

Caracterización intercultural del médico empático: Experiencias de pacientes crónicos del sistema público de salud chileno

Grimanessa González-Tapia^{1a}, Mariana Lazzaro-Salazar^{2b*}, Teresa Margarita Torres-López^{3c}.

Intercultural characterization of the empathetic physician: Experiences of chronic patients of the Chilean public health system

RESUMEN

Antecedentes: La empatía es un elemento fundamental de la relación médico-paciente para el tratamiento y la adherencia terapéutica que ha debido enfrentar cambios importantes debido a las migraciones del sistema sanitario en Chile. **Objetivo:** Caracterizar al médico empático, según las percepciones de pacientes crónicos durante el encuentro con médicos nacionales y extranjeros en el sistema público de salud en la Región del Maule. **Material y Métodos:** Estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo. Se entrevistaron 20 pacientes crónicos de servicios públicos de salud de la región del Maule de forma remota aplicando la técnica de listado libre. Se realizó un análisis cualitativo procesual temático del contenido y un análisis cuantitativo descriptivo donde se obtuvo la frecuencia y la relevancia del índice de Smith asistido del software Anthropac 4.98. **Resultados:** Se identificaron siete categorías de trato empático en la relación médico-paciente: Afectividad (37%), Comunicación (19%), Atención (13%), Respeto (12%), Investigación (9%), Conocimiento (5%) y Eficiencia (5%). **Conclusiones:** Los aspectos afectivos y psicoemocionales fueron más altamente valorados en comparación con los aspectos cognitivos del trato empático. No se observaron diferencias en las valoraciones del trato empático de pacientes de médicos nacionales y de aquellos tratados por médicos extranjeros. **Palabras clave:** Chile; Empatía; Médicos; Salud Pública.

¹Doctorado en Psicología, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

²Psicóloga, PhD en Psicología, Magíster en Salud Mental Infanto juvenil.

³Centro de Investigación de Estudios Avanzados del Maule (CIEAM). Universidad Católica del Maule, Curicó, Chile.

^bSociolingüista, PhD en Lingüística. ^cCentro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.

^cPsicóloga, PhD en Antropología Social y Cultural.

*Correspondencia: Mariana Lazzaro-Salazar / mlazzaro@ucm.cl

Vicerrectoría de Investigación y Postgrado Universidad Católica del Maule. Curicó, Chile.

Este estudio fue financiado en todas sus etapas del proyecto ANID (Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo) FONDECYT de Iniciación N° 11190052, titulado "Rapport y diagnóstico en la relación médico-paciente: Un estudio sociolingüístico de médicos locales y migrantes en Chile" (2019-2023). Los estudios de posgrado de Grimanessa contaron con el apoyo de ANID-Subdirección de Capital Humano/ Doctorado Nacional/2022-21220158.

Recibido: 03 de agosto de 2023.

Aceptado: 13 de mayo de 2024.

ABSTRACT

Background: *Empathy is a fundamental element of the physician-patient relationship for treatment and therapeutic adherence that has had to face significant changes due to the migrations of the health system in Chile.* **Aim:** *Characterize the empathetic physicians according to the perceptions of chronic patients during the encounter with national and foreign doctors in the public health system in the Maule Region.* **Methods:** *Qualitative study of exploratory-descriptive type. Twenty chronic patients from public health services in the Maule region were interviewed remotely using the free listing technique. A thematic processual qualitative analysis of the content and a descriptive quantitative analysis were carried out where the frequency and salience of the Smith index assisted by the Anthropac 4.98 software were obtained.* **Results:** *Seven categories of empathetic care were identified in the physicians-patient relationship: Affectivity (37%), Communication (19%), Attention (13%), Respect (12%), Research (9%), Knowledge (5%) and Efficiency (5%).* **Conclusions:** *The affective and psychoemotional aspects were more valued than the cognitive aspects of empathetic care. No differences were observed in assessing the empathetic care of patients seen by Chilean physicians and those treated by foreign physicians.* **Keywords:** *Chile; Empathy; Physicians; Public Health.*

Durante los últimos años las migraciones en el contexto sanitario chileno han gestado cambios importantes en la composición sociocultural de los equipos de salud y con ello diversos aspectos de la relación médico paciente (en adelante, RMP), como es la empatía. La empatía ha sido definida como la capacidad que tiene el profesional de la salud de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas del paciente, a partir de un proceso emocionalmente consciente, y de comunicar dicha comprensión al paciente con el fin de contribuir y aliviar su sufrimiento¹. En efecto, varias investigaciones han mostrado sus beneficios frente a la relación médica y la adherencia terapéutica^{2,3,4,5}.

Se ha observado que la empatía es una competencia que puede enseñarse, modificarse y ponerse en práctica a partir de programas

de entrenamiento médico⁶. Por tanto, resulta relevante que estos programas de formación profesional, por un lado, incorporen en su diseño los significados que subyacen a las percepciones del paciente con respecto a la empatía del médico^{7,8} y, por otro lado, consideren los cambios socioculturales actuales en que se desarrolla este ejercicio profesional⁹. Es por ello que, buscando contribuir al diseño de programas de formación médica, este estudio buscó caracterizar al médico empático, según las percepciones de pacientes crónicos durante el encuentro con médicos nacionales y extranjeros en el sistema público de salud en la Región del Maule. El presente estudio se desprende de una investigación doctoral más amplia que pretendió identificar las diferencias psicoculturales en el trato empático de médicos nacionales y extranjeros¹⁰, por lo que aquí los resultados se analizarán comparativamente.

Material y Método

El abordaje de este estudio fue de carácter cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo, de manera de poder investigar fenómenos psicoculturales complejos, como lo son las perspectivas de los pacientes crónicos, sus creencias, hábitos y valores sobre la empatía médica¹¹. El contexto del estudio se enmarcó en la realidad multicultural en que se ejerce la atención sanitaria pública de la Región del Maule. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista remota mediante la plataforma Google Meet® entre mayo y noviembre del 2022. El tamaño de la muestra se determinó en base a la competencia cultural esperada (0.5) y el nivel de confianza aceptable (0.95); por tanto, se calculó un tamaño mínimo de 17 informantes¹². Los participantes fueron 20 pacientes chilenos (10 en atención con un médico nacional y 10 con un médico extranjero) con un promedio de 12 años de tratamiento por diversas patologías crónicas (ej. hipertensión y diabetes) en centros de salud pública de la Región del Maule y que fueron seleccionados mediante un muestreo propositivo¹³. Se excluyeron del estudio pacientes que presentaban tratamiento por enfermedades neurológicas y quienes presentaban discapacidad intelectual o psíquica. Para la recolección de datos solo se tuvieron en cuenta las percepciones de los pacientes con respecto a la última consulta de control (o seguimiento) de su enfermedad crónica realizada en el sistema público de salud en los últimos seis meses, entendiendo que los pacientes crónicos son atendidos por una diversidad de médicos del sistema público durante el curso de su enfermedad.

La información se obtuvo mediante la aplicación del Listado Libre, una técnica asociativa en formato de entrevista estructurada breve que alienta la respuesta espontánea del participante y evita sesgos¹⁴. Para ello se le solicitó a cada paciente nombrar 5 palabras que se les vinieran a la mente frente a la pregunta “¿Qué elementos son indispensables en todo médico para señalar que su trato hacia el paciente es empático?” y luego se le pidió justificar su decisión¹⁵. Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas literalmente.

Los datos fueron analizados en dos etapas.

En primer lugar, se realizó un análisis cualitativo procesual del contenido relevado. Esto permitió la construcción de categorías mediante el análisis de su contenido temático y permitió identificar los núcleos de sentido dentro de las categorías emergentes¹⁶. En segundo lugar, se realizó un análisis cuantitativo descriptivo de los datos donde se obtuvo la frecuencia y se analizó la relevancia (salience) del índice de Smith por cada categoría de acuerdo a la fórmula: $sj = \frac{1}{rj} \frac{1}{n!}$; $sj = \frac{n}{rj/n!}$ (donde rj = posición del ítem j en la lista, y n = número de ítems de la lista)¹⁷. Este cálculo se basó en la frecuencia de mención del término y en el rango de ubicación que el informante les otorgó a sus palabras; para ello se utilizó el software Anthropac 4.98¹⁸. Los resultados de cada etapa fueron analizados para cada grupo por separado (aquellos que fueron atendidos por médicos nacionales y aquellos que fueron atendidos por médicos extranjeros) para luego comparar las percepciones de ambos grupos para establecer posibles diferencias y similitudes. Con la finalidad de garantizar la calidad de la investigación se siguieron los criterios de rigor científico de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad¹⁹ y se realizó la triangulación de los datos en la fase de análisis por las investigadoras por separado, obteniendo los mismos resultados²⁰. Con respecto a los aspectos éticos, tanto el estudio y el respectivo Consentimiento Informado fue aprobado por el Comité de Ética Científica de la Universidad Católica del Maule (Acta N° 41/2022).

Resultados

Para comenzar, se caracterizó a cada grupo de médicos (nacionales y extranjeros) según su especialidad, sexo, nacionalidad y edad estimada. Con respecto a los médicos extranjeros, del análisis se obtuvo que el 70% es de nacionalidad venezolana. Así también, el 70% es médico general, contando además con un urólogo, un neurocirujano y un cirujano general. La muestra es equitativa en términos de sexo (50% de estos son mujeres y 50% son hombres) y el promedio de edad estimada de los médicos extranjeros es de 43 años, en un continuo que va desde los 30 a los 60 años. Con

respecto a los médicos nacionales, la muestra es también equitativa en términos de sexo (50% de estos son mujeres y 50% son hombres), y el 90% es médico general, sumándose a estos un ginecólogo. Por último, el promedio de edad estimada de los médicos extranjeros es de 43 años, en un continuo que va desde los 30 a los 65 años. Como se observa, ambos grupos de médicos sobre los cuales hacen referencia los pacientes en sus entrevistas son similares en términos de especialidad médica, rango etario y sexo.

Al realizar el análisis cualitativo procesual del contenido, se destaca que no se observaron diferencias entre las valoraciones del trato empático de aquellos pacientes de médicos nacionales y aquellos siendo tratados por médicos extranjeros. En este sentido, las categorías que emergieron como las más relevantes para ambos grupos de pacientes incluyeron: la afectividad, la comunicación, la atención, el respeto, la investigación, el conocimiento y la eficiencia (Tabla 1).

Tabla 1. Categorías emergentes de la caracterización intercultural de los médicos empáticos por pacientes crónicos del sistema público de salud chileno.

Categoría	Componentes	F	%
Afectividad	Simpático (4), amable (8), agradable (1), bueno (1), afectuoso (2), cariñoso (1), sensible (1), cercano (3), integra al paciente (1), comprensivo (5), ponerse en el lugar del otro (2), contener al paciente (2), confiable (2), buen genio (2), alegre (1), amar su profesión (1)	37	37
Comunicación	Comunicativo (2), que explique (6), saber escuchar (7), inteligible (2), educativo (1), mentalizarse (1)	19	19
Atención	Preocupado (7), atento (6)	13	13
Respeto	Respeto (4), mirar a la persona (1), paciente (6), sincero (1)	12	12
Investigación	Explorador (3), observador (1), entrevistador (3), que examine (1), investigativo (1)	9	9
Conocimiento	Culto (2), informado (2), profesional (1)	5	5
Eficiencia	Buena atención (4), eficiente (1)	5	5
Total		100	100

Fuente: Elaboración propia. Notas. F= frecuencia, %= porcentaje.

A continuación, se define cada categoría a partir de los conocimientos propios de los participantes en base a la frecuencia y justificación de sus elecciones léxicas.

Afectividad: La afectividad fue la categoría que obtuvo mayor representación en este estudio (37%) y sería una característica indispensable de todo médico empático. Ésta se formuló principalmente sobre la necesidad de construir confianza en la RMP y se expresó mediante la expectativa de un trato amable hacia el paciente: “porque cuando tú tratas con una persona amable, tú tienes más confianza en decir tus cosas, si ves que el trato es frío tú te vas a cortar y vas a decir dos o tres palabras y no vas a decir más. El médico amable te da confianza (...) para expresarte” (08EME), así como también de tener buen genio: “porque el médico le sale con alguna gracia y uno dice, ah ya, aquí hay confianza, entonces uno se desplaza comunicándose” (09EMN), ser simpático: “simpático porque da más confianza, uno se entrega más a él po’, pucha porque es rico eh (.) tener contacto con personas simpáticas, no esas personas tercas” (05EME) y tener capacidad de escucha: “para que el paciente se sienta confiado en que está delante de él un médico o una persona que lo va a escuchar” (04 EMN). Además, la afectividad del médico implicaría brindar un trato comprensivo: “que sea preocupado de los remedios que él me da... o sea que sea muy comprensivo (...) porque si él no comprende al paciente, el paciente se va a sentir como que no lo entiende” (02EME), y cercano con el paciente: “se preocupara más de tu vida, no solamente en el aspecto médico, sino que, ‘oye, pucha tu mamá, tu marido ¿cómo está?, tu hijo” (01EMN) ya que de esta forma “va a sentir el enfermo también un poco de apoyo” (10EMN).

Por otra parte, según los pacientes, el médico debería ser afectuoso “porque las personas somos, necesitamos afecto, necesitamos cariño y más un enfermo o una persona que está en un tratamiento que estay luchando por tu vida” (05EMN), así como también ser capaz de entregar contención al paciente “porque de repente necesitas más atención, más contención (...), comprensión” (05EMN), ser capaz de ponerse

en el lugar del otro porque “si yo me pongo en el lugar del otro voy a entender un poco lo que está viviendo” (10EMN), y demostrar sensibilidad: “si él es en el sentido poco sensible al explicar y al decir las cosas, es poco empático” (09EMN). El médico también debe ser capaz de integrar al paciente en la toma de decisiones “porque resulta que, de repente te da un, algún medicamento que tu sientes que en verdad no te hace nada, nada, entonces decirlo po’, yo he tomado esto, esto y esto y no me ha hecho nada” (08EME), y ser cariñoso porque “pucha el paciente se va feliz po’” (05EME). La afectividad se relacionó con el hecho de ser un buen médico porque “tiene que hacer sentir bien al paciente” (03EMN), “el buen doctor es entregado al paciente” (02EME), que demuestre alegría “porque uno puede hacer bromas con él (risas)” (01EMN), que manifieste ser agradable “porque la escucha, porque le contesta, porque le demuestra a uno que la está entendiendo y que no le molesta escuchar lo que uno le está diciendo” (09EME) y que finalmente ame su profesión ya que “cuando uno quiere su profesión, ama su profesión, eh va siempre a ser empático con su paciente” (01EMN).

Comunicación: La comunicación es representativa del médico empático en un 19%, y se refiere a que “escuche lo que yo le estoy diciendo en el fondo, y no (.) sobreponga, lo que él piensa o lo que él cree antes de lo que yo le estoy diciendo” (03EME). Además, a través de la explicación, el médico empático busca “minimizar la enfermedad porque a veces nosotros quizás la podemos ver más grande de lo que es” (10EMN) y de esta forma “nos pone en un mismo nivel de conocimiento” (03EME). El ser un médico comunicativo resulta clave, ya que “sin comunicación no llegamos a ningún lado, o sea, si yo no me comunico bien con él ni él conmigo no fluimos” (09EMN). En esa comunicación, el médico empático debe ser claro e inteligible donde “no use esas palabras técnicas que solo él entiende por ser médico” (03EME). También debe procurar mentalizar “que incógnitas o que preguntas puede tener [el paciente] respecto a la enfermedad” (08EMN), y, finalmente, cumplir un rol educativo al promover en el paciente que “venga a controles” (04EME).

Atención: El médico empático representa a un médico que le pone atención a su paciente (13%), que se muestra “preocupado de que mejore su salud, no que empeore” (01EMN) y busca ser atento ya que “según como a ti te reciban, como esté en mi lugar (.) sí, yo voy apenas cojeando y él es atento conmigo y me ayuda a sentarme (.) yo pienso que eso puede ser [gratificante para el paciente]” (02EME).

Respeto: El médico empático es aquel que demuestra respeto al ser paciente (12%) al “escucharme y explicarme” (09EMN), y al tener “en cuenta lo que le estoy diciendo, no (.) que no me lo pregunte solo como por protocolo” (03EME), que sea sincero y diga “las cosas como deben de ser po” (06EME) y que logre hacerte “sentirte validada” (10EME).

Investigación: El médico empático se caracteriza por ‘explorar’ al paciente (9%) “más que nada para saber si sufre otra complicación de salud” (01EME), para ello buscar entrevistarlos porque “es importante preguntar para que él tenga mayores antecedentes de, por ejemplo, si yo avancé, si yo retrocedí en la enfermedad” (03EME). También ‘investiga’ al paciente para ver si “le pueden encontrar otra [enfermedad] que pueda ser tan difícil como la que él vive” (01EME), lo observa ya que “la comunicación gestual también entrega hartos antecedentes de cómo lo estoy pasando” (10EME) y examina al paciente “porque hay algunos que no lo hacen” (02EMN).

Conocimiento: El médico empático se caracteriza por ser culto (5%) “que tenga buenos conocimientos (.) que sea, una persona muy bien preparada” (02EME), busca mantenerse informado de “la ficha y de quizás otras alternativas de tratamiento” (10EMN) y se muestra profesional dando cuenta que “él domina lo que está haciendo y a la vez tiene que entender a la otra persona que está escuchando y hacerle comprender lo que tiene que hacer la persona para que pueda tener una mejor calidad de vida” (04EMN).

Eficiencia: El médico empático se caracteriza por entregar una buena atención a sus pacientes (5%) “porque resulta que, con una buena atención, uno como paciente se puede abrir y puede generar

un espacio de confianza para decir realmente lo que uno está sintiendo” (07EME) y es “una persona eficiente, es la persona que sabe las enfermedades y el remedio que corresponde” (02EME).

Por otro lado, el análisis cuantitativo descriptivo de las 100 características de los médicos empáticos reportadas por los participantes a partir del listado libre logró identificar 38 términos relacionados con el concepto “médico empático” (Tabla 2).

En base al índice de Smith se obtuvo la relevancia (saliencia) de cada uno de los términos, cálculo que se basó en la frecuencia de mención del término y el rango de ubicación que le otorgó cada informante sobre sus palabras, obteniéndose que el ser amable (0,34), el saber escuchar (0,22), ser atento (0,2), ser paciente (0,19), preocupado (0,18), que explique al paciente (0,16), que entregue una buena atención (0,16), el ser simpático (0,14), comprensivo (0,13) y el mostrarse cercano (0,12) son las representaciones del “médico empático” más relevantes para los participantes de ambos grupos (los tratados por médicos nacionales y los tratados por médicos extranjeros) y estarían en concordancia con los resultados obtenidos en el análisis cualitativo.

Discusión

Los pacientes crónicos que participaron de este estudio caracterizaron al médico empático según sus experiencias como usuarios del sistema público de salud en Chile. No se encontraron diferencias que reportar en las valoraciones del trato empático de pacientes de médicos nacionales y de aquellos tratados por médicos extranjeros. La afectividad fue la categoría más altamente valorada y destaca la necesidad de construir confianza en la RMP y de que el médico brinde apoyo psicoemocional durante la consulta, valorando especialmente el sentirse comprendido, contenido, y que el médico se muestre afectivo, sensible frente a sus emociones y preocupado por el paciente. La forma en la que el médico se comunica con el paciente, anteponiendo las necesidades comunicativas de este último, entregando información de forma transparente y clara, fue otro de los aspectos altamente valorados por los participantes. Por el contrario, los aspectos

Tabla 2. Términos emergentes relacionados con el concepto de médico empático.

Ítem	Frecuencia relativa	Frecuencia (%)	Rango promedio	Relevancia
Amable	8	40	1,75	0,34
Saber escuchar	7	35	2,86	0,22
Atento	6	30	2,67	0,2
Paciente	6	30	2,83	0,19
Preocupado	7	35	3,43	0,18
Que explique	6	30	3,33	0,16
Buena atención	4	20	2	0,16
Simpático	4	20	2,5	0,14
Comprensivo	5	25	3,4	0,13
Cercano	3	15	2	0,12
Explorador	3	15	2,67	0,1
Entrevistador	3	15	3	0,09
Contener al paciente	2	10	1,5	0,09
Comunicativo	2	10	2	0,08
Respetuoso	4	20	4,25	0,07
Informado	2	10	2,5	0,07
Confiable	2	10	2,5	0,07
Buen genio	2	10	3	0,06
Afectuoso	2	10	3,5	0,05
Amar su profesión	1	5	1	0,05
Bueno	1	5	1	0,05
Inteligible	2	10	4	0,04
Mirar a la persona	1	5	2	0,04
Ponerse en el lugar del otro	2	10	4	0,04
Culto	2	10	4,5	0,03
Mentalizarse	1	5	3	0,03
Cariñoso	1	5	3	0,03
Observador	1	5	4	0,02
Sensible	1	5	4	0,02
Profesional	1	5	4	0,02
Que examine	1	5	4	0,02
Integre al paciente	1	5	4	0,02
Agradable	1	5	4	0,02
Sincero	1	5	5	0,01
Alegre	1	5	5	0,01
Investigativo	1	5	5	0,01
Educativo	1	5	5	0,01
Eficiente	1	5	5	0,01

cognitivos del trato empático (es decir, el conocimiento y la eficiencia) fueron las categorías de menor frecuencia.

Sin duda, parte de las características del médico empático que perciben estos pacientes responden a lo que en psicología se ha descrito como “habilidades blandas”, un conjunto de habilidades de carácter socio-afectivo que favorecen la aplicación del conocimiento técnico y profesional de una manera más efectiva en la interacción con el paciente²¹. Estas habilidades blandas estarían principalmente conformadas por las habilidades comunicacionales del médico y han sido un elemento significativamente valorado por los pacientes y una necesidad latente de los propios médicos en ejercicio²². Si bien existe consenso en la comunidad médica respecto a que estas habilidades deben formar parte indispensable de los planes de formación médica²³, en la práctica esto sigue siendo un desafío para los diversos planteles educativos en el área. En efecto, al realizar una revisión de las mallas curriculares de medicina de 25 universidades de Chile¹⁰, sólo en 12 de ellas fue posible encontrar declaradas cátedras formativas que aludan a la formación de aspectos empáticos (ej. comunicación médico-paciente) en sus estudiantes (ej., Universidad Católica de la Santísima Concepción, Universidad Católica del Maule y Universidad del Desarrollo). Por tanto, si, por un lado, sabemos que las habilidades comunicacionales del médico son un elemento relevante frente al proceso terapéutico del paciente²⁴ y, por otro lado, deseamos mejorar la calidad de las intervenciones médicas²⁵ resulta necesario que se incorpore de forma transversal en el currículum en medicina la formación en habilidades de trato empático y que esta formación considere las expectativas y experiencias vividas por usuarios del sistema de salud a partir de múltiples exposiciones a lo largo del proceso formativo^{23,26}.

Esta investigación tuvo como fortaleza la consideración del punto de vista del paciente crónico, algo poco común en estudios de esta naturaleza. Por otro lado, dentro de sus limitaciones está el hecho de sólo haber considerado pacientes nacionales que recibían atención en servicios públicos de

salud. Por tanto, futuras investigaciones también deberían considerar a pacientes extranjeros, e incluir pacientes nacionales y extranjeros del sector privado de salud de modo de mejorar las condiciones de comparabilidad entre los grupos de participantes y así fortalecer la indagación del aspecto intercultural en el sector sanitario.

Referencias

1. Cánovas L, Carrascosa A, García M, Fernández M, Calvo A, Monsalve V, Soriano J, Empathy Study Group. *Impact of Empathy in the Patient-Doctor Relationship on Chronic Pain Relief and Quality of Life: A Prospective Study in Spanish Pain Clinics*. *Pain Medicine*. 2018; 19(7): 1304-1314.
2. Hall J, Schwartz R, Duong F, Niu Y, Dubey M, DeSteno D, et al. *What is clinical empathy? Perspectives of community members, university students, cancer patients, and physicians*. *Patient Education and Counseling*. 2020; 104(5): 1237-1245.
3. Parra G, Cámara R. *Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina*. *Investigación en Educación Médica*. 2017; 6(24): 221-227.
4. Ramiro M, Cruz E. *Empatía, relación médico-paciente y medicina basada en evidencias*. *Medicina Interna de México*. 2017; 33(3): 299-302.
5. Ruiz-Lurdury R, Torres-Torres L, Velandia-Novoa K. *Relación médico-paciente y adherencia al tratamiento*. *Ciencia y Humanismo en Salud*. 2017; 4(1): 29-37.
6. Teding Van Berkhoust E, Malouff J. *The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials*. *Journal of Counseling Psychology*. 2016; 63(1): 32-41.
7. Lee D, Hutchens M, George T, Wilson-Howard D, Cooks E, Krieger J. *Do they speak like me? Exploring how perceptions of linguistic difference may influence patient perceptions of healthcare providers*. *Medical Education Online*. 2022; 27(1): 2107470.
8. Hojat M, Gonnella J, Mangione S, Nasca T, Magee M. *Physician empathy in medical education and practice: Experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy*. *Seminars in Integrative Medicine*. 2003; 1(1): 25-41.
9. Lazzaro-Salazar M, Zayts O. *Migrant doctors' narratives about patients: A study of professional identity in Chile and Hong Kong*. *Narrative Inquiry*. 2023; 33(1): 153-175.
10. González-Tapia, G. *Empatía médica percibida en la relación médico-paciente intercultural: Una aproximación narrativa desde una perspectiva actitudinal en pacientes crónicos. Tesis para optar el grado de Doctor en Psicología, Universidad Católica del Maule*. 2024.
11. Bedregal P, Besoain C, Reinoso A, Zubarew T. *La investigación cualitativa: Un aporte para mejorar los servicios de salud*. *Revista Médica de Chile*. 2017; 145(3): 373-379.
12. Weller S. *Cultural Consensus Theory: Applications and Frequently Asked Questions*. *Field Methods*. 2007;

- 19(4): 339-368.
13. Suri H. *Purposeful Sampling in Qualitative Research Synthesis*. *Qualitative Research Journal*. 2011; 11(2): 63-75.
 14. Chávez-Díaz A, Gómez-González M, Torres-López T. *Representaciones sociales del cáncer de mama: Una comparación de mujeres con diagnóstico reciente y mujeres sanas*. *Actualidades en Psicología*. 2020; 34(128): 51-67.
 15. Russell H. *Research methods in anthropology. Qualitative and quantitative approaches*. Sexta edición. Estados Unidos: Rowman & Littlefield; 2018.
 16. De Souza M. *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
 17. Smith J. *Using ANTHOPAC 3.5 and a Spreadsheet to Compute a Free-List Salience Index*. *Cultural Anthropology Methods*. 1993; 5(3): 1-3.
 18. Borgatti S. *Anthropac 4.98*. Editorial A Technologies; 1996.
 19. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic Inquiry*. London: Sage Publications; 1985.
 20. Flick U. *The SAGE handbook of qualitative data collection*. London: Sage Publications; 2018.
 21. Johnson B. *Soft Skills-Essential for Success*. *BMH Medical Journal*. 2021; 8(3): 99-102.
 22. Borracci R, Álvarez J, Ciabrone G, Matayoshi C, Rossi F, Cabrera S. *What patients consider to be a good doctor, and what doctors consider to be a good patient*. *Revista Médica de Chile*. 2020; 148: 930-938.
 23. Barría M, Gómez C, Soto-Suazo M. *La importancia del desarrollo de las habilidades comunicacionales en estudiantes del área de la salud*. *Journal of Health and Medical Sciences*. 2022; 8(4): 247-257.
 24. Zafra-Ramírez N, Pérez-Milena A, Valverde-Bolívar F, Rodríguez-Bayón A, Delgado-Rodríguez M. *Oferta de actividades preventivas propuestas por médicos residentes de Medicina Familiar en Atención Primaria y su relación con las habilidades comunicacionales*. *Atención Primaria*. 2019; 51(9): 562-570.
 25. *Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030*. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2022.
 26. Murre J, Dros J. *Replication and Analysis of Ebbinghaus' Forgetting Curve*. *PLOS ONE*. 2015; 10(7): e0120644.