44-64. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v20i1.4533>
- Díaz Narváez, V., Alonso L. M., Caro, S. E., Silva, M. G., Arboleda, J., Bilbao, J. L. e Iglesias Acosta, J. (2014). Orientación empática de estudiantes de medicina en tres universidades de Barranquilla, Colombia y en una universidad de República Dominicana. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 112(1), 41-49. <https://doi.org/10.5546/aap.2014.41>
- Domingo, C. B. (2010). Doctor-patient communication in the medical interaction: context, implications, and practice. [Tesis doctoral, University of Texas School of Public Health]. <http://search.proquest.com/docview/205409330>
- Donoso-Sabando, C. A. (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. <https://doi.org/10.5294/pebi.2014.18.2.8>
- Dörr, A. (2004). Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Revista Médica de Chile*, 132, 1431-1436. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872004001100014>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. y Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>

- Erazo, A. M. y Arroyave, J. (2017). Comunicación médico-paciente. En Cuesta, U. Peñafiel, C., Terrón, J. L., Bustamante, E. y Gaspar, S. (eds.), *Comunicación y salud* (pp. 141-158). Dextra.
- Guerrero-Vaca, D. J., Guerrero-Vaca D. I., Escobar-Zabala, O. D. y Herrera-Abarca, J. M. (2022). La relación médico-paciente en la actualidad. Una revisión. *Polo del Conocimiento*, 7(4), 1038-1056. <https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3873>
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. The Guilford Press.
- Herrera Medina, N. E, Gutiérrez-Malaver, M. E., Ballesteros-Cabrera, M., Izzedin-Bouquet, R., Gómez-Sotelo, A. P. y Sánchez-Martínez, L. M. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(3), 343-355. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300001
- Igartua, J. J. (2010). Identification with characters and narrative persuasion through fictional feature films. *Communications*, 35, 347-373. <https://doi.org/10.1515/comm.2010.019>
- Igartua, J. J. y Hayes, A. F. (2021). Mediation, moderation, and conditional process analysis: Concepts, computations, and some common confusions. *The Spanish Journal of Psychology*, 24, e49. <https://doi.org/10.1017/SJP.2021.46>
- Kraft-Todd, G. T., Reiner, D. A., Kelley, J. M., Heberlein, A. S., Baer, L. y Riess, H. (2017). Empathic nonverbal behavior increases ratings of both warmth and competence in a medical context. *PLoS ONE*, 12(5), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177758>
- Leal Quevedo, F. J. (2004). Calidad y calidez en la atención pediátrica. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102(5), 390-393. <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v102n5/v102n5a11.pdf>

- Lu, T., Chen, H., Xu, Y. y Zhang, C. (2016). Internet usage, physician performances and patient's trust in physician during diagnoses: Investigating both pre-use and not-use internet groups. En *System Sciences (HICSS)*, 49th *Hawaii International Conference* (pp. 3189-3198). IEEE. <https://doi.org/10.1109/HICSS.2016.400>
- Maldonado Recio, M. T. y Barajas Esteban, C. (2018). Teoría de la mente y empatía. Repercusiones en la aceptación por los iguales en niños y niñas de Educación Infantil, Primaria y Secundaria. *Escritos de Psicología*, 11(1), 10-24. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2018.0105>
- Marroquín Rivera, A., Botero Bermúdez, M., Gómez-Restrepo, C. (2020). Una revisión temática de las expectativas de los pacientes frente a las conductas del médico. *Universitas Médica*, 61(3), 1-13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-3.expe>
- Muñoz Sánchez, A. I., Cruz Martínez, O. A. y Rubiano Mesa, Y. L. (2013). Trabajadores de la salud y sus significados en torno a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. *Enfermería Global*, 31, 86-108. <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.3.151901>
- Ordóñez Jaramillo, C. (2014). Modelo de Gestión de Talento Humano para mejorar la calidad y calidez en la atención al cliente del Departamento de Ginecología en la Asociación Médica de la Caridad San José, Santo Domingo de los Tsáchilas. [Tesis de Maestría, Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador]. <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/384/1/TUA-MGSS012-2015.pdf>
- Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, O. A. y Ortega Legaspi, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232.
- Pagès-Puigdemont, N. y Valverde-Merino, M. I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica*, 59(3), 163-172. <https://doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>

- Peralta, M. y Carbajal, P. (2008). Adherencia a tratamiento. *Revista del Centro Dermatológico de Pascua*, 17, 84-88. <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>
- Petracci, M. y Waisbord, S. (eds.) (2011). *Comunicación y salud en la Argentina*. La Crujía.
- Petracci, M., Schwarz, P. K. N., Sánchez Antelo, V. I. M. y Mendes Diz, A. M. (2017). Doctor-patient relationships amid changes in contemporary society: a view from the health communication field. *Health Sociology Review*, 26(3), 266-279. <https://doi.org/10.1080/14461242.2017.1373031>
- Petrie, K. J., Jago, L. A. y Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), 163-7. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328014a871>
- Rojas Serey, A. M., Castañeda Barthelemiez, S. y Parraguez-Infiesta, R. A. (2009). Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesiología de Chile. *Educación Médica*, 12(2), 103-109. <https://doi.org/10.33588/fem.122.518>
- Sánchez-Angarita, J. (2017). La dimensión comunicativa en la formación del médico: una propuesta para fortalecer la relación médico-paciente. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(4), 641-648. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n4.59892>
- Santander-Díaz, K., Castro-Pastén, P., Calzadilla-Núñez, A., Aguilera-Olivares, F. y Díaz-Narváez, V. (2021). Empatía y declinación empática por curso y sexo en estudiantes de enfermería. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(2), 1-15. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000200015&lng=es&tlng=es
- Silverman, M. J. (2008). Nonverbal communication, music therapy, and autism: A review of literature and case example. *Jour-*

- nal of Creativity in Mental Health*, 3(1), 3-19. <https://doi.org/10.1080/15401380801995068>
- Urtasun, M., Janer Tittarelli, M. A., Díaz Pumará, C. y Davenport, M. C. (2021). Habilidades comunicacionales del médico. Experiencia en el Departamento de Medicina de un hospital pediátrico. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 78(3), 270-275. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n3.29306>
- Vega Hurtado, C. (2020). Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(2), 197-201. <https://doi.org/10.24875/RMIM-SS.M20000017>
- Yu, C. L. y Chou, T. L. (2018). A dual route model of empathy: A neurobiological prospective. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02212>
- Zelada Vargas, J. (2018). Los valores humanos, que el médico del siglo XXI debe conocer y practicar en su desempeño profesional. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 59(2), 63-71. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762018000200010
- Zemmour, K., Tinland, A., Boucekine, M., Girard, V., Loubière, S., Resseguier, N. ... Videau, B. (2016). Validation of the Medication Adherence Rating Scale in homeless patients with schizophrenia: Results from the French housing first experience. *Scientific Reports*, 6, 31598. <https://doi.org/10.1038/srep31598>