



INSTITUTO NACIONAL  
DE PSIQUIATRÍA  
RAMON DE LA FUENTE

# Información

## Clínica

Volumen 13

Número 12

Diciembre del 2002

## Las bases neuronales del amor romántico

■ A lo largo de la historia universal, se ha reconocido que el amor romántico es uno de los estados afectivos más sobrecogedores, que ha inspirado algunos de los más grandes logros de la humanidad. Orientado hacia una sola persona, es un complejo sentimiento que incluye componentes eróticos, cognoscitivos, emocionales y conductuales en el que los estímulos visuales juegan un papel muy importante. Lo anterior, aunado a la alta influencia que ejerce el amor romántico, aunque sea transitorio, en la vida de la mayoría de las personas, es lo que llevó a la realización de este estudio, en el que se hipotetiza que, dada la particularidad de este sentimiento, deben activarse al manifestarlo, ciertos sistemas especiales para la conducción neuronal. Estudios previos de neuroimágenes han localizado áreas cerebrales responsables de producir un estado emocional o bien de reconocer dicho estado. Este estudio se concentra en tales estados entre los que, aquéllos de índole afectiva negativa tales como miedo, enojo, ansiedad y tristeza han sido estudiados de manera más extensa que los de índole positiva, como felicidad, excitación sexual y estados placenteros provocados por estímulos visuales.

En el presente estudio se intenta localizar las correlaciones neuronales del amor romántico, cuando tal estado afectivo es evocado por un estímulo visual, emocionalmente neutral para un observador externo.

### Sujetos

Se convocó por medio de posters y de internet a personas que se encontrasen “verdadera, profunda y locamente enamoradas”. Más de 70 personas fueron evaluadas mediante un ensayo en el que debían describir la intensidad de su sentimiento. Se les hizo entrevista que realizaron los autores, quienes seleccionaron a 17 sujetos sanos (11 mujeres y 6 hombres), todos diestros, a excepción de 1 hombre, con edades: 21-37a, edad promedio: 24.5a., procedentes de 11 países. Diversos grupos étnicos estuvieron representados.

### Procedimiento

Los sujetos respondieron la versión corta de la Escala del Amor Pasional (PLS), que es un instrumento válido y confiable para medir este sentimiento. Se realizó una proyección sobre una superficie neutral, en donde cada sujeto observó fotografías a color de la persona amada y de tres de sus amigos, del mismo sexo que la persona amada. Las 4 personas que observaron eran de edad similar, y la duración de la relación con los amigos ( $4.3 \pm 5.2$  años m. 3 años) no era mayor que aquélla de las relaciones amorosas ( $2.4 \pm 1.7$  años m. 2.3 años). Las fotografías fueron proyectadas por espacio de 17.36s cada una en 9 permutaciones aleatorias de las 4 personas. Con posterioridad a la proyección, se pidió a los sujetos calificar los sentimientos de amor y de excitación sexual experimentados al ver a la persona amada y a los amigos.

### Adquisición de imágenes y análisis

Durante la proyección se tomaron por cada tiempo de repetición (TR=4.341s), 48 cortes transversales de todo el cerebro; cada corte representaba 64x64 voxels de 3x3x3mm. Se realizó un análisis de regresión y se

## Contenido

<b>Las bases neuronales del amor romántico</b>	<b>67</b>
<b>Hiperlipoproteinemia severa en Anorexia Nervosa</b>	<b>68</b>
<b>Trastorno dismórfico corporal en pacientes con anorexia nervosa</b>	<b>69</b>
<b>Reevaluación de los criterios de exclusión utilizados en los ensayos de eficacia de los antidepresivos</b>	<b>70</b>
<b>Empatía médica: definición, componentes, medición y su relación con el género y la especialidad</b>	<b>71</b>

contrastaron las imágenes comparándolas entre la persona amada vs los amigos. En un segundo nivel, una prueba t se realizó entre las imágenes contrastadas de los 17 sujetos, para definir aquellas áreas que estuvieron comúnmente activadas en todo el grupo.

### Respuesta electro-galvánica en la piel(GSR)

En un día diferente al de la obtención de imágenes en fMRI, 15 sujetos fueron sometidos a otra proyección de fotografías en donde se presentaron 32 imágenes (17 de amigos, 15 de la persona amada), cada una con duración de 10s, y ningún espacio entre ellas, descartando las primeras 2 fotografías para minimizar los efectos de novedad y adaptación. Se realizó simultáneamente una determinación de GSR mediante un galvanómetro. El GSR se normalizó restando la respuesta menor dentro de los 2s después de mostrar la fotografía al pico de respuesta que se obtuvo 1-4s después de presentar la fotografía; esto se dividió entre la máxima diferencia entre las respuestas para toda la secuencia.

**PLS:** Los resultados fueron los siguientes: Para los amigos los sentimientos de amor fueron de  $3.2 \pm 1.3$  y para la persona amada  $7.46 \pm 1.1$ . Para los amigos, los sentimientos de excitación sexual fueron de  $1.4 \pm 0.7$  y para la persona amada de  $4.4 \pm 2.2$ .

**GSR:** La respuesta galvánica de la piel fue significativamente mayor ante las fotos de la persona amada que ante las de los amigos ( $p < 0.0025$ ).

**fMRI:** Ningún área visual en el lóbulo occipital o el giro fusiforme fue activada o desactivada, en su lugar la señal dependiente del nivel de oxígeno en la sangre (BOLD) reveló actividad específica mientras se veían fotografías de la persona amada, en dos áreas alejadas de la corteza visual, la ínsula media, principalmente en el lado izquierdo, y la corteza cingulada anterior, de manera bilateral ( $p < 0.001$ ). Modificando un poco el umbral ( $p < 0.005$ ) se observaron activaciones bilaterales en el hipocampo posterior y en la cabeza del núcleo caudado y el putamen, ambas más intensas en el lado derecho y en algunas áreas cerebelares. Se interpretaron como desactivaciones (amigos vs. persona amada) en áreas corticales en el prefrontal derecho así como parietales y temporales medias; subcorticalmente se desactivó la amígdala izquierda. Se realizó un análisis de componentes independientes (ICA) encontrándose activación dependiente del tiempo, en la ínsula y el cíngulo anterior, bilateralmente.

(Alberto de Lachica M.)

### Bibliografía

BARTEL A, ZEKI S: The neural basis of romantic love. Wellcome Department of Cognitive Neurology, University College London, London UK. *Neuroreport*, 11( 17, 27):3829-3834, 2000.

## Hiperlipoproteinemia severa en Anorexia Nervosa

■ La mayoría de las anomalías metabólicas y endocrinas que podemos encontrar en pacientes con trastornos alimentarios suelen ocurrir como un *continuum*, no dependiendo sólo del grado de pérdida de peso, sino también del estado nutricional en que se encuentra el paciente y de la naturaleza misma de la conducta alimentaria. Así, dentro de las múltiples complicaciones, encontramos la hipercolesterolemia que puede ser una consecuencia de la anorexia nervosa (AN). Sin embargo, la complicación de hiperlipoproteinemia en estas pacientes es rara, aunque se conoce que los excesos o deficiencias de algunas lipoproteínas pueden deberse a trastornos genéticos primarios o ser secundarios a disfunciones metabólicas adquiridas, tal como en el caso de pacientes con trastornos alimentarios. Este artículo tiene como finalidad la presentación del caso de una paciente con diagnóstico de AN y que presentó hiperlipoproteinemia, así como investigar los mecanismos subyacentes al padecimiento. Se trata de una mujer de 40 años de edad, con un peso basal de 40 kg, que secundariamente a las alteraciones en sus conductas alimentarias disminuyó a 22 kg. Había recibido tratamiento desde 1993 para tal problema; sin embargo no se logró incrementar su peso corporal y en 1998 se le transfirió a un Hospital Universitario en Tokai para recibir tratamiento por una hiperlipoproteinemia severa. A su evaluación inicial no se observaron anomalías físicas. Se le realizaron exámenes de laboratorio en la primera evaluación, a los 2 meses y al 13avo. mes. Los resultados de los exámenes, en la primera evaluación, mostraron niveles extremadamente altos de colesterol total, triglicéridos, LDL-C, RLP-C apoB, VLDL-C, IDL-C. Los niveles plasmáticos, que midieron después de 2 meses, mostraron una disminución de TG, RLP-C, apoE, VLDL-C y IDL-C, posterior a un tratamiento con restricción moderada de grasas. Sin embargo, los niveles plasmáticos de LDL-C, LDL-I-C y apoB permanecieron altos. La paciente posteriormente ganó 10 Kg, en 13 meses de tratamiento. Los niveles plasmáticos de LDL-C y apoE disminuyeron hasta los niveles observados en pacientes con hipercolesterolemia familiar, pero el nivel de LDL-I-C permaneció alto. Los niveles de RLP-C y apoE y la relación VLDL C/TG también continuó significativamente alta. En lo que respecta a los niveles plasmáticos de estradiol éstos se regularizaron a rangos normales. Los niveles de TSH y T4 permanecieron, también, dentro de los rangos normales. Los resultados plasmáticos de T3 libre eran subnormales. La lipoproteína lipasa mostraba niveles altos, y el fenotipo apoE de la paciente fue E2/3.

De acuerdo con los resultados encontrados, los elevados incrementos de los niveles plasmáticos de lipoproteínas ricas en triglicéridos y sus remanentes (RLP y IDL), el colesterol total y el incremento de los niveles plasmáticos

de LDL-1 fueron las características anormales en esta paciente. Estas anomalías han sido observadas en individuos con hiperlipoproteinemia tipo III, y aunque el incremento de 10 kg en el peso corporal de la paciente normalizó estas situaciones, el nivel de VLDL fue todavía ligeramente rico en colesterol y la RLD-C moderadamente alta. El trastorno de la hiperlipoproteinemia tipo III normalmente es el resultado de la carencia de apoproteína E3 que normalmente activa la lipasa hepática para eliminar los remanentes de quilo micrones y transformar los remanentes de VLDL en LDL. Ante tal carencia, se encuentra en su lugar una isoforma anormal E2 que se une mal a la lipasa hepática, dando como resultado la acumulación de remanentes de lipoproteínas de densidad intermedia; anomalía que se presenta sobre todo en pacientes obesos o que padecen hipotiroidismo.

En esta paciente podemos suponer que existía una predisposición a la hiperlipoproteinemia tipo 3 ya que tenía apoE2. Como es sabido, una de las complicaciones probables en las pacientes con AN es la alteración de las hormonas tiroideas; por lo que la disminución de la hormona tiroidea y la secreción de estrógenos puede ser una de las causas del agravamiento de la hiperlipoproteinemia en pacientes con AN. La hiperlipoproteinemia severa en esta paciente puede haber sido causada por la presencia de apoE fenotipo E3/2 con niveles basales subnormales de la actividad de LDL-R y de T3 libre en plasma y por una disminución en la secreción de estrógenos. Aunque las hiperlipoproteinemias no son una complicación frecuente, deben tomarse en cuenta para la evaluación y el tratamiento nutricional del grupo de pacientes con trastornos alimentarios.

(Denisse Julián Ramírez, Arturo Chávez Flores)

## Bibliografía

HOMMA Y, HOMMA K, LIZUKA S, LIGAYA K: A case of Anorexia Nervosa with severe hyperlipoproteinemia. *Int J Eat Disord*, 32:121-124, 2002.

ZWAAN M, MITCHELL J: Medical complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Kaplan A, Garfinkel P (Eds). *Medical Issues and the Eating Disorders*. Brunner/Mazel Eating Disorders Monograph Series No.7, (pp.60-99).

## Trastorno dismórfico corporal en pacientes con anorexia nervosa

■ El trastorno dismórfico corporal (TDC), expresado clínicamente como preocupación por algún defecto imaginario del aspecto físico, es relativamente común aunque subdiagnosticado. Y, aunque se asocia con el dete-

rioro académico, ocupacional, con el mal funcionamiento social y con un alto rango de suicidio, se ha investigado muy poco. Los estudios de prevalencia, de este trastorno, en pacientes que padecen otros trastornos psiquiátricos sugieren que su presentación es muy común. Un estudio sobre depresión mayor atípica en pacientes hospitalizados realizado por Phillips en 1996, demostró que 14% de los sujetos, además del trastorno depresivo padecía TDC. En otro estudio realizado por Wilhelm y cols., en 1996, en pacientes que padecían trastornos de ansiedad, la prevalencia de comorbilidad fue de 7%. En pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo, Simeon, en 1995, mostró que hasta 12% presentaba comorbilidad con el trastorno dismórfico corporal. Y en pacientes psiquiátricos no hospitalizados, con otros trastornos, se encontró que hasta 13% reunía criterios para TDC. En otro grupo de pacientes, el de Anorexia Nervosa (AN), la prevalencia y las manifestaciones clínicas del TDC fueron de particular interés ya que el TDC y la AN tienen al centro de su sintomatología, distorsión de la imagen corporal y preocupación por la apariencia corporal. Ambos trastornos pueden también involucrar conductas compulsivas, tales como mirar constantemente al cuerpo, verificarlo y medirlo. Sin embargo, los pacientes con anorexia nervosa centran más su atención sobre el peso corporal, mientras que los pacientes con TDC la enfocan en partes específicas del cuerpo. Pero estas variantes a veces no son tan fáciles de diferenciar en la práctica clínica. La prevalencia de AN entre pacientes con TDC ha sido estimada en un 10-12%, y la prevalencia de TDC en pacientes que sufren AN es desconocida. En este estudio, se evaluó a pacientes con AN para observar la comorbilidad TDC y obtener información sobre los síntomas clínicos de este último sobre el funcionamiento global y la historia del tratamiento en este tipo de pacientes con trastorno alimentario. Los autores suponen que el TDC se encuentra subdiagnosticado en pacientes con AN y que la comorbilidad del TDC y AN sintomatológicamente debe resultar en distorsiones de la imagen corporal más severas, peor funcionamiento social y ocupacional, y mayor severidad global de la enfermedad.

El estudio se realizó en 41 mujeres con una media de edad de 26.7 años (rango 16-49) que cumplían criterios diagnósticos para anorexia nervosa, y que ingresaron a un hospital privado o a un hospital general; el diagnóstico de AN fue confirmado empleando el SCID, además de que los pacientes completaron un cuestionario autoaplicable para evaluar el trastorno dismórfico corporal (BDDQ). Los pacientes que manifestaron sentir preocupación por su cuerpo, fueron reevaluados por un clínico con el objeto de precisar la sintomatología. Se les preguntó si las preocupaciones por esa parte de su cuerpo habían afectado su vida causándoles malestar o interfiriendo significativamente en su funcionamiento, y cuánto tiempo en promedio por día, estaban preocupados al respecto. A los pacientes que calificaron para un TDC en el BDDQ se les entrevistó empleando una evaluación semiestructurada administrada por el clínico para TDC de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV. De dichos sujetos aquellos que recibieron diagnóstico de TDC, fueron entrevistados por

uno de los autores del artículo, particularizando sobre el trastorno (respuesta a tratamiento farmacológico, tratamientos no psiquiátricos solicitados y recibidos, edad de inicio del padecimiento en relación con el inicio de la AN). Desde luego, se tuvo en cuenta que un diagnóstico de TDC sólo puede realizarse después de excluir la sintomatología de anorexia nervosa.

En cuanto a los resultados obtenidos en su estudio, se encontró que 16 de los 41 pacientes con AN, también recibieron diagnóstico de TDC. Estos pacientes estaban preocupados por su imagen o por ligeros defectos en su apariencia, no relacionados con sus preocupaciones acerca del peso corporal. Catorce de los 32 pacientes con AN restrictiva recibieron diagnóstico de TDC, ninguno de los 16 pacientes con AN y comorbilidad con TDC habían recibido previamente este diagnóstico por parte de su médico. El inicio del TDC precedía a la AN en 15 pacientes. Los pacientes con comorbilidad también presentaron inicio más temprano de la patología alimentaria comparados con pacientes sin TDC. No hubo diferencias significativas en la presentación clínica surgida entre pacientes con AN restrictiva y TDC, comparada con AN purgativa y TDC. Los 16 pacientes con la comorbilidad (AN y TDC) no tuvieron diferencias significativas comparados con los pacientes sin TDC, en cuanto al nivel educativo ni a los aspectos demográficos. Los mismos 16 pacientes con AN y TDC presentaban funcionamiento significativamente más bajo tanto social como ocupacional. También los intentos de suicidio y el número de hospitalizaciones fueron significativamente mayores entre ellos. Además los pacientes con comorbilidad obtuvieron en su evaluación de la distorsión corporal, puntuaciones significativamente más altas que el resto de los pacientes estudiados. Estos resultados sugieren que el TDC presenta relativamente una alta prevalencia entre pacientes con AN. La comorbilidad entre AN y TDC está asociada con un mayor deterioro clínico, incluyendo inicio temprano de la sintomatología del trastorno alimentario y mayor severidad de la enfermedad en su evolución. Dichos pacientes presentaron mayores niveles de preocupación por su cuerpo y fueron hospitalizados en mayor número de ocasiones, por lo que existe un posible incremento en la morbilidad y mortalidad en este grupo. Por lo tanto, el clínico deberá tratar de establecer un diagnóstico preciso sobre ambas patologías, y tomarlo en cuenta en la valoración de pacientes con trastornos alimentarios, específicamente anorexia nervosa.

(Arturo Chávez Flores, Denisse Julián Ramírez)

## Bibliografía

GRANT JE, WON SK, ECKERT ED: Body dysmorphic disorder in patients with Anorexia Nervosa: Prevalence, clinical features, and delusional quality of body image. *Int J Eat Disord*, 32:291-300, 2002.

# Reevaluación de los criterios de exclusión utilizados en los ensayos de eficacia de los antidepresivos

■ Los ensayos de eficacia de los antidepresivos tienen por objeto demostrar las diferencias entre fármaco y placebo. Tratan de excluir a los sujetos con respuesta alta al placebo y baja al fármaco. Esto hace más rigurosos los criterios de inclusión, incrementa los costos de reclutamiento y limita las conclusiones a un grupo de pacientes con depresión pura. Los índices de exclusión son altos y difíciles de establecer. Puesto que los criterios de exclusión en estos ensayos se utilizan antes de ser analizados, surge la pregunta de si el estado actual de los conocimientos avala su aplicación. El objetivo del estudio fue revisar la investigación empírica sobre la eficacia de los fármacos antidepresivos en los individuos excluidos. Se revisaron los criterios de exclusión para los estudios de eficacia de antidepresivos, documentados de 1994 a 1998, en cinco revistas de psiquiatría. De 31 estudios, los criterios más frecuentes fueron: depresión leve, duración corta del episodio, duración larga del episodio, ausencia de respuesta previa al tratamiento, respuesta positiva durante la fase inicial con placebo y comorbilidad con distimia, con trastorno de ansiedad, con consumo de sustancias, con trastornos de la personalidad y con enfermedad médica. Se efectuó la búsqueda por MEDLINE, de los estudios publicados desde 1996 hasta diciembre del 2000. Los 10 criterios se utilizaron como palabras clave y se realizaron consultas bibliográficas cruzadas con antidepresivos.

*Depresión leve:* los estudios constataron que los fármacos no eran más eficaces que el placebo en la depresión leve y se atribuyó la ausencia de diferencias a la alta respuesta al placebo y a los índices elevados de remisión espontánea.

*Episodio de 4 semanas o menos de duración:* ningún estudio analizó de forma directa el impacto de este límite temporal. Los pacientes que respondieron mejor al placebo presentaron una menor duración del trastorno. Las diferencias entre fármaco y placebo fueron menos constantes en los pacientes con episodio de escasa duración.

*Episodio de larga duración:* es el factor predictivo más confiable de ausencia a respuesta, tanto al tratamiento somático como al placebo. Se ha informado en algunos estudios, que hay respuesta favorable al tratamiento somático en la depresión crónica, pero los índices de respuesta general son más bajos en estos pacientes.

*Trastorno distímico comórbido:* la depresión doble (Trastorno depresivo mayor + distimia) tiene un peor

nivel de funcionamiento y un peor pronóstico a largo plazo que la depresión propiamente dicha. Los índices de mejoría en estos pacientes fueron comparables a los de aquéllos que sólo padecen distimia o depresión mayor en fase de remisión parcial.

*T. de ansiedad comórbidos:* la presencia de ansiedad comórbida parece relacionarse con índices de respuesta más bajos al tratamiento somático. Se ha informado que los antidepresivos podrían ser eficaces en la depresión disfrazada de ansiedad, pero no se ha diseñado ningún estudio para evaluar específicamente la eficacia de los fármacos antidepresivos en los pacientes con trastorno de ansiedad comórbida.

*T de abuso de sustancias comórbido:* Los datos sobre los efectos beneficiosos de los antidepresivos en los consumidores de sustancias son contradictorios. Se desconoce la existencia de algún estudio, controlado por placebo, que evalúe la eficacia de los antidepresivos en la depresión mayor en consumidores con abuso, recién desintoxicados.

*T. de personalidad comórbidos.* La presencia de un t de la personalidad comórbida implica un peor pronóstico, y la presencia de varios trastornos de la personalidad es indicativa de un pronóstico aún peor. No hubo estudios que analizaran directamente los índices de respuesta al placebo en pacientes con trastorno de personalidad más depresión. Los estudios han demostrado de forma sistemática que la patología de la personalidad pronostica unos índices de respuesta desfavorables.

*Enfermedades médicas comórbidas.* Los problemas médicos concomitantes son de mal pronóstico a largo plazo, el tratamiento de la enfermedad médica alivia muchas veces los síntomas depresivos. Hay datos de superioridad de los antidepresivos con respecto al placebo en estos pacientes.

*Ausencia de respuesta previa a varios tratamientos antidepresivos.* Esta característica se ha relacionado con una menor respuesta al fármaco y al placebo; sin embargo, la exposición previa a fármacos se relaciona con mayor cumplimiento terapéutico y no se sabe si esto alteraría las diferencias entre fármaco y placebo.

*Respuesta a la fase de introducción al placebo.* Los resultados indican que la introducción con placebo no reduce los índices de respuesta al mismo en la fase activa. Se comprobó que las diferencias entre fármaco y placebo eran ligeramente inferiores en los estudios que los utilizaron. Algunos investigadores sugieren que la mejoría experimentada con el placebo durante la fase de introducción podría ayudar a limitar la mejoría posterior experimentada por los pacientes que recibían placebo durante la fase activa del ensayo.

## Conclusión

Aunque algunos criterios de exclusión utilizados en dichos ensayos son claramente necesarios, otros tienen como objetivo fundamental maximizar las diferencias entre

fármacos y placebo y disminuir la posibilidad de un error de tipo II. En esta revisión se destaca la falta de pruebas que justifique la utilización de los 10 criterios de exclusión analizados y que muchos de estos criterios carecen de una base empírica sólida.

(Juan José Cervantes Navarrete)

## Bibliografía

POSTERNAK MA, ZIMMERMAN M, KEITNER GI, MILLER IW: *Am J Psychiatry*, 159:191-200, 2002.

# Empatía médica: definición, componentes, medición y su relación con el género y la especialidad

■ A pesar de que los investigadores están de acuerdo con la influencia positiva que tiene la empatía en las relaciones interpersonales, existen distintas opiniones al momento de definirla y de medirla. Esta se ha descrito como un concepto que incluye componentes cognoscitivos, afectivos y emocionales. El dominio cognoscitivo de la empatía implica la habilidad para comprender las experiencias internas y los sentimientos de otra persona y la capacidad para observar el mundo exterior desde la perspectiva de esa persona. En el dominio afectivo interviene la capacidad para adentrarse en las experiencias y los sentimientos de otra persona. Aunque los términos empatía y simpatía se confunden y se toman con frecuencia como sinónimos, debe establecerse una distinción entre ellos en las situaciones relativas al cuidado de los pacientes. Si bien ambos conceptos se relacionan con compartir, los médicos *empatéticos* comparten su comprensión, mientras que los médicos *simpatéticos* comparten sus emociones con los pacientes.

Este estudio se diseñó para examinar empíricamente la estructura básica y la confiabilidad de una escala de empatía médica. Otro de sus propósitos es investigar en un grupo de médicos las diferencias en las puntuaciones de esta escala entre hombres y mujeres, así como entre diferentes especialidades.

Una versión revisada de la Escala Jefferson de Empatía Médica, se envió por correo a 1007 médicos de distintas especialidades, afiliados al Sistema de Salud Jefferson, en la región urbana de Filadelfia. Respondieron el cuestionario 704 médicos (70%); la edad promedio de los participantes fue de  $46.8 \pm 10.5$ , y el margen de 29 a 87 años.

Se utilizó una versión revisada de la Escala Jefferson de Empatía Médica, que se adaptó para que la contestaran los profesionales de la salud (versión HP). La escala fue diseñada originalmente para medir las actitudes de los estudiantes de medicina hacia la empatía médica en

situaciones de cuidado de pacientes (versión S). La escala se construyó tomando como base una amplia revisión de la bibliografía, seguida de estudios piloto con grupos de médicos adscritos, residentes y estudiantes de medicina. La Escala Jefferson de Empatía Médica incluye 20 reactivos, que se contestan en una escala de uno a siete puntos (1=totalmente en desacuerdo, 7= totalmente de acuerdo). En reportes anteriores, se obtuvieron datos psicométricos suficientes para apoyar la validez del constructo mediante un análisis factorial, la validez de criterio al compararlo con otros instrumentos, y la confiabilidad en la consistencia interna de la escala, mediante la determinación del alfa de Cronbach.

La Escala Jefferson de Empatía Médica se envió a 1007 médicos, a los que se pidió conservar el anonimato, para lo cual registraron únicamente su edad, sexo y especialidad. A la cuarta y octava semanas se enviaron dos recordatorios, después de enviarles la primera carta, a quienes no habían respondido. Con el propósito de probar la confiabilidad de la reapiación, se seleccionó de manera aleatoria, un grupo de 100 médicos de los que contestaron la primera vez, y se les envió una segunda copia de la escala. Esta fue respondida por 71 médicos. Se correlacionaron las puntuaciones para las dos aplicaciones. El intervalo de tiempo en la respuesta de la escala fue de tres a cuatro meses.

Con el fin de investigar los componentes de base de la Escala Jefferson de Empatía Médica, los datos se sometieron a un análisis de factor de sus principales componentes, utilizando una rotación octogonal para obtener una estructura factorial más simple. Se utilizó una prueba t para comparar las puntuaciones entre géneros. Para examinar las puntuaciones promedio entre los médicos de diferentes especialidades, se usó un análisis de varianza. Debido al pequeño número de mujeres, en algunas especialidades se utilizó un análisis de covariables (ANCOVA), en que el género fue una covariable; en lugar de un análisis de variables de dos vías (género y especialidad como variables independientes), con el fin de controlar el efecto del género en las puntuaciones de empatía para los médicos de diferentes especialidades.

Después de realizar un análisis factorial exploratorio, se identificaron tres factores significativos con valores-*eigen* superiores a uno. Primer factor: "Adquisición de la perspectiva del paciente", con 21% de la varianza total. Segundo factor "Cuidado compasivo", con 8%. Tercer factor: "Habilidad para ponerse en los zapatos del paciente", con 7%.

El coeficiente de confiabilidad arrojó un alfa de Cronbach de 0.81, lo cual indica que el instrumento es internamente consistente. La confiabilidad *test-retest* arrojó un coeficiente de 0.65, lo cual sugiere a su vez que las puntuaciones de la escala son relativamente estables a lo largo del tiempo.

Se compararon las puntuaciones de 507 hombres y 179 mujeres. La puntuación promedio de los hombres fue de  $119.1 \pm 11.8$ , ligeramente menor que la de las mujeres, que fue de  $120.9 \pm 12.2$ . La diferencia entre géneros fue casi significativa ( $t=1.71$ ,  $df=684$ ,  $p=0.08$ ). La edad no se

correlacionó significativamente con las puntuaciones en los hombres ni en las mujeres.

Se compararon los resultados promedio de 12 especialidades médicas diferentes. Para obtener comparaciones consistentes, únicamente se tomaron en cuenta las especialidades con más de 20 médicos respondedores. Así se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de los médicos de diversas especialidades. Los psiquiatras obtuvieron la puntuación promedio más alta (127.0), seguidos de los médicos internistas (121.7), los pediatras (121.5), los urgenciólogos (121.0) y los médicos familiares (120.5). Las puntuaciones promedio más bajas las obtuvieron los anestesiólogos (116.1), los ortopedistas (116.5), los neurocirujanos (117.3), los radiólogos (117.9) y los cirujanos cardiovasculares (118.0). Los promedios de los cirujanos generales (119.3) y de los ginecobstetras (119.2) estuvieron en medio de las especialidades con calificaciones altas y bajas en la escala. Mediante un análisis de una variable dependiente y una covariable (ANCOVA), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de los médicos de diversas especialidades ( $F=1.99$ ,  $df=11493$ ,  $p<0.05$ ), mientras que el género no arrojó diferencias significativas ( $t=1.71$ ,  $df=684$ ,  $p<0.08$ ).

(Alberto de Lachica Medina)

## Bibliografía

HOJAT M, GONNELLA JS, NASCA TJ, MANGIONE S, VERGARE M, MAGEE M: Empatía médica: definición, componentes, medición y su relación con el género y la especialidad. *Am J Psychiatry*, 159:1563-1569, 2002.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito  
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación  
Dr. Gerardo Heinze.

Jefe del Departamento de Publicaciones  
Dr. Héctor Pérez-Rincón.

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco  
Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F. Teléfono: 5655-28-11.  
Fax: 5655-04-11.

### Suscripción anual 2003

	Nacional	Extranjero*
Instituciones	\$ 200.00	USD 60.00
Personas físicas	\$ 200.00	USD 50.00
Estudiantes con credencial vigente	\$ 100.00	USD 50.00
Números sueltos o atrasados	\$ 30.00	USD 6.00

\* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Laura de los Angeles Díaz y Elizabeth Cisneros.

